

**Apuramento de custos do Centro de Responsabilidade
Integrado de Medicina de Reprodução da ULS de São João**

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Diana Isabel Mota da Rocha

Dezembro 2024

**Apuramento de custos do Centro de Responsabilidade
Integrado de Medicina de Reprodução da ULS de São João**

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a
orientação científica do Professor Doutor Rui Santana

Dezembro 2024

“Nada na vida deve ser temido, apenas compreendido. Agora é hora de compreender mais, para temer menos.”

Marie Curie

Agradecimentos

Concluída esta etapa, não poderia perder a oportunidade de reconhecer e agradecer todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

Ao agradecimento especial ao orientador deste estudo, Professor Doutor Rui Santana, pela orientação, apoio e disponibilidade demonstrada em todos os momentos.

À ULS São João, por me permitirem desenvolver este trabalho e, mais importante que isso, por terem contribuído para o crescimento dos meus conhecimentos neste mundo que é a Administração Hospitalar.

Um apreço especial ao Dr. Manuel Melo e Dr^a. Sofia Xavier por se mostrarem sempre colaborantes em todas as fases deste estudo e disponíveis para responder a todas as minhas dúvidas e inquietações.

Um agradecimento a todos os colegas do CEAH 53º: a partilha de experiências e pensamentos fora da caixa permitiu-me crescer enquanto pessoa, aluna e profissional, nesta que é “alegradamente” a melhor edição do curso.

Por último, mas não menos importantes: José, Pai, Mãe, Mónica e Clara – um obrigado do tamanho do mundo por serem o meu porto de abrigo e terem um abraço casa, por me darem alento e força ao longo de todo este percurso.

Resumo

Introdução: A infertilidade é considerada um problema de saúde pública que tem vindo a crescer ao longo da última década. Estima-se que, em média, a prevalência da infertilidade afete cerca de 17,8% dos casais ao longo da vida, nos países desenvolvidos. Em Portugal, esta percentagem ronda os 9%. Para dar resposta ao aumento da procura de técnicas que apoiem a saúde reprodutiva dos casais, criou-se, na ULS de São João, o primeiro CRI de Medicina de Reprodução. Apurar os custos por cada casal a que é são prestados este tipo de cuidados de saúde é fundamental, uma vez que contribuirá para a melhoria da gestão e monitorização financeira, tendo por base princípios de eficiência na gestão e alocação de recursos.

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo conhecer a estrutura de custos do CRI-Medicina de Reprodução da ULS de São João, contribuindo para a melhoria da gestão e monitorização financeira deste CRI.

Metodologia: Para cumprir com os objetivos do presente estudo, seguiu-se a metodologia *Time-Driven Activity-Based Costing*. O percurso dos doentes do CRI de Medicina de Reprodução foi mapeado, em conjunto com peritos da unidade. Para o apuramento dos custos, foram alocados os tempos dos profissionais às respetivas unidades – através da observação direta das atividades - e imputados os custos diretos e indiretos decorrentes das atividades.

Resultados e Discussão: No último semestre de 2023, foram realizadas 346 consultas e 684 tratamentos de PMA, no CRI de Medicina de Reprodução. Foram obtidos os custos por casal, para cada técnica realizada. Por casal, houve um custo médio de 1 005,45 euros. Os custos com recursos humanos têm um peso de 52% dos totais dos custos. A compreensão e o conhecimento da estrutura de custos permite que sejam feitas comparações e benchmarking, quer interno e externo e uma melhor adequação do planeamento e gestão de recursos, tendo por base a eficiência dos processos.

Palavras-Chave: Centro de Responsabilidade Integrado; Infertilidade; Procriação Medicamente Assistida; Custos

Abstract

Introduction: Infertility is considered a public health problem that has been rising over the last decade. It is estimated that, on average, the prevalence of infertility affects around 17,8% of couples throughout their lives in developed countries. In Portugal, it affects around 9% couples. To respond to the increased demand for techniques that support couples' reproductive health, the first Reproductive Medicine CRI was created at ULS São João. Determining the costs per couple provided with this type of care is essential, as it will help to improve the management and financial monitoring of this CRI.

Objective: The aim of this study is to understand the cost structure of the Reproductive Medicine CRI at ULS São João.

Methodology: In order to achieve the aim of this study, the Time-Driven Activity-Based Costing methodology was used. The pathway of patients in the Reproductive Medicine CRI was mapped, together with experts from the unit. To calculate the costs, the professionals' time was allocated to the respective units – through direct observation of the activities – and the direct and indirect costs arising from activities were allocated.

Results and Discussion: In the last half of 2023, 346 consultations and 684 medically assisted procreation techniques were carried out at the Reproductive Medicine CRI. The costs per couple were obtained for each technique performed. The average cost per couple was 1 005,45 euros. Human resources costs accounted for 52% of total costs. Understanding the cost structure allows comparisons and benchmarking to be made, both internally and externally, with purposes of a better planning and management of resources, based on process efficiency.

Key Words: Integrated Responsibility Center; Infertility; Medically Assisted Procreation; Costs

Lista de abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João

CRI – Centro de Responsabilidade Integrado

DE-SNS – Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde

ETC – Equivalente de Trabalho Completo

FIV – Fertilização in Vitro

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

GIN/OBS – Ginecologia e Obstetrícia

ICSI – Injeção Intracitoplasmática dos Espermatozoides

ICSI-c – Injeção Intra Citoplasmática dos Espermatozoides com espermatozoides recolhidos cirurgicamente

ICSI-PTG - Injeção Intra Citoplasmática dos Espermatozoides com teste Pré-Genético

IUI – Inseminação Intra Uterina

IO – Indução da Ovulação

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMA – Procriação Medicamente Assistida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDABC – *Time-Driven Activity-Based Costing*

TEC – Transferência de Embriões Congelados

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantidos

ULS – Unidade Local de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Produção do CRI de Medicina de Reprodução, entre Junho e Dezembro de 2023.....	22
Tabela 2 – Preço por hora dos profissionais envolvidos, segundo Sistema Remuneratório da Administração Pública, de 2023.....	23
Tabela 3 - Custos totais com a fase inicial do processo	25
Tabela 4 - Custos totais com IO.....	26
Tabela 5 – Custos totais com IIU.....	27
Tabela 6 - Custos totais FIV	28
Tabela 7 - Custos totais ICSI.....	29
Tabela 8 - Custos totais ICSI-c	30
Tabela 9 - Custos totais ICSI-PGT	31
Tabela 10 - Custos totais TEC	32
Tabela 11 - Custos totais com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino.....	33
Tabela 12 - Custos totais com Preservação do Material Reprodutivo Masculino.....	34
Tabela 13 - Custos totais CRI Medicina de Reprodução.....	34
Tabela 14 - Tabela de preços de Medicina de Reprodução (16).....	40
Tabela 15 - Custo com recursos humanos na fase inicial do processo	53
Tabela 16 - Custos diretos imputados à fase inicial do processo	53
Tabela 17 - Custos indiretos imputados à fase inicial do processo	54
Tabela 18 - Custo com profissionais de saúde na IO.....	54
Tabela 19 – Custos diretos imputados à técnica IO	55
Tabela 20 - Imputação de custos indiretos à técnica IO	55
Tabela 21 – Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais para IIU	56
Tabela 22 - Imputação de custos diretos a IIU	56
Tabela 23 - Imputação de custos indiretos a IIU	56
Tabela 24 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com FIV	57
Tabela 25 - Imputação de custos diretos FIV	58
Tabela 26 - Imputação de Custos Indiretos FIV	58
Tabela 27 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com ICSI	59
Tabela 28 - Imputação de custos diretos ICSI.....	60

Tabela 29 - Imputação de Custos Indiretos ICSI	60
Tabela 30 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com ICSI-c.....	61
Tabela 31 - Imputação de custos diretos com ICSI-c.....	62
Tabela 32 - Imputação de custos indiretos com ICSI-c.....	63
Tabela 33 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com ICSI-PGT	64
Tabela 34 - Imputação de custos diretos ICSI-PGT	65
Tabela 35 - Imputação de Custos Indiretos ICSI-PGT	66
Tabela 36 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com TEC	66
Tabela 37 - Imputação de custos diretos TEC	67
Tabela 38 - Imputação de custos indiretos TEC	67
Tabela 39 – Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino.....	68
Tabela 40 - Imputação de custos diretos com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino	69
Tabela 41 - Imputação de custos indiretos com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino	69
Tabela 42 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com Preservação Potencial Reprodutivo Masculino	70
Tabela 43 - Imputação de custos diretos com Preservação Potencial Reprodutivo Masculino.....	70
Tabela 44 - Imputação de custos indiretos com Preservação Potencial Reprodutivo Masculino.....	71
Tabela 45 - Percurso do doente, numa fase inicial, no CRI de Medicina de Reprodução, com costdrive de tempo por profissional	72
Tabela 46 - Percurso do doente no CRI de Medicina de Reprodução, com costdrive de tempo por profissional	73

Lista de Tabelas

Figura 1 - Mapeamento das atividades realizadas no CRI de Medicina de Reprodução	15
Figura 2 - Fase inicial do casal no CRI de Medicina de Reprodução.....	12

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	5
2.1 Infertilidade e Medicina de Reprodução	5
2.2 Centros de Responsabilidade Integrados	6
2.3 Métodos de custeio	8
2.3.1 Método direto	10
2.3.2 Método das Secções	10
2.3.2 <i>Activity-Based Costing</i>	11
2.3.3 <i>Time-Driven Activity-Based Costing</i>	12
3. Objetivos	14
4. Metodologia	15
4.1 Desenho do estudo	15
4.3 Fontes de dados e questões éticas	17
4.4 Análise dos dados	18
4.4.1 Custos dos profissionais	18
4.4.2 Outros custos diretos	18
4.4.3 Custos indiretos	19
5. Resultados	21
5.1 Produção CRI Medicina de Reprodução	21
5.2 Recursos Humanos e tempo alocado	22
5.3 Custos com a fase Inicial	24
5.4 Custos das técnicas	25
5.4.1 Custos com Indução da Ovulação	26
5.4.2 Custos com Inseminação Intrauterina	27
5.4.3 Custos com Fertilização In Vitro	28
5.5 Custos Totais CRI Medicina de Reprodução	34
6. Discussão	37
6.1 Limitações	Error! Bookmark not defined.
7. Recomendações	43
8. Conclusão	45
9. Referências	47
Anexo I – Técnicas feitas no CRI de Medicina de Reprodução da ULS de São João	52

Anexo II – Imputação de custos com recursos humanos, custos diretos e custos indiretos	53
Anexo III - Alocação de tempos dos profissionais de saúde nas diversas técnicas	72
Anexo IV – Pedido para desenvolvimento do estudo à Comissão de Ética da ULS São João	78

1. Introdução

A missão do SNS foca-se na concretização de políticas de saúde, centradas nos cidadãos e nas suas necessidades, orientadas para que se atinja uma melhor saúde (1). A complexidade associada à gestão das diversas instituições e serviços do SNS gerou necessidade de reorganizar internamente o SNS, de forma a acompanhar a evolução das necessidades em saúde dos cidadãos, com o desiderato de continuação da garantia do acesso, da qualidade e da eficiência da resposta em saúde (1). Simultaneamente, o aumento generalizado da despesa em saúde, a transformação epidemiológica, social e demográfica a que se assiste, o aumento das necessidades em saúde e exigência dos cidadãos exige, de igual forma, que o SNS aumente o seu acesso e a eficiência na prestação de cuidados (2,3).

Os CRI surgem como órgãos de gestão intermédia que procuram “(...) contribuir para alterar a estrutura de prestação de cuidados (...) aproveitando sinergias de complementaridade de funções e especialidade (...) que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo para uma maior eficiência e eficácia.” (1).

Na ULS de São João, foi criado o primeiro CRI-Medicina de Reprodução, em Portugal (4). A criação deste CRI procura dar resposta à crescente procura exercida na Unidade de Medicina de Reprodução, existente previamente no CHUSJ, sendo que receberá doentes de todo Portugal Continental e ilhas (4).

O contexto de contenção orçamental coloca, de igual forma, novos desafios à gestão das instituições de saúde, de modo que estas se tornem mais eficientes e economicamente sustentáveis no exercício da sua atividade (5).

Os sistemas de custeio têm um papel fundamental no conhecimento dos custos incorridos na prestação de cuidados de saúde, bem como para finalidades de contratualização das entidades de saúde com financiadores ou ao nível da contratualização interna, isto porque “(...) sem bons custos também não existem bons preços” (6–8). O esforço no sentido do desenvolvimento e aplicação de sistemas de custeio e apuramento de custos têm inúmeras vantagens, dentro das quais se incluem o melhor conhecimento da estrutura de consumo das organizações, um menor grau de risco associado aquando da tomada de decisão, quer estratégica, quer operacional, reorganização de processos no sentido de maximizar a eficiência e o valor para o

doente, permitir uma metodologia de avaliação económica entre cenários alternativos, a gestão do doente ao longo do processo de produção, com critérios de custo-efetividade, identificação de linhas de produção ou produtos que careçam de intervenção prioritária, bem como a perceção e cálculo dos custos associados a uma determinada patologia/doença (9,10).

