



João Filipe Cabaço Afonso

Captura de eficiência de recursos: O caso dos processos administrativos

Relatório de Estágio Curricular

setembro de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Captura de eficiência de recursos: O caso dos processos administrativos

Relatório de Estágio Curricular

Mestrado em Administração Pública Empresarial

João Filipe Cabaço Afonso

Orientador do Relatório: Doutor Fernando Licínio Lopes Martins

Supervisor de Estágio: Doutor Jorge Manuel Mateus Lourenço

NOTA: O presente relatório encontra-se redigido consoante o novo acordo ortográfico



***“Viver como se fosse morrer
amanhã, estudar como se
fosse viver sempre.” (Santo
Isidoro De Sevilha)***

Agradecimentos

Os parágrafos que se seguem servem para agradecer a quem me auxiliou na elaboração do presente relatório, bem como àqueles que estiveram sempre comigo ao longo deste período de cinco anos de percurso académico.

Em primeira linha, quero agradecer à minha mãe, não só pelos cinco anos já referidos, mas por todos os 23 anos da minha vida. Pelas decisões em que me apoio, os preciosos conselhos concedidos e o esforço que fez para que chegasse onde me encontro.

O segundo agradecimento remeto-o ao Doutor Licínio Lopes Martins, meu orientador de estágio, pela honra que me concedeu ao aceitar ter-me como seu orientado, pela motivação dada, pela disponibilidade sempre mostrada e pelas sugestões apresentadas. Sem tudo o apresentado, a elaboração do presente relatório não teria a qualidade aqui exposta.

De seguida, quero aqui reconhecer a forma agradável como fui recebido nos diversos Serviços da ULSCB, E.P.E. nos quais estagiei. Em especial pela forma como foi integrado pelo meu supervisor de estágio, o Dr. Jorge Lourenço. Também à Dra. Liliana Paula, responsável pelo Serviço de Recursos Humanos, devo aqui deixar um especial agradecimento pelo apoio dado na compreensão dos SRH, bem como na constante disponibilidade e ajuda prestada na elaboração do presente trabalho.

Agradecer aos meus amigos que sempre me motivaram e estiveram presentes nos bons e maus momentos, nunca deixando que me desmotivasse. Em especial ao Hélder pela paciência que teve, principalmente nos meses de maio e junho de 2013, ao João por me mostrar que há tempo para diversão, ao Luís pela forma consciente com que sempre me aconselhou, mas também de trabalhar quando é preciso e ao Tiago, estou agradecido por me levantar sempre a autoestima e me manter animado.

Finalmente, não posso acabar esta página sem agradecer à Mariana, namorada e amiga. Obrigado por me dares a confiança necessária para completar este ciclo de estudos, por me chamares à razão quando me desleixo, mas sobretudo com a paciência que tens para comigo.

Resumo

No atual panorama socioeconómico, todas as reduções de despesa e a captura de eficiência constituem, talvez, as metas a atingir por qualquer organização, seja ela privada, mas sobretudo pública. Em virtude de se encontrar sob alçada estatal, ainda que de forma autónoma, as ULS como organização prosseguem também este objetivo.

Sendo uma instituição que abarca os mais variados grupos laborais, como Médicos, Enfermeiros, Administrativos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Informáticos ou Assistentes Operacionais, a interação entre os mesmos deve ser célere e simples, com o propósito de alcançar os objetivos que os levam a interagir entre si.

O presente relatório de mestrado tem como objetivo analisar e avaliar dois processos administrativos, são eles o pagamento de ajudas de custo e os pedidos de acumulação de funções, tratados pelo Serviço de Recursos Humanos da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.. Este estudo tem como alvos os pagamentos de ajudas de custo e transporte efetuados por centros de custo e grupos de pessoal, bem como o processo, impresso e mapa de pedidos de acumulação de funções.

As conclusões a retirar do presente trabalho revelam que existem algumas lacunas que deveriam ser alvo de análise interna na Instituição, no que diz respeito ao pagamento de ajudas de custo e transporte. Relativamente à acumulação de funções, são também encontradas carências no que concerne aos três pontos observados. Em primeiro lugar, o processo deveria dispor de um prazo para ser cumprido, em segundo lugar, o impresso deveria ser reformulado, tornando-o mais claro para o seu preenchimento, por fim, deveria ser feito um controlo mais ponderado dos pedidos de acumulação de funções.

Palavras-chave: Captura de eficiência; Processos administrativos; Ajudas de custo e Acumulação de funções.

Índice Geral

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ÍNDICE GERAL	III
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	V
LISTA DE ABREVIATURAS	VI
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	1
1.1. CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO	1
1.2. OBJETIVO DO TRABALHO	2
1.3. METODOLOGIA DO TRABALHO	2
1.4. ESTRUTURA	3
CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO TRABALHO	5
2.1. INTRODUÇÃO	5
2.2. HISTÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	5
2.3. FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	8
2.3.1. FONTES DE FINANCIAMENTO	10
2.3.1.1. IMPOSTOS	11
2.3.1.2. SUBSISTEMAS DE SAÚDE	11
2.3.1.3. SEGURO VOLUNTÁRIO	11
2.3.1.4. PAGAMENTOS DIRETOS	11
2.4. EFICIÊNCIA	12
2.5. NÍVEIS DE MEDIDAS A APLICAR – MICRO VS MACROECONÓMICAS	13
2.6. INCENTIVOS À EFICIÊNCIA – PAGAMENTO HOSPITALAR	16
2.6.1. ALGUMAS DAS FORMAS DE PROCEDER AO PAGAMENTO DE ATIVIDADE HOSPITALAR	18
2.6.1.1. PAGAMENTO BASEADO NO ATO	18
2.6.1.2. PAGAMENTO POR DIÁRIA DE INTERNAMENTO	19
2.6.1.3. PAGAMENTO POR CASO/EPISÓDIO	19
2.6.1.4. PAGAMENTO POR ORÇAMENTO GLOBAL	19
2.6.1.5. CAPITAÇÃO	19
2.7. ORÇAMENTO HOSPITALAR – AS ULS	20
2.8. ENQUADRAMENTO LEGAL DO TEMA - AJUDAS DE CUSTO E TRANSPORTE E ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES	22

2.8.1. AJUDAS DE CUSTO E DE TRANSPORTE	23
2.8.2. ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES	25
CAPÍTULO 3. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO	29
<hr/>	
3.1. INTRODUÇÃO	29
<hr/>	
3.2. AJUDAS DE CUSTO	29
3.2.1. POR GRUPO DE PESSOAL	30
3.2.2. POR CENTRO DE CUSTO	31
3.3. AJUDAS DE TRANSPORTE	36
3.3.1. POR GRUPO DE PESSOAL	36
3.3.2. POR CENTRO DE CUSTO	38
3.4. ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES PÚBLICAS/PÚBLICAS/PRIVADAS	40
3.4.1. PROCESSO DE TRATAMENTO DE PEDIDOS DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES	40
3.4.2. ANÁLISE DO IMPRESSO	42
3.4.3. MAPA DE PEDIDOS DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES	44
CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
<hr/>	
4.1. INTRODUÇÃO	46
<hr/>	
4.2. AJUDAS DE CUSTO E TRANSPORTE	46
4.2.1. AJUDAS DE CUSTO	46
4.2.2. AJUDAS DE TRANSPORTE	47
4.2.3. É ESTE PAGAMENTO FEITO DENTRO DOS LIMITES DA LEI?	48
4.3. ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES	50
4.3.1. ANÁLISE DO PROCESSO	50
4.3.2. ANÁLISE DO IMPRESSO	51
4.3.3. ANÁLISE DO MAPA DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES	53
CAPÍTULO 5. CONCLUSÃO	55
<hr/>	
5.1. CONCLUSÕES GERAIS	55
<hr/>	
5.2. CONCLUSÕES DO CASO EM ESTUDO	55
<hr/>	
5.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	57
<hr/>	
BIBLIOGRAFIA	I
<hr/>	
ANEXOS	II
<hr/>	

Índice de figuras e tabelas

Figuras

Figura 1 - Evolução do peso dos gastos com a saúde no PIB (%), em Portugal, entre 2003 e 2010	9
Figura 2 - Total de despesas em saúde em % do PIB e per capita, em Portugal e na OCDE, entre 2000 e 2012.....	10

Tabelas

Tabela 1 - Pagamento de ajudas de custo (com subtração do subsídio de almoço)	24
Tabela 2 - Mapa ajudas de custo com pessoal - Ano 2012	30
Tabela 3 – Mapa de ajudas de custo com pessoal - Ano 2013	30
Tabela 4 - Mapa comparativo de ajudas de custo com pessoal - Variação 2012/2013....	31
Tabela 5 - Mapa de ajudas de custo por centro de custo - Ano 2012	31
Tabela 6 - Mapa de ajudas de custo por centro de custo - Ano 2013	34
Tabela 7 – Mapa de ajudas de transporte com pessoal - Ano 2012.....	36
Tabela 8 - Mapa de ajudas de transporte com pessoal - Ano 2013	37
Tabela 9 - Mapa comparativo de ajudas de custo com pessoal - Variação 2012/2013....	38
Tabela 10 - Mapa de ajudas de transporte por centro de custo - Ano 2012.....	38
Tabela 11 - Mapa de ajudas de transporte por centro de custo - Ano 2013.....	39
Tabela 12 - Informações constantes no Manual de Procedimentos Administrativos e Remunerações	41
Tabela 13 - Elementos cantantes no impresso.....	42

Lista de abreviaturas

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARS	Administração Regional de Saúde
CA	Conselho de Administração
CMFR	Centro de Medicina Física e de Reabilitação
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneo
ICM	Índice Case-mix
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PCPGBPCD	Plano De Comunicação Para o Guia de Boas Praticas no Combate ao Desperdício
PEC	Pacto de Estabilidade e Crescimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPC	Paridade do poder de compra
PPP	Parcerias Publico-Privadas
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SIE	Sistemas de Informação em Enfermagem
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Publico Administrativo
SRH	Serviço de Recursos Humanos
SSP	Sistema de Saúde Português
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UBI	Universidade da Beira Interior
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
ULS	Unidades Locais de Saúde
ULSCB, E.P.E.	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Entidade Pública Empresarial
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

Capítulo 1. Introdução

1.1. Contexto da investigação

O tema deste relatório é a eficiência em contexto hospitalar, de forma mais focada no modo como são conduzidos os processos administrativos de pagamento de ajudas de custo e acumulação de funções, ou seja, eficiência administrativa.

De início, como é natural, não havia uma ideia sobre que tema abordar e analisar no presente relatório, havia, sim, em mente a expectativa de resolver algum problema existente, deixando uma marca da passagem pela Instituição, pelo que houve uma certa limitação por apenas aprender e executar as funções que os restantes funcionários elaboravam no dia-a-dia. Na indagação de encontrar um tema a abordar, os diálogos com os pares constituíram um importante contributo com o propósito de tomar conhecimento de contextos que pudessem ser melhorados.

Após tomar contacto com as problemáticas do pagamento de ajudas de custo e transporte e a acumulação de funções, verifiquei que eram áreas que suscitavam dúvidas e algum constrangimento no tratamento dos processos, pelo que atribuí a estes dois tópicos a atenção a dar no relatório.

Devido ao elevado número de funcionários a laborar na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. (1236, de acordo com o relatório e Contas de 2013 da ULSCB, E.P.E.), a eficiência administrativa detém um papel crucial no bom desenvolvimento de processos de gestão.

A constante requisição de pagamentos extraordinários à remuneração base está regulada e obedece a preceitos que são alterados em função das orientações expressas em Orçamento de Estado. Segundo a Lei n.º 66-B/2012 de 31 de dezembro, que regula o pagamento de ajudas de custo e transporte, “Nas deslocações em território nacional só há direito ao abono de ajudas de custo nas deslocações diárias que se realizem para além de 20 Km do domicílio necessário e nas deslocações por dias sucessivos que se realizem para além de 50 Km do mesmo domicílio.” Contudo, existem constrangimentos que se levantam no momento de decisão do pagamento de ajudas de custo e transporte, como a definição do local de trabalho a que o funcionário está alocado, sendo esta uma das questões a analisar mais à frente.

No que concerne à acumulação de funções, a abordagem dirá respeito ao tratamento dado aos processos de verificação dos pedidos de acumulação de funções. O

tema está regulado na Lei n.º 12-A/2008 de 27 de fevereiro, e estabelece os termos em que pode, ou não, haver acumulação com outras funções públicas e com funções privadas.

Apesar do motivo de estudo ser a eficiência administrativa no Serviço de Recursos Humanos com enfoque nos processos administrativos, considera-se importante fazer referência a outros parâmetros de eficiência de recursos a nível hospitalar.

1.2. Objetivo do trabalho

O relatório aqui apresentado visa dar a conhecer a realidade existente na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. no que diz respeito à procura de eficiência.

No atual contexto socioeconómico português, é comum ler em legislação remetida à ULSCB, E.P.E. expressões como “Tendo em consideração a restrição de recursos financeiros e a necessidade de não acumulação de pagamentos em atraso...”, ou “Face à atual conjuntura económica e conforme o acordado com os credores internacionais, é dever da ULS aumentar a eficiência...”. Estas expressões remetem muitas vezes para a diminuição de gastos e aumento da eficiência, tarefa que por vezes requer esforços de toda a estrutura hospitalar.

Neste âmbito, o relatório propõe-se a analisar e reformular métodos adotados pelo SRH da ULSCB, E.P.E. de forma a melhorar os seus esforços de aumento de eficiência em dois processos administrativos. Para além do exposto, pretende-se ainda dar a conhecer a importância que o bom tratamento de processos tem na gestão de uma grande organização de saúde.

1.3. Metodologia do trabalho

O presente relatório terá por base informações recolhidas na ULSCB, E.P.E., bem como a experiência que foi possível adquirir durante o período de estágio, assim, a estratégia de investigação utilizada baseia-se em *Grounded Theory*, uma vez que tem como suporte a análise de registos administrativos e documentos concernentes ao pagamento de ajudas de custo, bem como aos pedidos de acumulação de funções feitos no SRH da ULSCB, E.P.E..

Durante a realização do estágio foi possível atentar em hábitos estabelecidos no dia-a-dia da instituição e, ao mesmo tempo, conversar com os mais diversos funcionários sobre o que pode ser alterado na alocação de esforços para melhorar a eficiência em processos administrativos. Deste modo, o trabalho desenvolvido na área da acumulação de funções e pagamento de ajudas de custo permitiu adquirir uma percepção *in loco* de como os processos se desenvolvem e que constrangimentos revelam.

A abordagem da investigação foi de âmbito indutivo, visto que no presente trabalho se pretende perceber de que forma os processos em estudo influenciam as ações dos funcionários da Instituição acolhedora do estágio, isto é, será feita a análise de processos e dados de forma a encontrar lacunas a sanar. A partir desta fase, serão apresentadas propostas de melhoria. Por via da interação descrita acima, a ponderação de soluções a adotar está próxima da realidade existente, uma vez que foi pensada para se adaptar à mesma.

É ainda possível referir que é feita uma análise de índole transversal, pois foi elaborada a recolha e observação de dados de uma período de tempo pré-definido.

1.4. Estrutura

No que se refere à estrutura, o relatório contará com cinco capítulos.

O primeiro destes capítulos inclui a introdução ao tema, bem como os objetivos do trabalho, a metodologia utilizada na sua elaboração e a estrutura do mesmo.

Em segundo lugar, será abordado o enquadramento teórico do relatório, com referências teóricas relativamente ao Sistema de Saúde Português. Como evoluiu o SSP, desde o período precedente à sua criação, havendo ainda menção de como o mesmo é financiado. De seguida, o foco centrar-se-á na eficiência. Neste âmbito, serão dissertadas algumas considerações sobre o tema, como a sua caracterização e algumas medidas propostas para captura de eficiência em contexto hospitalar. Ainda no plano da eficiência, é importante distinguir os dois paradigmas em que esta pode ser implementada: os arquétipos macro e microeconómicos, demonstrando alguns exemplos práticos da sua implementação. Sendo o tema a captura da eficiência, é pertinente caracterizar a grande medida de incentivo à eficiência, ou seja, o financiamento das instituições. Neste contexto serão abordadas as duas formas de financiamento que mais têm vindo a ser utilizadas ao longo dos anos, o financiamento prospetivo e o pagamento por reembolso, bem como a forma mais recente de pagamento, a contratualização. Dado a instituição acolhedora do

estágio base deste relatório ser uma ULS, mostra-se pertinente analisar como a mesma é financiada. Por fim, no que concerne a matéria teórica, será elaborado o enquadramento legal das ajudas de custo e da acumulação de funções.

O capítulo seguinte será dedicado ao estudo prático do material recolhido em contexto de estágio. Em primeiro lugar, serão analisadas tabelas de pagamentos referentes a ajudas de custo e de transporte, quer por grupos de pessoal, quer por centros de custo. A respeito da acumulação de funções, o âmbito da análise será o processo de tratamento de pedidos, o impresso base de requisições e um mapa onde constam todos os pedidos de acumulação de funções dos últimos quatro anos.

O quarto capítulo remete-nos para os resultados e a discussão dos dados concernentes ao capítulo anterior. Aqui serão ainda apresentadas algumas propostas e soluções relativas a falhas e limitações encontradas no âmbito da análise do tema.

Por fim, no capítulo da conclusão, será feito um breve resumo do tema examinado e dar-se-á enfoque a conclusões relevantes procedentes da análise dos dados estudados. Neste mesmo capítulo far-se-á ainda uma breve referência às limitações da execução do relatório.

Capítulo 2. Enquadramento teórico do trabalho

2.1. Introdução

Sendo o tema do trabalho a eficiência em contexto hospitalar, considera-se relevante por um lado, dar uma perspetiva de como evoluiu o Sistema de Saúde Português e de como o mesmo é financiado, observando assim como tanto a sua história, como o financiamento estão ligados à eficiência e necessitam de constantes atualizações na prossecução da mesma, e por outro, tratar o tema da eficiência. A primeira parte deste capítulo tem como objetivo sensibilizar o leitor da importância do Setor da Saúde Pública e evidenciar que o orçamento do mesmo advém do esforço comum para que este setor dê cobro às necessidades de cada utente do SNS. A segunda parte, entra no domínio da eficiência e combate ao desperdício, quer na perspetiva financeira, quer na utilização de recursos.

2.2. História do Sistema de Saúde Português

Os cuidados médicos prestados à população portuguesa nem sempre existiram tal como os conhecemos no presente. A sua evolução passou por diferentes fases, tendo deixado de ser controlados pelo setor privado, para estarem, na sua maioria, sob a alçada da esfera Estadual. Por outro lado, lendo com atenção os parágrafos que se seguem, é possível observar que o Sistema de Saúde Português progrediu num sentido de aumento da qualidade e proximidade às populações, por vezes de forma mais ineficiente, mas com tentativas subseqüentes de procura de maior eficiência.

Apenas em 1979, com a publicação da Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, surgiu o conceito de Serviço Nacional de Saúde português, doravante apenas SNS, ou seja, o Estado português criou uma rede a nível nacional com o objetivo de prestar cuidados de saúde abrangendo toda a população, tal como já fora anteriormente contemplado no Artigo 64.º “O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” na Constituição da República Portuguesa em vigência a partir de 1976. Contudo, e como é inteligível, previamente à criação do SNS, os cuidados de saúde recebidos estavam a cargo de organizações privadas, à família dos doentes, que lhes prestavam cuidados através de remédios caseiros, bem como aos serviços médicos da Providência.

Temos que foi o médico Dr. Ricardo Jorge, no ano de 1899, como sendo o pioneiro na organização do setor da saúde em Portugal, em cuja grande alteração se deu com a passagem do Estado a prestar cuidados de saúde à população mais desfavorecida, permanecendo a iniciativa privada como sendo a principal prestadora de cuidados de saúde à população em geral. Apesar do início do esboço de uma organização de saúde pública ter surgido em 1901, apenas em 1903 foi aplicada.

Já em 1911, começam a surgir os primeiros hospitais regionais e sub-regionais, cuja gestão pertencia às Misericórdias. Desta forma, cria-se a estruturação da Direção Geral de Saúde.

Posteriormente, em 1945, é reconhecida a debilidade da situação sanitária em Portugal, pelo que o Estado é levado a criar institutos com a função de controlar problemas de saúde pública singulares, caso disso são os surtos de tuberculose. No ano seguinte, lança-se a base para uma rede hospitalar. Começa aqui um programa de construção de hospitais que serão entregues às Misericórdias com o intuito destas os gerirem. Ou seja, o Estado apenas cria as infraestruturas, atribuindo a privados a sua gestão.

Apenas em 1958 é criado o Ministério da Saúde e da Assistência por via do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto. É assim atribuída autonomia tutelar dos serviços de saúde pública a um Ministério, deste modo desagregam-se os assuntos de saúde ao Ministério do Interior.

Passados treze anos da criação do Ministério da Saúde, Gonçalves Ferreira leva a cabo uma reforma no setor da saúde que serviria de esboço a um SNS. Essa reforma contemplava mudanças tais como, o direito à saúde a todos os cidadãos, a diminuição das dificuldades de acesso aos cuidados médicos, o aumento da responsabilidade do Estado face à saúde da população e, sendo esta a medida mais significativa, a reestruturação dos serviços de saúde, onde o planeamento da saúde pública se tornaria centralizado no Ministério da Saúde, mas a sua execução seria descentralizada, aproximando-se dos utentes. Deste modo surgem os primeiros centros de saúde.

Em 1974, com a mudança de regime político e consequente abertura para uma nova forma de pensar a sociedade, reúnem-se as condições necessárias que permitem a criação do SNS tal como hoje o entendemos.

De facto, em 1978, com o “Despacho Arnaut”, é aberto o acesso aos serviços médicos a todos os cidadãos, encetando-se assim os primeiros passos legislativos de aplicação concreta a um SNS que viria ser fundado no ano seguinte

O SNS define-se como sendo um serviço que envolve todos os cuidados integrados de saúde, destinado a promover e vigiar a saúde, a prevenir a doença, a efetuar o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica.

Fica ainda definido que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, contendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispendo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Todavia, o plano inicialmente idealizado não se vislumbra idêntico ao que agora existe. Como já fora referido, a CRP previa a criação de um SNS cujas características assentavam em três pilares base, a saber: universalidade, generalidade e gratuidade, ou seja, o Estado estava incumbido de garantir que todos os cidadãos tivessem acesso à proteção na saúde, independentemente da sua condição económica. Teria ainda de criar todas as condições necessárias para que toda a população tivesse acesso a esta proteção, de forma gratuita. Presentemente, com a II revisão constitucional de 1989, a característica de gratuidade foi alterada, sendo o SNS um sistema que se determina como sendo “tendencialmente gratuito”. Ora, esta característica é aplicada de uma forma *sui generis*, ou seja, hoje, toda e qualquer pessoa que se desloque, por exemplo, a um hospital inserido no SNS parte do princípio que terá que pagar taxas moderadoras, (instituídas pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, a fim de racionalizar a utilização dos serviços), não o fazendo apenas se comprovar que se insere numa situação de claras carências económicas, pertencer a grupos populacionais sujeitos a maiores riscos, entre outros fatores que possam levar o utente a ser isento de taxas moderadoras.

Outra grande mudança no SNS prende-se com o seu financiamento. Em 1982, estabeleceu-se que o Serviço Nacional de Saúde deve possuir autonomia administrativa e financeira, concedendo ao Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde a incumbência de gerir as verbas que lhe são atribuídas. Esta deliberação acontece pois observa-se que o setor da saúde exige coordenação e distribuição adequada de recursos e, simultaneamente, agilidade nos processos de atuação. Mais tarde, em 1986, exige-se a repartição dos encargos do SNS com outros subsistemas de saúde. Mas esta não foi a mudança mais notória que o Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março trouxe para o SNS. Foi a partir da aplicação deste diploma que foram implementadas taxas moderadoras, com o intuito de atenuar a procura de cuidados de saúde, isto é, evitar a sua utilização para além do razoável.

Dois anos decorridos, o Estado depara-se com o aumento reiterado do peso das despesas de saúde por si suportadas. Deste modo, é aprovado um novo modelo de gestão hospitalar que põe em evidência princípios presentes na administração privada, com vista a tornar os hospitais instituições mais atentas à eficiência de gestão e, por isso, mais “rentáveis”. Uma das medidas concretas desta mudança de paradigma na gestão é a criação de planos anuais e plurianuais com vista a focar os hospitais em metas a atingir, bem como criar centros de responsabilidade entre diferentes níveis da administração.

Já no presente século, deram-se quatro alterações dignas ser assinaladas, no âmbito desta tese. No ano 2002, foram aplicados aos hospitais que integravam a rede de prestação de cuidados de saúde novos modelos de gestão, por via das alterações efetuadas na Lei de Bases da Saúde. Com estas alterações, o modelo de gestão de tipo empresarial (EPE) passa a vigorar nos estabelecimentos Hospitalares pertencentes ao Estado. No ano seguinte, a aplicação de taxas moderadoras passa a ser uma realidade constante no quotidiano. É por via do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, que se reforça o princípio de justiça social no acesso ao SNS. Este argumento é justificado com o fato de a aplicação de taxas moderadoras permitir moderar, racionalizar e regular o acesso aos centros prestadores de cuidados de saúde, noutros termos, inibe o excesso de procura descabido, uma vez que o cidadão se vê forçado a refletir se se justifica uma ida fortuita ao médico. Ainda em 2003, é criada a Entidade Reguladora da Saúde. Deste modo, o Estado desvincula-se do papel de supervisor e regulador da área da saúde, mantendo apenas as funções de financiador e operador. No ano 2007, surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários.

Por fim, a remodelação da forma como se prestam cuidados de saúde primários foi mais um importante passo na melhoria da prestação de cuidados de saúde. Nesta etapa, foram agregados centros de saúde abrangidos pelo SNS com o propósito de assentir uma rede de cuidados primários mais organizada e com uma gestão mais rigorosa. Desta forma, espera-se que o acesso aos centros se torne uma experiência melhorada (Portal da Saúde).

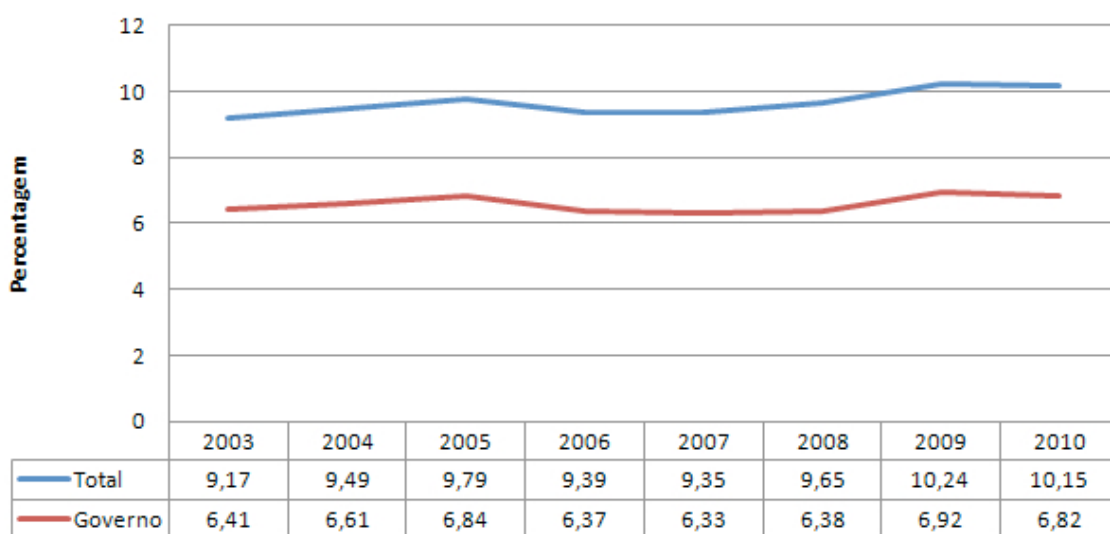
2.3. Financiamento do Sistema de Saúde Português

A forma como o SSP é financiado é, segundo Pereira (1995), uma configuração mista, visto que os rendimentos que lhe são afetos provêm de três fontes distintas: o

Orçamento de Estado, por via de um modelo financiado por fundos de matriz profissional baseado num seguro social; através de pagamentos diretos e finalmente; a partir de seguros voluntários. Este financiamento resulta em valores de €17.507 milhões no ano de 2011, segundo a Conta Satélite da Saúde, elaborada pelo INE.

Um fato a reter é a evolução da despesa pública, a qual ocorre ao mesmo ritmo da evolução da despesa privada. Evidenciada no quadro *infra*, está a evolução do peso dos gastos com a saúde entre 2003 e 2010 em percentagem no PIB, a qual patenteia que as despesas com o setor da saúde têm crescido de forma substancial e constante.

Figura 1 - Evolução do peso dos gastos com a saúde no PIB (%), em Portugal, entre 2003 e 2010



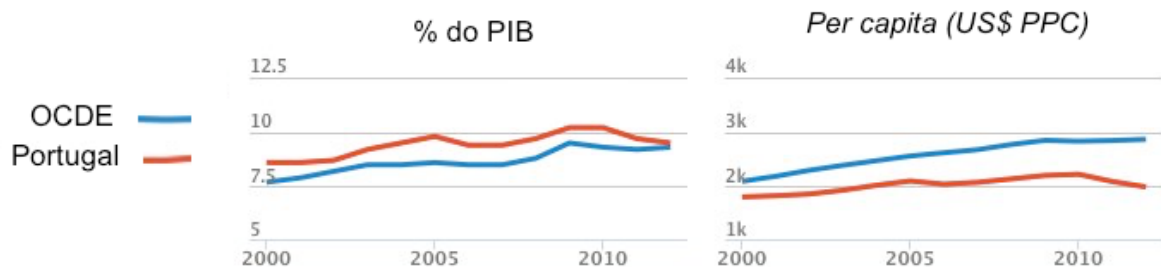
Fonte: Health Statistics (Eurostat)

Já com o auxílio de dados mais recentes (entre 2000 e 2012), é perceptível que em relação aos gastos totais em saúde no PIB, Portugal alocou muito mais despesa em comparação com a média da OCDE nos 12 anos em análise. Em 2000 Portugal despendia 8,6% do seu PIB em saúde, um valor superior à média da OCDE que se situava nos 7,7% do PIB. Em 2005 ocorre o primeiro pico de despesa, no qual Portugal se distanciou ainda mais da média da OCDE, com 9,8% do valor total do PIB em comparação com os 8,6% da média da OCDE. Novo pico sucede em 2009, desta vez em conformidade com os restantes países da OCDE, onde a despesa total em saúde atinge os 10,2% do PIB. No ano seguinte, o valor estabiliza para Portugal, havendo uma ligeira diminuição de 0,2 pontos percentuais para a OCDE. A partir de 2011, com o Plano de assistência Externa, Portugal vê-se obrigado a reduzir os custos totais de despesa em

saúde, pelo que em 2012 os valores entram em concordância com os da média da OCDE.

No que diz respeito ao total de despesa de saúde per capita, nos anos acima referidos, Portugal teve uma despesa sempre inferior à média da OCDE. Fazendo primeiro uma análise dos dados relativos a Portugal, entre os dez primeiros anos, a despesa total em saúde aumentou ligeiramente, passando de US\$1800 médios para US\$2225 médios em 2010. A partir de 2011, a despesa diminuiu, passando a ser de US\$1993 em 2012. Em comparação, a média dos países da OCDE manteve um crescimento constante entre 2000 e 2009, com gastos per capita de US\$2096 e US\$2846 respetivamente. Tendo estabilizado o último valor nos anos que se seguiram.

Figura 2 - Total de despesas em saúde em % do PIB e per capita, em Portugal e na OCDE, entre 2000 e 2012



Fonte: OCDE, 2014

Em suma, as conclusões a apresentar da análise dos quadros supra são: os gastos em saúde por parte do setor público aumentam em concordância com os gastos privados. Não havendo dados que apontem para que um seja dependente do outro, ou seja, não é possível afirmar que o aumento dos gastos públicos em saúde aumentem por via dos gastos em saúde por parte dos privados aumentarem ou vice-versa. Pela observação dos quadros seguintes, as despesas que Portugal imputa ao setor da saúde em percentagem do PIB são superiores à média dos países da OCDE, havendo uma clara tendência para a aproximação dos valores. Contudo, Portugal detém uma distribuição de fundos em saúde per capita mais baixo que a média da OCDE.

2.3.1. Fontes de financiamento

Dada a sua importância e para que haja uma melhor perceção do que significam, serão caracterizadas mais detalhadamente as fontes de financiamento mais relevantes.

2.3.1.1. Impostos

Como principais fontes de receitas do SNS encontram-se os impostos gerais, destes, os impostos indiretos ocupam mais de 61% do total desta fonte de financiamento; por seu turno, as taxas sobre o consumo de tabaco e as taxas sobre os rendimentos são as principais fontes de receita de impostos alocados à saúde, com 6% e 39% respetivamente (Barros, 2007).

2.3.1.2. Subsistemas de saúde

O financiamento dos subsistemas de saúde depende das contribuições tanto do empregador, como do empregado. Estes podem ser classificados como públicos ou privados, dependendo da sua origem.

O primeiro género de subsistema caracteriza-se por ter contribuições compulsórias. O exemplo mais evidente de subsistema público é a ADSE.

A taxa de contribuição afeta ao rendimento do beneficiário representa valores irrisórios, cerca de 1,5% do salário, sendo assim possível afirmar que este montante pouco peso tem no custeamento dos serviços prestados, uma vez que o valor afeto ao Orçamento de Estado para pagamento do setor da saúde equivale a 90% do total, dados de 2007 (Barros, 2007).

2.3.1.3. Seguro voluntário

A figura do seguro voluntário tem ganho adeptos, sendo que cerca de 10% da população portuguesa já possui um. Este tipo de seguro está sobretudo associado ao emprego, uma vez que menos de 50% dos segurados não possui seguro individual (Barros, 2007).

2.3.1.4. Pagamentos diretos

O aumento da utilização de pagamentos diretos como forma de financiamento do SNS assumiu-se como uma forma de partilha de esforços no pagamento de despesas e na consciencialização da população no que toca a despesa pública. Desta forma, está instituído como objetivo da partilha de custos conter e regular a procura de serviços

públicos. Representando 23,5% das despesas totais em saúde em 2004 (Simões & Barros, 2008), estes pagamentos destinam-se a cobrir gastos com medicamentos, material terapêutico e serviços médicos, de enfermagem e paramédicos.

Dentro das várias vertentes de pagamentos diretos, as taxas moderadoras ocupam lugar de destaque, não pelo peso que representam no orçamento do SNS (apenas 0,71%), mas pela forma como estão presentes no quotidiano dos utentes do SNS, refletindo a forma mais visível e direta de pagamento de serviços de saúde. Esta modalidade de co-pagamento explica-se como sendo uma quantia previamente fixada para um serviço público prestado, por exemplo, consultas e cuidados primários e hospitalares, serviços de urgência, visitas ao domicílio e MCDT.

Comparativamente aos reais custos do serviço disponibilizado, as taxas moderadoras têm valor reduzido. Exemplo disso é a taxa moderadora para Serviço de Urgência Polivalente, cuja taxa moderadora, em 2013 era de 20,60€ e o preço médio de um episódio está estabelecido em 147€¹.

2.4. Eficiência

Uma das questões cruciais na elaboração deste relatório prende-se com a caracterização do conceito de eficiência. Esta, em termos económicos, pode ser dividida em pelo menos três níveis: eficiência técnica, eficiência tecnológica e eficiência económica (Barros, 1999).

Para o tema em análise é apenas pertinente focar a eficiência económica, a qual se caracteriza por ser a relação entre os resultados obtidos e os recursos empregues. Assim, eficiência é a capacidade de um administrador para conseguir produtos mais elevados em relação aos bens/serviços necessários para obtê-los (Megginson, 1998).

No contexto atual, olhando para um hospital como sendo uma empresa, a questão da eficiência de recursos e processos e o combate ao desperdício tem um papel essencial na definição de uma boa gestão. Na sua demanda em busca de eficiência, qualquer organização vê-se obrigada a implementar estruturas que lhe permitam planejar, analisar e corrigir perdas e desperdícios desnecessários.

A procura pela eficiência reveste-se como sendo cada vez mais importante, uma vez que todo o desperdício acarreta custos ao erário público. Em 2010, o Ministério da

¹ Preços do Serviço Nacional de Saúde - Portaria n.º 132/2009

Saúde apresentou um conjunto de 10 medias, as quais integravam soluções institucionais, sugestões a implementar em Serviços de Recursos Humanos e medidas relacionadas com a Política do Medicamento para uma gestão mais eficiente do SNS (Portal da Saúde, 2010).

No que concerne ao interesse deste relatório exige-se o destaque das medidas direcionadas a instituições hospitalares.

A primeira linha de medidas prevê um plano de redução de despesas hospitalares. Foi solicitado a cada hospital, EPE e SPA, um plano de redução de despesas, as quais tendo de incluir deliberações para baixar, pelo menos, 5% a despesa com horas extraordinárias; baixar, pelo menos, 2% a despesa com Fornecimentos e Serviços Externos e assegurar o cumprimento da meta orçamental de crescimento até 2,8% da despesa em farmácia hospitalar.

Este plano, para ter viabilidade, teria que englobar conversações entre as direcções dos diversos serviços de cada entidade. Na senda desta redução de custos, a elaboração de um guia de combate ao desperdício seria fundamental. Este disporia de medidas que permitissem à instituição fazer economias de gastos em despesas correntes, tendo o MS proposto a meta da redução deste tipo de despesas em 5%.

Relativamente à área de recursos humanos, impôs-se a autorização prévia para contratação de profissionais nos Hospitais EPE. Esta medida tem por alvo apenas organizações que tenham resultados líquidos negativos. Com esta medida há a pretensão de conter custos em matéria de contratações.

No conjunto das medidas propostas pelo MS, incluindo as não mencionadas presentemente, previa-se que haveria uma redução de 50 milhões de euros no global da despesa do SNS (Portal da Saúde, 2010).

2.5. Níveis de medidas a aplicar – Micro vs Macroeconómicas

Face ao crescente aumento dos valores orçamentais destinados à saúde, é hábito dos Governos procurar e adotar medidas de contenção de gastos, tanto em termos de oferta de serviços de saúde, como na procura dos mesmos.

Na vertente do estímulo de contenção de gastos na oferta, as limitações no investimento, a moderação à contratação de funcionários que venham a substituir aqueles que saíam/entrem na reforma, a redução na massa salarial ou criação de medidas que proporcionem o aumento da eficiência dos recursos existentes encontram-

-se como sendo as principais medidas adotadas. Mais recentemente, temos vindo a assistir ao incentivo do tratamento de doentes em ambulatório, pois o custo deste tipo de tratamento é consideravelmente mais reduzido que o internamento.

Relativamente à procura, a medida mais simples de adotar é, sem dúvida, o aumento das taxas moderadoras, uma vez que produzem efeito instantâneo em cada utilização dos serviços de saúde. Por outro lado, a criação de listas de prioridade no acesso a cuidados de saúde, as estratégias de promoção dos cuidados primários e prevenção da doença ocupam as principais medidas no racionamento de gastos.

Quanto ao grau de aplicação de contenção de gastos, estes podem ser divididos em duas vertentes, macroeconómica, que teve o seu início nos anos 80 e microeconómica, que só teve realce a partir dos anos 90.

As medidas aplicadas ao nível macroeconómico veem-se principalmente no controlo da massa salarial dos funcionários da área da saúde, aumento do preços nos serviços praticados, redução na capacidade dos hospitais, aumento do controlo orçamental (tornando-o mais rígido) e partilha de custos com os utentes.

A nível microeconómico, eficiência é a palavra-chave na redução de custos. O incentivo ao tratamento em ambulatório é tónico para a redução de custos nos hospitais, a forma como os hospitais são financiados é também um dos fatores que os leva à contenção de gastos, com a contratualização à cabeça desta forma de poupar. Por fim, o estímulo de criar maior competência nos prestadores visa obter ganhos de eficiência e qualidade na prestação de serviços.

Por ora, a medição da redução de custos não pode ser totalmente avaliada. Os efeitos das medidas já citadas têm, a curto prazo dado sinais positivos de poupança, mas o mesmo pode não acontecer a longo prazo. Concretizando, a redução do número de camas em hospitais pode levar ao aumento de despesa dos cuidados continuados ou de ambulatório, existindo aqui uma mera alocação de despesa noutras áreas. Noutras medidas, como por exemplo, o incentivo à promoção de hábitos de vida saudável e prevenção da doença levam a crer que ocorrerá redução de custos a médio-longo prazo.

Tal como Maynard (2005), o autor defende que o enfoque dado a medidas de contenção de gastos de cariz macroeconómico desvirtuam o trabalho que pode e deve ser feito a nível das ineficiências existentes nos hospitais, que têm uma abordagem microeconómica.

Relativamente ao contexto português, só a partir do pedido de ajuda externa para o controlo de despesa, em 2011, se começaram a verificar verdadeiras tomadas de posição no que diz respeito a contenção de custos no setor da saúde.

Nos anos anteriores a esta data, encontramos medidas cujo impacto financeiro está pouco estimado.

Entre os anos 2000 e 2006, a principal vertente a sofrer decisões políticas, cujo objetivo foi a contenção de custos, foi a prestação de cuidados hospitalares. Temos o caso do encerramento de blocos de parto, cujo objetivo seria melhorar a qualidade e segurança no acesso e a racionalização da rede na prestação de cuidados, por via da concentração de serviços e conseqüente aumento da especialização da atividade médica na área. A criação de centros hospitalares foi outra medida que pretendia “melhorar a eficiência pela exploração de economias de escala e complementaridade”. Destas duas medidas não há dados que possam apontar para uma eventual melhoria do impacto financeiro gerado. Por seu turno, a construção de novos hospitais recorrendo a PPP pretendia melhorar a eficiência dos processos de gestão dos hospitais, sendo estimadas poupanças por parte do Estado na casa dos 6,2% em centros de atendimento e 17,5% nas CMFR Sul. Tais estimativas, segundo o Tribunal de Contas, tem sido subestimadas, uma vez que os encargos por parte do Estado têm aumentado consideravelmente (Tribunal de Contas , 1995).

Por fim, o Estado tentou criar novos modelos de gestão hospitalar que resultassem num aumento da eficiência de administração. Foi por isso definido um modelo de empresarialização dos hospitais. Deste modo, a forma de financiamento sofreu também alterações, passando a um modelo de contratualização da atividade exercida. Com a separação entre financiador e prestador de serviços, o controlo da despesa seria maior, tal como foi previsto. Contudo os sucessivos Governos, muito em virtude do resgate a que o País está sujeito, têm vindo a incrementar os pedidos de aumento de eficiência.

Outra grande área de decisões para contenção de custos é a prestação de cuidados em ambulatório. Ainda entre 2000 e 2006, o encerramento de SAP e a reforma dos CSP/UFS foram medidas muito debatidas e que se tornaram realidade. Sempre com o argumento de melhoria de qualidade para os cidadãos e racionalização de meios, o Executivo previu poupanças líquidas de 9 milhões de euros, para 2007, segundo o MCSP. Tais medidas foram amplamente discutidas, pois verificou-se que, muito devido a promessas eleitoralistas de “colocar um centro de saúde em cada aldeia”, floresceu um elevado número de Extensões e Centros de Saúde com baixíssimas taxas de utilização.

A redução de preços de convenções com entes privados foi outra medida de contenção de despesas, com isto, previam-se poupanças na ordem dos 25 milhões de euros em 2006, segundo o PEC.

O aumento do valor das taxas moderadoras foi também uma medida que visava reduzir a procura de serviços de saúde. Desta forma, pretendia-se uma valorização por parte do utente dos serviços prestados, bem como um consequente aumento das receitas, se tal não sucedesse.

A criação do Plano Nacional de Saúde foi um importante instrumento que visava a melhoria do estado de saúde da população portuguesa. Esta é uma forma de consciencializar os cidadãos para hábitos de vida saudáveis e assim evitar a utilização de cuidados de saúde. O PNS está também orientado para criar condições de vida melhoradas para eixos prioritários da população, como pessoas com doenças cardiovasculares crónicas e doentes de HIV/SIDA. Efeitos deste plano apenas serão visíveis no ano 2016, período em que acaba o quadriénio estipulado para conhecer resultados.

Com vista a retirar doentes crónicos dos hospitais de agudos, foi lançada a Rede de Cuidados Continuados Integrados. Assim, pode reduzir-se o orçamento hospitalar, pois doentes que se enquadrariam em determinados GDH passam a integrar centros que reúnem melhores condições para lhes prestar tratamento.

O setor do medicamento também foi alvo de medidas de contenção de gastos. As principais medidas estão relacionadas com o preço dos medicamentos, a diminuição da comparticipação, redução de preços de venda e margens de comercialização. Estas medidas de contenção de custos tinham como objetivo reduzir a despesa nesta área em 24 milhões de euros em 2005, 100 milhões em 2006 e 215 milhões em 2007, segundo o PEC.

2.6. Incentivos à eficiência – pagamento hospitalar

Nos dias de hoje, a forma de pagamento aos hospitais constitui um dos mais importantes incentivos à eficiência.

O sistema de pagamento prospetivo, que tem vindo a ser implementado até aos últimos anos, mostrou-se como sendo uma ferramenta fulcral na contenção de custos e otimização de recursos, contudo, existem vantagens e desvantagem em relação ao

anterior método de pagamento, o pagamento por reembolso. Vejamos então as características de um e de outro, bem como as suas vantagens e desvantagens.

O método de pagamento prospetivo encontra-se caracterizado na Circular Normativa Nº 1/89 do Ministério da Saúde, onde se pode ler que este procedimento visa atribuir *“uma quantia fixa por cada doente em cada Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), no pressuposto de que não há razão para que os recursos distribuídos entre os diversos hospitais sejam de montante diferente para o tratamento de doentes que, em média, deverão ter custos semelhantes.*

As características fundamentais deste sistema podem resumir-se nos três pontos seguintes:

- *a unidade de pagamento é o doente saído que é classificado num de entre x grupos (GDH) (conforme a versão do agrupador).*
- *o preço base é uma média dos custos do tratamento de todos os doentes abrangidos pelo SPP, calculada a partir dos custos verificados numa amostra de hospitais.*
- *o pagamento de cada GDH iguala o preço base multiplicado por uma ponderação específica, que deverá refletir uma medida do custo relativo desse GDH.*

Os preços que irão ser pagos por cada GDH poderão não refletir, com rigor, o consumo real ou mesmo o consumo desejável de recursos, caso a caso. A necessidade de utilizar médias nos cálculos dos preços a pagar terá, como resultado, que alguns dos GDHs poderão ser sobrefinanciados e outros subfinanciados, relativamente ao que seria o consumo razoável de recursos, embora, na prática, o seu case-mix tenda a equilibrar estas duas situações.”

Desta forma, propõem-se dar incentivo à eficiência de afetação de recursos do sistema a nível técnico, o pagamento é feito *ex-ante* e de forma fixa em função do custo médio do GDH, independentemente do seu custo real ser maior ou menor.

Por outro lado, a procura da eficiência pode ser levada ao extremo de contenção de custos, gerando-se uma situação de desvantagem para o utente do serviço, que pode diminuir a sua qualidade de serviço prestado, uma vez que a quantia marginal que sobra reverte a favor do hospital.