Assim, de modo a conhecer a estrutura de custos do CRI-Medicina de Reprodução, o presente trabalho tem como objetivo calcular os custos decorrentes da sua atividade, através de uma metodologia TDABC, para que os decisores estejam munidos da melhor informação que lhes permita uma melhor compreensão a composição e despesas associadas aos tratamentos de PMA (11).

Traçar um caminho para aumentar o acesso dos cidadãos aos cuidados saúde de apoio à fertilidade requer a compreensão e inclusão dos custos associados a este tipo de tratamentos (12). Hodiernamente, poucos são os estudos cujo objetivo é determinar os custos associados ao desenvolvimento de programas de saúde reprodutiva (12). O desenvolvimento destes estudos é pertinente para que se estudem os custos que este programa têm, o que permitirá um melhor planeamento e organização dos recursos necessários ao bom desempenho deste programa (12). A falta de planeamento dos recursos pode traduzir-se em perdas de eficiência operacional, equidade, qualidade, quebras de acesso para os cidadãos (12).

A definição da metodologia dos sistemas de custeio está intimamente ligada ao grau de detalhe, fiabilidade e de exatidão da informação que se pretende alcançar (7,9). Assim sendo, os sistemas de custeio mais minuciosos e próximos da realidade são os obtidos através de abordagens *bottom-up* (7,9). Neste tipo de abordagem, a informação é recolhida ao longo do processo de produção, recorrendo-se, habitualmente, a técnicas de microcusteio (7,9). Em contrapartida, os sistemas de custeio de abordagem *top-down* partem da informação sobre custos obtida na contabilidade central, sendo feita a imputação de custos, obtendo-se um custo por *output* final (9). Quando comparadas as duas abordagens, constata-se que uma abordagem *top-down* é menos exata que a abordagem *bottom-up*, uma vez que a primeira parte de estimativas apuradas através de métodos de imputação indireta (9).

Com o *Time-Driven Activity-Based Costing*, a imputação de custos é feita de uma forma relativamente fácil a cada uma das etapas, sendo possível acompanhar o percurso percorrido do doente, uma vez que se trata de um método *bottom-up* de microcusteio (7). Esta metodologia de custeio exige que os prestadores estimem dois parâmetros em cada etapa do processo: o custo unitário de cada recurso utilizado em

cada atividade e a quantidade de tempo gasto em cada atividade (13,14). Assim sendo, o custo de cada episódio é proporcional ao tempo despendido com o atendimento ao doente (15). A metodologia TDABC permite ainda apurar os custos diretos e indiretos das atividades realizadas (13).

O presente estudo está dividido em oito capítulos: a introdução é precedida do enquadramento teórico. Segue-se o capítulo da metodologia, com referência ao desenho do estudo, ao método de recolha e análise dos dados. O quarto capítulo diz respeito aos resultados obtidos, seguindo-se a discussão dos mesmos, as limitações do estudo e recomendações futuras. As conclusões estão explanadas no último capítulo.

2. Enquadramento teórico

2.1 Infertilidade e Medicina de Reprodução

A infertilidade é definida pela OMS e pela Comissão internacional para a Monitorização da Reprodução Medicamente Assistida como “uma doença do sistema reprodutivo masculino ou feminino traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção.” (16,17). Esta doença é reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública mundial, uma vez que se estima que cerca de 15% a 20% dos casais em idade reprodutiva sofra de infertilidade e a sua prevalência é muito próxima, quer em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, com taxas de 17,8% e 16,5%, respetivamente (17). As taxas de infertilidade em Portugal encontram-se num patamar inferior aos países mais desenvolvidos – um estudo realizado pela FMUP, em 2022, concluiu que cerca de 9% dos casais sofrem de infertilidade ao longo da vida (18,19). Além disso, a infertilidade pode afetar o bem-estar físico e psicológico das pessoas que enfrentam este problema (17). O aumento da infertilidade portuguesa nos últimos anos traduz-se no aumento significativo do número de pedidos para tratamento (18). Apesar dos esforços feitos, em Portugal, no sentido de garantir os direitos dos doentes ao acesso universal ao tratamento da infertilidade, o aumento da sua procura criou constrangimentos, incompatíveis com as características específicas e celeridade que devem vigorar na abordagem desta patologia (18,20).

Face ao exposto, fica demonstrada a necessidade de aumentar o acesso a cuidados de apoio à fertilidade, através de políticas de saúde, para que as pessoas que sofrem com esta patologia tenham formas seguras, acessíveis e eficazes de ter acesso a cuidados de saúde necessários ao seu tratamento (17). O acesso a cuidados de apoio à fertilidade constituem-se também como um desígnio dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente com o objetivo 3, onde se lê “(...) assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.” (21) e com o objetivo 5, onde se lê “Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes das suas conferências de revisão.” (21).

Garantir o acesso atempado a casais a técnicas de PMA e a redução dos tempos de TMRG é fundamental para que os casais não sejam excluídos das listas de espera, tendo em conta os critérios de exclusão para o usufruto destes tratamentos (22).

Por este motivo, foram pensadas novas estruturas organizacionais e novos modelos de gestão para fazer face ao aumento da procura por este tipo de cuidados de saúde e dar resposta às necessidades de saúde dos cidadãos.

2.2 Centros de Responsabilidade Integrados

A complexidade associada à gestão das diversas instituições e serviços do SNS gerou necessidade de reorganizar internamente o SNS, de forma a acompanhar a evolução das necessidades em saúde dos cidadãos, com o desiderato de continuação da garantia do acesso, da qualidade e da eficiência da resposta em saúde (1). O aumento generalizado da despesa em saúde, a transformação epidemiológica, social e demográfica a que se assiste, o aumento das necessidades em saúde e exigências dos cidadãos exige, de igual forma, que o SNS aumente o seu acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde (2,3).

Os CRI surgem como órgãos de gestão intermédia, compostos por uma equipa multidisciplinar de profissionais, que procuram “ (...) contribuir para alterar a estrutura de prestação de cuidados, de acordo com lógicas assistenciais colaborativas e participadas, aproveitando sinergias e complementaridade de funções e especialidades (...) que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo para uma maior eficácia e eficiência.” (1). Com a criação dos CRI, durante o mandato da Dr.^a Leonor Beleza, atribuíam-se a cada um a “necessária autonomia a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades.” (23), tendo, por isso, um grau determinado grau de autonomia funcional e económico-financeira, dependendo diretamente do Conselho de Administração da unidade hospitalar em que estão inseridos. É esperado que através dos CRI se estabeleça um compromisso assistencial que permita melhorar indicadores de desempenho, como um maior acesso dos cidadãos, melhor qualidade dos cuidados prestados, através de um maior desempenho profissional e uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis (23).

Em 2022, é aprovado um novo Estatuto do SNS, com a publicação do Decreto-Lei nº 52/2022 (24). Com este novo Estatuto, está previsto, no seu artigo 90º, que os conselhos de administração das instituições de saúde devem promover as condições para a evolução da organização interna para CRI; já de acordo com o artigo 91º, é definida a responsabilidade dos respetivos conselhos de administração pela aprovação do regulamento interno do CRI, bem como o estabelecimento dos princípios orientadores do seu funcionamento (1). Ainda no âmbito do cumprimento das suas funções, a DE-SNS, e para aumentar o acesso de casais com infertilidade a cuidados de saúde adequados, propôs medidas que visam a melhoria da resposta do SNS na área da ginecologia/obstetrícia (18). Foram postas em curso uma série de medidas – entre as coisas a potencialização da criação de CRI na área de ginecologia/obstetrícia - com o desiderato de assegurar uma abordagem equitativa e atempo de acesso a esta atividade, “rentabilizando a capacidade instalada, assegurando o desenvolvimento das melhores práticas clínicas e garantindo o envolvimento ativo dos profissionais de saúde na utilização racional dos recursos públicos.” (18).

Neste sentido foi criado o primeiro CRI de Medicina de Reprodução, em Portugal, ULS de São João (4). Este CRI surge como modelo otimizado de organização da Unidade de Medicina de Reprodução que já existia no CHUSJ, para dar resposta à crescente procura, uma vez que esta unidade e, por consequência, o CRI de Medicina de Reprodução recebe utentes de todo o país, incluindo os Açores e a Madeira (4,25). O CRI de Medicina de Reprodução tem como desiderato “a prestação de cuidados de saúde nesta área, garantindo acessibilidade, continuidade, qualidade, eficiência e efetividade na prestação de cuidados, com melhoria de resultados e ganhos em saúde.” (4).

Neste CRI são realizados vários procedimentos e técnicas que visam dar resposta às dificuldades reprodutivas dos casais, nomeadamente: Indução de Ovulação, Inseminação Intra Uterina, Fertilização in Vitro, Injeção Intra Plasmática dos Espermatozoides, Transferência de Embriões Congelados e Preservação do Material Reprodutivo, quer feminino, quer masculino (Anexo I).

Conhecer os custos incorridos com a prestação de cuidados de saúde e realização destas técnicas é fundamental para se gerir em saúde, através de um planeamento adequado dos recursos face às necessidades em saúde, não para que se atinjam fins lucrativos, mas sim para renovar os ciclos de investimento, como maior capacidade de retenção de recursos humanos e aposta inovação em saúde (6).

2.3 Métodos de custeio

No contexto da atual transformação epidemiológica, social e demográfica que se tem assistido em Portugal, nomeadamente com o envelhecimento da população e com o aumento da prevalência de comorbilidades, aliadas ao aumento das necessidades em saúde, exigências e expectativas dos cidadãos, bem como a contínua introdução de novas tecnologias – sejam estas medicamentos e/ou dispositivos médicos – exigem ao SNS um aumento do acesso e da eficiência na prestação de cuidados de saúde (2,3,26).

Apesar das instituições pertencentes ao SNS – onde se incluem as ULS - não terem objetivos lucrativos, é importante que haja a renovação dos ciclos de exploração e investimento para um equilíbrio económico e financeiro sustentado (9). O equilíbrio económico é essencial para que seja possível assegurar a qualidade assistencial dos cuidados de saúde, tendo em conta que esta não se deve apoiar num quadro de deficit constante e descontrolado (6). O esforço pelo conhecimento de apuramento de custos e a gestão dos custos de produção das linhas de atividade das instituições de saúde são um pressuposto essencial para os processos de tomada de decisão, operacionais e estratégicos (5,7,9).

O contexto de contenção orçamental coloca novos desafios à gestão das instituições de saúde, de modo que estas se tornem mais eficientes e economicamente sustentáveis no exercício da sua atividade (5).

A necessidade de se implementar um sistema de custeio preciso nas organizações de saúde é um fator frequentemente lembrado por diversos autores: Kaplan e Porter referem que a medição real dos custos e resultados é uma alavanca poderosa que existe para transformar a economia da saúde (27); já Popesko afirma que um dos pontos fundamentais para a gestão de uma organização de saúde é a capacidade de ter uma estimativa precisa dos custos seus dos produtos e serviços (28).

Assim sendo, os sistemas de custeio têm um papel fundamental no conhecimento dos custos incorridos na prestação de cuidados de saúde, bem como para finalidades de contratualização das entidades de saúde com financiadores ou ao nível da contratualização interna, isto porque “(...) sem bons custos também não existem bons preços” (7). Para além das questões relacionadas com o financiamento da prestação de cuidados, a definição e a utilização de métodos de custeio para a obtenção de custos pode ter outras finalidades, como o cálculo do custo de uma determinada doença, a

realização de custos de custo-efetividade e estudos de eficiência na prestação de cuidados (8–10).

Estes sistemas assumem-se como uma parte fundamental de um mecanismo de contratualização, sendo através destes sistemas custeios que se parte para a determinação de um preço associado à prestação de cuidados e que serão financiados por uma entidade pagadora (29). Com esta informação, há a possibilidade de se conseguir ajustar os preços por linha de produção, de forma mais exata (29).

A escolha pela metodologia de custeio a utilizar está diretamente relacionado com os objetivos que se pretendem alcançar com o processo (7). A obtenção de custos reais e detalhados das unidades hospitalares é essencial para “sustentar um modelo de financiamento baseado na fixação de preços unitários (...) é importante que as metodologias de custeio da atividade hospitalar permitam a comparabilidade entre o financiamento e os custos, tornando-os mais direcionados à gestão (...)” (30).