Já o pagamento por reembolso tem sido usado até há poucos anos como método de referência de pagamento aos hospitais. Sucedendo ao orçamento feito com base em custos históricos, crescendo o valor da inflação.

Este método distingue-se por pagar ao prestador do serviço de saúde, no caso que estamos a analisar, o hospital, de forma a ressarcir todo o custo inerente ao tratamento dispensado. Deste modo, é visível que o prestador do serviço não tem qualquer encorajamento na procura de eficiência aquando do tratamento prestado, ou seja, ocorra um tratamento com despesas altas ou baixa, eficientes ou desmesuradas, o hospital recebe sempre o reembolso do tratamento. De outro prisma, inibe a incerteza de financiamento do hospital (Barros & Simões, 1999).

Contudo, nos últimos tem-se vindo a estudar uma terceira alternativa de financiamento, a qual se estabelece entre os dois supracitados esquemas antagónicos de pagamento, ou seja, um sistema misto de partilha de custos e riscos, conhecida por “supply-side cost sharing”.

A terceira via de orçamentação não é, contudo, exclusiva de uma única forma de pagamento, isto é, existem diversos modelos que podem levar à captura da eficiência de recursos, bem como à partilha de riscos entre a entidade pagadora e a entidade prestadora.

Tendo como suporte a contratualização² hospitalar, fruto de uma nova cultura de gestão, com base no *New Public Management*, as novas formas de pagamento baseiam-se na atividade hospitalar.

2.6.1. Algumas das formas de proceder ao pagamento de atividade hospitalar

2.6.1.1. Pagamento baseado no ato

Nesta modalidade, o pagamento está associado com a prestação de um determinado ato ou serviço. Na prática, trata-se de um sistema retrospectivo de pagamento do ato prestado. Este sistema tem como principal desvantagem apontada o incentivo que fornece a uma multiplicação (desnecessária) dos atos médicos.

² “Cuja grande vantagem está no seu potencial como instrumento de planeamento, isto é, de explicitar objetivos e de os transformar em mudanças reais, promovendo o financiamento adequado para que os prestadores operem essas mudanças.” (http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Financiamento_de_Cuidados_de_Saúde_Diferenciados - site disponível à data de julho de 2014)

2.6.1.2. Pagamento por diária de internamento

A característica fundamental deste modelo é o pagamento às entidades prestadoras com base no número de dias de permanência dos doentes no hospital, pelo que cria incentivos a internamentos mais prolongados, particularmente quando estes incorporam apenas a parte de custos respeitantes a atividades hoteleiras.

2.6.1.3. Pagamento por caso/episódio

Dentro deste tipo de remuneração, existem duas modalidades principais: por episódio clínico e por doente saído.

Neste modelo de pagamento é importante considerar a importância dos índices de case-mix. Por este ser um sistema que privilegia o pagamento por episódio clínico ou por doente saído é essencial diferenciar o tipo de episódio clínico tratado para que não haja pagamentos superiores aos gastos efetuados. Deste modo, é elaborado um elemento de ajustamento de pagamento por base no GDH, tornando assim o sistema mais complexo. Desta forma, evita-se o incentivo ao aumento de número de admissões desnecessárias.

2.6.1.4. Pagamento por orçamento global

“Por orçamento global entende-se a definição de um valor agregado, válido para um determinado período de tempo, destinado a cobrir as despesas hospitalares. (...) É um modo de pagamento que incentiva fortemente a eficiência da instituição que recebe financiamento deste modo, desde que o orçamento seja respeitado” (Barros, 2002: 47).

As principais preocupações a ter em consideração neste modelo de pagamento são garantir que os valores atribuídos são realistas e que o cumprimento do orçamento atribuído não afeta a qualidade dos cuidados prestados.

2.6.1.5. Capitação

Neste modelo, as instituições recebem periodicamente um pagamento fixo por utente inscrito na sua área de atuação, independentemente da quantidade de serviços a prestar (Pereira, 2004). Esta modalidade tem como risco associado a possível promoção

da prestação de serviços em menor quantidade, qualidade e à população com menor risco de doença.

2.7. Orçamento hospitalar – As ULS

Segundo a Proposta do Orçamento de Estado de 2014 para a saúde, dos €7.596 M previstos, estão destinados €4.075 M para as Instituições Hospitalares E.P.E.s. É assim observável que a maioria das despesas do SNS são geradas nos hospitais,

Dentro do SNS existem dois modelos de gestão hospitalar a ser praticados. As ULS, cujo enquadramento jurídico é de Entidade Pública Empresarial, possui um tipo de financiamento, o qual difere do modelo presente nos Centros Hospitalares. Devido a este relatório ter por base o estágio numa ULS, apenas este paradigma será abordado.

O orçamento atribuído a um hospital advém de decisão ministerial, sendo definido e concedido pelo Ministério da Saúde por via do IGIF³, Instituto que tem nas suas valências a procura de novos e melhores modelos de gestão.

As ULS têm financiamento fixo e a sua produção é virada para a eficiência de tratamentos, uma vez que o método de pagamento se baseia na capitação (financiamento ajustado ao estado de saúde da população) (ACSS, 2013). Este método da capitação tem como objetivo diminuir a procura junto das unidades hospitalares, logo, o valor *per capita* a atribuir a cada ULS deriva de um capita nacional, que se ajusta à realidade de cada ULS através de um índice, que reflete diferenças geográficas de oferta e procura de cuidados de saúde (ACSS, 2013).

Na atualidade, o cálculo do orçamento hospitalar é realizado com base em contratos-programa (plurianuais, implementados em 2005), isto é, acordos realizados entre as entidades hospitalares e o Ministério da Saúde, por via das ARS. Para aferição do valor a pagar, é feito o cálculo do ICM⁴ para cada vertente de produção (Internamento

³ Atual ACSS.

⁴ A definição de ICM no portal da codificação clínica e dos GDH é “Coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes, ou seja:

$$ICMHospital = \frac{\sum (doentes\ equivalentes\ GDHi \times peso\ relativo\ GDHi)}{\sum doentes\ equivalentes\ GDHi}$$

Cirúrgico, Internamento Médico, Ambulatório Cirúrgico ou Ambulatório Médico) e é distinguido o GDH⁵ aplicado a cada uma das vertentes de produção. Caso o valor recebido pelo ente prestador exceda o necessário para cobrir a despesa anual, o mesmo reverte a favor da entidade

Por outro lado, o contrato-programa estabelece ainda os objetivos e metas qualitativas e quantitativas, a sua calendarização, os meios e instrumentos para os prosseguir, designadamente os de investimento, os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

Ainda relativamente a receitas, os hospitais também têm as suas receitas próprias, como recebimento de pagamento de benefícios alocados a subsistemas de saúde e seguros privados, aluguer de espaços, equipamentos e quartos privados, rendimento de investimentos, donativos, coimas e mais expressivamente, taxas moderadoras. Sendo que estas receitas suplementares de 2004, representam cerca de 13,4% dos rendimentos hospitalares (Simões & Barros, 2008).

No âmbito dos Contratos-Programa celebrados com os Hospitais do SNS, procede-se ao cálculo do ICM para a produção em Internamento e para a produção em Ambulatório, considerando-se ainda ICM distintos para episódios cirúrgicos e médicos em cada uma daquelas linhas de produção. Assim, a fórmula acima descrita deverá ser adaptada em função do tipo de ICM que se pretenda calcular, considerando-se apenas a produção correspondente (Internamento Cirúrgico, Internamento Médico, Ambulatório Cirúrgico ou Ambulatório Médico).

O ICM nacional é, por definição, igual a 1, pelo que o ICM de cada hospital afastar-se-á para mais ou para menos desse valor de referência, conforme o hospital trate uma proporção maior ou menor de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional.

ICM de cada hospital é calculado centralmente pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), com base nos dados de episódios de internamento e de ambulatório de cada hospital classificados em GDH, sendo um dos fatores utilizados na fórmula de cálculo da remuneração dos hospitais em sede de Contrato-Programa (n° de doentes equivalentes x Preço base x ICM Hospital)" ([http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Índice_de_Case-Mix_\(ICM\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Índice_de_Case-Mix_(ICM)))

⁵ “Os episódios de internamento de agudos são classificados em Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH). A produção medida em GDH é ajustada pelo índice de case-mix contratado, atualizado à atividade realizada no ano de 2011.

O preço base a aplicar aos doentes internados classificados em GOH e convertidos em equivalentes é o constante na tabela de preços em vigor para 2013, sendo aplicado um preço base único para todas as entidades. O preço do GDH compreende todos os serviços prestados em regime de internamento, quer em enfermaria quer em unidades de cuidados intensivos, incluindo todos os cuidados Médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e hotelaria. A cada episódio só pode corresponder um GDH, desde a data de admissão até à data de alta, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado.

Os diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos Médicos relevantes realizados são codificados de acordo com a *International Classification of Diseases 9th revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*, versão em vigor à data de codificação.

O agrupador de GDH em vigor é o *Ali Patients Diagnosis Related Groups*, versão 27.0, desenvolvido nos EUA, sendo obrigatória a utilização deste agrupador para efeitos de classificação de episódios agudos de doença tratados nos hospitais do SNS.” (ACSS Circular Normativa N° 9/2013/DPS)

Sendo uma ULS, a integração entre CSP e cuidados hospitalares é um pilar basilar nas sinergias criadas, pelo que o apelo ao recurso de CSP em detrimento do serviço de urgências também se observa pelo financiamento alocado à instituição. É mais baixo o valor pago pelos doentes se decidirem ir aos cuidados de saúde primários (centros de saúde), numa consulta de medicina geral e familiar ou outra consulta médica que não a de especialidade, em detrimento de recorrerem aos serviços de urgência hospitalar polivalente, em €5 no primeiro caso e em € 20,65 no segundo, dados do OE 2014.

O somatório de valores pagos por via de copagamentos nos hospitais do SNS ronda os 0,7% das despesas neles praticadas. Em jeito de comparação, este valor diminui para 0,28% se considerarmos os cuidados primários de saúde (Simões & Barros, 2008).

2.8. Enquadramento legal do tema - ajudas de custo e transporte e acumulação de funções

No atual panorama português, a redução de custos e a procura de mais eficiência é uma realidade constante.

Assim, em junho de 2010, foi publicado o Despacho Conjunto n.º 10760/2010, de 22 de junho, dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, contendo orientações gerais de medidas de combate ao desperdício, de controlo e monitorização da contratualização e da utilização de regras de gestão que garantam uma eficiente articulação entre os diversos organismos.

O normativo em apreço aplica-se a todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS que, conforme resulta do ponto 11, devem “Elaborar um «Guia de combate ao desperdício» com forte participação dos profissionais e com ampla divulgação interna.”.

A fim de dar cumprimento ao legalmente estatuído, a ULSCB, EPE desenvolveu um documento, o Plano De Comunicação Para o Guia de Boas Praticas no Combate ao Desperdício, que visava não só estabelecer boas práticas a implementar na organização, como também criar forma de dar a conhecer aos funcionários como implementar tais condutas.

Apesar da existência do PCPGBPCD, certo é, porém, que se constatou que não

existe uma noção real do desperdício. Tomando como exemplo os armazéns, verificou-se que o material que não se encontra em condições/está fora de prazo é encaminhado para o lixo, em vez de se dar baixa do mesmo ao armazém (com a implementação de um processo deste tipo poder-se-ia fazer um maior controlo da qualidade dos materiais).

2.8.1. Ajudas de custo e de transporte

O pagamento das ajudas de custo⁶ encontra a sua base de regulação no Decreto-Lei n.º 106/1998, de 24 de abril. A mesma legislação estabelece ainda o pagamento de deslocações em território nacional, quer diárias, quer por dias sucessivos.

A mesma legislação estabelece ainda o pagamento de deslocações em território nacional, quer diárias, quer por dias sucessivos. Assim, consideram-se deslocações diárias aquelas que se realizam num período de vinte e quatro horas e, bem assim, as que, embora ultrapassando este período, não impliquem a necessidade de realização de novas despesas. Já as deslocações por dias sucessivos, entendem-se por ser deslocações que se efetivam num período de tempo superior a vinte e quatro horas e obriguem à necessidade de realização de novas despesas.

Porém, não há lugar à totalidade do pagamento de ajudas de custo. No caso das deslocações diárias, o pagamento é efetuado de acordo com os seguintes critérios:

- Se a deslocação abranger, ainda que parcialmente, o período compreendido entre as 13 e as 14 horas — 25%;
- Se a deslocação abranger, ainda que parcialmente, o período compreendido entre as 20 e as 21 horas — 25%;
- Se a deslocação implicar alojamento — 50%.

⁶ “São importâncias atribuídas pela entidade patronal aos seus trabalhadores dependentes quando estes se desloquem ao serviço da entidade patronal e que se destinem a compensar os gastos acrescidos por essa deslocação (alimentação e alojamento)” (http://www.otoc.pt/downloads/files/1206546985_46a48fiscalidade.pdf)

Tabela 1 - Pagamento de ajudas de custo (com subtração do subsídio de almoço)

Grupos de pagamento	25%	50%	75%	100%
	4,27 €	4,27 €	4,27 €	4,27 €
Membros do Governo	13,03 €	30,33 €	47,62 €	64,92 €
	17,30 €	34,60 €	51,89 €	69,19 €
Superior ao Nível Remuneratório 18 - (1355,96€)	4,27 €	4,27 €	4,27 €	4,27 €
	8,28 €	20,83 €	33,38 €	45,93 €
	12,55 €	25,10 €	37,65 €	50,20 €
Entre os Níveis Remuneratórios 9 e 18 - (892,53€ - 1355,96)	4,27 €	4,27 €	4,27 €	4,27 €
	6,58 €	17,43 €	28,27 €	39,12 €
	10,85 €	21,70 €	32,54 €	43,39 €
Outros - Menos de 892,53€	4,27 €	4,27 €	4,27 €	4,27 €
	4,69 €	15,65 €	25,60 €	35,56 €
	9,96 €	19,92 €	29,87 €	39,83 €

Fonte: Decreto-Lei n.º 137/2010 de 28 de dezembro

Por via da Lei n.º 66-B/2012 de 31 de dezembro, ficou estabelecido o novo regime de pagamento de ajudas de custo e de transporte, não tendo sido sofridas alterações no que diz respeito a valores, estas passaram a vigorar também em 2014. Assim, institui-se que apenas se pagam ajudas de custo nas deslocações diárias que se realizem para além de 20 Km do domicílio necessário e nas deslocações por dias sucessivos que se realizem para além de 50 Km do mesmo domicílio, ao contrário do anteriormente estabelecido, uma vez que estava estipulado que só existia direito ao abono de ajudas de custo nas deslocações diárias que se realizassem para além de 5 km do domicílio necessário e nas deslocações por dias sucessivos que se realizassem para além de 20 km.

As empresas públicas deveriam assegurar, em 2013, uma poupança mínima de 50%, face ao valor despendido em 2010, nos gastos com deslocações, ajudas de custo e alojamento, estando esta deliberação expressa na Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro.

2.8.1.1. Transporte

Fazendo alusão concreta ao abono de custos de transporte, é de ressaltar que quando haja necessidade de deslocação de um funcionário, em primeiro recurso deverá ser solicitado transporte de serviço. Pelo que o uso de viatura própria apenas é permitido quando esgotadas as possibilidades de utilização das viaturas afetas ao serviço, ou seja, apenas em casos excepcionais.

Outra exceção no uso de transporte próprio dá-se quando a deslocação de serviço ocorre para localidades servidas por transporte público que o funcionário devesse, em primeira opção utilizar, pagando-se assim apenas o montante correspondente ao custo das passagens no transporte coletivo.

As despesas de transporte devem corresponder ao montante efetivamente despendido, podendo o seu pagamento ser efetuado nas formas seguintes:

- a) Requisição de passagens às empresas transportadoras diretamente por reembolso ao funcionário ou agente;
- b) Atribuição de subsídio por quilómetro percorrido, calculado de forma a compensar o funcionário ou agente da despesa realmente efetuada.

Ao pessoal envolvido em missões que impliquem deslocações conjuntas em território nacional são abonadas ajudas de custo pelo escalão correspondente ao da categoria mais elevada.

No caso do funcionário usar o transporte próprio, o pagamento de ajudas de transporte encontra-se estabelecido em €0,36 por quilómetro.

2.8.2. Acumulação de funções

No que concerne a acumulação de funções, este assunto está também regulado a nível nacional, por via das Recomendações 01/2009 de 01 de julho e 01/2010 de 7 de abril aprovadas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, as quais indicam que a ULSCB, E.P.E. deve regulamentar de forma mais minuciosa o assunto, por via de um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Este documento tem, assim, o propósito de fornecer instrumentos de trabalho que permitam regular e monitorizar possíveis atos de infrações a acontecer na Instituição. No documento supracitado, a referência a acumulação de funções públicas/públicas/privadas é evidente e apresenta-se num ponto exclusivo.

Relativamente à regulamentação legal, a acumulação de funções públicas com outras funções pública/privadas encontra-se legislada na Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro (recentemente revogada pela Lei n.º 35/2014), a qual estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas.

Desde logo, o artigo 26.º da mencionada Lei estabelece como regime regra o do exercício de funções públicas em exclusividade. Contudo, os artigos 27º e 28º vêm prever exceções a essa regra, reportando-se às condições em que um trabalhador em funções públicas pode exercer funções públicas ou privadas cumulativamente.

Desta forma, o exercício de funções públicas com outras funções públicas pode ocorrer se estas não forem remuneradas e desde que haja manifesto interesse público. No caso de ser remunerada, a função cumulativa deve obedecer aos seguintes preceitos, estabelecidos no n.º2 do artigo 27º:

- a) *“Inerências;*
- b) *Atividades de representação de órgãos ou serviços ou de ministérios;*
- c) *Participação em comissões ou grupos de trabalho;*
- d) *Participação em conselhos consultivos e em comissões de fiscalização ou outros órgãos colegiais, neste caso para fiscalização ou controlo de dinheiros públicos;*
- e) *Atividades de carácter ocasional e temporário que possam ser consideradas complemento da função;*
- f) *Atividades docentes ou de investigação de duração não superior à fixada em despacho dos membros do Governo responsáveis pelas finanças, Administração Pública e educação ou ensino superior e que, sem prejuízo do cumprimento da duração semanal do trabalho, não se sobreponha em mais de um terço ao horário inerente à função principal;*
- g) *Realização de conferências, palestras, ações de formação de curta duração e outras atividades de idêntica natureza.”*

A acumulação de funções públicas com funções privadas está regulada no artigo 28º da lei supra referida. Obedecendo a regras mais restritivas, esta estabelece que o trabalhador em funções públicas apenas pode acumular funções no regime privado se estas:

- Não forem concorrentes ou similares com as funções públicas desempenhadas e que com estas sejam conflituantes. Dentro destas, também não podem ter como características possuir conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários.
- Não forem legalmente consideradas incompatíveis com as funções públicas;
- Não forem desenvolvidas em horário sobreposto, ainda que parcialmente, ao das funções públicas;
- Não comprometerem a isenção e a imparcialidade exigidas pelo desempenho das funções públicas;
- Não provocarem algum prejuízo para o interesse público ou para os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

O âmbito da autorização para acumulação de funções está também regulado na Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, no artigo 29º. Na verdade, um trabalhador em funções públicas apenas acumular funções se estiver devidamente autorizado pela entidade empregadora pública.

No caso da ULSCB, E.P.E., os pedidos apresentados pelos seus colaboradores são, desde logo, objeto de parecer prévio pelo SRH para verificação do cumprimento das normas legais e, posteriormente, autorizados pelo Conselho de Administração.

No mesmo artigo são também referidos os elementos necessários a aludir aquando do pedido de autorização, a saber, tal como transcrito do artigo:

- *“Do local do exercício da função ou atividade a acumular;*
- *Do horário em que ela se deve exercer;*
- *Da remuneração a auferir, quando seja o caso;*

- *Da natureza autónoma ou subordinada do trabalho a desenvolver e do respetivo conteúdo;*
- *Das razões por que o requerente entende que a acumulação, conforme os casos, é de manifesto interesse público ou não incorre no previsto nas alíneas a) e d) do n.º 4 do artigo anterior;*
- *Das razões por que o requerente entende não existir conflito com as funções desempenhadas, designadamente por a função a acumular não revestir as características referidas nos n.ºs 2 e 3 e na alínea c) do n.º 4 do artigo anterior;*
- *Do compromisso de cessação imediata da função ou atividade acumulada no caso de ocorrência superveniente de conflito.”*

Capítulo 3. Caracterização do projeto

3.1. Introdução

O capítulo que se segue visa abordar de forma prática de que modo a ULSCB, E.P.E. consolida os seus esforços na captura de eficiência de processos administrativos.

Em primeiro lugar será feito o estudo das áreas selecionadas, a saber, ajudas de custo, sendo aqui divididas entre ajudas de custo genéricas e de transporte e a acumulação de funções.

As linhas que se seguem tem como base a observação e a experiência que adquiri aquando da minha passagem pelo SRH da ULSCB, E.P.E..

Cabe ao Serviço de Recursos Humanos da ULSCB, E.P.E. proceder ao escrutínio de pedidos de pagamento de ajudas de custo e de transporte e subsequente pagamento do mesmo. Estando apenas 2 assistentes técnicos do SRH afetos a este processo, tratando um do pagamento das ajudas de custo e outro das ajudas de transporte, a verificar os cerca de 30 pedidos médios por mês de ajudas de custos e transporte⁷, torna-se moroso avaliar todos os pedidos, ou seja, verificar se cumprem os requisitos para serem pagos.

É também da competência do SRH o tratamento de pedidos de acumulação de funções. No desempenho destas tarefas encontra-se um assistente técnico. Este deve informar os interessados em acumular funções das condições a abarcar para que o pedido seja autorizado. Feito o pedido, o mesmo funcionário deve avaliar o requerido com vista a elaborar um parecer.

3.2. Ajudas de custo

Para o estudo das despesas realizadas com ajudas de custo, serão analisados cinco quadros, estando estes repartidos por anos, 2012 e 2013. Dentro de cada ano, haverá uma tabela relativa ao centro de custo a que o pedido foi efetuado, bem como outra tabela com a categoria profissional a que o requerente pertence. Existe por fim uma outra tabela que faz o comparativo de despesas entre os anos 2012 e 2013 por grupos profissionais. As análises aqui produzidas terão como alvo apenas os grupos de pessoal

⁷ São apenas contabilizados pedidos por funcionário, os pedidos de ajudas em concreto não é contabilizado.

e os centros de custo cujos valores adjudicados sejam mais altos e assim mais relevantes para estudo.

É ainda importante referir que os valores apresentados já incorporam os cortes em ajudas de custo em vigor.