A definição da metodologia dos sistemas de custeio está intimamente ligada ao grau de detalhe, fiabilidade e de exatidão da informação que se pretende alcançar (7,9). Os sistemas de custeio mais precisos e minuciosos baseiam-se em metodologias *bottom-up*: a informação é recolhida ao longo do processo de produção, recorrendo-se, habitualmente, a técnicas de microcusteio (7,9). Trata-se, por isso, de um método direto de apuramento de custos, que identifica e valoriza os recursos utilizados na prestação de cuidados (31). Em contrapartida, os custos obtidos através de metodologias *top-down* revelam-se métodos menos precisos, uma vez que se parte da informação sobre custos obtida na contabilidade central, sendo feita a imputação de custos, obtendo-se um custo por *output* final (9). Quando comparadas as duas abordagens, constata-se que uma abordagem *top-down* é menos exata que a abordagem *bottom-up*, uma vez que a primeira parte de estimativas apuradas através de métodos de imputação indireta (9). Na abordagem *top-down*, não são tidas em conta as características díspares dos doentes que influenciam o consumo de recursos, pelo que, mais uma vez, é reforçado o menor grau de exatidão deste tipo de abordagem de apuramento de custos (9).

Apesar das diferentes metodologias que existem para apurar os custos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, há um consenso na literatura no que respeita ao nível de detalhe da informação que se pretende alcançar: o custo por doente (7). Com este tipo de metodologia de apuramento de custos, há uma perceção mais real e exata do volume de gastos da instituição de saúde (7,9,10). Este valor é apurado através do somatório de todos os custos resultantes do processo de produção de serviços de saúde, efetuados a um determinado doente, ao longo do seu episódio de internamento

(7,9,10). O apuramento de custos por doente tem inúmeras vantagens, onde se incluem a definição de preços de uma forma direta e imediata, permitindo a realização de vários tipos de análises e estudos de custos, quer por idade, sexo ou condição clínica. Todavia, a complexidade e diversidade no processo de produção de serviços de saúde dificultam a obtenção deste nível de desagregação de informação necessários para alimentar este tipo de métodos de custeio (7). No contexto de integração de cuidados, o apuramento de custos por doente permite o conhecimento do consumo de recursos do doente ao longo de um continuum de prestação de cuidados (31). Assim sendo, num contexto de integração vertical de cuidados – como é o caso da ULS de São João – o cruzamento de informação de produção e de custos por doente, potencia um conjunto de análises que permitem a tomada de decisão quer operacional, quer estratégica, no sentido de reorganizar a articulação e a coordenação de serviços, aumentando o valor para o doente na prestação de cuidados de saúde (31).

2.3.1 Método direto

O Método Direto é uma metodologia de custeio *bottom-up* que consiste na identificação e valorização dos recursos consumidos por um doente ao longo do processo de produção de cuidados (9). Este método recorre, geralmente, a técnicas de microcusteio, com o desiderato de se conseguir o registo individual dos custos em cada episódio de internamento, incluindo os recursos consumidos e as devidas imputações dos custos das secções que concorrem indiretamente para o seu custo total (9). Com este método, os custos obtidos representam os custos reais de cada episódio, sendo que possibilita a realização de estudo que agregam a informação de acordo com características intrínsecas dos doentes, como o sexo ou a idade (7,9). Contrariamente, este tipo de metodologia é mais exigente na fase de recolha de dados, uma vez que exige uma maior desagregação e detalhe de informação, sendo necessário um sistema informático robusto centralizado no doente (9). Além disso, a imputação de custos indiretos revela-se um processo difícil.

2.3.2 Método das Secções

O Método das Secções é uma metodologia de apuramento de custos *top-down* que consiste na divisão interna e na imputação de custos a secções principais – as que concorrem diretamente para a atividade principal da instituição hospitalar -, a secções auxiliares – as que concorrem com os seus serviços para outras secções – e as secções

administrativas – compreendem os trabalhos realizados no âmbito da administração e serviços técnicos e administrativos (9). A imputação de custos é realizada de forma progressiva entre as várias secções, em função da produção. São determinados os custos globais por secção principal, com o objetivo de se obter um custo por linha de produção, sendo que estes custos são repartidos pelo total da produção das secções auxiliares e administrativas (7,9,31). São obtidos, com esta metodologia, os custos médios por doente saído ou o custo de diária de internamento em cada linha de produção principal (7).

As secções homogéneas são consideradas centros de custo/proveito – unidades da estrutura organizacional, criadas para efeitos de imputação de custos diretos e distribuição de custos indiretos (32).

Nos hospitais portugueses, é utilizado o método das secções para apuramento dos custos da atividade realizada, conforme consta no Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (32).

Os principais benefícios da utilização deste método são a sua generalização e aplicação uniforme na maioria dos hospitais pertencentes ao SNS, bem como a regularidade da sua obtenção (9). Em contrapartida, apresentam-se como desvantagens o facto de o grau de desagregação da informação ser limitado, a falta de correspondência com os centros de produção, os critérios individuais de imputação de custos indiretos e a falta de celeridade na divulgação da informação obtida (9).

2.3.2 Activity-Based Costing

O *Activity-Based Costing* é uma metodologia de custeio que permite o apuramento de custos por atividade assistencial e por patologia, possibilitando a determinação de uma estimativa de custos de cada ato ao longo de todo o ciclo de prestação de cuidados (7–9,31). O conceito subjacente à metodologia *Activity-Based Costing* é o de que se consomem recursos para produzir um determinado produto ou serviço, pelo que os recursos consumidos são atribuídos a uma atividade e as atividades são atribuídas a objetos de custo (9,33). Sendo um método *top-down*, este tipo de metodologia apresenta as seguintes vantagens: são obtidos custos por atividade assistencial: urgências, consultas, cirurgia, atos de diagnóstico e terapêutica, por Grupo de Diagnósticos Homogéneos ou por doente saído, portanto, é um método mais detalhado que o método das secções; pode ser aplicável às atividades realizadas em

ambulatório; apresenta maior relação de causalidade entre recursos, atividades e objetos de custos e possibilita a comparação e o *benchmarking* entre diferentes instituições no que concerne à eficiência (8,9,28,29).

No entanto, há um peso na carga administrativa necessária para manutenção deste tipo de sistema e, de igual modo, a necessidade de atualização das atividades e da sua valorização e pode não refletir os custos reais de um determinado episódio (9).

2.3.3 Time-Driven Activity-Based Costing

A metodologia TDABC, desenvolvida por Kaplan e Anderson permite um apuramento de custos diretos e indiretos mais detalhado, uma vez que identifica os recursos consumidos pelos doentes ao longo da trajetória de consumo de cuidados de saúde (13,34). Esta metodologia assume-se como uma melhoria do *Activity-Based Costing* com a introdução da variável tempo, através de equações, no cálculo do custo das atividades – é estimado o tempo gasto em cada atividade - pelo que os custos apurados com este tipo de metodologia são mais precisos (13,34). Importa referir que é estimada a duração de cada atividade, não o tempo médio consumido por cada atividade, facto que tem um peso relevante, uma vez que diferentes doentes/casos podem necessitar de um tempo diferente na realização de uma determinada atividade (34). A análise e determinação dos custos, quando comparada a metodologia TDABC com a metodologia *Activity-Based Costing*, mostra que a primeira se revela mais rápida e simples de utilizar, com a introdução de dois parâmetros: o custo unitário dos recursos consumidos e o tempo e a quantidade de recursos necessários para desenvolver determinada atividade (13). Por se tratar de um método *bottom-up*, o TDABC pode ser aplicado ao longo de todo o ciclo de prestação de cuidados de saúde, incluindo complicações e readmissões (7). Para a implementação deste método de custeio, é necessário que sejam identificados os processos clínicos e administrativos a que os doentes são sujeitos, com informação detalhada (35). Este método permite ainda a obtenção de custos por doente.

A informação obtida através do método de custeio TDABC permite que os decisores conheçam os custos das atividades das organizações de saúde, bem como o tempo necessário para a execução das mesmas, munindo-os de informação relevante para uma tomada de decisão baseada em evidência (13–15,35). Este método permite ainda *benchmark* interno e externo, o que permite que sejam feitas melhorias operacionais – como a redução do desperdício dos recursos, eliminação de etapas que não trazem valor acrescentado a um determinado procedimento - através da análise da

rentabilidade de cada atividade/serviço (34,36). Além disso, o TDABC apresenta um baixo custo de implementação, dada a simplicidade dos seus processos: por observações diretas no terreno (13,34).

Além disso, no âmbito do trabalho desenvolvido *Value-Based Healthcare* tem sido recomendado o uso da metodologia TDABC, uma vez que com este método permite obter os custos reais da prestação de cuidados de saúde e se percebe de que forma cada doente consome recursos no sistema de saúde. Além disso, o TDABC possibilita a identificação de oportunidades de redução de custos e potencia o aumento da eficiência das atividades realizadas (13,35).

Porém, este modelo apresenta também limitações, relacionadas com a precisão das estimativas de tempo. Se estas estimativas se basearem em métodos de observação, poderá haver alteração por parte dos comportamentos dos profissionais e o tempo registado será diferente do tempo que geralmente é gasto na realização de determinada atividade (35). Na ótica do investigador, poderá ainda ser difícil avaliar com rigor o tempo envolvido no processo de prestação de cuidados de saúde.

2.4 Custos com Medicina de Reprodução

Ao longo dos últimos anos têm sido realizados estudos cujo desiderato é a obtenção de custos para cada uma das técnicas de PMA, através da utilização dos métodos de custeio anteriormente enumerados e descritos.

Um estudo realizado em 2008, por B. Clazien *et. al* teve como objetivo a obtenção de custos por ciclo realizado de FIV e ICSI. Através de uma junção de abordagens *top-down* e *bottom-up*, e com base em dados recolhidos entre 2002 e 2004, estimaram que o custo médio para a realização de uma FIV e ICSI eram 2 381 euros e 2 578 euros, respetivamente (37). Neste estudo, concluiu-se também que os medicamentos correspondiam a mais de metade da totalidade dos custos (37).

Recentemente, em 2023, estimou-se, na Escócia, os custos associados à realização das técnicas FIV e ICSI: em média, há um custo de 3 912,63 euros com FIV e 4 184,96 euros com ICSI, através de uma abordagem *top-down* (11).

Os custos apresentados anteriormente seguem metodologias próprias para o apuramento de custos, sendo que estes dizem respeito à soma de todos os custos com recursos humanos, custos indiretos relacionados com o bom funcionamento do edifício (limpeza, segurança, energia), custos com medicação, material de consumo clínico s

MCDT's (11,37). Contudo, estes estudos não apresentam um mapeamento das atividades e processos, pelo que não fica claro quais as etapas incluídas no apuramento destes custos.

3. Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo conhecer a estrutura de custos do CRI-Medicina de Reprodução da ULS de São João, contribuindo para a melhoria da gestão e monitorização financeira deste CRI.

Como objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

- Identificar as atividades realizadas no CRI-Medicina de Reprodução;
- Apurar os custos de cada atividade através da metodologia de microcusteio TDABC.

4. Metodologia

4.1 Desenho do estudo

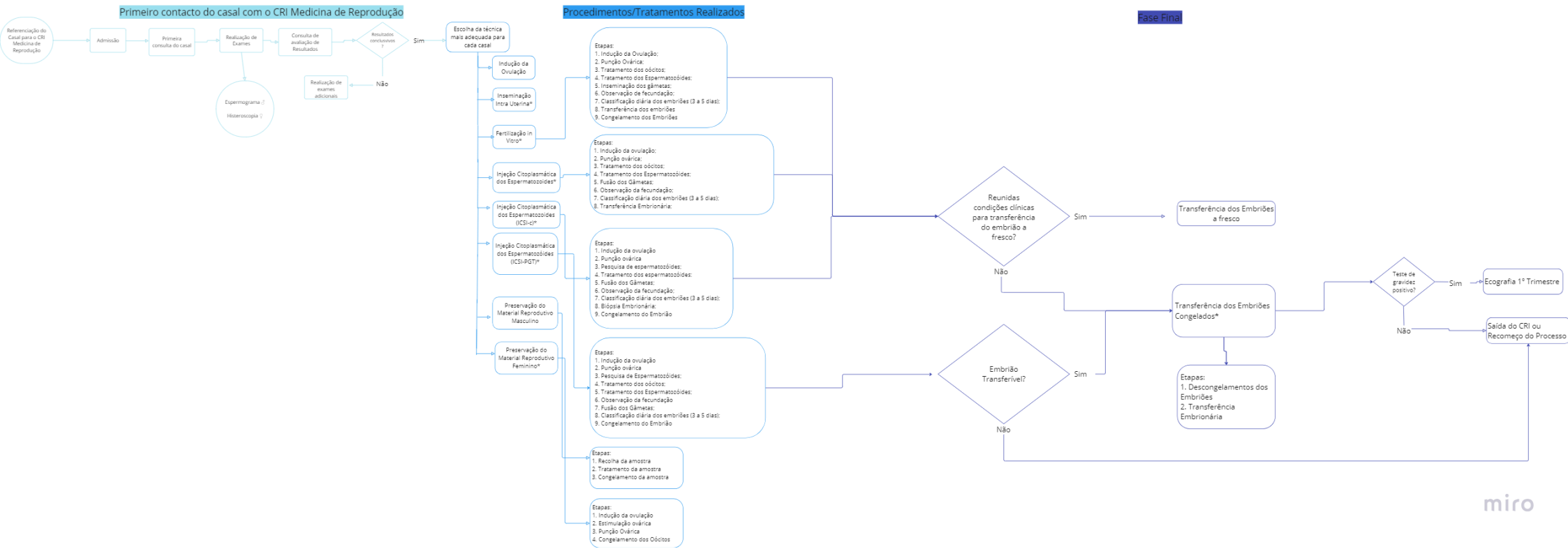
Para cumprir com os objetivos do presente estudo, e tendo em conta será aplicada a metodologia TDABC para determinação dos custos, seguiu-se a metodologia referida na literatura para este método, que recomenda a adoção dos seguintes passos:

- Seleção da condição clínica/área de prestação de cuidados que se deseja apurar os custos;
- Definição da cadeia de valor dos cuidados de saúde;
- Desenvolvimento do mapeamento dos processos de cada atividade;
- Obtenção de uma estimativa dos tempos de cada processo;
- Estimar os custos dos recursos afetos à prestação dos cuidados de saúde;
- Cálculo dos custos totais do ciclo completo de cuidados de saúde.

Fonte: (8,27,35)

Assim, para o desenho do percurso dos doentes no CRI de Medicina de reprodução, procedeu-se, numa fase inicial, à identificação de todas as atividades-chave realizadas ao longo todo o ciclo de prestação de cuidados. O mapa-percurso das atividades realizadas no CRI de Medicina de Reprodução foi desenvolvido, em conjunto com peritos da ULS de São João, tendo-se obtido o seguinte:

Figura 1 - Mapeamento das atividades realizadas no CRI de Medicina de Reprodução



Depois de realizado o mapeamento das atividades, este foi revisto e validado por peritos do CRI de Medicina de Reprodução. Tendo em conta a heterogeneidade de cuidados que um determinado casal possa necessitar, neste estudo foi considerado o percurso *standard* dos doentes nas diferentes técnicas realizadas pelo CRI de Medicina de Reprodução da ULS de São João. Face a esta premissa, apenas se considerou a realização de uma técnica de PMA por casal.

De seguida, foi feito o levantamento dos recursos diretos envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Em simultâneo, foi quantificada a produção realizada pelo CRI de Medicina de Reprodução, o que possibilitou o cruzamento desta informação com que consta nos centros de custos. Nesta fase, foram identificados os recursos diretos utilizados na prestação de cuidados de saúde (material de consumo clínico, fármacos, recursos humanos) (38).

Os custos indiretos serão também contemplados no cálculo dos custos totais. Estes são considerados custos fixos, que não variam de acordo com a produção do CRI de Medicina de Reprodução – como gastos com depreciação e de amortização, conservação e reparação, *software* e outros. Nesta fase, os custos diretos, os custos com recursos humanos e os indiretos serão diretamente imputados às atividades realizadas.

Para cumprir com a metodologia TDABC, foram feitas estimativas de tempo da duração de cada atividade realizada no âmbito da prestação de cuidados de saúde, através de observações diretas de peritos do CRI de Medicina de Reprodução.

A estimativa de custos de todos os recursos diretos envolvidos na prestação de cuidados de saúde foi feita tendo informação partilhada pela ULS de São João sobre a produção do CRI de Medicina de Reprodução.

Em todas estas fases, foi indispensável o envolvimento e participação de peritos da ULS de São João com o *know-how* e experiência para acompanhamento do estudo.

Foram incluídos no presente estudo todos os utentes do CRI de Medicina de Reprodução, desde o período de junho de 2023 até dezembro de 2023.

4.3 Fontes de dados e questões éticas

Recorreu-se à plataforma de Business Intelligence da ULS de São João para a recolha dos dados necessários para a realização do presente estudo.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ULS de São João (Anexo IV).

4.4 Análise dos dados

A análise dos dados será realizada com recurso ao *software Microsoft Excel® 2016*.

4.4.1 Custos dos profissionais

Para imputar os custos dos recursos humanos ao doente, foram definidos *cost drivers*. Como *cost driver* para alocação dos custos com os recursos humanos para as técnicas e procedimentos realizados pelo CRI de Medicina de Reprodução, foi considerado o tempo, com a duração de cada atividade, em horas, por grupo profissional. A cada etapa do percurso de um doente tipo foram identificados os profissionais envolvidos e os tempos alocados, como constam nas tabelas 45 e 46. A duração de cada atividade foi definida pelos peritos do CRI de Medicina de Reprodução, através de observação direta das atividades. Nas tabelas 45 e 46 estão espelhadas as diferentes etapas de prestação de cuidados de saúde, num percurso standard, de um doente no CRI de Medicina de Reprodução.

Para se aferirem os custos com profissionais de saúde, teve-se por base o Sistema Remuneratório da Administração Pública de 2023 (39). Como referência, foi feito um apuramento do preço pago por hora a cada classe profissional, tendo como referência 35 horas de trabalho semanais, de acordo com a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas atualmente em vigor (40). Foram considerados valores remuneratórios médios do Sistema Remuneratório da Administração Pública, de 2023, para todas as categorias profissionais. Os custos da produção adicional do CRI foram mensurados através de uma percentagem de pagamento adicional, sem incentivos, associados a cada uma das técnicas.

4.4.2 Outros custos diretos

Com o auxílio dos profissionais do CRI de Medicina de Reprodução, foi feita a imputação de custos diretos a cada uma das técnicas. Aqui, são incluídos os “custos com mercadorias vendidas e matérias consumidas” a cada uma das técnicas. Nesta

rúbrica, estão incluídos custos com medicamentos, reagentes e produtos de diagnóstico rápido, material de consumo clínico, material de consumo hoteleiro, material de consumo administrativo e material de manutenção e conservação. São também considerados os fornecimentos e serviços externos, com as seguintes rúbricas: Patologia Clínica e assistência no estrangeiro.

A imputação destes custos foi feita tendo em conta a produção do CRI. Por isso, o rubrica de custos de assistência no estrangeiro será totalmente imputada à técnica ICSI-PGT.

Na rubrica dos reagentes, um terço da totalidade dos custos foram diretamente imputados à IIU.

No que concerne aos medicamentos, os custos foram imputados às técnicas FIV, ICSI, ICSI-c e ICSI-PGT.

4.4.3 Custos indiretos

No processo de prestação de cuidados, foram utilizados equipamentos e infraestruturas tecnológicas necessárias nas diferentes fases do processo. Por isso, como custos indiretos foram considerados os “gastos de depreciação e de amortização”, quer de edifícios, quer de equipamentos, bem como outros ativos fixos tangíveis. Os custos das rubricas de conservação e reparação dos ativos fixos, assistências técnicas e *software* foram distribuídos homogeneamente pelas diferentes técnicas – tendo em conta a produção de cada uma das técnicas.

5. Resultados

A obtenção dos custos por casal, em cada uma das técnicas, seguiu algumas pressupostos, definidos em conjunto com peritos do CRI de Medicina de Reprodução da ULS de São João.

A cada uma das fases do percurso – inicial e técnicas – foram imputados, de igual forma, o custo do pessoal dirigente, nomeadamente do administrador hospitalar.

Na imputação de custos das mercadorias vendidas e das matérias consumidas e dos inventários transferidos, por observação direta do laboratório do CRI de Medicina de Reprodução, imputou-se um terço dos custos da rubrica “Reagentes e Produtos de diagnóstico rápido” à IIU. Os restantes custos desta rubrica foram distribuídos pelas 8 restantes técnicas, de acordo com a respetiva produção. A rubrica “Medicamentos” foi distribuída equitativamente entre as técnicas FIV, ICSI, ICSI-c e ICSI-PTG.

No que diz respeito aos Fornecimentos e serviços externos, a rubrica “Assistência no estrangeiro” foi totalmente imputada à ICSI-PGT.

As restantes rubricas de custos diretos foram imputados de acordo com a produção do CRI.

A análise dos custos indiretos seguiu os seguintes pressupostos: em conjunto com os peritos do CRI de Medicina de Reprodução, definiu-se que os custos indiretos seriam imputados de igual forma às diferentes fases do percurso e técnicas, sendo que o único fator de variação é a produção.

Os valores apresentados neste capítulo dizem respeito ao custos totais de cada técnica, por casal – custos com recursos humanos, custos diretos e custos indiretos - seguindo a premissa de percurso *standard*, sendo realizado apenas um episódio de cada uma das diferentes fases do processo – sem ter em conta as diferentes necessidades de saúde dos casais.

5.1 Produção CRI Medicina de Reprodução

No CRI de Medicina de Reprodução da ULS de São João, entre Junho e Dezembro, de 2023, foram realizadas 346 consultas de apoio à fertilidade e 684 técnicas de apoio à fertilidade, sendo estas divididas entre atividade base e produção adicional, como se observa na tabela 1:

Tabela 1 - Produção do CRI de Medicina de Reprodução, entre Junho e Dezembro de 2023

Técnicas	Total	Base	Adicional
Consultas de Apoio à Fertilidade	346	289	57
IO	26	26	0
IIU	33	33	0
FIV	77	47	30
ICSI	231	131	100
ICSI-c	27	19	8
ICSI-PGT	118	71	47
TEC	94	94	0
Preservação Potencial Reprodutivo Feminino	13	13	0
Preservação Potencial Reprodutivo Masculino	65	65	0

Pela produção adicional realizada, está associado um valor de pagamento adicional.

5.2 Recursos Humanos e tempo alocado

O CRI de Medicina de Reprodução é composto por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, nomeadamente: Médicos (Ginecologia-Obstetrícia e Anestesiologia) Enfermeiros, Auxiliares de saúde, Assistente técnico, Assistente operacional, um Administrador Hospitalar, Técnicos Superiores das áreas de gestão, psicologia, biologia e nutrição e outros profissionais.

A equipa multidisciplinar que compõe o CRI dispõe do seguinte número de efetivos, por áreas e por especialidades, sem prejuízo de eventuais ajustes constantes do contrato-programa anual:

- i) Pessoal médico: 125 horas semanais – 3,57 ETC
 - a) Ginecologia: 118 horas semanais – 3,37 ETC
 - b) Anestesiologia: 6 horas semanais – 0,17 ETC
- ii) Enfermagem: 105 horas semanais – 3 ETC
- iii) Técnico Superior – Biologia – 180 horas semanais – 5,14 ETC
- iv) Assistente técnico: 71 horas semanais – 2,03 ETC
- v) Assistente Operacional: 35 horas semanais
- vi) Administrador Hospitalar: 10 horas semanais – 0,29 ETC

Tal como anteriormente referido neste estudo, como forma de standardização, foi assumido que os profissionais trabalham sob um contrato de 35 horas semanais, ou seja, 140 horas mensais. Todos os salários considerados foram da posição remuneratória média do Sistema de Remuneração Público de 2023. Por este motivo, os valores remuneratórios dos profissionais podem não corresponder à prática real portuguesa, conforme confirmado com os peritos deste estudo. Contudo, para efeitos de uniformização, foi assumida esta premissa. Por isso, os valores com custos de profissionais, neste estudo, poderão estar sobrevalorizados.

Tendo em consideração que o administrador hospitalar da área dispõem de 40 horas de serviço mensal dedicadas ao CRI, esse tempo foi distribuído uniformemente pelas diferentes técnicas realizadas, pelo que se obteve um valor por técnica de 47,97 euros.

Para contemplar os custos de recursos humanos incorridos com subsídios de férias e Natal, com abonos variáveis ou eventuais, horas extraordinárias, prémios de desempenho, noites e suplementos, sistemas de proteção social, como Segurança Social e remunerações por doença, os custos com os recursos humanos foram extrapolados em 70%.

Tabela 2 – Preço por hora dos profissionais envolvidos, segundo Sistema Remuneratório da Administração Pública, de 2023

Categoria Profissional	Salário base*	Posição Remuneratória	ETC	Preço/Hora
Médico Especialista OBS/GIN	3 132,03 €	45ª Posição da Tabela Remuneratória Única	3,37	75,39 €
Médico Especialista Anestesiologista	3 132,03 €	45ª Posição da Tabela Remuneratória Única	0,17	3,80 €
Enfermeiro	1 701,78 €	19ª Posição da Tabela Remuneratória Única	3	36,47 €
Técnico Superior - Biólogo	1 333,35 €	16ª Posição da Tabela Remuneratória Única	5,14	48,95 €
Assistente Técnico	869,84 €	7ª Posição da Tabela Remuneratória Única	2,03	12,61 €
Assistente Operacional	769,20 €	5ª Posição da Tabela Remuneratória Única	1	5,49 €

Administrador Hospitalar	2 725,17 €	42ª e 43ª Posições da Tabela Remuneratória Única	0,29	5,64 €
--------------------------	------------	--	------	--------

* (39)

Através do cruzamento do mapeamento das atividades e da alocação de cada profissional a cada uma das fases do percurso, é possível estimar o custo com os recursos humanos para cada uma das técnicas.