3.2.1. Por grupo de pessoal

Tabela 2 - Mapa ajudas de custo com pessoal - Ano 2012

GP / Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Assistente Operacional	1646,58	859,27	1271,89	1028,59	1473,59	619,08	1390,54	1385,83	1509,81	739,10	1488,50	1558,21	14970,99
Assistente Técnico	95,65	0,00	14,86	12,27	15,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,65	49,08	203,16
Pessoal Dirigente	50,20	124,72	107,90	66,50	178,67	-1,86	91,60	37,39	74,78	20,83	87,59	149,56	987,88
Pessoal Docente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Médico	463,05	212,31	362,39	145,81	333,04	996,04	337,03	416,60	357,02	487,51	599,72	1157,88	5868,40
Outro Pessoal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Sup. Saúde	302,35	227,57	149,04	157,32	169,87	178,15	178,15	223,82	182,16	198,72	173,88	306,36	2447,39
Téc. Diag. Terapêutica	388,11	130,78	302,35	495,10	269,84	269,23	253,28	205,30	231,84	157,32	596,16	190,44	3489,75
Pes. de Enfermagem	989,02	738,15	780,07	828,83	750,26	774,14	725,86	735,10	634,09	703,46	613,17	785,65	9057,80
Pessoal de Informática	0,00	8,28	8,28	33,99	25,71	17,43	0,00	0,00	8,28	8,28	48,24	13,16	171,65
Pes. Téc. Superior	99,36	70,51	42,27	40,57	34,60	14,86	113,65	0,00	158,62	72,03	42,27	19,74	708,48
Total	4 034,32	2 371,59	3 039,05	2 808,98	3 251,23	2 867,07	3 090,11	3 004,04	3 156,60	2 387,25	3 665,18	4 230,08	37 905,50

Fonte: SRH da ULSCB

No ano 2012, o valor total gasto em ajudas de custo por grupo de pessoal foi €37.905,50. Com o grupo profissional a beneficiar mais deste complemento a ser o de Assistentes Operacionais, compreendendo 39,5% das despesas totais em ajudas de custo. Seguiu-se o pessoal de Enfermagem, recebendo €9.057,80 em ajudas, e este sucedido pelo pessoal Médico, com €5.868,40.

Tabela 3 – Mapa de ajudas de custo com pessoal - Ano 2013

GP / Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Assistente Operacional	1128,56	1262,14	1216,22	1073,79	1119,05	1062,39	1624,33	1287,00	1006,92	941,82	730,17	1883,08	14335,47
Assistente Técnico	0,00	5,69	17,43	22,23	36,28	0,00	0,00	21,34	0,00	66,76	5,69	15,65	191,07
Pessoal Dirigente	174,66	128,99	145,81	174,66	120,45	220,33	191,22	333,02	161,85	33,12	190,70	270,01	2144,82
Pessoal Docente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Médico	648,53	431,04	269,91	378,43	182,16	618,55	198,72	194,71	82,80	57,96	66,24	684,16	3813,21
Outro Pessoal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Sup. Saúde	306,36	207,00	310,63	273,24	223,56	264,96	322,92	173,88	256,68	223,56	223,56	343,75	3130,10
Téc. Diag. Terapêutica	306,36	289,80	455,40	364,32	397,44	567,35	372,60	282,39	587,88	314,64	621,00	766,03	5325,21
Pes. de Enfermagem	868,93	786,82	833,58	643,19	624,48	662,98	762,25	816,94	576,26	702,10	800,81	680,89	8759,23
Pessoal de Informática	61,40	0,00	27,41	89,42	53,12	101,14	67,37	48,02	73,95	88,20	37,17	140,19	787,39
Pes. Téc. Superior	229,22	29,72	107,07	77,74	0,00	396,25	43,10	29,11	24,84	23,14	75,17	212,69	1248,05
Total	3 724,02	3 141,20	3 383,46	3 097,02	2 756,54	3 893,95	3 582,51	3 186,41	2 771,18	2 451,30	2 750,51	4 996,45	39 734,55

Fonte: SRH da ULSCB

— Captura de eficiência de recursos: O caso dos processos administrativos —

Passando a análise para 2013, existiram algumas alterações nos grupos de pessoal que mais receberam de ajudas de custo. Assim, os Assistentes Operacionais continuam a constituir o grupo que mais auferiu em ajudas (€14.335,47), seguido do pessoal de Enfermagem que recebeu €8.759,23, passando os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica para terceiro lugar, recebendo €5.325,21. O pessoal Médico ficou em quarto lugar, ao solicitar €3.813,21 em ajudas de custo.

Tabela 4 - Mapa comparativo de ajudas de custo com pessoal - Variação 2012/2013

GP / Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Assistente Operacional	-518,02	402,87	-55,67	45,20	-354,54	443,31	233,79	-98,83	-502,89	202,72	-758,33	-758,33	-1718,72
Assistente Técnico	-95,65	5,69	2,57	9,96	20,63	0,00	0,00	21,34	0,00	66,76	-9,96	-9,96	11,38
Pessoal Dirigente	124,46	4,27	37,91	108,16	-58,22	222,19	99,62	295,63	87,07	12,29	103,11	103,11	1139,60
Pessoal Docente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Médico	185,48	218,73	-92,48	232,62	-150,88	-377,49	-138,31	-221,89	-274,22	-429,55	-533,48	-533,48	-2114,95
Outro Pessoal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Sup. Saúde	4,01	-20,57	161,59	115,92	53,69	86,81	144,77	-49,94	74,52	24,84	49,68	49,68	695,00
Téc. Diag. Terapêutica	-81,75	159,02	153,05	-130,78	127,60	298,12	119,32	77,09	356,04	157,32	24,84	24,84	1284,71
Pes. de Enfermagem	-120,09	48,67	53,51	-185,64	-125,78	-111,16	36,39	81,84	-57,83	-1,36	187,64	187,64	-6,17
Pessoal de Informática	61,40	-8,28	19,13	55,43	27,41	83,71	67,37	48,02	65,67	79,92	-11,07	-11,07	477,64
Pes. Téc. Superior	129,86	-40,79	64,80	37,17	-34,60	381,39	-70,55	29,11	-133,78	-48,89	32,90	32,90	379,52
Total	-310,30	769,61	344,41	288,04	-494,69	1 026,88	492,40	182,37	-385,42	64,05	-914,67	-914,67	148,01
Variação %	-0,08	0,32	0,32	0,11	0,10	-0,15	0,36	0,16	0,06	-0,12	0,03	0,03	0,05

Fonte: SRH da ULSCB

Em análise comparativa, as diferenças de gastos em ajudas e custo tiveram flutuações entre os diversos grupos de pessoal.

De modo geral, os custos com ajudas de custo entre 2012 e 2013 sofreram um aumento pouco insignificativo de €148,01. O grupo de pessoal que mais diminuiu o seu peso em ajudas de custo foi o pessoal Médico, recebendo menos €2.114,95 em relação a 2012. Por seu turno, sendo sempre o grupo de pessoal aquele que mais requereu ajudas de custo, o grupo dos Assistentes Operacionais conseguiu reduzir o valor pedido entre os dois anos em análise em €1.718,72. Já o pessoal de Enfermagem, recebeu menos €6,17 (valor claramente irrisório em relação às quantias em análise).

Um dado interessante prende-se com o considerável aumento dos reembolsos feitos a Pessoal Dirigente e aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

3.2.2. Por centro de custo

Tabela 5 - Mapa de ajudas de custo por centro de custo - Ano 2012

Centro Custo	Valor(com Redução)	Percentagem
Medicina interna	-6,58 €	-0,02%
Serviços clínicos-internamentos	8,28 €	0,02%
C. Ext. - Pediatria Geral	9,72 €	0,03%

— Captura de eficiência de recursos: O caso dos processos administrativos —

Oftalmologia	12,55 €	0,03%
Cirurgia geral - C. Ext	13,21 €	0,03%
Urologia	15,65 €	0,04%
UCSP - Vila de Rei	16,56 €	0,04%
Ortopedia	20,83 €	0,05%
Conselho clínico ACeS BIS	20,83 €	0,05%
Diálise	24,13 €	0,06%
UCSP - Penamacor	24,54 €	0,06%
Comissões técnicas	27,03 €	0,07%
Conferência de faturas CSP	28,02 €	0,07%
Pediatria	31,82 €	0,08%
Neurologia	33,69 €	0,09%
Gabinete de apoio à gestão	37,39 €	0,10%
Serviços Farmacêuticos	41,66 €	0,11%
Serviço de Alimentação e Dietética	42,63 €	0,11%
Serviços Financeiros	45,67 €	0,12%
Bloco Operatório Central	47,88 €	0,13%
Gastrenterologia - C. Ext.	48,19 €	0,13%
Medicina interna - C. Ext.	48,74 €	0,13%
Laboratório de Saúde Pública	49,68 €	0,13%
Esterilização	49,94 €	0,13%
UCSP - S. Miguel 1	70,77 €	0,19%
Serviço de tratamento de roupa	81,70 €	0,22%
UCSP - Vila Velha de Rodão	83,58 €	0,22%
Cardiologia	85,97 €	0,23%
Unidade de Diabetes	92,93 €	0,25%
Endoscopias	102,91 €	0,27%
Gastrenterologia	111,26 €	0,29%
Serviço Social	120,14 €	0,32%
UCSP - Oleiros	130,87 €	0,35%
Psiquiatria - Internamento Agudos	132,48 €	0,35%
Medicina Interna II	176,61 €	0,47%

— Captura de eficiência de recursos: O caso dos processos administrativos —

Gabinete de Auditoria	179,45 €	0,47%
Cirurgia Geral I	209,87 €	0,55%
Cirurgia Geral II	292,69 €	0,77%
S.I.E. - Outros	322,54 €	0,85%
Urgência Geral / SO- Hospital de dia	383,24 €	1,01%
Nefrologia	400,35 €	1,06%
Serviços de Aprovisionamento	460,68 €	1,22%
UCSP - Idanha-a-Nova	509,46 €	1,34%
S.I.E. - Centrais Técnicas	570,60 €	1,51%
Conselho Clínico ACeS PIS	662,40 €	1,75%
Grupo profissional – ACeS BIS	778,58 €	2,05%
UCSP – Sertã	822,44 €	2,17%
UCSP - S. Tiago 1	939,56 €	2,48%
Cons. Administração/Direção	987,88 €	2,61%
Serviços prestados a outras instituições	1.211,16 €	3,20%
Serviço de Informática	1.435,27 €	3,79%
UCSP - Proença-a-Nova	1.520,71 €	4,01%
Grupo profissional - ACeS PIS	1.614,86 €	4,26%
UCSP - S. Tiago 2	1.713,83 €	4,52%
Saúde Pública - Centros de Saúde	3.510,32 €	9,26%
Serviço de Viaturas	8.707,14 €	22,97%
Serviços prestados p/ exterior (acomp)	8.791,19 €	23,19%
Total	37.905,50 €	100,00%

Fonte: SRH da ULSCB

Em 2012, a ULSCB, E.P.E. gastou em ajudas de custo €37.905,5.

Neste ano, os serviços prestados para o exterior (acompanhamento de doentes) evidenciaram-se como sendo o centro de custo que mais recebeu ajudas de custo, €8.791,19. Com valores muito semelhantes, os funcionários pertencentes ao Serviço de Viaturas receberam €8.707,14 de ajudas de custo, em conjunto, ambos os serviços receberam mais de 50% do total de ajudas de custo, 23,19% o acompanhamento de doentes para o exterior e 22,97% o Serviço de Viaturas.

Tabela 6 - Mapa de ajudas de custo por centro de custo - Ano 2013

Centro Custo	Valor (com Redução)	Percentagem
Diálise	0,41 €	0,00%
Gabinete Jurídico	6,58 €	0,02%
Agudos - Psiquiatria	6,58 €	0,02%
Unidade Cuidados Intermédios	6,60 €	0,02%
UCSP - S. Miguel 2	8,28 €	0,02%
Serviço De Tratamento De Roupa	15,65 €	0,04%
Serviços Farmacêuticos	15,65 €	0,04%
Cardiologia-C. Ext.	16,37 €	0,04%
Serviço De Alimentação e Dietética	17,43 €	0,04%
Conferência De Faturas CSP	20,83 €	0,05%
Ecocardiografia	24,55 €	0,06%
Cirurgia Geral - C. Ext.	29,25 €	0,07%
Radiologia	30,53 €	0,08%
Anestesiologia	34,60 €	0,09%
UCI Polivalente	39,12 €	0,10%
Nefrologia	51,95 €	0,13%
UCSP - S. Miguel 1	70,51 €	0,18%
Medicina Interna I	76,73 €	0,19%
Anestesiologia - C. Ext.	80,73 €	0,20%
Serviços Financeiros	84,52 €	0,21%
Esterilização	91,04 €	0,23%
S.I.E. - Centrais Técnicas	93,19 €	0,23%
UCSP - Vila Velha De Rodão	93,90 €	0,24%
Cardiologia	94,86 €	0,24%
Bloco Operatório Central	107,79 €	0,27%
UCSP - Oleiros	119,33 €	0,30%
Gastrenterologia	140,16 €	0,35%
Serviço De Recursos Humanos	150,08 €	0,38%
Urgência Geral / So-Hospitalar de dia	164,34 €	0,41%
UCSP – Sertã	213,26 €	0,54%

— Captura de eficiência de recursos: O caso dos processos administrativos —

Gabinete de Apoio À Gestão	239,46 €	0,60%
Serviço Social	243,28 €	0,61%
Gabinete De Auditoria	246,21 €	0,62%
Cirurgia Geral I	288,06 €	0,72%
UCSP - Idanha-A-Nova	319,56 €	0,80%
UCSP - S. Tiago 1	389,48 €	0,98%
Psiquiatria - Internamento Agudos	395,74 €	1,00%
Serviços de Aprovisionamento	411,56 €	1,04%
UCSP - S. Tiago 2	451,17 €	1,14%
Conselho Clinico ACes PIS	513,36 €	1,29%
S.I.E. - Outros	519,43 €	1,31%
UCSP - Vila De Rei	670,92 €	1,69%
Serviços Prestados a Outras Instituições	706,69 €	1,78%
Serviço de Informática	1.029,03 €	2,59%
UCSP - Proença-a-Nova	1.144,92 €	2,88%
Grupo Profissional – AceS BIS	1.151,18 €	2,90%
Grupo Profissional - ACeS PIS	1.991,47 €	5,01%
Cons. Administração/Direção	2.062,02 €	5,19%
Laboratório se Saúde Pública	2.169,36 €	5,46%
Saúde Pública - Centros De Saúde	3.472,17 €	8,74%
Serviços Prestados p/ Exterior (Acomp)	7.486,84 €	18,84%
Serviço de Viaturas	11.927,82 €	30,02%
Total	39.734,55 €	100,00%

Fonte: SRH da ULSCB

No ano seguinte, os gastos em ajudas de custo aumentaram, mais €1.829,05 foram gastos pela ULSCB, E.P.E. em ajudas de custos, ascendendo a um total de €39.734,55.

Nesta tabela é possível constatar que o peso do Serviço de Viaturas aumentou em relação ao total de gastos, onde antes tinha uma carga de 22,97% do total, agora é líder em pedidos de pagamentos, pesando 30,02% do total, ou seja, €11.927,82, seguido dos serviços prestados para exterior (acompanhamento de doentes), recebendo este €

7.486,84, correspondente a 18,84% da fatia total das ajudas de custo, tendo perdido 4% do seu peso em relação ao total. Os restantes centros de custo representam percentagens significativamente mais reduzidas.

3.3. Ajudas de transporte

Para o estudo das despesas realizadas com ajudas de transporte, serão analisados cinco quadros, estando estes repartidos por anos, 2012 e 2013. Dentro de cada ano, haverá uma tabela relativa ao centro de custo a que o pedido foi efetuado, bem como outra tabela com a categoria profissional a que o requerente pertence. Existe, por fim, uma outra tabela que faz o comparativo de despesas entre os anos 2012 e 2013 por grupos profissionais.

As análises aqui produzidas terão como alvo apenas os grupos de pessoal e os centros de custo cujos valores adjudicados sejam mais altos e assim mais relevantes para estudo.

É ainda importante referir que os valores apresentados já incorporam os cortes em ajudas de transporte em vigor.

3.3.1. Por grupo de pessoal

Nas tabelas seguintes encontram-se projetados os custos com pessoal em ajudas de transporte pagos nos anos 2012 e 2013, bem como a evolução comparativa de custos.

Tabela 7 – Mapa de ajudas de transporte com pessoal - Ano 2012

GP / Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Assistente Operacional	34,45	0,00	50,35	45,05	35,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	216,00	381,60
Assistente Técnico	412,20	271,44	467,36	498,60	439,92	601,92	246,60	123,48	606,52	578,88	563,76	297,52	5108,20
Pessoal Dirigente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Docente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Médico	7027,20	6211,78	5910,48	5258,34	3878,52	6675,96	5858,28	4795,92	4210,38	4001,40	4625,64	4373,00	62826,90
Outro Pessoal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Sup. Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Téc. Diag. Terapêutica	784,80	595,44	622,80	479,40	513,36	546,84	792,72	492,84	506,52	92,16	28,08	204,12	5659,08
Pes. de Enfermagem	2417,40	169,56	4131,36	2200,00	1654,56	2260,48	1903,32	674,64	4223,88	1325,19	1552,57	1987,32	24500,28
Pessoal de Informática	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Superior	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	10 676,05	7 248,22	11 182,35	8 481,39	6 522,11	10 085,20	8 800,92	6 086,88	9 547,30	5 997,63	6 770,05	7 077,96	98 476,06

Fonte: SRH da ULSCB

No ano 2012, os pagamentos de transporte variaram substancialmente entre os diferentes grupos profissionais, fazendo um total de €9.8476,06. É observável que o

grupo profissional que mais se destacou no pedido de pagamento de ajudas de custo relacionadas com transporte é o pessoal Médico, com €62.826,9, o que equivale a 63,8% do valor total requerido. Em segundo lugar, com um distanciamento considerável do primeiro, o pessoal de Enfermagem solicitou o pagamento de €24.500,28, ou seja, 24,88% do total. Já os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica requereram valores aproximados dos pedidos por assistentes técnicos, cada um com cerca de 5% do valor total. Por sua vez, os Assistentes Operacionais apenas pediram €381,6, menos de 1% do valor despendido em ajudas de transporte. As restantes categorias profissionais não tiveram direito ao pagamento a qualquer ajuda de transporte.

Tabela 8 - Mapa de ajudas de transporte com pessoal - Ano 2013

GP / Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Assistente Operacional	0,00	109,44	85,60	56,00	56,00	41,00	401,40	27,00	240,55	53,00	0,00	0,00	1069,99
Assistente Técnico	382,16	340,56	461,08	324,76	669,60	-352,44	94,86	69,48	598,32	168,12	178,56	36,00	2971,06
Pessoal Dirigente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Docente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Médico	4461,72	3705,66	5820,04	4376,16	3900,06	4480,92	4359,96	4943,98	3637,08	3485,52	4034,16	4988,12	52193,38
Outro Pessoal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Sup. Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Téc. Diag. Terapêutica	15,12	81,72	15,12	60,48	97,56	15,12	173,52	277,56	96,84	312,44	59,24	191,24	1395,96
Pes. de Enfermagem	1973,52	1273,14	1565,28	1406,30	1523,94	1613,91	2196,84	1427,94	1559,40	1550,08	1738,18	1523,38	19351,91
Pessoal de Informática	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Superior	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,00	29,00
Total	6 832,52	5 510,52	7 947,12	6 223,70	6 247,16	5 798,51	7 226,58	6 745,96	6 132,19	5 569,16	6 010,14	6 767,74	77 011,30

Fonte: SRH da ULSCB

No ano seguinte, o total de pagamentos de ajudas de transporte diminuiu, contudo, mantiveram-se os mesmos grupos profissionais como maiores recetores de pagamento de ajudas de transporte. O pessoal Médico continuou a ser aquele que mais ganhou neste tipo de receitas, com €52.193,38, representou ainda mais de metade dos dividendos, 67,77% do total de proveitos. O pessoal de Enfermagem manteve-se como sendo o segundo grupo profissional a embolsar mais ajudas de transporte, os €19.351,91 patenteou um quarto da distribuição. Os Assistentes Técnicos evidenciaram-se como sendo a terceira categoria a requisitar ajudas de transporte, ou seja, pediram €2971,06. Seguiram-se os Assistentes Operacionais e os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, cujos dividendos representam cerca de 1% dos gastos totais em ajudas de transporte. Por fim, foram atribuídos €29 a pessoal Técnico Superior. Os restantes grupos não tiveram direito a qualquer abono.

Tabela 9 - Mapa comparativo de ajudas de custo com pessoal - Variação 2012/2013

GP / Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Assistente Operacional	-34,45	109,44	35,25	10,95	20,25	41,00	401,40	27,00	240,55	53,00	0,00	-216,00	688,39
Assistente Técnico	-30,04	69,12	-6,28	-173,84	229,68	-954,36	-151,74	-54,00	-8,20	-410,76	-385,20	-261,52	-2137,14
Pessoal Dirigente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Docente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal Médico	-2565,48	-2506,12	-90,44	-882,18	21,54	-2195,04	-1498,32	148,06	-573,30	-515,88	-591,48	615,12	-10633,52
Outro Pessoal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Sup. Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Téc. Diag. Terapêutica	-769,68	-513,72	-607,68	-418,92	-415,80	-531,72	-619,20	-215,28	-409,68	220,28	31,16	-12,88	-4263,12
Pes. de Enfermagem	-443,88	1103,58	-2566,08	-793,70	-130,62	-646,57	293,52	753,30	-2664,48	224,89	185,61	-463,94	-5148,37
Pessoal de Informática	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pes. Téc. Superior	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,00	29,00
Total	-3 843,53	-1 737,70	-3 235,23	-2 257,69	-274,95	-4 286,69	-1 574,34	659,08	-3 415,11	-428,47	-759,91	-310,22	-21 464,76
Variação %	-0,36	-0,24	-0,29	-0,27	-0,04	-0,43	-0,18	0,11	-0,36	-0,07	-0,11	-0,04	-0,22

Fonte: SRH da ULSCB

O mapa de pagamentos comparativos permite constatar pormenores de relevo.

Em primeiro lugar, o total de pagamentos realizados diminuiu substancialmente entre 2012 e 2013: 21,8%. Em valores brutos representa uma redução de €21.464,76 gastos pela ULSCB, E.P.E..

De modo geral, é observável que quase todos os grupos profissionais tiveram direito a menos de ajudas de transporte. A maior redução é feita em relação ao pessoal Médico, que recebeu menos €10.633,52, seguido do pessoal de Enfermagem (menos €5.148,37), Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (menos €4.263,12) e Assistentes Técnicos (menos €2.137,14). Em relação a aumentos, apenas se verificou que os assistentes Operacionais receberam mais €688,39 e o pessoal Técnico Superior, que não tendo qualquer rendimento em 2012, em 2013 foi-lhes concedido €29.

3.3.2. Por centro de custo

Nos quadros disponibilizados, temos discriminados por centros de custo os valores disponibilizados em ajudas de transporte. De notar que apenas estão referenciados os centros de custo de onde surgiram solicitações de pagamento.

Tabela 10 - Mapa de ajudas de transporte por centro de custo - Ano 2012

Centro Custo	Valor (com Redução)	Percentagem
UCCI – U. de Cuidados Continuados Int.	34,20 €	0,03%
Conferência de Faturas CSP	26,00 €	0,03%
Cardiologia	33,00 €	0,03%
UCSP - Vila De Rei	351,36 €	0,36%
UCSP - Cernache do Bonjardim	504,72 €	0,51%
UCSP - S. Tiago 2	1.298,52 €	1,32%

Saúde Publica - Centros De Saúde	1.354,32 €	1,38%
UCSP - Alcains	1.981,52 €	2,01%
Grupo Profissional – AceS PIS	2.773,08 €	2,82%
UCSP - Oleiros	3.502,08 €	3,56%
UCSP - Penamacor	3.888,00 €	3,95%
UCSP - Vila Velha De Rodão	4.493,10 €	4,56%
UCSP - S. Miguel 1	5.461,20 €	5,55%
UCSP – Sertã	6.105,78 €	6,20%
Conselho Clinico ACeS PIS	6.139,56 €	6,23%
UCSP - Proença-a-Nova	7.414,68 €	7,53%
UCSP - S. Tiago 1	8.422,44 €	8,55%
UCSP - Idanha-a-Nova	44.692,50 €	45,38%
Total	98.476,06 €	100%

Fonte: SRH da ULSCB

Em 2012, o total gasto em ajudas de transporte é € 98.476,06. De notar que foram as UCSP as entidades que mais reclamaram pagamento de ajudas de custo, 89,48% do total, perfazendo €88.115,90, destacando-se a UCSP de Idanha-a-Nova, que requereu € 44.692,5 ou seja, 45,38% do total de ajudas de transporte.

Tabela 11 - Mapa de ajudas de transporte por centro de custo - Ano 2013

Centro Custo	Valor (com Redução)	Percentagem
Serviços de Aprovisionamento	- €	0,00%
Serviço de Tratamento de Roupa	29,40 €	0,04%
Serviço de Alimentação e Dietética	28,00 €	0,04%
Serviço Social	29,00 €	0,04%
UCI Polivalente	36,40 €	0,05%
Serviços Financeiros	57,00 €	0,07%
Serviços Farmacêuticos	53,00 €	0,07%
Cardiologia	85,10 €	0,11%
Nefrologia	83,52 €	0,11%
Serviço de Informática	109,44 €	0,14%
Radiologia	114,90 €	0,15%
Medicina Interna I	144,65 €	0,19%
UCSP - S. Miguel 2	164,16 €	0,21%
Gastrenterologia	171,20 €	0,22%
Anestesiologia	196,56 €	0,26%
UCSP - Penamacor	288,00 €	0,37%
Grupo Profissional - ACeS PIS	317,52 €	0,41%
Cirurgia Geral I	514,80 €	0,67%

Esterilização	590,40 €	0,77%
Serviços Prestados a Outras Instituições	1.085,76 €	1,41%
Conselho Clínico ACeS PIS	1.987,20 €	2,58%
UCSP - Alcains	2.096,64 €	2,72%
UCSP - Oleiros	2.173,68 €	2,82%
UCSP - Vila de Rei	2.464,20 €	3,20%
UCSP – Sertã	2.647,68 €	3,44%
UCSP - S. Tiago 2	2.923,92 €	3,80%
UCSP - S. Miguel 1	3.491,64 €	4,53%
UCSP - Vila Velha De Rodão	3.776,21 €	4,90%
UCSP – Proença-a-Nova	6.530,72 €	8,48%
UCSP - S. Tiago 1	8.032,84 €	10,43%
UCSP - Idanha-a-Nova	36.787,76 €	47,77%
Total	77 011,30 €	100%

Fonte: SRH da ULSCB

No ano seguinte, os custos com pagamentos de transporte reduziram para €77.011,3, ou seja, houve diminuição em €21.464,76.

Continuando a análise em relação às UCSP, constata-se que estas continuam a ser o principal grupo de centros de custo a solicitar pagamentos. Tal como o total gasto, o montante alocado às UCSP também diminuiu, de €88.115,90 para €71.377,45. Um dado interessante a atestar é o fato de o peso dos gastos em ajudas de transporte das UCSP em relação ao total ter subido para 92,68%.

Em relação à UCSP cujos funcionários mais solicitaram pagamento de ajudas de custo, mantém-se a UCSP de Idanha-a-Nova, com 47,77% do total.

3.4. Acumulação de funções públicas/públicas/privadas

3.4.1. Processo de tratamento de pedidos de acumulação de funções

“O exercício profissional na ULSCB, E.P.E. em regime de exclusividade é incompatível com o exercício profissional em regime de acumulação, salvo nas situações devidamente permitidas na lei”⁸.

⁸ In Manual de Procedimentos Administrativos e Remunerações do SRH da ULSCB.

O sistema de verificação de pedidos de acumulação de funções públicas/públicas/privadas deve ser alvo de um processo de conferência metuculoso tendo por fim verificar se todos os pressupostos são cumpridos.

Enquadrado nos processos administrativos a executar pelo SRH, a acumulação de funções tem contemplado no Manual de Procedimentos Administrativos Remunerações um capítulo. Este refere alguns dos trâmites de aceitação do pedido, bem como algumas das condições de aceitação internas da Instituição.

Tabela 12 - Informações constantes no Manual de Procedimentos Administrativos e Remunerações

Condições de aceitação do pedido	Trâmites de aceitação do pedido
A acumulação de funções é autorizada pelo período da acumulação se inferior a um ano, ou se o pedido ultrapassar ou abranger mais que um ano civil requer renovação anual, para o que deverá ser apresentado novo pedido de acumulação.	A acumulação de funções é requerida ao Conselho de Administração da ULSCB, E.P.E. em impresso próprio em uso na ULSCB, E.P.E., onde deverão ser assinalados e preenchidos todos os campos, nomeadamente, regime de trabalho, a fim de ser validado pelo SRH e ser submetido a autorização do Conselho de Administração.
A autorização da acumulação de funções tem a validade equivalente ao ano civil (de um de janeiro a 31 de dezembro).	A acumulação deverá ser solicitada com pelo menos 30 dias sobre a data do respetivo início. Em caso de renovação deve ser solicitada com 30 dias de antecedência sobre o fim do ano civil.
A acumulação nunca pode exceder as 54 horas semanais.	Obtida a deliberação do CA o SRH dá conhecimento ao requerente e/ou envia para a Instituição que vai usufruir da acumulação o requerimento devidamente autorizado.
Entre o fim do exercício profissional na ULSCB, E.P.E. e o início do exercício profissional na Instituição onde pretende acumular, deverá ser obrigatoriamente respeitado e indicado no requerimento, um intervalo não inferior a 00.30h ou 01.00h consoante a Instituição de acumulação se situe na cidade de Castelo Branco ou fora.	A acumulação de funções é registada em cadastro.

Por outro lado, o Plano de Gestão De Riscos De Corrupção e Infrações Conexas contempla algumas considerações sobre a acumulação de funções. Este estabelece que existem riscos a ter em consideração, como a utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada; o exercício de atividades acumuladas não autorizadas; o exercício de atividade pública e/ou privada acumulada durante o horário de trabalho, ou com sobreposição parcial; o comprometimento da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas; a inexistência de declaração de conflitos de interesse ou não cessação imediata das funções em caso superveniente deste e o tratamento privilegiado na sua concessão.

3.4.2. *Análise do impresso*

Como refere o artigo 29º da Lei n.º 12-A/2008 de 27 de fevereiro, o pedido de acumulação de funções deve ser feito através de requerimento. Como tal, o SRH da ULSCB procedeu à elaboração de um modelo⁹ de pedido de acumulação de funções que permitisse uniformizar as requisições, tornando mais simples a elaboração de um mapa de pedidos de acumulação de funções.

Após a observação do impresso, conclui-se que este contém a grande maioria dos elementos que a legislação requer, a saber:

Tabela 13 - Elementos constantes no impresso

Local do exercício da função ou atividade a acumular;	✓
Horário em que ela se deve exercer;	✓
Remuneração a auferir, quando seja o caso;	✓
Natureza autónoma ou subordinada do trabalho a desenvolver e do respetivo conteúdo;	✓
Razões por que o requerente entende que a acumulação, conforme os casos, é de manifesto interesse público ou não incorre no previsto nas alíneas a) e d) do nº 4 do artigo 28º;	✓
Razões por que o requerente entende não existir conflito com as funções desempenhadas, designadamente por a função a acumular não revestir as características referidas nos nºs 2 e 3 e na alínea c) do nº 4 do artigo 28º;	✓
g) Do compromisso de cessação imediata da função ou atividade acumulada no caso de ocorrência superveniente de conflito.	

⁹ Disponibilizado em anexo.

Não desvirtuando a organização interna, foram inseridos alguns campos que possibilitam identificar o funcionário, como o nº mecanográfico, carreira/categoria e serviço a que pertence.

A inserção da carga horária e do horário praticado na ULSCB, E.P.E. permite ainda fazer o comparativo com a função a acumular, isto é, possibilita a confrontação de horários para assim avaliar se existe sobreposição dos mesmos.

Analogamente às declarações de compromisso de honra, como se pode verificar no quadro acima, falta o compromisso de cessação imediata da função ou atividade acumulada no caso de ocorrência superveniente de conflito. Bem como é apenas solicitado ao funcionário que confirme que:

- a acumulação é de manifesto interesse público,
- não é legalmente considerada incompatível com as funções públicas,
- não provoca qualquer prejuízo para o interesse público ou para os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos,
- entende não existir conflito com as funções desempenhadas,
- que as funções privadas não são concorrentes ou similares com as funções públicas desempenhadas e que com estas sejam conflituantes,
- as funções que, tendo conteúdo idêntico ao das já desempenhadas se dirigem ao mesmo círculo de destinatários.
- Não compromete a isenção e a imparcialidade exigidas pelo desempenho das funções públicas.

Como pedido em legislação própria, não é solicitado pela ULSCB, E.P.E. qualquer razão que comprove a veracidade do declarado. Sendo apenas instado que o requerente acresça ao impresso declaração emitida pela entidade onde pretende acumular, indicando a carga horária, o horário e a sua distribuição semanal e sempre que tal se verifique, o vencimento auferido.

3.4.3. Mapa de pedidos de acumulação de funções

No mapa de pedidos de acumulação de funções para o período compreendido entre 2011 e 2014¹⁰ estão registados os pedidos de acumulação aceites pela ULSCB, E.P.E.. Este possui informações como o nome do requerente e o seu número mecanográfico¹¹, a categoria a que o requerente pertence dentro da ULSCB, E.P.E. e respetivo serviço, tipo de vínculo contratual e regime de horário, data do pedido, local onde pretende laborar em acumulação e o regime, parecer dos SRH, deliberação do Conselho de Administração e anos de acumulação.

Dos requerentes, divididos por categorias de trabalho temos 105 Assistentes (com várias subcategorias), 62 Enfermeiros, 8 internos, 1 Administrador, 4 Psicólogos, 12 TDT, 1 Técnico de Informática, 2 Técnicos Superiores e 4 Técnicos de Segurança Social, fazendo um total de 199 pedidos de acumulação de funções.

Em relação ao regime de acumulação, 90 são para o regime privado, 105 para o público e quatro encontram-se em branco, contudo por análise das instituições de destino pressupõe-se que duas delas são em regime público (UBI e Escola Superior de Tecnologia), e as outras duas em regime privado (Centro Social Amigos da Lardosa e IAP). Totalizando assim 92 em regime privado e 107 em regime público.

Fazendo uma análise por categoria profissional é possível reconhecer que os Assistentes (Médicos) fizeram 25 requisições para acumular funções em regime privado e 80 em regime público, com claro destaque para exercer funções de docência na UBI, seguido da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Os pedidos de acumulação de funções em regime privado dirigem-se a clínicas e consultórios privados.

Por sua vez, a segunda categoria que mais pedidos elaborou, a dos Enfermeiros, requereu sobretudo pedidos de acumulação de funções no setor privado (53 pedidos), recaindo esta em maior número para exercer funções em instituições da Santa Casa da Misericórdia, lares e centros sociais. Contra apenas nove para o público, cujo maior foco de pedidos são Escolas Superiores de Saúde.

Relativamente aos TDT, dos doze requerentes, os pedidos dividiram-se entre cinco para o setor privado e sete para o público. Em regime de acumulação no setor privado, todas as requisições dizem respeito a clínicas privadas, já sobre a acumulação em regime público, todos os sete pedidos recaem na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias.

¹⁰ Dados disponíveis até agosto de 2014.

¹¹ Apagados da tabela apresentada por motivos de confidencialidade.

Em relação às restantes categorias, dos 20 requerentes, 11 solicitaram pedidos de acumulação em funções públicas, sendo sete deles internos, um Técnico Superior, um Técnico de Saúde, um Técnico de Informática e um membro do Conselho de Administração, oito os pedidos referentes a trabalho na UBI, dois em Escolas Superiores de Saúde e Tecnologia e um na Equipa Médica do Serviço de Helicóptero do INEM. Os restantes estão relacionados com clínicas privadas e centros sociais.

Em relação à evolução anual de pedidos, segundo o quadro, nos três primeiros anos¹², houve um número constante de requisições de acumulação de funções. Em 2011 foram feitos 31 pedidos, em 2012, o número aumentou para 35 pedidos e, em 2013, desceu para 33 pedidos. Já no presente ano, até meados de agosto de 2014, foram efetuados 99 pedidos, exatamente a soma de todos os anos antecedentes.

Da totalidade dos pedidos, ou seja, de 199 requisições, apenas a duas foi deliberado o indeferimento dos pedidos.

¹² Exclua-se um caso de indeferimento em 2010.

Capítulo 4. Resultados e discussão

4.1. Introdução

Finda a recolha de dados, é essencial dar origem ao tratamento e análise dos mesmo com fim a inferir algumas conclusões. Deste modo, o capítulo que se segue tem por missão dar a conhecer resultados e apreciações decorrentes dos dados apresentados no capítulo anterior, relativos ao pagamento de ajudas de custo e transporte e o processo de acumulação de funções poderá levar a conclusões.

4.2. Ajudas de custo e transporte

Tal como no capítulo anterior, também aqui se fará a distinção entre pagamento de ajudas de custo e ajudas de transporte. Contudo, é importante referir que a diminuição de despesas com ajudas de custo e transporte, resultam designadamente da adoção de medidas de racionalização no transporte de utentes, a aplicação da redução remuneratória aos valores pagos, o emanar orientações de melhor organização das atividades que exijam a deslocação de vários profissionais às extensões de saúde.

4.2.1. Ajudas de custo

Começando a análise das ajudas de custo pagas à categoria dos Assistentes Operacionais, sendo este o grupo profissional que mais aufere (39,5% em 2012 e 36,08% em 2013), é possível afirmar que a fatia maior destes valores remete para os motoristas (a bem das deslocações que estes realizam), sendo estes Assistentes Operacionais funcionários do SIE e uma fatia menor reverte a favor de outros Assistentes Operacionais pelas reparações/manutenções que fazem no decorrer das suas funções.

Em relação ao pessoal de Enfermagem, o elevado pagamento efetuado a esta classe profissional deve-se à necessidade constante da presença de enfermeiros nos serviços prestados para o exterior, ou seja, no acompanhamento de doentes aquando das suas deslocações. Este dado é observável na avaliação dos pagamentos feitos aos serviços prestados para o exterior, onde os valores são muito idênticos, tanto no ano 2012, como em 2013. Há uma ligeira diferença, nos valores destes dois indicadores que se pode justificar com pagamentos efetuados a pessoal de Enfermagem que esteja a

prestar serviço na ULSCB, E.P.E. em conformidade com protocolos elaborados com outras instituições hospitalares.

Feita a análise comparativa entre os anos 2012 e 2013, os gastos com ajudas de custo com pessoal Médico reduziram em €2.114,95. Não havendo qualquer dado concreto que aponte para a verdadeira causa desta redução, apenas se pode especular.

As ajudas de custo alocadas ao pessoal Médico têm diversas origens. Em primeiro lugar, é essencial referir que esta categoria laboral é frequentemente requisitada para comparecer em juntas médicas, pelo que cabe à ULSCB, E.P.E. remunerar toda a despesa de ajudas de custo referente a esta prática. Em segundo lugar, é uma classe que necessita de fazer provas de ingresso com vista a subir na escala de categoria, deslocações estas que também são pagas pela Instituição, este pagamento justifica-se devido às formações deste grupo laboral serem essenciais à sua constante atualização no que diz respeito a novos métodos de terapêutica. Por fim, como já fora referido para a categoria do pessoal de Enfermagem, feitos protocolos com outras Instituições hospitalares, todos os encargos terão que ser suportados pela entidade acolhedora do clínico, ou seja, no caso em análise, pela ULSCB, E.P.E..

A despesa alocada ao serviço de viaturas da ULSCB, E.P.E. teve um substancial aumento entre os anos 2012 e 2013, passando de €8.707,14 para €1.1927,82.

Estando este centro de custo referenciado na tabela das ajudas de custo, é pertinente relacioná-lo com os transportes realizados entre Centros de Saúde e Extensões de Saúde. Como se verá adiante, será feito o comentário entre a relação de pagamentos de viaturas e ajudas de transportes e as deslocações entre Centros de Saúde e Extensões de Saúde.

4.2.2. Ajudas de transporte

Finda a análise das tabelas de pagamento de transporte, é verificável que entre os anos 2012 e 2013 houve um esforço na redução de gastos no que diz respeito ao pagamento de transportes. Esta diferença resultou na poupança de 28% do orçamento do ano 2012.

É de realçar que em ambos os anos a maior cota de pagamentos é remetida para o grupo profissional do pessoal médico. Em 2012, €62.826,90 de €98 476,06, o que equivale a 63,8% desta despesa, são distribuídos por apenas 14,97% (187 médicos) do corpo de pessoal da ULSCB, E.P.E.. Já em 2013, dos €77.011,3 gastos, € 52.193,38

reverteram a favor da classe médica, ou seja, 67,77% dos custos resultaram em pagamento para 15,53% do conjunto de funcionários médicos, registando-se um aumento de 5 médicos na ULSCB, E.P.E..

Com o auxílio da análise das tabelas que contêm as ajudas de transporte distribuídas por centros de custo, em articulação com a observação das tabelas que apresentam as ajudas de transporte alocadas por grupos profissionais é possível chegar à conclusão que grande parte do pagamento das ajudas de transporte se distribui por pessoal médico que se desloca no exercício de funções nos AcES¹³.

Neste tipo de serviço, o clínico desloca-se da sede do Centro de Cuidados Primários¹⁴ para pequenas instalações de saúde presentes em freguesias de menor dimensão, onde prestam consultas a populações envelhecidas.

4.2.3. É este pagamento feito dentro dos limites da Lei?

A requisição de pagamento de ajudas de transporte para deslocação entre as sedes dos Centros de Saúde, ou seja, as UCSPs e as Extensões de Saúde a elas afetas é hábito comum. Contudo, é de grande relevância avaliar se este pagamento se encontra de acordo com o estabelecido na legislação.

Ora, o Decreto-Lei n.º 106/1998, de 24 de abril estabelece que há direito a pagamento de ajudas de transporte nos casos em que os funcionários sejam “*deslocados do seu domicílio necessário por motivo de serviço público, têm direito ao abono de ajudas de custo e transporte, conforme as tabelas em vigor e de acordo com o disposto no presente diploma.*”, como descrito no n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei supracitado. Assim, entende-se por domicílio necessário para efeito de pagamento de ajudas de custo, tal como está descrito no artigo subsequente:

“a) *A localidade onde o funcionário aceitou o lugar ou cargo, se aí ficar a prestar serviço;*

b) *A localidade onde exerce funções, se for colocado em localidade diversa da referida na alínea anterior;*

c) *A localidade onde se situa o centro da sua atividade funcional, quando não haja local certo para o exercício de funções.”*

¹³ Extensões de saúde, são pequenos centros de atendimento com 1 a 2 Médicos, que integraram uma USF; uma UCSP; uma UCC; uma USP; ou uma URAP.

¹⁴ Legalmente o seu domicílio necessário.

Neste ponto, coloca-se a questão de se as Extensões de Saúde se enquadram no domicílio necessário. Estando estas dependentes da sede da UCSF, onde os clínicos prestam serviço, há entendimentos jurisprudenciais, que o domicílio necessário se trata do espaço físico onde está instalada a sede da entidade empregadora ou uma sua dependência, onde o trabalhador exerce a sua atividade.

Por outro lado, há a entender que deslocamentos habituais de médicos a Extensões de Saúde não deveriam justificar o pagamento de ajudas de transporte, pois este serviço é prestado com a finalidade de completar horário de trabalho.

Contudo, há que analisar este problema de uma perspectiva diferente. As Extensões de Saúde são um meio de levar às populações mais remotas e isoladas cuidados de saúde que muitas vezes não se encontram ao alcance de residentes de idade mais avançada. Logo, em consequência dos fatores já referidos, os funcionários que para estes centros populacionais se deslocam veem-se constrangidos a deslocar-se grandes distâncias para cumprir horários reduzidos.

Tendo consciência do exposto, é necessário adotar medidas que estimulem médicos e enfermeiros a aceitar postos de trabalho em áreas mais afastadas das grandes urbes.

Em virtude do descrito é preciso ainda acautelar situações que se podem tornar perversas. Ou seja, face à recusa do Conselho de Administração em pagar ajudas de transporte, pessoal médico e de enfermagem pode tirar proveito da situação, recusando-se a cumprir horário nas Extensões de Saúde onde estão colocados, fazendo algum tipo de pressão para que estes pagamentos voltem a fazer parte dos planos remuneratórios.

Encontra-se aqui evidente uma questão que o Conselho de Administração, não só da ULSCB, E.P.E. mas de todas as instituições hospitalares do SNS, deve acautelar.

Sabendo que tem sido prática por parte de alguns trabalhadores a apresentação de boletins itinerários, com o intuito de requerer o reembolso relativo a deslocamentos entre a respetiva residência e o seu posto de trabalho, ou seja, o domicílio necessário (conforme previsto nos termos do artigo 2º do Decreto-Lei n.º 106/98, de 24 de abril), sugere-se que o SRH da ULSCB, E.P.E. adote as seguintes posições:

- A deslocação de trabalhadores entre a sua residência habitual e o domicílio necessário é da inteira responsabilidade e encargo dos próprios, pelo que não

deverão os respetivos quilómetros ser incluídos no preenchimento dos boletins itinerários.

- O SRH da ULSCB, E.P.E. deve analisar todas as situações indicadas nos boletins itinerários, pelo que qualquer preenchimento em desconformidade com o que se sugere implicará o não pagamento da respetiva quilometragem.
- Excluir das aceções acima expressas todas as situações de deslocação de trabalhadores em serviço previamente autorizadas e justificadas.

Deste modo, propõem-se algumas medidas a implementar para a maior contenção de despesas de ajudas de custo e transporte:

- Racionalizar a utilização de viaturas;
- Organizar o serviço de modo a evitar o pagamento de ajudas de custo, designadamente atendendo às horas de saída e horas de entrada;
- No que respeita ao transporte de utentes que exige o acompanhamento por pessoal de enfermagem, deve-se convocar os profissionais cuja remuneração é mais baixa;
- Por fim, relacionado com o tópico anterior, elaborar uma escala própria para o setor de enfermagem para acompanhamento de utentes.

4.3. Acumulação de funções

Finda a análise dos métodos de tratamento de pedidos de acumulação de funções, do seu impresso e do mapa de pedidos, algumas medidas devem ser adotadas com o objetivo de aumentar a eficiência no tratamento das mesmas.

4.3.1. Análise do processo

Em virtude do estudo do processo de tratamento de pedidos de acumulação de funções, são feitas algumas propostas de melhoria. Em primeiro lugar, devem ser estabelecidos prazos no que diz respeito ao tratamento das informações, não se encontrando estes explanados no Manual de Procedimentos Administrativos e Remunerações do SRH. Após receber o impresso, o SRH deve verificar se todos os

campos estão devidamente preenchidos, sendo atribuído um prazo de dois dias para executar a tarefa. Se o impresso não estiver em conformidade com o que é solicitado, deve ser contactado o interessado para que este preencha devidamente o impresso. Se estiver em conformidade, o SRH deverá contar com o tempo máximo de dois dias para apreciar o pedido, ou seja, verificar se as declarações estão em conformidade com a legislação a aplicar, por exemplo, atestar o cadastro do funcionário com o intuito de inspecionar pedidos anteriores que demostrem que o mesmo não desenvolve a função de forma permanente ou habitual. Posto este passo, deverá ser dado, ou não, diferimento por parte do Conselho de Administração. Se não for dado diferimento, o requerente deve ser contactado no mesmo dia justificando o motivo pelo qual não foi dada protelação. Obtida a deliberação do CA, o SRH dá conhecimento ao requerente e envia para a Instituição que vai usufruir da acumulação o requerimento devidamente autorizado. Por fim, a acumulação de funções é registada em cadastro¹⁵.

A aplicação de prazos e a esquematização sistemática traria mais transparência ao processo. Por outro lado, seriam dadas garantias ao requerente de que dentro de um período, previamente estabelecido, a situação que o levou a recorrer ao SRH estaria ultimada. Do ponto de vista interno, com a chegada de novos funcionários ao SRH, estes teriam um meio por onde se inteirar de prazos e procedimentos a adotar.