5.3 Custos com a fase Inicial

Após a referenciação do casal para o CRI de Medicina de Reprodução, o casal passa pela realização de uma primeira consulta. Nesta consulta, são prescritos exames, de modo a identificar as necessidades de cuidados de saúde reprodutivos do casal. O percurso que consta na figura 2 é comum a todos os doentes do CRI de Medicina de Reprodução.

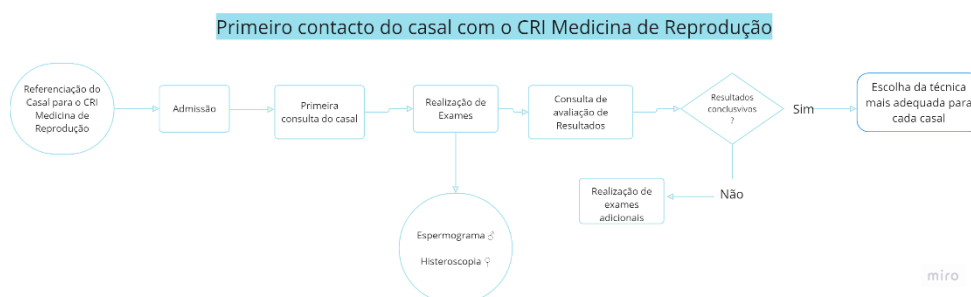


Figura 2 - Fase inicial do casal no CRI de Medicina de Reprodução

Através do cruzamento da informação sobre a alocação dos profissionais a cada uma das fases – tabela 45, e a informação que consta na tabela 2, foi possível obter os custos com profissionais de saúde (tabela 15).

Somando os custos dos profissionais de saúde, obteve-se um valor final de 299,59 euros por casal. Tendo em conta que foram realizadas 289 consultas em produção base, houve um custo total, no último semestre de 2023, de 86 582,3 euros com recursos humanos.

No caso da produção adicional, há uma majoração correspondente a um pagamento adicional de 18%. Assim, obteve-se o valor final de 353,52 euros, por casal. Considerando o número total de consultas de apoio à fertilidade em produção adicional – 57 consultas – obteve-se um custo total de 20 150,61 euros.

Nesta primeira etapa foram imputados os custos diretos. Por casal, houve um custo de 41,63 euros com as rubricas presentes na tabela 16. Tendo em conta a produção realizada, houve um gasto total de 14 404,2 euros. Com esta análise, foi possível verificar que 99% dos custos se prendem com material de consumo clínico.

Houve um custo total de 6 453,5 euros com “Fornecimentos e Serviços Externos” e “Gastos de depreciação e amortização”. Por casal, registou-se um custo de 18,65 euros nesta fase do percurso, conforme consta na tabela 17. Da análise destes dados, foi possível aferir que 79,4% destes custos se prendem com “Gastos de depreciação e de amortização”.

Tabela 3 - Custos totais com a fase inicial do processo

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
Fase Inicial do Processo	346	Recursos Humanos	106 732,91 €	299,59 € (1) 353,52 € (2)
		Custos Diretos	23 828,80 €	68,87 €
		Custos Indiretos	6 453,50 €	18,65 €
		Custo Total	137 015,21 €	387,11 € (1) 441,04 € (2)

(1) Produção Base

(2) Produção Adicional

Na fase inicial do processo, houve um custo total de 137 015,21 euros. A rubrica de custos com recursos humanos foi a rubrica com maior peso nos custos totais, com um peso de 77,9%. O custo por casal varia tendo em conta a produção adicional e base: houve um custo, por casal de 343,05 euros e 389,05 euros, respetivamente.

5.4 Custos das técnicas

Decorrida a fase inicial de realização de exames que auxiliam na compreensão/diagnóstico da situação de cada casal, o casal é encaminhado para proceder aos tratamentos e técnicas que mais se adequem à sua situação.

Os custos foram apurados por casal, para cada uma das diferentes técnicas.

5.4.1 Custos com Indução da Ovulação

No que concerne à IO, o cruzamento da informação sobre alocação do tempo dos profissionais com os custos dos profissionais permitiu obter a seguinte informação:

Por casal, houve um custo total com recursos humanos de 104,12 euros (tabela 18). Todos os procedimentos de IO foram efetuados em produção base. Como foram realizados 26 procedimentos, houve um custo total de 2 707,09 euros com recursos humanos.

Relativamente à imputação de outros custos diretos, foram considerados os pressupostos anteriormente enumerados.

Através da tabela 19 é possível constatar que por cada doente a quem é realizado uma IO, houve um custo de cerca de 916,49 euros com mercadorias vendidas e fornecimentos e serviços externos, sendo que, considerando a produção realizada, verificou-se um custo de 23 828,8 euros. À semelhança do que acontece na fase inicial do percurso dos doentes no CRI, 99,6% dos custos foram concentrados na rubrica “Custos com mercadorias e das matérias consumidas e inventários transferidos”, nomeadamente com a rubrica de “Reagentes e produtos de diagnóstico rápido”.

Como explanado anteriormente, a imputação de custos indiretos foi feita de igual forma para as diferentes técnicas. Posto isso, houve um custo total de 6 453,5 euros com “Fornecimentos e Serviços Externos” e “Gastos de depreciação e amortização”. Atendendo à produção realizada, houve um custo por casal de 248,21 euros (tabela 20).

Tabela 4 - Custos totais com IO

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
IO	26	Recursos Humanos	2 707,09 €	104,12 €
		Custos Diretos	23 828,80 €	916,49 €
		Custos Indiretos	6 453,50 €	248,21 €
		Custo Total	32 591,28 €	1 253,51 €

Para o CRI de Medicina de Reprodução, uma IO tem um custo, por casal, de 1 253,51 euros. No que concerne à IO, os custos concentram-se sobretudo nos custos diretos, com um peso de 72,2%.

5.4.2 Custos com Inseminação Intrauterina

Na IIU, estão contempladas diferentes etapas que impactaram a imputação dos custos, nomeadamente monitorizações da doente e a própria inseminação (tabela 21).

Partindo da premissa de percurso *standard* dos doentes, e em conjunto com os peritos do CRI de Medicina de Reprodução, assumiu-se que são necessárias até duas monitorizações dos doentes antes da realização da inseminação. Nos tempos alocados por profissional, são tidos em conta as duas monitorizações.

Com recursos humanos, houve um custo total de 282,63 euros, por casal. Atendendo ao número de técnicas realizadas – 33 em produção base – houve um custo total de 9 326,93 euros.

Foi definido, juntamente com peritos do CRI de Medicina de Reprodução, que um terço dos custos da rubrica “Regentes e produtos de diagnóstico rápido” seriam imputados à IIU. À semelhança do que se verifica nos custos diretos da técnica IO, cerca de 99% dos custos correspondem a “Custos com mercadorias vendidas e matérias consumidas e inventários transferidos”. Por casal, houve um custo de 1 578,87 euros (tabela 22).

Nos custos indiretos, há um custo por casal de 195,56 euros, atendendo a que foram realizadas 33 técnicas com um custo total de 6 453,5 euros (tabela 23).

Tabela 5 – Custos totais com IIU

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
IIU	33	Recursos Humanos	9 326,93 €	282,63 €
		Custos Diretos	52 102,60 €	1 578,87 €
		Custos Indiretos	6 453,50 €	195,56 €
		Custo Total	67 883,03 €	2 057,06 €

Por casal que realize uma IIU, são gastos cerca de 2 057,06 euros. Os custos principais com IIU concentram-se sobretudo nos custos diretos, com um peso de 76,8%.

5.4.3 Custos com Fertilização In Vitro

De modo a obter os custos por casal com a técnica FIV, foram também tidas em conta todas as atividades realizadas nesta técnica. Os tempos alocados dos profissionais de saúde e os respetivos custos encontram-se na tabela 24.

No último semestre de 2023, foram realizadas 77 técnicas FIV – 47 em produção base e 30 me produção adicional. Em produção base, os recursos humanos tiveram um custo de 728,3 euros, por casal. Considerando as 47 técnicas realizadas em produção base, o custo total com recursos humanos foi de 34 230,05 euros. Já nas técnicas FIV realizadas em produção adicional, acresce um pagamento adicional de 50,8%. Por isso, verificou-se um custo por casal, por cada FIV realizada, de 1 150,71 euros e um custo total de 34 521,37 euros.

Nos custos diretos, foram considerados os “Custos com mercadorias vendidas e matérias consumidas e inventários transferidos” – com um peso total dos custos de cerca de 99% - e “Fornecimentos e Serviços Externos”. Na primeira rubrica, os “Medicamentos” têm um peso de 43,6%. Por casal, há um custo de 330,72 euros e, tendo em conta os 77 tratamentos, um custo total de 25 465,50 euros (tabela 25).

Por casal, com “Fornecimentos e Serviços Externos” e “Gastos de depreciação e amortização”, foram gastos cerca de 83,81 euros (tabela 26).

Tabela 6 - Custos totais FIV

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
FIV	77	Recursos Humanos	68 751,41 €	728,3 € (1) 1 150,71 € (2)
		Custos Diretos	25 465,50 €	330,72 €
		Custos Indiretos	6 453,50 €	83,81 €
		Custo Total	100 670,41 €	1 142,83 € (1) 1 565,24 € (2)

(1) Produção Base

(2) Produção Adicional

Para a realização de uma FIV, por casal, são gastos cerca de 1 142,83 euros em produção base e 1 565,24 euros em produção adicional. A rubrica que mais peso tem nos custos totais são os recursos humanos, com um peso de 68,3%.

5.4.4 Custos com Injeção Intracitoplasmática dos Espermatozoides

Para o apuramento dos custos, foram mapeadas as atividades realizadas, os profissionais envolvidos e os tempos dos profissionais alocados a cada tarefa.

Com a ICSI, houve um custo de 676,82 euros por doente, em produção base. Como consta na tabela 1, foram realizadas 131 técnicas em produção base, por isso, houve um custo total de 88 662,99 euros. Em produção adicional, foram realizadas 100 técnicas com um pagamento adicional de 49,7%. Assim sendo, em produção adicional, houve um custo por doente de 1 013,19 euros e um custo global de 101 319,47 euros (tabela 27).

Através da imputação dos custos diretos, é sabido que foram gastos, por casal tratado, 110,33 euros. À semelhança do que acontece nas técnicas anteriores, a rubrica de custos com mais expressão é a rubrica “Medicamentos” (tabela 28).

Por casal, são gastos cerca de 27,94 euros com a técnica ICSI em custos indiretos (tabela 29).

Tabela 7 - Custos totais ICSI

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
ICSI	231	Recursos Humanos	189 982,46 €	676,82 € (1) 1 013,19 € (2)
		Custos Diretos	25 487,30 €	110,33 €
		Custos Indiretos	6 453,50 €	27,94 €

	Custo Total	221 923,26 €	815,09 € (1) 1 151,46 € (2)
--	--------------------	--------------	--------------------------------

(1) Produção base

(2) Produção adicional

Por casal que realize uma ICSI, são gastos em produção base e adicional, 815,09 euros e 1 151,46 euros, respetivamente. Os recursos humanos representam a maior parcela de custos nesta técnica, com um peso de 85,6%.

5.4.5 Custos com Injeção Intracitoplasmática dos Espermatozoides com espermatozoides recolhidos cirurgicamente

De igual modo, o mapeamento das atividades com o cruzamento da informação sobre alocação de profissionais e o respetivo custo permitiu obter com os custos com os profissionais.

Foram realizadas 27 técnicas de ICSI-c no último semestre de 2023, sendo que destas, 19 foram realizadas em produção base. Por casal, houve um custo de 718,42 euros, o que representa 13 650,0 euros (tabela 30). As restantes técnicas foram realizadas em produção adicional, sendo que houve um pagamento adicional de 47,1%: houve um custo por casal de 1 056,8 euros, havendo um custo total de 9 511,18 euros.

Por casal, com a técnica ISCI-c, foram gastos 943,97 euros com custos diretos e cerca de 239,02 euros, no que concerne a custos indiretos (tabelas 31 e 32).

Tabela 8 - Custos totais ICSI-c

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
ICSI-c	27	Recursos Humanos	23 161,18 €	718,42 € (1) 1 056,8 € (2)
		Custos Diretos	25 487,3 €	943,97 €
		Custos Indiretos	6 453,5 €	239,02 €
		Custo Total	55 101,98 €	1 901,41 € (1) 2 239,79 € (2)

(1) Produção base

(2) Produção adicional

Por casal, houve um custo de 1 901,41 euros e 2 239,79 euros para produção base e adicional, respetivamente. Na ICSI-c, os custos diretos apresentam um maior peso nos custos totais – cerca de 46,3%.

5.4.6 Custos com Injeção Intracitoplasmática dos Espermatozoides com teste Pré-Genético

O mesmo processo foi repetido para apurar os custos de recursos humanos com a técnica ICSI-PGT: cruzamento da informação dos tempos alocados nas diferentes atividades com o preço dos recursos humanos (tabela 33).