4.3.2. Análise do impresso

Relativamente ao impresso disponibilizado pela ULSCB, E.P.E., o mesmo levanta algumas lacunas.

Como primeira sugestão, considera-se que a secção 4 do impresso deveria ser estruturada em duas partes, uma relativa a declarações referentes a acumulação com outras funções públicas, onde o requerente devesse preencher apenas os tópicos relativos a acumulação em regime público, a saber:

- O exercício de funções a acumular não é remunerado e tem manifesto interesse público ou;
- É remunerado mas tem manifesto interesse público e está de acordo com as alíneas a), b), c), d), f) ou g) do nº 2 do artigo 27º da Lei 12-A/2008, de 27 de fevereiro.

¹⁵ Em anexo encontra-se de forma esquematizada os procedimentos sugeridos para adoção.

Seria ainda importante que o requerente anexasse as explicações da razão de ser uma acumulação de manifesto interesse público.

Em segundo lugar, ainda no âmbito de acumulação em funções públicas, deveria ser criado um subcampo destinado à docência, no qual abrangeria as condições específicas desta função. Nele seria declarado que o exercício de funções a acumular não prejudica o cumprimento da duração semanal do trabalho ou não se sobrepõe em mais de um quarto do horário inerente à função principal. Sendo que, no caso de sobreposição, é de manifesto interesse público, interessando comprovar, em anexo, a razão de assim ser.

Assim, propõe-se que a segunda parte das declarações de honra esteja apenas destinada a acumulação em funções privadas.

A cada uma destas declarações estaria adjudicada uma alínea ou número do artigo 28º da Lei 12-A/2008, de 27 de fevereiro. Pelo que seria organizado da seguinte forma:

- O exercício de funções a desempenhar em primeiro plano não é incompatível com as funções a acumular, isto é, as mesmas não se sobrepõem;
- As funções que me proponho a desempenhar em segundo plano não comprometem a isenção ou imparcialidade do cargo ocupado na ULSCB, E.P.E.;
- As funções que me proponho a desempenhar em segundo plano não provocam prejuízo para o interesse público;
- No exercício de funções a acumular não existe concorrência ou similaridade ou qualquer tipo de conflito entre qualquer função pública e função privada (não têm conteúdo idêntico, não são exercidas de forma permanente ou habitual e não se dirigem ao mesmo círculo de destinatários);
- Tendo embora conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, as funções ou atividades a acumular não são desenvolvidas de forma permanente ou habitual nem se dirigem ao mesmo círculo de destinatários;

- Não detenho, nos termos legais, titularidade de participação superior a 10% do capital social de entidades convencionadas, por mim ou cônjuge e pelos ascendentes ou descendentes de 1º grau.

Seria ainda fundamental que o funcionário requerente anexasse o porquê de não existir conflito entre as funções exercidas e a acumular.

Esta divisão justifica-se face à ambiguidade de a junção de todas as declarações estarem contidas num mesmo campo, apesar de serem distintas de funções públicas ou privadas. Em anexo está produzido um modelo que se propõe em alternativa ao atual existente na ULSCB, E.P.E..

O impresso deve ser acompanhado de declaração emitida pela entidade onde pretende acumular, indicando a carga horária, o horário e a sua distribuição semanal, o carácter e o regime em que as funções se vão desempenhar e sempre que tal se verifique, o vencimento auferido, bem como justificação da existência de manifesto interesse público e da não existência de conflito entre as funções exercidas e a acumular. Sugere-se ainda que a ausência das informações supracitadas deva levar à não apreciação do processo por parte do SRH, fomentando assim maior atenção no seu preenchimento.

4.3.3. Análise do mapa de acumulação de funções

Após a análise do mapa de acumulação de funções, a categoria profissional que mais se destaca como sendo a que mais pedidos apresenta é a dos Médicos, representando 52,76% dos pedidos totais de acumulação de funções. Em relação ao total de médicos que estão no quadro da ULSCB, E.P.E. no final de 2013, 34,9% pediram acumulação de funções em 2014 (67 dos 192 Médicos).

Esta percentagem pode dever-se à conceção que os Médicos têm do seu salário ser relativamente baixo, e daí sentirem como justificado o aumento dos seus honorários através de atividades no setor privado, no qual são remunerados com base na produção alcançada. Havendo a estimativa de que cerca de metade dos médicos assalariados do SNS optem pelo trabalho nos dois regimes laborais (Barros, 2007). Quando são referidos pagamentos complementares à base remuneratória, o rendimento total dos médicos aumenta consideravelmente, devendo-se esta situação ao pagamento de componentes como horas extraordinárias ou o SIGIC. Há ainda a acrescentar que desde 2001 ficou estabelecido, por via de regulação, que todos os pagamentos suplementares feitos a esta

classe passariam a ser feitos com base no salário máximo por hora. Sendo esta alteração aplicada não só em ambiente hospitalar, mas também nos Centros de Saúde.

De um modo geral, a conclusão a tirar é que houve um aumento substancial dos pedidos de acumulação de funções em 2014. No que diz respeito ao número de indeferimentos, este apresenta uma taxa de 1%. Este valor pode ser atribuído em função de uma possível falta de verificação de pedidos anteriores, pois como se pode constatar pelos nomes presentes no quadro, há pedidos de acumulação de funções requeridos por funcionários em anos consecutivos e autorizados, o que viola o nº 3 do artigo 28º da Lei 12-A/2008 de 27 de fevereiro, a qual proíbe a acumulação de funções que “*sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual*”. Por permanente ou habitual entende o autor que seja prolongada ao longo de sucessivos anos.

Ainda no que concerne ao artigo anteriormente mencionado, sugere-se que seja adotada uma abordagem diferente em relação a pedidos de acumulação de funções em regime privado, no qual a grande maioria de pedidos está concedido para exercer em clínicas privadas. Investigações recentes por parte do IGAS detetaram casos de desvios de doentes do SNS para o setor privado. Deste modo, o cumprimento do estabelecido nos nºs 2 e 3 do artigo 28º da Lei 12-A/2008, de 27 de fevereiro deve ser tomado em consideração no momento da autorização de pedidos de acumulação de funções, pelo que o autor considera que não deveriam ser aceites pedidos por parte de médicos para trabalho em clínicas privadas, sob risco de consentimento de exercício de funções ou atividades privadas concorrentes ou similares com as funções públicas desempenhadas e que com estas sejam conflitantes, dirigindo-se estas ao mesmo círculo de destinatário.

Capítulo 5. Conclusão

5.1. Conclusões Gerais

O relatório que aqui se apresenta visou dar a conhecer a importância da captura de eficiência no que se refere ao contexto de processos administrativos, mais concretamente, no tratamento de pedidos de pagamento de ajudas de custo e transporte e pedidos de acumulação de funções em regime público e privado.

De um modo geral, é observável que a tendência é para um esforço na contenção de gastos e conseqüente procura de eficiência. A nível nacional, é notória uma constante reorganização dos recursos de saúde, com o objetivo de fazer face às mudanças socioeconómicas que têm vindo a pautar o país. Por outro lado, em termos financeiros, as principais alterações prendem-se com os modelos de gestão e financiamento que têm vindo a ser adotados. O primeiro deu lugar à separação clara entre o ente pagador (Estado) e a entidade prestadora (Hospital), o segundo, veio promover a eficiência na gestão de recursos, pois é através do financiamento que as instituições hospitalares adquirem maior consciência dos recursos que podem alocar ao seu funcionamento. Na atualidade, a contratualização demonstra ser o método de pagamento que mais eficiência traz, pois estimula a Organização hospitalar a alocar apenas os recursos necessários ao tratamento dos utentes, por outro lado, estabelece objetivos que a Instituição deve prosseguir.

Entre as medidas que podem ser adotadas como forma de estímulo à redução de custos, estas distinguem-se entre micro e macroeconómicas. As primeiras mostram resultados a curto prazo, uma vez que a sua aplicação se destina ao quotidiano, pelo que se apresentam como sendo as de mais fácil aplicação para o gestor. Já as segundas, têm como principal característica de vantagem alcançarem ganhos financeiros maiores a longo prazo.

5.2. Conclusões do caso em estudo

Já no capítulo da caracterização do assunto do relatório, ou seja, a eficiência de processos administrativos, optou-se por estudar os pedidos de pagamento de ajudas de custo e transporte, bem como a acumulação de funções, com o objetivo de analisar

possíveis falhas nos processos de pagamento/aceitação dos pedidos. Face à análise dos pontos em estudo, é essencial tecer algumas considerações.

Em primeiro lugar, o pagamento de ajudas de custo e transporte configura certas ambiguidades na sua remuneração. Apesar da regulamentação dar algumas evidências no sentido que não deve ser feito o pagamento de ajudas de custo e transporte no exercício de funções regulares, a mesma não explicita de forma concreta o não pagamento desta remuneração no caso analisado, ou seja, na deslocação de Médicos entre UCSPs e Extensões de Saúde no cumprimento de horário de trabalho regular. É de todo relevante que se faça uma análise mais concisa em relação ao pagamento de ajudas de transporte feitas ao Centro de Custo da UCSP de Idanha-a-Nova, uma vez que este recebe quase 50% do valor de ajudas de transporte em 2012 e 2013 (45,38% e 47,77% respetivamente)

Afigura-se por isso um caso de decisão política que o Conselho de Administração da ULSCB, E.P.E. deve ponderar. Não estando alocados valores substancialmente elevados no que diz respeito à totalidade das ajudas de custo e transporte, estes poderiam e deveriam ser repartidos por outros departamentos hospitalares mais necessitados.

Posto o referido anteriormente, seria pertinente à ULSCB, E.P.E. definir de forma mais clara se pretende reduzir custos relativamente ao pagamento de transportes para deslocações a Extensões de Saúde ou, por via a manter o corpo clínico e de enfermagem a prestar serviço em áreas mais remotas, considera adequado o aproveitamento de regulação de alguma forma ambígua e continua a pagar os suplementos.

Alusivamente a gastos no âmbito de pagamento de ajudas de custo relativas a deslocações entre Centros de Saúde e Extensões de Saúde, é impraticável chegar a um valor preciso, uma vez que nem todos os gastos alocados a UCSPs estão destinados ao pagamento de transportes, nem todos os pagamentos de ajudas de custo efetuadas a pessoal Médico são respeitante a deslocações entre Centros de Saúde e Extensões de Saúde. Contudo, os valores brutos de ajudas de custo e transporte analisados, cerca de €90.000 em 2013, correspondem apenas a 0,14% do total do orçamento global da ULSCB, E.P.E., que em 2013 foi de 66 milhões de euros. Esta é uma percentagem pequena e pode não significar grandes ganhos. Todavia, a nível nacional, a verificar-se a mesma situação em várias instituições hospitalares, as poupanças já teriam outros contornos, sendo assim possível economizar em larga escala.

Deve ainda ficar expresso que após o término do presente relatório se deu início a um processo de auditoria externa, ou seja, por parte do Ministério da Saúde ao pagamento de despesas de transporte na ULSCB, E.P.E.. Deste modo, não havendo conclusões finais até à impressão do trabalho, as mesmas não puderam ser incluídas no relatório, pelo que teriam enorme interesse com vista a legitimar as conclusões presentes no relatório de estágio.

No que diz respeito ao tema de acumulação de funções, existem também algumas falhas no tratamento de pedidos, devido à grande quantidade de trabalhadores que exercem funções em regime público em acumulação com o setor privado.

Em relação aos processos de acumulação de funções, os mesmos devem ser atualizados com vista a um maior controlo dos pedidos, nomeadamente, fazendo a vistoria do histórico laboral do trabalhador requerente para verificar se o mesmo tem pedidos sucessivos de acumulação de funções e se, de fato, não existe conflito de interesses ou prejuízo para a entidade primária, isto é, para o setor público. Por outro lado, a reformulação do impresso de pedido de acumulação de funções deve ser feita, uma vez que este contém algumas ambiguidades, tornado o formulário mais claro.

Deseja-se assim que as medidas facultadas para melhorar os processos administrativos sejam aplicadas em contexto prático, pois resultariam em maior eficiência de recursos.

Se o leitor ao finalizar este texto tiver a perceção da importância da agilidade e eficiência dos processos administrativos na boa gestão hospitalar, os objetivos definidos *à priori* para elaborar o presente relatório terão sido alcançados.

5.3. Limitações do estudo

Finda a elaboração do presente trabalho considera-se fulcral apresentar algumas limitações na conceção do mesmo.

A nível teórico, a principal dificuldade encontrada na elaboração do presente relatório prende-se com o fato de nem todos os dados corresponderem ao mesmo ano, complexificando a compreensão da realidade analisada. Como tal, tentou estabelecer-se um estudo o mais aproximado da realidade possível.

Dentro da ULSCB, E.P.E. existem inúmeras áreas que estão a ser alvo de constantes melhorias no que diz respeito à procura de mais eficiência. O fato de apenas

terem sido abordadas duas perspectivas da eficiência hospitalar deveu-se à escolha do autor. Estas áreas pareceram ser aquelas que mais interesse e possibilidades de estudo ofereciam.

Acerca do regime de acumulação de funções, a sua regulamentação foi alterada no decorrer do estudo do tema. A base para o estudo da acumulação de funções foi a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, mais concretamente os artigos 26º, 27º, 28º e 29º. Com a revogação deste regulamento pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, nenhum dos pressupostos fora alterado, passando os artigos supracitados a corresponder aos artigos 20º, 21º, 22º e 23º da nova Lei.

Por fim, é importante ressaltar o aspeto da limitação das páginas imposta no Regulamento do relatório, a qual veda um maior aprofundamento da análise do tema, quer em parâmetros teóricos, quer prático.

Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Circular Normativa N.º 9/2013/DPS*.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2013). *Contrato-Programa 2014 - Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*. Lisboa: ACSS.

Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (s.d.). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Lisboa.

Barros, P. P. (2007). *Análises da saúde* (1ª Edição ed.). Coimbra: Minerva.

Barros, P. P. (s.d.). *As políticas da saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987-1996*.

Barros, P. P. (2013). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Coimbra: Almedina.

Barros, P. P., & Gomes, J. P. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Economia.

Barros, P. P., & Simões, J. (1999). *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa: Principia.

Conselho de Prevenção da Corrupção. *Recomendações 01/2009 de 01 de julho e 01/2010 de 7 de abril*.

Constituição da República Portuguesa. (2009). Coimbra: Almedina.

Costa, C., Santana, R., & Boto, P. (2008). *Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação* (Vol. 7). Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Diniz, V. C. (2013). *A influência das políticas de financiamento no desempenho económico-financeiro dos Hospitais Públicos portugueses : o caso da contratualização nos Hospitais E.P.E.* . Coimbra.

Entidade Reguladora da Saúde. (s.d.). Obtido de <https://www.ers.pt/pages/142>

Fernandes, J. V., & Barros, P. P. (2011). *Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal* (1ª Edição ed.). Parede: Pincípia.

Maynard, A. (2005). *European health policy challenges*. Health Economics.

Meggison, L. C., Mosley, D. C., & Pietri, P. H. (1998). *Administração: Conceitos e Aplicações*. s.d.: Harbra.

Nunes, P. S. (2012). *Financiamento hospitalar em Portugal: incentivos à selecção e equidade*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2012). *Crise & Saúde, Um país em sofrimento*. Lisboa: OPSS.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2014). *Saúde - Síndrome de negação*. Lisboa: relatório Primavera.

OCDE. (2011). *Health at a Glance 2011*. OCDE indicators.

Pereira, J. (2004). *Economia da Saúde um glossário de termos e conceitos*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Pereira, J. (1995). *Equility, Health and Health Care: an Economic Study with Reference to Portugal*. Tese de Doutoramento em Filosofia. New York: University of New York.

Portal da Saúde. (s.d.). Obtido em 6 de 2014, de <http://www.portaldasaude.pt>

Portal da Saúde. (24 de 2 de 2010). Obtido em 7 de 2014, de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

Portal da Saúde. (24 de 5 de 2010). Obtido em 6 de 2014, de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/x+primeiras.htm>

Portal de Codificação e dos GDH. (s.d.). Obtido em 6 de 2014, de [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Índice_de_Case-Mix_\(ICM\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Índice_de_Case-Mix_(ICM))

Portal de Codificação e dos GDH. (5 de 2014). Obtido em 22 de 7 de 2011, de [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Índice_de_Case-Mix_\(ICM\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Índice_de_Case-Mix_(ICM))

Simões, J. A., & Barros, P. P. (2007). *Portugal, retrato do sistema de saúde*. Copenhaga: European Observatory on Health Systems and Policies.

Simões, J., & Barros, P. P. (2008). *A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Teixiera, A. S. (s.d.). *Evolução recente da situação económico-financeira do serviço nacional de saúde – Enquadramento do actual contexto* . n.d.

Tribunal de Contas . (1995). *Acórdão n.º 731/95*.

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. (s.d.). Obtido em 5 de 2014, de <http://www.ulscb.min-saude.pt/%2Fulscb%2Fquem-somos%2Fhospital-amato-lusitano>

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. (2013). *relatório e contas 2013*. Castelo Branco.

Diplomas legais:

Decreto-Lei n.º 137/2010, de 28 de dezembro.

Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro .

Decreto-Lei n.º 106/98, de 24 de abril.

Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de novembro .

Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro .

Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro .

Anexos

Lista de Anexos

Anexo I – Diagrama com procedimentos e respetivos prazos no pedido de acumulação de funções

Anexo II - Impresso de acumulação de funções em vigor na ULSCB, E.P.E.

Anexo III - Modelo de impresso de pedido de acumulação de funções proposto para adoção no SRH da ULSCB, E.P.E.

Anexo IV - Mapa de pessoal acumulação

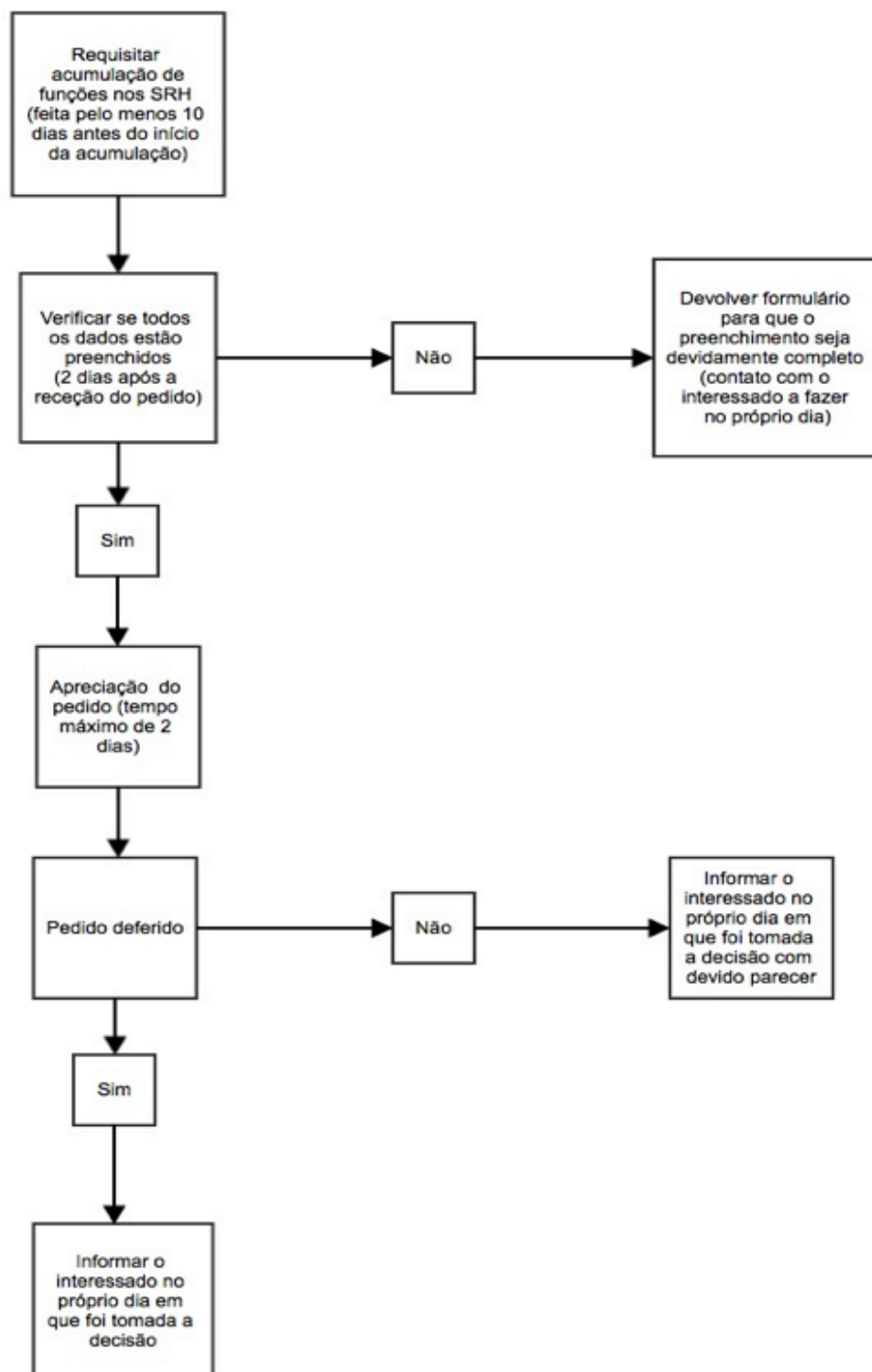
Anexo V - Caracterização Da Entidade

Anexo VI - Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio

Anexo VII - Propostas para aumento da eficácia

Anexo VIII - Calendarização da execução do relatório

Anexo I – Diagrama com procedimentos e respetivos prazos no pedido de acumulação de funções



Anexo II - Impresso de acumulação de funções em vigor na ULSCB, E.P.E.



RECURSOS HUMANOS	
ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES	
Acumulação de Funções – Lei N.º 35/2014, de 20 de Junho	
DESPACHO/DELIBERAÇÃO:	TOMEI CONHECIMENTO

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME COMPLETO	
N.º Mec.	CARREIRA/CATEGORIA
SERVIÇO	

2 - SITUAÇÃO NA ULSCB

CARGA HORÁRIA NA ULSCB	35h	40h	42h	Outro
HORÁRIO DIÁRIO PRATICADO	DAS ____ .00H ÀS ____ .00H			
SEG	TER	QUA	QUI	SEX
				SAB
				DOM

3 – PEDIDO (LOCAL A ACUMULAR)

SOLICITO A V. EXA. AUTORIZAÇÃO PARA ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES NA INSTITUIÇÃO ABAIXO INDICADA E DE ACORDO COM OS INDICADORES ASSINALADOS. [- docência ANO LECTIVO, 20 ____ / 20 ____] E/OU [- ANO CIVIL 20 ____]

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EM ACUMULAÇÃO		CARGA HORÁRIA A PRATICAR: _____ HORAS	
PÚBLICO	PRIVADO	SUBORDINADO	EXERCÍCIO DE CARGO: S N
DE CARÁCTER: AUTÓNOMO		CONTRATO DE TRABALHO	EXERCÍCIO DE DIRECÇÃO: S N
EM REGIME DE: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			EXERCÍCIO DE GERÊNCIA: S N
FUNÇÃO A DESEMPENHAR			
HORÁRIO:			
SEG	DAS ____ .00H ÀS ____ .00H	TER	DAS ____ .00H ÀS ____ .00H
QUA	DAS ____ .00H ÀS ____ .00H	QUI	DAS ____ .00H ÀS ____ .00H
SEX	DAS ____ .00H ÀS ____ .00H	SAB	DAS ____ .00H ÀS ____ .00H
DOM	DAS ____ .00H ÀS ____ .00H	OBS: _____	
REMUNERAÇÃO A RECEBER		€ _____	

4 – DECLARA SOB COMPROMISSO DE HONRA, QUE:

O horário a praticar na Instituição onde pretende acumular não compreende qualquer sobreposição total ou parcial com o horário praticado na ULSCB.

A Acumulação é de manifesto interesse público.

As funções a acumular não são legalmente consideradas incompatíveis com as funções públicas, nem provocam prejuízo para o interesse público ou para os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

As funções ou actividades privadas a acumular não serem concorrentes ou similares com as funções públicas desempenhadas, uma vez que não têm conteúdo idêntico nem são desenvolvidas de forma permanente ou habitual.

Tendo embora conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, as funções ou actividades a acumular não serem desenvolvidas de forma permanente ou habitual nem se dirigirem ao mesmo círculo de destinatários.

As funções ou actividades privadas a acumular não comprometem a isenção e a imparcialidade exigidas pelo desempenho das funções públicas

Não detêm nos termos legais, titularidade de participação superior a 10% no capital social de entidades convencionadas, por si ou por cônjuge e pelos ascendentes ou descendentes do 1º grau.

5 – Compromete-se a cessar imediatamente a função ou actividade acumulada em caso de ocorrência superveniente de conflito.

6 – Tem conhecimento que o presente pedido de Acumulação vigora apenas até final do ano civil, havendo necessidade, caso pretenda manter a acumulação, de apresentar no prazo mínimo de 30 dias sobre o final do ano, novo pedido de renovação da acumulação, sem prejuízo do pedido para nova acumulação.

ANEXA: _____

PEDE DEFERIMENTO

(ASSINATURA)

Voltar, ssF

CASTELO BRANCO, ____ DE ____ DE 20 ____

PARECER DA DIRECÇÃO DE SERVIÇO: _____



Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, EPE

RECURSOS HUMANOS

ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES

ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES – INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

PREENCHA O IMPRESSO COM LETRAS MAIÚSCULAS. ESCREVA APENAS UMA LETRA OU ALGARISMO EM CADA ESPAÇO E DEIXE UM ESPAÇO EM BRANCO ENTRE CADA PALAVRA.

PONTO 3

COLOQUE A CRUZ NO RESPECTIVO CAMPO, CONSOANTE AS FUNÇÕES A ACUMULAR SE TRATEM DE FUNÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS.

SE PASSAR RECIBO VERDE, ESCOLHA A OPÇÃO "PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS". SE, EVENTUALMENTE, CELEBROU CONTRATO DE TRABALHO COM A INSTITUIÇÃO ONDE VAI ACUMULAR FUNÇÕES SELECIONE A OPÇÃO "CONTRATO DE TRABALHO".

DESIGNE A INSTITUIÇÃO ONDE VAI ACUMULAR FUNÇÕES

INDIQUE O HORÁRIO A PRATICAR, SUA DISTRIBUIÇÃO E CARGA HORÁRIA. DEVERÁ, IGUALMENTE, ANEXAR DECLARAÇÃO EMITIDA PELA ENTIDADE ONDE ACUMULARÁ FUNÇÕES DE ONDE CONSTEM OS REFERIDOS ELEMENTOS.

MENCIONE A REMUNERAÇÃO QUE IRÁ AUFERIR (VALOR APROX.)

IDENTIFIQUE AS FUNÇÕES QUE IRÁ DESEMPENHAR.

SE SE TRATAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ASSINALE O CAMPO "CARÁCTER AUTÓNOMO". SE SE TRATAR DE CONTRATO DE TRABALHO ASSINALE O CAMPO "CARÁCTER SUBORDINADO".

PONTO 4

MARQUE ESTA OPÇÃO SE SE TRATAR DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES PÚBLICAS.

MARQUE ESTA OPÇÃO SE SE TRATAR DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES PRIVADAS.

PREENCHER APENAS SE EM CAUSA ESTIVER ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES PRIVADAS, ASSINALANDO OS CAMPOS QUE MAIS SE ADEQUEM À SITUAÇÃO CONCRETA.

PONTOS 5 E 6

LEIA COM ATENÇÃO ESTES PONTOS NO SENTIDO DE APREENDER COM RIGOR E EXACTIDÃO O RESPECTIVO CONTEÚDO PROCEDIMENTAL, O QUE SE CONSIDERA DECLARADO COM A ASSINATURA DO DOCUMENTO.

FUNÇÕES PRIVADAS

O exercício de funções a desempenhar em primeiro plano não é incompatível com as funções a acumular, isto é, as mesmas não se sobrepõem.

As funções que me proponho a desempenhar em segundo plano não compromete a isenção ou imparcialidade do cargo ocupado na ULSCB.

As funções que me proponho a desempenhar em segundo plano não provoca prejuízo para o interesse público.

No exercício de funções a acumular não existe concorrência ou similaridade ou qualquer tipo de conflito entre qualquer função pública e função privada (conteúdo idêntico, são exercidas de forma permanente ou habitual e dirigem-se ao mesmo círculo de destinatários). (em anexo indique o porquê de não existir conflito entre as funções exercidas e a acumular).

Tendo embora conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, as funções ou atividades a acumular não são desenvolvidas de forma permanente ou habitual nem se dirigem ao mesmo círculo de destinatários.

Não detenho, nos termos legais, titularidade de participação superior a 10% do capital social de entidades convencionadas, por si ou cônjuge e pelos ascendentes ou descendentes de 1º grau.

5- Compromete-se a cessar imediatamente a função ou atividade acumulada em caso de concorrência superveniente de conflito.

6- Tem conhecimento que o presente pedido de acumulação vigora apenas até final do ano civil, havendo necessidade, caso pretenda manter a acumulação, de apresentar no prazo mínimo de 30 dias sobre o final do ano, novo pedido de renovação da acumulação, sem prejuízo do pedido para nova acumulação.

ANEXA: _____

PEDE DIFERIMENTO

(ASSINATURA)

CASTELO BRANCO, ___ DE _____ DE 20___

PARECER DA DIRECÇÃO DE SERVIÇO: _____

Anexo IV - Mapa de pessoal acumulação

Categoria	Serviço	Vínculo	Regime Horário	Pedido	Local onde acumula funções	Regime de Acumulação	Parecer RH	Deliberação CA	Anos Acumulados
Assist. Hospitalar Cirurgia	Cirurgia Geral	CIT	Tempo Completo - 40H	41674 UBI		Funções Públicas			2013-2014
Assist. Hospitalar Nefrologia	Nefrologia/Dialise	CIT	Tempo Completo - 40H	41669 UBI		Funções Públicas		41684 Autorizar (25-02-2014)	2013-2014
Assist. Hospitalar Cirurgia	Cirurgia Geral	CIT+Termo	Tempo Completo - 40H	41442 Casa da Saúde de Coimbra		Funções Privadas		41485 Autorizar (05-08-2013)	
Assist. Hospitalar Medicina	Medicina Interna	CTFP	Tempo Completo - 40H	41667 UBI		Funções Públicas		41670 Autorizar (03-02-2014)	2013-2014
Assist. Hospitalar Medicina	Medicina Interna	CTFP	Tempo Completo - 40H	40956 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias		Funções Públicas		40960 Autorizar (27-02-2012)	
Assistente	Urologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41627 UBI		Funções Privadas		41653 Autorizar (20-01-2014)	2013-2014
Assistente	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 40H	41694 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente	Estomatologia	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41662 UBI		Funções Públicas		41663 Autorizar (27-01-2014)	2013-2014
Assistente	Anestesiologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41680 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente	Nefrologia/Dialise	CTFP	Tempo Completo - 35H	40935 CDBI da Covilhã		Funções Públicas		40938 Autorizar (12-04-2012)	
Assistente	Nefrologia/Dialise	CTFP	Tempo Completo - 35H	41663 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias		Funções Públicas		41663 Autorizar (27-01-2014)	2013-2014
Assistente	UCSP S. Tiago - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41690 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	
Assistente	UCSP S. Tiago - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41662 Centro Distrital S. Social Castelo Branco		Funções Públicas		41838 Autorizar (01-08-2014)	
Assistente	UCSP S. Tiago - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41641 Centro Distrital S. Social Castelo Branco		Funções Públicas		41838 Autorizar (16-11-2012)	
Assistente	UCSP S. Tiago - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41494 Medicar		Funções Privadas		41530 Autorizar (30-10-2013)	
Assistente	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41670 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente	Cardiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41526 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias		Funções Públicas		41529 Autorizar (17-09-2013)	
Assistente	Cardiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41159 Cardiolabi-Centro de Cardiologia		Funções Privadas		41170 Autorizar (19-09-2012)	
Assistente	Cardiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41159 Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas		Funções Privadas		41169 Autorizar (18-10-2012)	
Assistente	Cardiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41659 UBI		Funções Públicas		41663 Autorizar (03-02-2014)	
Assistente	Pneumologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41526 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias		Funções Públicas		41529 Autorizar (17-09-2013)	
Assistente	Cirurgia Geral	CIT	Tempo Completo - 35H	41674 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	40861 UBI		Funções Públicas		40863 Autorizar (18-11-2011)	
Assistente	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41596 Perito Médico Legal		Funções Públicas		41641 Autorizar (13-01-2014)	
Assistente	Nefrologia/Dialise	CTFP	Tempo Completo - 35H	40403 Fresenius Medical Care		Funções Privadas	Sem parecer	Indeferir (26-11-2010)	
Assistente	Cirurgia Geral	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	40872 UBI		Funções Públicas		40785 Autorizar (07-12-2011)	
Assistente	Medicina Interna	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	40816 UBI		Funções Públicas		40816 Autorizar (11-11-2011)	
Assistente	Cirurgia Geral	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41254 UBI		Funções Públicas		41269 Autorizar (02-01-2013)	
Assistente	Medicina Interna	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41703 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 40H	41710 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias		Funções Públicas		41782 Autorizar (30-05-2014)	
Assistente	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 40H	41668 UBI		Funções Privadas		41337 Autorizar (10-02-2014)	2013-2014
Assistente	Medicina Interna	CIT	Dedic. Exclusiva - 42H	41673 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar ()	2013-2014
Assistente	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 40H	41669 UBI		Funções Públicas		41785 Autorizar (30-05-2014)	
Assistente	Psiquiatria	CIT	Tempo Completo - 40H	41681 UBI		Funções Públicas		41787 Autorizar (30-05-2014)	2013-2014
Assistente	Neumatologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41200 UBI		Funções Públicas		41204 Autorizar (23-10-2012)	
Assistente	UCSP S. Miguel	CIT	Tempo Completo - 40H	41563 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias		Funções Públicas		41571 Autorizar (13-10-2013)	
Assistente	Nefrologia/Dialise	CIT	Tempo Completo - 40H	41827 UBI		Funções Públicas	sem parecer	Autorizar (14-07-2014)	
Assistente de Gastro	Gastroenterologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41458 Medicar		Funções Privadas		41472 Autorizar (24-07-2013)	
Assistente Grad. Pediatria	Pediatria	CTFP	Tempo Completo - 40H	41688 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Cirurgia Geral	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41690 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Pediatria	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41662 UBI		Funções Públicas		41663 Autorizar (27-01-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Gastroenterologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41677 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	UCSP S. Tiago - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41683 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Cirurgia Geral	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41228 UBI		Funções Públicas		41232 Autorizar (22-11-2012)	2012-2013
Assistente Graduado	UCSP S. Tiago - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41662 Centro Distrital S. Social Castelo Branco		Funções Públicas		41838 Autorizar (01-08-2014)	
Assistente Graduado	UCSP S. Tiago - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41494 Medicar		Funções Privadas		41530 Autorizar (30-10-2013)	
Assistente Graduado	UCSP Serã - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41145 Consultório Privado		Funções Privadas		41170 Autorizar (19-09-2012)	
Assistente Graduado	UCSP Serã - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41156 Consultório Privado		Funções Privadas		41164 Autorizar (19-09-2012)	
Assistente Graduado	Gastroenterologia	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41691 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Gastroenterologia	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41526 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias		Funções Públicas		41535 Autorizar (23-09-2013)	
Assistente Graduado	UCSP Idanha-a-Nova - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41662 Santa Casa Misericórdia de Castelo Branco		Funções Privadas		41673 Autorizar (10-02-2014)	
Assistente Graduado	Cirurgia Geral	CTFP	Tempo Completo - 35H	40828 UBI		Funções Públicas		40833 Autorizar (11-11-2011)	
Assistente Graduado	UCSP Serã - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41012 Centro Social S. Nuno de Santa Maria		Funções Privadas		41029 Autorizar (07-05-2012)	
Assistente Graduado	Cirurgia Geral	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41676 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Anestesiologia	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41669 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Medicina Física e Reabilitação	CTFP	Tempo Completo - 35H	41305 Fisiolabi		Funções Privadas		41836 Autorizar (01-08-2014)	
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	40968 Caracter Autónomo		Funções Privadas		40968 Autorizar (11-06-2012)	
Assistente Graduado	Ortopedia	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41661 UBI		Funções Públicas		41663 Autorizar (03-02-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	ORL	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41859 UBI		Funções Públicas		41859 Autorizar (13-08-2014)	
Assistente Graduado	Ortopedia	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41663 UBI		Funções Públicas		41666 Autorizar (03-02-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41526 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias		Funções Públicas		41535 Autorizar (23-09-2013)	
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41668 UBI		Funções Públicas		41673 Autorizar (10-02-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41670 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Gastroenterologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41663 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 40H	41670 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	UCSP Alcains	CTFP	Tempo Completo - 35H	41788 Clínica Médica e Dentária Lda		Funções Privadas		41845 Autorizar (01-08-2014)	
Assistente Graduado	UCSP Alcains	CTFP	Tempo Completo - 35H	sem data UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Medicina Interna	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41670 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Medicina Interna	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41670 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41803 UBI		Funções Públicas		41673 Autorizar (10-02-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Pediatria	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41667 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	ORL	CTFP	Tempo Completo - 35H	41675 UBI		Funções Públicas		41793 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41289 IOT, I.P.		Funções Públicas		41297 Autorizar (30-01-2013)	
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41596 Instituto Nacional de Medicina Legal, IP		Funções Públicas		41641 Autorizar (13-01-2014)	
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41654 Centro Distrital S. Social Castelo Branco		Funções Públicas		41664 Autorizar (27-01-2014)	
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41669 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Anestesiologia	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41667 UBI		Funções Públicas		41670 Autorizar (03-02-2014)	
Assistente Graduado	Cirurgia Geral	CTFP	Tempo Completo - 40H	41155 UBI		Funções Públicas		41254 Autorizar (12-12-2012)	
Assistente Graduado	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 35H	41667 UBI		Funções Públicas		41670 Autorizar (03-02-2014)	
Assistente Graduado	Urologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41661 UBI		Funções Públicas		41663 Autorizar (27-01-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Cirurgia Geral	CTFP	Dedic. Exclusiva - 39H	41856 UBI		Funções Públicas		41857 Autorizar (13-08-2014)	2013-2014
Assistente Graduado	Cirurgia Geral	CTFP	Dedic. Exclusiva - 39H	41701 Cooperativa Almadense Solidariedade Social-CRL		Funções Privadas		41838 Autorizar (01-08-2014)	
Assistente Graduado Sénior	Pediatria	CTFP	Tempo Completo - 35H	41660 UBI		Funções Públicas		41663 Autorizar (03-02-2014)	2013-2014
Assistente Graduado Sénior	Imagiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	40816 Centro Médico de Castelo Branco		Funções Privadas		40816 Autorizar (19-12-2011)	
Assistente Graduado Sénior	Imagiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41304 Euromedic		Funções Privadas		41375 Autorizar (12-04-2013)	
Assistente Graduado Sénior	Nefrologia/Dialise	CTFP	Tempo Completo - 40H	41673 UBI		Funções Públicas		Autorizar (10-02-2014)	2013-2014
Assistente Graduado Sénior	Cardiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41166 Cardiolabi-Centro de Cardiologia		Funções Privadas		41170 Autorizar (19-09-2012)	
Assistente Graduado Sénior	UCIP	CTFP	Dedic. Exclusiva - 40H	41668 UBI		Funções Públicas		41673 Autorizar (10-02-2014)	2013-2014
Assistente Graduado Sénior	Medicina Interna	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41669 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado Sénior	UCIP	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	40815 UBI		Funções Públicas		40815 Autorizar (11-11-2011)	
Assistente Graduado Sénior	Saúde Pública	CTFP	Tempo Completo - 35H	41593 Instituto Nacional de Medicina Legal, IP		Funções Públicas		41641 Autorizar (13-01-2014)	
Assistente Graduado Sénior	ORL	CTFP	Tempo Completo - 35H	41663 UBI		Funções Públicas		41666 Autorizar (03-02-2014)	2013-2014
Assistente Graduado Sénior	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42H	41669 UBI		Funções Públicas		41792 Autorizar (27-06-2014)	2013-2014
Assistente Graduado Sénior	Ortopedia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41193 UBI		Funções Públicas		41199 Autorizar (22-10-2012)	
Assistente Graduado Sénior	Psiquiatria	CTFP	Tempo Completo - 35H	41200 UBI		Funções Públicas		41204 Autorizar (23-10-2012)	