Das 118 técnicas ICSI-PGT realizadas, 71 foram realizadas em produção base: houve um custo de 780,83 € por casal tratado, o que representou um custo total de 55 439,01 euros. Para a produção adicional, houve um pagamento adicional para os profissionais de 50,2%: nestes casos, o custo por casal foi de 1 172,81 euros e um custo de 55 121,99 euros.

Por doente, foram gastos 1 644,26 euros com custos diretos. No caso da ICSI-PGT, a rubrica com mais peso nos gastos totais é “Fornecimentos e Serviços Externos”, nomeadamente “Assistência no estrangeiro”, com um peso de 86,9% (tabela 34).

Foram gastos 54,69 euros por casal por cada técnica ICSI-PGT realizada, com custos indiretos (tabela 35).

Tabela 9 - Custos totais ICSI-PGT

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
ICSI-PGT	118	Recursos Humanos	110 561,0 €	780,83 € (1) 1 172,81 € (2)
		Custos Diretos	194 022,62 €	1 644,26 €
		Custos Indiretos	6 453,5 €	54,69 €
		Custo Total	311 037,12 €	2 479,78 € (1) 2 871,76 € (2)

(1) Produção base

(2) Produção adicional

Por cada casal a que se realizou a técnica ICSI-PGT, houve um custo de 2 479,78 euros para produção base e 2 871,76 euros para produção adicional. A rubrica que mais peso tem nos custos totais é a rubrica dos custos diretos, com um peso de 62,4%.

5.4.7 Custos com Transferência de Embriões Congelados

Os custos com profissionais e os tempos alocados podem ser consultados na tabela 36. No último semestre de 2023, foram realizados 94 procedimentos, todos em produção base. Com recursos humanos, houve um custo por casal de 229,78 euros, sendo que, no total, se gastaram 21 599,21 euros.

Por um casal que realizou uma TEC, entre junho e dezembro de 2023, foram gastos 253,5 euros em custos diretos. A rubrica com mais peso nos custos finais foi “Custos com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos” (tabela 37).

Por cada casal a quem se realizou uma TEC, foram gastos 68,65 euros com custos indiretos (tabela 38).

Tabela 10 - Custos totais TEC

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
TEC	94	Recursos Humanos	21 599,21 €	229,78 €
		Custos Diretos	23 828,80 €	253,50 €
		Custos Indiretos	6 453,50 €	68,65 €
		Custo Total	51 881,51 €	551,93 €

Por cada TEC realizada a um casal, foram gastos 551,93 euros. Os custos diretos foram responsáveis por cerca de 45,9% dos custos totais.

5.4.8 Custos com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino

Os custos com os recursos humanos foram calculados, por casal, para a preservação potencial reprodutivo feminino. Em cada um dos procedimentos realizados, houve um custo de 398,04 euros, por doente. Tendo em conta que todas as técnicas foram feitas em produção base, houve um custo total de 5 174,48 euros (tabela 39).

Por cada casal, foram gastos cerca de 1 108,02 euros em custos diretos. Cerca de 99% dos custos estão concentrados na rubrica “Material de Consumo Clínico”. No que concerne aos custos indiretos, registaram-se gastos de 496,42 euros, por casal (tabelas 40 e 41).

Tabela 11 - Custos totais com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
Preservação do Material Reprodutivo Feminino	13	Recursos Humanos	5 174,48 €	398,04 €
		Custos Diretos	14 404,20 €	1 108,02 €
		Custos Indiretos	6 453,50 €	496,42 €
		Custo Total	25 271,23 €	2 002,48 €

A cada casal que foi realizada esta técnica, houve um custo de 2 002,48 euros registando-se um custo total de 25 271,23 euros, tendo em conta os 13 procedimentos feitos no último semestre de 2023.

5.4.9 Custos com Preservação Potencial Reprodutivo Masculino

Por casal, foram gastos cerca de 157,23 euros, registando um custo total de 10 220,08 euros, em recursos humanos (tabela 42).

Com custos diretos, foram gastos cerca de 221,60 euros, havendo um custo total de 14 404,20 euros (tabela 43). No que concerne a custos indiretos, houve um custo, por

casal, de 99,28 euros com custos indiretos, havendo um custo total de 6 453,50 euros (tabela 44).

Tabela 12 - Custos totais com Preservação do Material Reprodutivo Masculino

Atividade	Produção Total	Imputação Total de Custos	Custo Total	Custo por casal
Preservação do Material Reprodutivo Masculino	65	Recursos Humanos	10 220,08 €	157,23 €
		Custos Diretos	14 404,20 €	221,60 €
		Custos Indiretos	6 453,50 €	99,28 €
		Custo Total	37 077,78 €	478,12 €

Por técnica realizada, por casal tratado, foram gastos cerca de 478,12 euros. Tendo em conta os 65 procedimentos realizados, foram gastos cerca de 37 077,78 euros. Os recursos humanos são responsáveis por cerca de 46,3% dos custos totais.

5.5 Custos Totais CRI Medicina de Reprodução

Os custos totais das técnicas foram somados para a obtenção dos custos totais de cada uma das rubricas de custo.

Tabela 13 - Custos totais CRI Medicina de Reprodução

Imputação de Custos	Custo Total
Recursos Humanos	548 216,74 €
Custos Diretos	422 860,12 €
Custos Indiretos	64 535,00 €
Custo Total	1 035 611,86 €

No CRI de Medicina de Reprodução, foram gastos cerca de 1 035 611,86 euros, no último semestre de 2023. Tendo em conta a produção total do CRI, há um custo

médio por casal tratado, de 1 005,45 euros. Os recursos humanos são responsáveis por cerca de 52,9% dos custos totais.

6 Discussão

A presente investigação teve como desiderato apurar os custos, por casal e por técnica realizada no CRI de Medicina de Reprodução. Através do cruzamento da informação sobre do mapeamento do percurso standard dos doentes, dos tempos alocados e recursos utilizados, foi possível obter um valor final por casal tratado, para cada uma das técnicas.

A infertilidade é um problema de saúde que tem aumentado na última década, na Europa e afeta cerca de 17,5% da população adulta (41,42). Um estudo realizado por Carvalho J., em 2023, concluiu que, em Portugal, no ano de 2023, entre 260 a 290 mil casais sofriam de infertilidade, sendo que destes, mais de dez mil poderiam beneficiar de PMA para solucionar o problema (19).

As causas que impactam a infertilidade do casal podem estar relacionadas com problemas intrínsecos – como infertilidade masculina ou feminina – ou causas relacionadas com determinantes da saúde e comportamentos de risco, nomeadamente: estilos de vida – obesidade, exposição ao tabaco, ..., fatores ambientais (43). Além disso, há que ter em conta a associação que há entre idade e a fertilidade: tem havido uma tendência para adiar a gravidez para idades mais tardias – com mais foco na mulher (20). Como consequência do aumento das taxas de infertilidade, registou-se também um aumento na procura de tratamentos de PMA.

Face à procura e para dar resposta às necessidades em saúde destes casais, é imperativo garantir o acesso atempado a técnicas de PMA (17). Os tratamentos da infertilidade reduzem os constrangimentos emocionais e sociais destes casais (44).

O CRI de Medicina de Reprodução da ULS de São João realizou 346 consultas e 684 tratamentos, no último semestre de 2023, tendo duplicado a resposta nos tratamentos de infertilidade e reduzindo a lista de utentes em espera: de 680 doentes, antes da criação do CRI, para 323 doentes, no final de 2023 (25). No último semestre de 2023, 55% das técnicas realizadas foram ICSI (incluindo ICSI-c e ICSI-PGT). Com a criação do CRI, também foi possível diminuir os TMGR (25).

Tendo em conta o mapeamento das atividades realizadas no CRI de Medicina de Reprodução, que consta na figura 1, podem dar-se dois cenários possíveis após a conclusão dos tratamentos. No caso de não haver o *outcome* desejado – um teste de gravidez positivo, os doentes podem repetir novamente o circuito, tendo em conta algumas condicionais: segundo documentos oficiais do Ministério de Saúde Português, foram estabelecidos critérios para os beneficiários destes tratamentos no SNS, bem

como o número de ciclos financiados. Por ano civil, são alvo de financiamento público os tratamentos de IO e IUU, até ao limite de 3 ciclos. No caso das FUV e ICSI, podem ser realizados até ao limite de 3 ciclos, podendo estes ser realizados no mesmo ano civil (45). No caso de haver um teste de gravidez positivo, e no que concerne aos exames de diagnóstico pré-natal, são realizadas por este CRI, ecografias do 1º trimestre de gravidez. Este é o último contacto que os doentes têm com o CRI de Medicina de Reprodução. Neste estudo, apenas foi custeado o custo de um ciclo realizado por casal tratado.

No que concerne ao TDABC, apesar desta metodologia ser relativamente simples de se aplicar para determinar custos por doente, podem surgir dificuldades relacionadas com a identificação de processos não documentados, ou com a dificuldade que existe atualmente em mapear atividades e fazer o cruzamento com os recursos gastos num determinado momento (27). Para que seja possível utilizar o TDABC, é importante que as unidades de saúde tenham sistema informáticos capazes de suportar este tipo de informação e, mais importante que tudo, é fundamental que se uniformizem procedimentos e processos e se registe devidamente a informação (12,27). No presente estudo, não foi possível custear os custos associados aos MCDT's, uma vez que não se dispunha da informação necessária para tal.

Apesar das vantagens já elencadas neste estudo decorrentes da criação deste CRI – diminuição das listas de espera e redução do TMGR (25) – e tendo em conta o contexto atual de valorização de percursos assistências integrados, seria benéfico, para estes doentes, que fossem vistos de forma holística e devidamente acompanhados pelo SNS, num continuum de cuidados. Tendo em conta que este CRI está integrado numa ULS, cujo objetivo é facilitar o percurso dos doentes no sistema de saúde, estes doentes poderiam ser acompanhados para lá do nascimento da criança – no caso de um teste de gravidez positivo -, nos diferentes níveis de cuidados que estão, atualmente, sob uma mesma gestão (46). Este apoio, para além de possibilitar a diminuição das dificuldades de navegabilidade destes doentes num SNS robusto e complexo como é o nosso (47), permite ainda dar uma melhor resposta às necessidades dos doentes, ao mesmo tempo que promove a continuidade e a integração de cuidados. No lado dos prestadores de saúde, a definição de um percurso assistencial integrado permite a otimização dos recursos e diminuir os custos da prestação de cuidados de saúde (46). Ainda em linha com a perspetiva dos prestadores de cuidados, a criação de percursos assistências integrados para estes doentes – desde os tratamentos de infertilidade, até aos programas de acompanhamento de saúde infantil, (nos casos em que haja um *outcome* favorável) - e o mapeamento de um único processo de prestação de cuidados, permite

o apuramento de custos precisos para cada atividade, seguindo também uma metodologia TDABC (27).

A adoção destas reformas, combinadas com metodologias de apuramento de custos que permitam determinar os custos por doente são uma forma de se perceber se efetivamente se gera valor em saúde para os doentes, tendo em conta que o valor em saúde pode ser medido através da divisão entre a métrica *outcome* em saúde e o valor gasto para a obtenção desse *outcome* (27).

É através do conhecimento dos custos destas técnicas de PMA que se identificam oportunidades para melhorar a eficiência – através de uma melhor alocação de recursos, e definição de processos que visem a eficiência e eficácia, do mesmo modo que possibilita a responsabilização dos intervenientes e assegura um melhor planeamento dos recursos para garantir o acesso dos casais a este tipo de cuidados de saúde (12).

No CRI de Medicina de Reprodução, registou-se um custo total de 1 035 611,86 euros, sendo que representa um custo médio por casal que realizou uma das técnicas de 1 005,45 euros, no último semestre de 2023. Na metodologia TDABC, os estudos indicam que cerca de 51% a 73% dos custos correspondem a salários e custos com recursos humanos (48). Neste estudo, os custos com recursos humanos têm um peso de 52% dos custos totais.

Como é expectável, as técnicas que envolvem a utilização de uma maior quantidade de recursos – quer humanos, quer materiais, têm um custo maior para o CRI: por casal tratado, a realização de uma ICSI-PGT tem um custo superior, explicado pela maior necessidade de recursos humanos e necessidade de assistência dos doentes no estrangeiro. As técnicas realizadas em produção adicional têm um custo superior às técnicas realizadas em produção base, uma vez que há um pagamento adicional aos profissionais de saúde. As técnicas que utilizam mais medicamentos têm, naturalmente, um custo maior.

À data do presente estudo, não existe muitas investigações que estudem os custos associados a técnicas de PMA, sendo que, os poucos estudos estimam os custos das PMA na perspetiva do prestador de cuidados de saúde, e não dos doentes/casais (12,49). Além disso, a comparabilidade dos resultados é afetada, uma vez existem diferenças metodológicas na obtenção dos resultados (11).

Além dos custos apresentados no último subcapítulo do enquadramento teórico, em 2016, Cassettari *et al.*, através do método de custeio *Activity Based Costing*, estimaram que a realização de um ciclo de FIV custa cerca de 2 400 euros (50). Contudo, em

nenhum dos estudos está presente o mapeamento das atividades custeadas, pelo que dificulta a comparação direta destes resultados com os obtidos nesta investigação.

Um estudo realizado por Untaaveesup S. *et al.* teve como propósito analisar o impacto da avaliação económica das intervenções do estilo de vida no tratamento de fertilidade: as conclusões apontam para uma redução significativa nos custos de tratamento de FIV, na ordem dos 2 250 euros, quando, a par dos tratamentos, existem alterações nos estilos de vida dos doentes – como cessação tabágica ou alterações nos hábitos alimentares (49).

Atendendo que o CRI procura acompanhar os doentes em várias valências – como a nível nutricional e psicológico – há uma maior preocupação com o doente, havendo o esforço para prestar cuidados de saúde de forma holística e com foco em determinantes de saúde, que são um fator com preponderante para o bom sucesso das técnicas de PMA. Com este tipo de acompanhamento e tendo em conta as conclusões da investigação de Untaaveesup S. *et al.*, a prestação de cuidados de saúde neste tipo de modelo poderá reduzir os custos incorridos.

Em Portugal, a portaria publicada em Diário da República em janeiro de 2023 define a tabela de preços de Medicina de Reprodução (18). Nesta, definiram-se os seguintes preços:

Tabela 14 - Tabela de preços de Medicina de Reprodução (18)

Técnicas	Preço (Euros)	Ponderação
IO	146,0 €	28
IIU	700,0 €	134,4
FIV	2 902,0 €	557
ICSI	3 723,0 €	714,6
ICSI-c	4 046,0 €	776,6
ICSI-PGT	4 961,0 €	952,2
TEC	1 000,0 €	191,9
Preservação Potencial Reprodutivo Feminino	1 357,0 €	260,5
Preservação Potencial Reprodutivo Masculino	500,0 €	191,1

A definição destes preços, pela DE-SNS em conjunto com a ACSS, tem como propósito o alinhamento com os custos de produção e com valores praticados no sistema de saúde (18). Além disso, estes preços, segundo o mesmo documento, permitem que haja uma competitividade adequada na remuneração das equipas do SNS (18). Na tabela de preços, não estão presentes os custos com a fase inicial do processo.

Quando comparados os custos totais do CRI, no último semestre de 2023, com o total pago, há um excedente de valores pagos à unidade hospitalar. Contudo, há que

considerar que no cálculo dos custos por casal das diversas técnicas, poderá haver uma sobrevalorização dos valores obtidos, tendo em conta que não se incluem os MCDT's nos custos diretos. Além disso, sabe-se que o financiamento hospitalar tem em conta uma ponderação, pelo que o valor pago por técnica realizada é heterogéneo (8).

A comparação dos custos obtidos com os preços pagos será útil para análises de eficiência, quer interna – na contratualização com os conselhos de administração, quer externa, na aquisição e alocação de recursos e em benchmarking entre instituições (11).

6.1 Limitações

O de apuramento de custos em saúde é um processo longo e desafiante: há associada uma complexidade inerente à própria prestação de cuidados de saúde, são envolvidos diferentes tipos de recursos – quer humanos, quer materiais (27) – com sistemas de informação que não estão desenhados para apurar custos num nível tão desagradado como o pretendido para este estudo.

Posto isto, este estudo apresenta algumas limitações:

Para efeitos de standardização, os custos foram apurados com base num único percurso do doente, sem que fossem tidas em conta as diferentes necessidades em cuidados de saúde de cada casal tratado. Por este motivo, o custo por casal tratado pode não ser indicativo de casais que exijam mais ciclos de tratamentos de PMA.

Nos custos com profissionais, tal como referido ao longo do estudo, foram considerados valores médios do Sistema Remuneratório da Administração Pública de 2023, sem que fosse tido em conta a posição dos profissionais na sua carreira. Tal assunção pode levar a um valor sobrestimado dos custos com profissionais.

No que concerne à imputação de custos diretos, não foi possível fazer a imputação de custos de cada MCDT a cada uma das técnicas realizadas: os custos apurados, por casal para cada técnicas estão, por isso, sobrestimados.

Na imputação de custos diretos os recursos foram alocados tendo em conta indicações dos peritos da ULS de São João. Já nos custos indiretos, foi assumida a premissa de que todas as técnicas consumiam, de igual forma, a mesma quantidade de recursos. Assim, as técnicas que despendem mais tempo podem estar sobrevalorizadas e as que despendem menos tempo podem estar subvalorizadas.

O modelo de CRI são um modelo organizacional relativamente recente e com uma estrutura de gestão e organização muito própria, numa organização de saúde e no SNS português. Face ao explanado, não existem muitos estudos publicados que analisem e permitam a comparação deste novo modelo de gestão de cuidados de saúde.

Outra das limitações do presente estudo é a comparabilidade dos resultados obtidos: estimar custos em saúde é um desafio e, não foram encontrados muitos estudos cujo objetivo é estimar os custos incorridos com técnicas de PMA.

No presente estudo, não foram apuradas as diferenças entre os custos de um doente tratado num CRI e de um doente tratado no esquema convencional de prestação de cuidados. Por este motivo, não foi estudado o impacto económico nem feitas análises de custo-benefício entre os diferentes modelos de prestação de cuidados de saúde em tratamentos de infertilidade.

7 Recomendações

Considerando o estado da arte do tema e a fase de mudanças e transformações em que vive atualmente o SNS, deixo algumas recomendações e oportunidades:

Para complementar e dar continuidade às conclusões deste estudo, seria importante estudar o impacto económico da prestação de cuidados de saúde no CRI e a comparação deste custos com os cuidados prestados num modelo convencional. Além disso, seria importante que se conseguisse apurar, num nível mais desagregado, os custos com MCDT's por cada casal, por técnica realizada. A continuidade deste estudo e a inclusão de custos com MCDT's permitiria uma comparação mais real com os preços pagos na Portaria nº 24/2023.

Neste estudo, os custos foram apurados com base nos percursos standard dos doentes. Seria benéfica a imputação dos custos para além do percurso standard, tendo em conta as diferentes necessidades em saúde dos doentes e a realização de mais que um ciclo de tratamentos, no caso de haver necessidade.

Num nível macro, as entidades responsáveis pela gestão do SNS deveriam implementar sistemas de apuramento de custos mais flexíveis – como o TDABC -, que acompanhem os percursos dos doentes ao longo da prestação de cuidados de saúde e façam o devido mapeamento das atividades e os tempos alocados às diferentes fases, bem como todos os recursos gastos. A implementação de sistemas informáticos que facilitem os registos e as informações necessárias ao apuramento de custos são uma fase crucial para a utilização deste método de custeio.

8 Conclusão

A infertilidade é considerado um desafio à saúde pública, que tem vindo a afetar um maior número de casais ao longo dos últimos anos. Face a este aumento de número de casais inférteis, houve necessidade de aumentar o acesso a cuidados de saúde e técnicas de PMA. Além disso, o acesso dos cidadãos a cuidados de apoio à fertilidade constituem-se também como um desígnio dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente com o objetivo 3 e 5. Neste contexto, foi criado o CRI de Medicina de Reprodução, na ULS de São João – um novo modelo de gestão, cujo objetivo é aumentar a resposta a estes doentes.

Face a este aumento e com a criação deste novo modelo, é fundamental que se conheçam os custos de cada casal quando a quem é realizada uma técnica de PMA, para que se seja possível gerir com mais eficiência: permitir que se faça um melhor planeamento e organização dos recursos necessários ao bom desempenho deste CRI.

Para o apuramento dos custos do CRI de Medicina de Reprodução, foi seguida a metodologia de custeio TDABC, uma vez que permite apurar custos de forma desagregada, com grande precisão, de uma forma relativamente rápida e simples.

Para o efeito, foram mapeadas as diferentes fases de um doente no CRI de Medicina de Reprodução: a fase inicial do processo, que envolver consultas e MCDT e uma segunda fase de realização dos tratamentos de PMA. Foram apurados os custos com recursos humanos, os custos diretos e os custos indiretos, por cada técnica realizada, para cada casal. Por casal tratado, obteve-se um custo médio de 1 005,45 euros. Como seria de esperar, os custos com recursos humanos representam a maior fatia de custos do CRI, com um peso de 52%.

Com o apuramento dos custos do CRI de Medicina de Reprodução, é possível que se realize benchmarking, quer internamente, quer externamente.

Assim, conclui-se que o conhecimento das estruturas de custos deste novos modelos de prestação de saúde são fundamentais para munir os gestores e decisores de informação útil para que se tomem decisões que visem a eficiência dos recursos e dos processos, bem como um planeamento adequado à procura deste tipo de cuidados.

9 Referências

1. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei nº118/2023. Diário da Repub nº244/2023. 2023;
2. Portugal. Conselho das Finanças Públicas. Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2022. 2023.
3. Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Despacho nº12986/2023 [Internet]. Diário da República da Republica. 2023. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12986-2023-797150493>
4. Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Unidade Local de Saúde de São João. Novo Centro de Responsabilidade Integrada do São João vai duplicar resposta à Procriação Medicamente Assistida [Internet]. 2023. Available from: <https://portal-chsj.min-saude.pt/media/noticias/noticia/novo-centro-de-responsabilidade-integrada-do-sao-joao-vai-duplicar-resposta-a-procriacao-medicamente-assistida>
5. Leitão MM, Paiva Silva A, Gonçalves S. Organização dos custos com material de consumo clínico e farmacêutico nas equipas de cuidados integrados. 2016;69–76.
6. Logarinho J. A experiência da Unidade Autónoma de Cestão de Cirurgia do Centro Hospitalar de São João E.P.E: modelos de gestão intermédia hospitalar. 2012;
7. Costa C, Santana R, Lopes S. Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro. Lisboa; 2013.
8. Ortet Y, Seringa J, Santana R. Application of the time-driven activity-based costing methodology to a complex patient case management program in Portugal. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 Jul 13;23(1):752. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09729-5>
9. Costa C, Santana R, Lopes S, Barriga N. A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. 2008;7:131–47.
10. WP W, K B, M N, I M. Guidelines on Person Level Costing Using Administrative Databases in Ontario. Working Paper Series. Heal Syst Perform Res Netw.

2013;1(May).

11. Venson R, Maheshwari A, Nelson SM, Kathleen A. Boyd. Setting a tariff of IVF and ICSI treatment: a cost analysis. *Hum Fertil.* 2023;26(3):519–26.
12. Lince-Deroche N, Sully EA, Friedman HS. Adding programs and system costs: the need for accurate estimates of the true costs of sexual and reproductive health and rights service provision. *Sex Reprod Heal Matters* [Internet]. 2022 Dec 31;30(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2128748>
13. Etges APB da S, Ruschel KB, Polanczyk CA, Urman RD. Advances in Value-Based Healthcare by the Application of Time-Driven Activity-Based Costing for Inpatient Management: A Systematic Review. *Value Heal* [Internet]. 2020 Jun;23(6):812–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.02.004>
14. Kaplan RS, Steven R. Anderson. Time-Driven Activity-Based Costing: a simpler and more powerful path to higher profits. 2007.
15. Steven R. Anderson. Cost modeling in logistics using time-driven ABC. Experiences from a wholesaler. *Int J Phys Distrib Logist Manag.* 2008;38(3):172–91.
16. F. Z, G.D. A, J. M, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The ICMART and the WHO revised glossary on ART terminology. *Human Reproduction. J Impact Factor Rank.* 2009;24(11):2683–7.
17. Organização Mundial de Saúde. Infertility prevalence estimates, 1990-2021. Geneva; 2021. 55–94 p.
18. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Portaria nº24/2023. *Diário da República, 1ª Série.* 2023;8–11.
19. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. FMUP: 9% dos casais portugueses são inférteis [Internet]. 2022. Available from: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=1584
20. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma: Saúde Reprodutiva Infertilidade: Cuidados Hospitalares [Internet]. 2010. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/OrganogramaMS11032016.pdf>
21. BCSD Portugal. Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável - Portugal [Internet]. 2023. Available from: <https://ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/>

22. V. S, Carvalho JLS, Cardoso F. PMA: carências, custos, acessibilidade e elasticidade da procura - uma projeção para Portugal. Rev Iberoam Fertil. 2006;23(6):363–8.
23. Reis RL dos, Manuel Delgado. Uma Nova Gestão em Serviços de Saúde. Lisboa; 2024. 129–145 p.
24. Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 52/2022 [Internet]. Diário da República. 2022. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
25. Observador. Centro de Reprodução do São João quase duplica resposta na Procriação Assistida. 2023;
26. Portugal. Ministério da Saúde. Entidade Reguladora da Saúde. Custos de Contexto no Setor da Saúde [Internet]. 2014. Available from: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1214/ERS_-_Estudo_Custos_de_contexto.pdf
27. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the Cost Crisis in Healthcare. 2011;(September).
28. Popesko B. Specifics of the Activity-Based Costing applications in Hospital Management. Int J Collab Res Intern Med Public Heal. 2013;5(3):179–86.
29. Borges CM, Ramalho R, Bajanca M, Oliveira T, Major MJ, Diz P, et al. Implementação de um sistema de custeio por atividades nos hospitais do SNS. 2009.
30. Portugal. Tribunal de Contas. Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Vol. I. 2011. Available from: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2011/reI030-2011-2s.pdf>
31. Santos V. Integração Vertical de Cuidados Integração Vertical de Cuidados. Escola Nacional de Saúde Pública; 2015.
32. Portugal. Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais: 3ª edição. 2007.
33. Martins SV. Apuramento de Custos por utente nos Cuidados de Saúde Primários. Escola Nacional de Saúde Pública; 2012.