Assistente Graduado Sênior	Ginecologia/obstetrícia	CTFP	Tempo Completo - 35H	40792 Consultório Privado	Funções Privadas	40815 Autorizar (19-12-2011)
Assistente Hospitalar	Imunologia	CIT	Tempo Completo - 40H	40977 Consultório Privado	Funções Privadas	41043 Autorizar (16-05-2012)
Assistente Hospitalar	Imunologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41684 UBI	Funções Públicas	41781 Autorizar (30-05-2014) 2013-2014
Assistente Hospitalar	Imunologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41687 Clínica St.ª Beatriz	Funções Privadas	41837 Autorizar (13-08-2014)
Assistente Hospitalar	Imunologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41687 Clínica Médico-Cirúrgica das Violetas	Funções Privadas	41837 Autorizar (13-08-2014)
Assistente Hospitalar	Imunologia	CIT	Tempo Completo - 40H	41687 Centro Clínica Médica do Fundão	Funções Privadas	Sem parecer Autorizar (01-08-2014)
Assistente Hospitalar	Medicina Interna	CTFP	Dedic. Exclusiva - 42h	41830 UBI	Funções Públicas	41834 Autorizar (18-07-2014)
Assistente MGF	UCSP Vila Velha Rodão	CIT	Tempo Completo - 40H	41837 Reposhotel-Casa de Repouso	Funções Privadas	41806 Autorizar (01-08-2014)
Assistente Técnico	USHRG	CIT	Tempo Completo - 35H	41044 Escola Nacional de Bombeiros	Funções Públicas	CA - Directo Autorizar (11-06-2012)
Assistente Técnico	Urgência	CTFP	Tempo Completo - 40H	41670 Reposhotel-Casa de Repouso	Funções Privadas	41838 Autorizar (01-08-2014)
Enf. Chefe	Bloco Operatório	CTFP	Tempo Completo - 40H	41659 COBL, Lda	Funções Privadas	41693 Autorizar (27-01-2014)
Enfermeira	UCSP Sertã	CIT	Tempo Completo - 35H	41668 Centro Fisioterapia Pinhal Interior Lda.	Funções Privadas	41806 Autorizar (14-07-2014)
Enfermeira	UCSP Sertã	CTFP	Tempo Completo - 40H	41669 APPACDOM Castelo Branco - Sertã	Funções Privadas	41806 Autorizar (14-07-2014)
Enfermeiro	UCSP Idanha-a-Nova	CTFP	Tempo Completo - 35H	40830 SCM Idanha-a-Nova	Funções Privadas	40849 Autorizar (19-12-2011) 2011-2012
Enfermeiro	UCSP Idanha-a-Nova	CTFP	Tempo Completo - 35H	41051 Hospital Dr. Aprigo Meireles	Funções Privadas	41064 Autorizar (11-06-2012) 2011-2012
Enfermeiro	UCIP	CTFP	Tempo Completo - 40H	41547 Celtejo-Empresa Celulose Tejo,SA	Funções Privadas	41548 Autorizar (02-10-2013) 2012-2013
Enfermeiro	Cirurgia Geral	CTFP	Tempo Completo - 40H	41666 Lar-Aldaeamento do Idoso - Sarnadas de Rodão	Funções Privadas	41668 Autorizar (03-02-2014)
Enfermeiro	Ortopedia	CIT	Tempo Completo - 35H	41306 Lar S. Tomás	Funções Privadas	41312 Autorizar (05-03-2013)
Enfermeiro	Especialidades	CTFP	Tempo Completo - 35H	40829 SCM Castelo Branco	Funções Privadas	40850 Autorizar (19-12-2011) 2011-2012
Enfermeiro	UCSP Sertã	CTFP	Tempo Completo - 40H	41688 Certicumum, Ld.ª	Funções Privadas	41806 Autorizar (04-07-2014)
Enfermeiro	UCSP Sertã	CTFP	Tempo Completo - 40H	41689 APPACDOM CB - Sertã	Funções Privadas	41688 Autorizar (14-07-2014)
Enfermeiro	Nefrologia/Diálise	CIT	Tempo Completo - 35H	41670 Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco	Funções Privadas	41837 Autorizar (13-08-2014)
Enfermeiro	Ginecologia/Obstetrícia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41117 Intervenções Autonomas	Funções Privadas	41137 Autorizar (04-09-2012)
Enfermeiro	Cirurgia Geral	CTFP	Tempo Completo - 35H	41553 ESALD	Funções Públicas	41564 Autorizar (22-10-2013)
Enfermeiro	CS Idanha-a-Nova	CIT	Tempo Completo - 35H	41646 SCM Idanha-a-Nova	Funções Privadas	41659 Autorizar (20-01-2014)
Enfermeiro	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 35H	40815 Centro Social Padre Tomás	Funções Privadas	40816 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	UCSP Idanha-a-Nova	CIT	Tempo Completo - 35H	40830 Hospital Dr. Aprigo Meireles	Funções Privadas	40818 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 35H	40815 Lar Major Rato	Funções Privadas	40816 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Gastroenterologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41186 Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas	Funções Privadas	41189 Autorizar (19-09-2012)
Enfermeiro	UCIP	CTFP	Tempo Completo - 35H	41155 Centro Formação Profissional Castelo Branco	Funções Públicas	41158 Autorizar (10-09-2012)
Enfermeiro	Cirurgia Geral	CTFP	Tempo Completo - 40H	41668 Lar Aldaeamento do Idoso	Funções Privadas	41806 Autorizar (04-07-2014)
Enfermeiro	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 35H	40816 SCM Castelo Branco	Funções Privadas	40816 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 35H	40934 SCM Fundão	Funções Privadas	40938 Autorizar (01-02-2012)
Enfermeiro	Especialidades	CTFP	Tempo Completo - 35H	40814 Lar S. Roque	Funções Privadas	40815 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 35H	41066 UCCI - Cemache de Bonjardim	Funções Privadas	40806 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Urgência	CIT	Tempo Completo - 35H	41250 IDT de Castelo Branco	Funções Públicas	41254 Autorizar (12-12-2012)
Enfermeiro	Lardosa/Lourçal	CTFP	Tempo Completo - 40H	41659 Centro Social Amigos da Lardosa	Funções Públicas	41806 Autorizar (04-07-2014)
Enfermeiro	Ortopedia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41670 Lar Major Rato	Funções Privadas	41807 Autorizar (14-07-2014)
Enfermeiro	Pediatra	CTFP	Tempo Completo - 35H	41459 SCM Castelo Branco	Funções Privadas	41463 Autorizar (12-07-2013)
Enfermeiro	Gastroenterologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	40854 Clínica das Violetas	Funções Privadas	40855 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	UCIP	CTFP	Tempo Completo - 35H	41918 SCM Castelo Branco	Funções Privadas	40850 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Psiquiatria	CTFP	Tempo Completo - 35H	16.08.2012 IPSS-Associação Apoio à Criança	Funções Privadas	41138 Autorizar (17-08-2012)
Enfermeiro	UCSP Idanha-a-Nova	CTFP	Tempo Completo - 35H	41681 Santa Casa Misericórdia de Idanha-a-Nova	Funções Privadas	41807 Autorizar (14-07-2014)
Enfermeiro	Cirurgia Geral	CIT	Tempo Completo - 35H	41688 Lar Major Rato	Funções Privadas	41670 Autorizar (03-02-2014)
Enfermeiro	Ortopedia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41186 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Privadas	41186 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Bloco Ambulatório	CTFP	Tempo Completo - 40H	41659 COBL, Lda	Funções Privadas	23.01.2014 Autorizar (27-01-2014)
Enfermeiro	Ortopedia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41026 UCC - C. S. Orvalho	Funções Privadas	41051 Autorizar (25-06-2012)
Enfermeiro	UCIP	CTFP	Tempo Completo - 35H	40830 SCM Castelo Branco	Funções Privadas	40850 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Psiquiatria	CTFP	Tempo Completo - 35H	40757 Escola Superior de Saúde de Leiria	Funções Públicas	40757 Autorizar (02-08-2011)
Enfermeiro	Cirurgia Geral	CTFP	Tempo Completo - 35H	40830 SCM Castelo Branco	Funções Privadas	40812 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	UCIP	CIT	Tempo Completo - 35H	41544 Celtejo-Empresa Celulose Tejo,SA	Funções Privadas	41555 Autorizar (11-10-2013)
Enfermeiro	Urgência	CTFP	Tempo Completo - 35H	41026 Centro Social do Orvalho-U.C.C.	Funções Privadas	41047 Autorizar (28-05-2012)
Enfermeiro	Cirurgia Geral	CIT	Tempo Completo - 35H	41138 Centro Formação Profissional Castelo Branco	Funções Públicas	41189 Autorizar (19-09-2012)
Enfermeiro	Ortopedia	CIT	Tempo Completo - 35H	40960 SCM Sarzedas	Funções Privadas	41327 Autorizar (27-02-2013)
Enfermeiro	Urgência	CTFP	Tempo Completo - 35H	41673 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Privadas	41663 Autorizar (13-08-2014)
Enfermeiro	Bloco Operatório	CTFP	Tempo Completo - 35H	40823 COBL, Lda	Funções Privadas	40850 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Urgência	CTFP	Tempo Completo - 35H	41556 Celtejo-Empresa Celulose Tejo,SA	Funções Privadas	41564 Autorizar (22-10-2013)
Enfermeiro	Ortopedia	CIT	Tempo Completo - 35H	40982 Centro Formação Profissional Castelo Branco	Funções Públicas	40987 Autorizar (29-03-2012)
Enfermeiro	Ortopedia	CIT	Tempo Completo - 35H	41287 Lar Major Rato	Funções Privadas	41299 Autorizar (25-01-2013)
Enfermeiro	Bloco Operatório	CTFP	Tempo Completo - 35H	40835 BIOMVEI	Funções Privadas	40851 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	UCIP	CTFP	Tempo Completo - 35H	40801 Centro de Enfermagem de Santiago	Funções Privadas	40802 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Cirurgia Geral	CIT	Tempo Completo - 35H	41176 Hospital Dr. Aprigo Meireles	Funções Privadas	41177 Autorizar (26-09-2012)
Enfermeiro	Urgência	CTFP	Tempo Completo - 35H	40711 SMAS	Funções Privadas	40725 Autorizar (08-07-2011)
Enfermeiro	UCSP Idanha-a-Nova	CTFP	Tempo Completo - 40H	41673 Centro Social e Paroquial de Penha-Garcia	Funções Privadas	41406 Autorizar (14-07-2014)
Enfermeiro	Ortopedia	CIT	Tempo Completo - 35H	41530 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Públicas	41540 Autorizar (15-11-2013)
Enfermeiro	Ginecologia/obstetrícia	CIT	Tempo Completo - 35H	40793 DELPHY	Funções Privadas	40794 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	UCSP Sertã	CTFP	Tempo Completo - 40H	41670 Certicumum, Ld.ª	Funções Privadas	41806 Autorizar (14-07-2014)
Enfermeiro	UCSP Sertã	CTFP	Tempo Completo - 40H	41671 Centro Social S. Nuno de Santa Maria	Funções Privadas	41806 Autorizar (14-07-2014)
Enfermeiro	Medicina Interna	CIT	Tempo Completo - 35H	40815 Clínica Médico-Cirúrgica das Violetas	Funções Privadas	40816 Autorizar (19-12-2011)
Enfermeiro	Centro Desenvolvimento	CTFP	Tempo Completo - 40H	41670 Clínica Médica Pedro da Fonseca	Funções Privadas	41821 Autorizar (13-08-2014)
Enfermeiro	Cirurgia Geral	CIT	Tempo Completo - 35H	41667 SCM Castelo Branco	Funções Privadas	41670 Autorizar (03-02-2014)
Enfermeiro	Urgência	CIT	Tempo Completo - 35H	41185 Centro Social Beneméritos Póvoa Rio Moinhos, IPSS	Funções Privadas	41194 Autorizar (15-04-2012)
Interno Compl. Hosp.	Medicina Interna	CTR Incerto	Tempo Completo - 40H	41814 Equipas Médicas do Serviço de Helicóptero-INEM	Funções Públicas	41844 Autorizar (25-07-2014)
Interno do Internato Médico	Gastroenterologia	CTFP	Tempo Completo - 40H	41843 UBI	Funções Públicas	41844 Autorizar (25-07-2014)
Interno do Internato Médico	Medicina Interna	CTR Incerto	Tempo Completo - 40H	41212 UBI	Funções Públicas	41215 Autorizar (12-11-2012)
Interno do Internato Médico	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 40H	25.10.2013 UBI	Funções Públicas	21.11.2013 Autorizar (03-12-2013)
Interno do Internato Médico	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 40H	41662 UBI	Funções Públicas	41695 Autorizar (27-02-2014) 2013-2014
Interno do Internato Médico	UCSP S. Miguel - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 40H	41668 IAP	Funções Privadas	41688 Autorizar (27-06-2014)
Interno do Internato Médico	Nefrologia/Diálise	CTFP	Tempo Completo - 40H	41655 UBI	Funções Públicas	41663 Autorizar (03-02-2014)
Interno Formação Específica	UCSP S. Tiago - (MGF)	CTFP	Tempo Completo - 40H	41662 UBI	Funções Públicas	41666 Autorizar (03-02-2014)
Presid. Conselho Administração	ULS	CTFP	Tempo Completo - 40H	41855 UBI	Funções Públicas	
Psicólogo Clínico	UCSP Castelo Branco	CIT	Tempo Completo - 35H	28.09.2011 Medicir	Funções Privadas	40814 Autorizar (19-12-2011)
Psicólogo Clínico	UCSP Castelo Branco	CIT	Tempo Completo - 35H	02.05.2013 CIEBI-Centro de Inovação Empresarial da Beira Interior	Funções Privadas	41432 Autorizar (13-06-2013) 2012-2013
Psicólogo Clínico	Pediatra	CIT	Tempo Completo - 35H	40991 Clínica Pediátrica Ver Crescer	Funções Privadas	40997 Autorizar (07-05-2012)
Psicólogo Clínico	Psiquiatria	CTFP	Tempo Completo - 35H	40732 IEFF I.P.	Funções Privadas	40735 Autorizar (15-07-2011)
TDI	Imagiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	40816 Duarte João e Jorge, S.A.	Funções Privadas	40816 Autorizar (19-12-2011) 2011-2012
TDI	Imagiologia	CIT	Tempo Completo - 35H	41522 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Públicas	41536 Autorizar (23-09-2013)
TDI	Cardiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41527 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Públicas	41529 Autorizar (17-09-2013)
TDI	Cardiologia	CTFP	Tempo Completo - 40H	41648 Cardiolab-Centro de Cardiologia	Funções Privadas	41662 Autorizar (27-01-2014)
TDI	Cardiologia	CTFP	Tempo Completo - 40H	00-01-2014 Euromedic	Funções Privadas	41668 Autorizar (03-02-2014)
TDI	Anestesiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41523 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Públicas	41530 Autorizar (17-09-2013)
TDI	Imagiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41523 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Públicas	41523 Autorizar (17-09-2013)
TDI	Imagiologia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41522 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Públicas	41529 Autorizar (27-09-2013)
TDI	Patologia Clínica	CTFP	Tempo Completo - 35H	40795 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Públicas	40799 Autorizar (11-11-2011)
TDI	Psiquiatria	CTFP	Tempo Completo - 35H	40897 APPACDOM CB	Funções Privadas	40904 Autorizar (20-12-2011)
TDI	Patologia Clínica	CIT	Tempo Completo - 35H	41666 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Privadas	41668 Autorizar (03-02-2014)
TDI	Centro Desenvolvimento	CTFP	Tempo Completo - 40H	41670 Clínica Médico-Dentária Vera Santos	Funções Privadas	41821 Autorizar (13-08-2014)
Téc. Esp G1N2 Informática	Informática	CIT	Tempo Completo - 35H	41726 Escola Superior Tecnologia	Funções Públicas	41774 Autorizar (22-05-2014)
Técnico Superior	URAP-Qualidade-SIFE	CTFP	Tempo Completo - 40H	41814 Consultório Privado	Funções Privadas	41842 Autorizar (26-07-2014)
Técnico Superior	URAP-Qualidade-SIFE	CTFP	Tempo Completo - 35H	41670 UBI	Funções Públicas	41792 Autorizar (27-06-2014) 2013-2014
TSSaúde	Farmácia	CTFP	Tempo Completo - 35H	41527 Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Funções Privadas	41530 Autorizar (17-09-2013)
TSSocial	Serviço Social	CTFP	Tempo Completo - 35H	40945 Centro de Dia de Póvoa-a-Velha	Funções Privadas	40946 Autorizar (12-03-2012)
TSSocial	Serviço Social	CIT	Tempo Completo - 35H	41305 Centro Social Beneméritos Póvoa Rio Moinhos, IPSS	Funções Privadas	41312 Autorizar (15-02-2013)
TSSocial	Serviço Social	CTFP	Tempo Completo - 35H	40827 Centro Social Santo André	Funções Privadas	40856 Autorizar (19-12-2011)

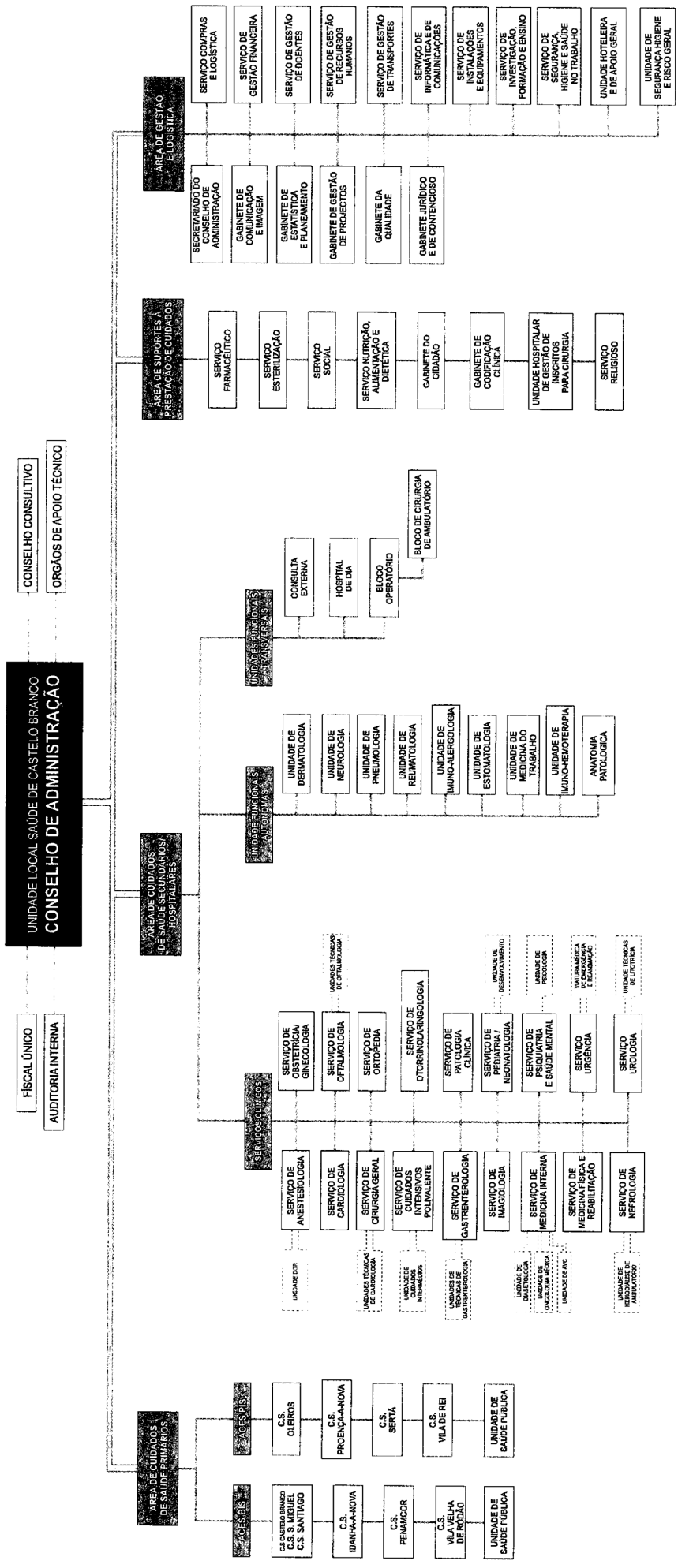
Anexo V - Caracterização Da Entidade

A Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial subordinada ao Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado, criada pelo DL. 318/2009 de 02.11 e dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, por integração do Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco (HAL), e dos agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes Centros de Saúde: Castelo Branco; Idanha-a-Nova; Penamacor; Vila Velha de Ródão; Oleiros; Proença-a-Nova; Sertão e Vila de Rei. Esta presta assistência a uma população residente de cerca de 108.000 habitantes, sendo que, em algumas valências, é referência para o Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, e para a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. (Decreto-Lei n.º 318/2009 de 2 de novembro)

Antes de integrar uma ULS, o Hospital Amato Lusitano existiu como Sociedade Anónima, como muitos dos hospitais integrantes do SNS, mas com o intuito de proporcionar melhor cobertura no que diz respeito à qualidade de saúde prestada, foi tomada a decisão de agregar ambos os ACeS PIS e BIS. Com esta mudança foi possível colocar os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares no mesmo nível de gestão, articulando-os e complementando-os, criando sinergias. Assim, com o estreitar de ligações entre os dois tipos de cuidados, foi possível fomentar economias de escala. Contudo, estas melhorias não puderam ser alcançadas mantendo todas as ferramentas no mesmo nível existente, foi necessário criar novas plataformas informáticas que unissem as duas vertentes de tratamento.

Por outro lado, sendo este um hospital de referência, não estão apenas disponíveis cuidados primários e cuidados hospitalares, a integração de Cuidados Continuados e Paliativos, da Emergência pré-hospitalar e da rede de Urgências dão uma maior demonstração do quão completa é esta ULS.

Organograma da ULSCB



Em 2013, a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E., dispunha, no seu mapa de pessoal, de um total de 1.236 efetivos, dos quais 889 colaboradores exerciam funções no Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco- HAL, 221 no Agrupamento de Centros de Saúde da Beira Interior Sul (ACeS BIS) e 126 no Agrupamento de Centros de Saúde da Pinhal Interior Sul (ACeS PIS).

Grupos socioprofissionais

Grupo de Pessoal	31.12.2013	%
Pessoal Dirigente (Conselho de Administração)	4	0,32%
Pessoal Dirigente (Administração Hospitalar)	2	0,16%
Médico	192	15,53%
Enfermagem	452	36,56%
Técnico Superior Saúde	18	1,45%
Técnico Superior	28	2,26%
Informática	9	0,72%
T D T	75	6,06%
Assistente Técnico	186	15,04%
Assistente Operacional	269	21,76%
Docente	1	0,08%
TOTAL	1236	100%

Como já fora referido, a ULSCB, E.P.E. Possui um total de 67 Extensões de Saúde, estando estas divididas pelos dois ACeS, PIS e BIS.

Centros de Saúde e Extensões de Saúde no ACeS PIS:

Instituição	Local
CS Oleiros	CS Oleiros
	Ext. Estreito
	Ext. Isna
	Ext. Orvalho
CS Proença A Nova	CS Proença-a-Nova
	Ext. Alvito Beira
	Ext. Montes Senhora
	Ext. Peral
	Ext. S Pedro Esteval
CS Sertã	Ext. Sobreira Formosa
	CS Sertã
	Ext. Cabeçudo
	Ext. Castelo
	Ext. Cernache Bonjardim
	Ext. Pedrógão Pequeno

	Ext. Troviscal
	Ext. Várzea Cavaleiro
CS Vila de Rei	CS Vila De Rei
	Ext. Fundada

Centros de Saúde e Extensões de Saúde no ACeS BIS:

Instituição	Local
	CS Castelo Branco
	Ext. Alcains
	Ext. Almaceda
	Ext. Cebolais De Cima
	Ext. Escalos De Baixo
	Ext. Escalos De Cima
	Ext. Lardosa
	Ext. Louriçal Campo
	Ext. Lousa
CS Castelo Branco	Ext. Malpica Do Tejo
	Ext. Mata
	Ext. Monforte Da Beira
	Ext. Povia De Rio Moinhos
	Ext. S. Vicente Da Beira
	Ext. Salgueiro Campo
	Ext. S. André Das Tojeiras
	Ext. Sarzedas
	Ext. Tinalhas
	Ext. Sobral Do Campo
	CS Idanha-A-Nova
	Ext. Alcafozes
	Ext. Aldeia De Stª Margarida
	Ext. Ladoeiro
	Ext. Medelim
	Ext. Monfortinho
CS Idanha-A-Nova	Ext. Monsanto
	Ext. Oledo
	Ext. Penha Garcia
	Ext. Proença-a-Velha
	Ext. Rosmaninhal
	Ext. S Miguel D'Acha
	Ext. Salvaterra
	Ext. Segura

	Ext. Termas De Monfortinho
	Ext. Toulões
	Ext. Zebreira
	Ext. Idanha A Velha
	Ext. Torre
	Ext. Cegonhas
	Ext. Soalheiras
	CS Penamacor
	Ext. Águas
	Ext. Aldeia Do Bispo
	Ext. Aldeia J. Pires
	Ext. Aranhas
CS Penamacor	Ext. Bemposta
	Ext. Benquerença
	Ext. Meimão
	Ext. Meimoa
	Ext. Pedrogão S Pedro
	Ext. Salvador
	Ext. Vale Srª Povia
	CS Vila Velha De Rodão
CS Vila Velha de Rodão	Ext. Fratel
	Ext. Perais
	Ext. Sarnadas Rodão

Caracterização do SRH

O Serviço de Recursos Humanos é a divisão que está afeta à gestão do corpo pessoal da Unidade Local de Saúde De Castelo Branco.

Este serviço tem como funções principais:

- Gerir os recursos humanos;
- Processar pedidos de acumulação de funções;
- Fazer parte do organismo que proceder à avaliação dos funcionários da ULSCB, E.P.E.;
- Processar as remunerações dos trabalhadores e;
- Propor e implementar os sistemas administrativos de gestão de RH.

O serviço é atualmente composto por onze elementos hierarquizados, sendo a hierarquia composta por:

- Técnica Superior, Dr.^a Liliana Paula;
- Coordenador Técnico, Sr. António Barata;
- Técnico de Informática, Sr. Luís Vaz;
- Sete Assistentes Técnicos;
- Um Assistente Operacional.

Dentro dos assistentes técnicos, as suas funções caracterizam-se por gerir remunerações (quatro colaboradores) e verificar assiduidade (três colaboradores). A quantidade de assistentes técnicos justifica-se devido à grande proporção de funcionários que a ULSCB, E.P.E. possui, aglomerando o Hospital Amato Lusitano, EPE, AcES PIS e AcES BIS.

O SRH é regrado pelos regulamentos existentes para o desenvolvimento da atividade, nomeadamente o Manual de Procedimentos Administrativos e Remunerações, o Regulamento dos Horários de Trabalho e Assiduidade da ULSCB, E.P.E. e o Manual de Funções do Serviço de Recursos Humanos.

O SRH tem por princípio uma política de responsabilidade e transparência, pelo que por via do plano de gestão de riscos e infrações conexas elaborado em 2012, o SRH procedeu às alterações necessárias que se lhe aplicam para o seu melhor funcionamento.

Anexo VI - Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio

O estágio de Mestrado em Administração Pública Empresarial que esteve na base desde relatório decorreu entre os dias 14 de outubro de 2013 e 11 de abril de 2014 na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

A princípio, foi acordada a passagem por três setores administrativos da instituição com o intuito de ser proporcionada uma perspetiva abrangente de como funcionava Organização. Os Serviços que iria frequentar seriam: Serviço de Recursos Humanos, Serviço de Compras e Logística e Serviços Financeiros, sendo estas as áreas que mais interesse teriam para o Mestrado a frequentar.

Porém, os planos saíram logrados. Dado o bom entrosamento que os colegas proporcionaram, tomei contacto com outra área existente na ULSCB, E.P.E., a saber, o Gabinete de Apoio à Gestão, divisão da organização que se ocupa de recolher e analisar dados de produção do Hospital Amato Lusitano e dos ACES PIS e BIS.

Dentro do período de tempo em que permaneci na instituição foram executadas as seguintes atividades por serviço:

Serviço de Recursos Humanos:

- Auxílio na elaboração de relatórios/pareceres/informações de suporte à direção superior;
- Avaliação de acumulação de funções;
- Calculo de ajudas de custo e horas extraordinárias a pagar;
- Lançamento de pagamentos.

Gabinete de Apoio à Gestão:

- Estudo do modelo de financiamento das ULS;
- Estudo de modelos de convencionados;
- Estudo do contrato-programa da ULSCB, E.P.E.;
- Acompanhamento das previsões para o ano seguinte.

Unidade de Compras e Logística:

- Seguimento de aquisições;

- Registo de faturas;
- Estudo e análise de procedimentos concursais.

Serviços Financeiros:

- Conferência e registo de faturas para pagamento;
- Conferência e registo de imobilizado;
- Conferir saldos dos fornecedores e da ULSCB, E.P.E..

Anexo VII - Propostas para aumento da eficácia

- Maior controlo no pagamento das ajudas de custo;
- Implementação de contadores elétricos e de água por piso;
- Comparar única e exclusivamente tinteiros “originais”, devido à grande quantidade de problemas que os de marca branca têm trazido (não há dados dos tinteiros que voltam para trás com problemas);
- A médio prazo, uniformizar modelos de impressora, com o objetivo de uniformizar a compra de tinteiros e assim ganhar descontos de quantidade;
- Uniformização dos tamanhos dos caixotes do lixo permite a compra de sacos do lixo do mesmo tamanho, levando a economias de escala;
- Vender paletes que chegam à UCL e que não tenham utilização;
- Criar mecanismos automáticos de controlo de validade dos materiais;
- Implementar sistemas de leitura ótica de entrada e saída do armazém;
- Optar por adquirir pastas de arquivo morto no fim de cada ciclo de utilização de dossiês, desta forma as folhas que já não são necessárias passam para pastas de arquivo morto e os dossiês são aproveitados, alterando apenas as lombadas. Isto porque o preço de aquisição de pastas de arquivo morto é muito menor do que o preço de aquisição de dossiês;
- Introdução de controlo de armazéns por PDA, ao nível de receções de material, picking e inventário.