34. Demeere N, Stouthuysen K, Roodhooft F. Time-driven activity-based costing in an outpatient clinic environment: Development, relevance and managerial impact. *Health Policy (New York)*. 2009;
35. Santos DF. Time-Driven Activity Based Costing no Serviço de Pneumologia para a criação de valor para o doente. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa; 2021.
36. Keel G, Savage C, Rafiq M, Mazzocato P. Time-Driven Activity-based costing in healthcare: A systematic review of the literature. *Med Manag Centre, Dep Learn Informatics, Manag Ethics, Karolinska Institutet, Stock Sweden*. 2017;
37. Bouwmans CAM, Sc M, Lintsen BME, Eijkemans MJC, Ph D. IN VITRO FERTILIZATION A detailed cost analysis of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment. 2008;89(2).
38. Vaz S. Ferramentas de apoio à gestão nos serviços de saúde: Data Mining e custeio. Universidade de Economia do Porto; 2013.
39. Portugal. Direção Geral da Administração e do Emprego Público. Sistema Remuneratório da Administração Pública - 2023. 2023;
40. Portugal. Diário da República. Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei n.º 35/2024). 2014;
41. Velez A. Infertilidade: uma doença que afeta cada vez mais homens e mulheres na Europa. *Euro News*. 2024;
42. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo [Internet]. 2023. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo>
43. SA C, AN K. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *JAMA*. 2021;65–76.
44. Njagi P, Groot W, Arsenijevic J, Dyer S, Mburu G, Kiarie J. Economic costs of infertility care for patients in low-income and middleincome countries: a systematic review protocol. 2020.
45. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Circular Normativa nº15. 2022.
46. Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Nova fase de Organização do SNS. 2024.

47. Diana Rocha. Perspetiva de doentes com insuficiência cardíaca no regresso à urgência nos 30 dias após alta: um estudo qualitativo. Escola Nacional de Saúde Pública; 2023.
48. Mandigo M, O'Neill K, Mistry B, Mundy B, Millien C NY. A time-driven activity-based costing model to improve healthcare resource use in Mirabalais. *Lancet*. 2015;
49. Id SU, Chongthanadon B, Id CK. Economic evaluation of lifestyle interventions in infertility management : A systematic review. 2024;1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0306419>
50. Cassettari L, Mosca M, Mosca R, Rolando F, Costa M, Pisaturo V. IVF cycle cost estimation using Activity Based Costing and Monte Carlo simulation. *Health Care Manag Sci*. 2014;19:20–30.
51. March C. Ovulation Induction. *J Reprod Med*. 1993;38:335–46.
52. Philippe Merviel, Rosalie Cabry, Emmanuelle Lourdel, Frédéric Barbier, Florence Scheffler, Naïma Mansouri, Aviva Devaux, Moncef Benkhalifa HC. Intrauterine insemination. 2014;87–91.
53. Pandian Z, Gibreel A BS. In vitro fertilisation for unexplained subfertility (Review). 2012;
54. O'Neill GL, Chow S, Rosenwaks Z, Palermo GD. Development od ICSI. *Soc Reprod Fertil*. 2018;51–8.
55. Teles NO. Diagnóstico Genético Pré-Implantação - Aspetos técnicos e considerações éticas. *Acta Med Port*. 2011;

Anexo I – Técnicas feitas no CRI de Medicina de Reprodução da ULS de São João

Indução da Ovulação – esta é uma técnica medicamentosa indicada para mulheres anovulatórias, havendo, conseqüentemente dificuldade no processo de fertilidade do casal (51). A IO é uma técnica que serve como estratégia para o recrutamento de vários folículos em mulheres e posterior formação de um óvulo apto para que, depois da fecundação, se gere um embrião (51). Esta técnica costuma ser indicada em associação a relações sexuais programadas. A IO assume-se como uma técnica de baixa complexidade e de baixo custo (51).

Inseminação Intrauterina - Esta técnica de PMA consiste na colocação dos espermatozoides diretamente na cavidade uterina. É aconselhada para casais em casos de infertilidade desconhecida ou infertilidade masculina ligeira/moderada (52).

Fertilização in Vitro – Trata-se de uma técnica de PMA que consiste na recolha de oócitos maduros, dos ovários e a posterior fertilização dos mesmos em ambiente controlado, em laboratório. Posteriormente, há a transferência do embrião para a cavidade uterina, na fase que garanta um endométrio recetivo (53).

Injeção Intracitoplasmática de espermatozoides – A ICSI é uma técnica de PMA recomendada para casos de infertilidade masculina severa. É recolhida uma amostra de sémen, para que sejam selecionados os melhores espermatozoides que serão depois utilizados na fertilização dos óvulos (54).

Injeção Intra Citoplasmática dos Espermatozoides com espermatozoides recolhidos cirurgicamente – A ICSI-c segue os mesmos princípios da ICSI. A principal diferente reside no facto da amostra espermática ser recolhida cirurgicamente.

Injeção Intra Citoplasmática dos Espermatozoides com teste Pré-Genético – Os princípios da ICSI-PGT seguem também os princípios da ICSI. Neste tipo de técnicas, é feita uma biopsia do embrião, o que possibilita a realização de uma investigação genética para avaliar a viabilidade do embrião (55).

Transferência de Embriões Congelados - No caso de não se verificarem condições clínicas para não haver transferência a fresco dos embriões – nas técnicas de FIV, ICSI ICSI-c e ICSI-PGT são realizadas TEC. Esta técnica consiste na transferência do embrião para a cavidade uterina.

Anexo II – Imputação de custos com recursos humanos, custos diretos e custos indiretos

1. Imputação de custos à fase inicial do processo

Tabela 15 - Custo com recursos humanos na fase inicial do processo

MCDT's	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo/hora
			horas	
	Primeira Consulta	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Médico Especialista OBS/GIN	0,5	64,08 €
Espermograma	MCDT's	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €
		Assistente Operacional	0,17	1,59 €
Histeroscopia		Médico Especialista OBS/GIN	0,33	42,72 €
		Enfermeiro	0,33	42,72 €
	Segunda Consulta	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Médico Especialista OBS/GIN	0,25	32,04 €

Tabela 16 - Custos diretos imputados à fase inicial do processo

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
Primeira Fase do Processo	346	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	14 317,10 €	41,38 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	41,38 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	87,10 €	0,25 €
		2.1 Patologia Clínica	108,90 €	0,31 €
		Custo Total	14 404,20 €	41,63 €

Tabela 17 - Custos indiretos imputados à fase inicial do processo

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
Fase Inicial do Processo	346	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	3,84 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	3,28 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	2,72 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	0,56 €
		1.2 Software	125,80 €	0,36 €
		1.3 Outros	67,20 €	0,19 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	14,82 €
		Custo Total	6 453,50 €	18,65 €

2. Imputação de custos IO

Tabela 18 - Custo com profissionais de saúde na IO

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
IO		Assistente Técnica	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	0,33	20,46 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €

Tabela 19 – Custos diretos imputados à técnica IO

Técnica	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
Indução de Ovulação	26	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	23 741,70 €	913,14 €
		1.1 Medicamentos	9 424,60 €	362,48 €
		1.1.1 Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	9 424,60 €	362,48 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	550,66 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	87,10 €	3,35 €
		2.1 Patologia Clínica	108,90 €	4,19 €
		Custo Total	23 828,80 €	916,49 €

Tabela 20 - Imputação de custos indiretos à técnica IO

Técnica	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
Indução de Ovulação	26	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	51,04 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	43,62 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	36,19 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	7,43 €
		1.2 Software	125,80 €	4,84 €
		1.3 Outros	67,20 €	2,58 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	197,17 €
		Custo Total	6 453,50 €	248,21 €

3. Imputação de custos a IIU

Tabela 21 – Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais para IIU

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
IIU	Necessário até 2 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	0,83	51,66 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,75	96,13 €
	Inseminação	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €

Tabela 22 - Imputação de custos diretos a IIU

Técnica	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
IIU	33	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	52 015,50 €	1 576,23 €
		1.1 Medicamentos	37 698,40 €	1 142,38 €
		1.1.1 Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	37 698,40 €	1 142,38 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	433,85 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	87,10 €	2,64 €
		2.1 Patologia Clínica	87,10 €	2,64 €
		Custo Total	52 102,60 €	1 578,87 €

Tabela 23 - Imputação de custos indiretos a IIU

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
IIU	33	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	40,21 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	34,36 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	28,51 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	5,85 €
		1.2 Software	125,80 €	3,81 €
		1.3 Outros	67,20 €	2,04 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	155,35 €
		Custo Total	6 453,50 €	195,56 €

4. Imputação de custos FIV

Tabela 24 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com FIV

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
FIV	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	1,08	67,16 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,75	96,13 €
	Indução de Ovulação	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	0,33	20,46 €
	Punção Ovárica	Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
		2 Enfermeiros	0,5	31,0 €
		Médico Anestesiologista	0,25	1,62 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
		2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	41,61 €
	Tratamento dos Espermatozoides	Assistente Operacional	0,17	1,59 €
		Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €
	Tratamento dos Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €
Inseminação dos Gâmetas		Técnico Superior - Biólogo	0,17	15,14 €
Classificação diária dos embriões (3-5 dias)	Técnico Superior - Biólogo	0,83*	69,35 €	
	Transferência Embrionária	Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
Enfermeiro		0,25	15,50 €	
Técnico Superior - Biólogo		0,25	20,81 €	
Assistente Operacional		0,17	1,59 €	
Assistente Técnico		0,08	1,79 €	
Congelamento do Embrião	Técnico Superior - Biólogo	0,33	27,74 €	

*Foram considerados os 5 dias de classificação dos embriões, para efeitos de standardização

Tabela 25 - Imputação de custos diretos FIV

Técnica	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
FIV	77	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	25 378,40 €	329,59 €
		1.1 Medicamentos	11 061,30 €	143,65 €
		1.1.1 Medicamentos com ou sem Código Hospitalar Nacional	1 636,70 €	21,26 €
		1.1.2 Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	9 424,60 €	122,40 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	185,94 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	87,10 €	1,13 €
		2.1 Patologia Clínica	87,10 €	1,13 €
		Custo Total	25 465,50 €	330,72 €

Tabela 26 - Imputação de Custos Indiretos FIV

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
FIV	77	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	17,23 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	14,73 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	12,22 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	2,51 €
		1.2 Software	125,80 €	1,63 €
		1.3 Outros	67,20 €	0,87 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	66,58 €
		Custo Total	6 453,50 €	83,81 €

5. Imputação de custos com ICSI

Tabela 27 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com ICSI

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
ICSI	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	1,08	67,16 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,75	96,13 €
	Indução de Ovulação	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	0,33	20,46 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
	Punção Ovária	2 Enfermeiros	0,5	31,0 €
		Médico Anestesiologista	0,25	1,62 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
		2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	41,61 €
		Assistente Operacional	0,17	1,59 €
	Tratamento dos Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €
	Tratamento dos Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €
	Fusão dos Gâmetas	Técnico Superior - Biólogo	0,17**	14,14 €
	Classificação diária dos embriões (3-5 dias)	Técnico Superior - Biólogo	0,83*	17,87 €
	Transferência Embrionária	Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	31,04 €
		Enfermeiro	0,25	15,50 €
Técnico Superior - Biólogo		0,25	20,81 €	
Assistente Operacional		0,17	1,59 €	
Assistente Técnico		0,08	1,79 €	
Congelamento do Embrião	Técnico Superior - Biólogo	0,33	27,74 €	

*Foram considerados os 5 dias de classificação dos embriões, para efeitos de standardização

** Por indicação de peritos do CRI de Medicina de Reprodução, foram considerados os tempos alocados por cada 6 oócitos

Tabela 28 - Imputação de custos diretos ICSI

Técnica	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
ICSI	231	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	25 378,40 €	109,86 €
		1.1 Medicamentos	11 061,30 €	47,88 €
		1.1.1 Medicamentos com ou sem Código Hospitalar Nacional	1 636,70 €	7,09 €
		1.1.2 Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	9 424,60 €	40,80 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	61,98 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	108,90 €	0,47 €
		2.1 Patologia Clínica	87,10 €	0,38 €
		Custo Total	25 487,30 €	110,33 €

Tabela 29 - Imputação de Custos Indiretos ICSI

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
ICSI	231	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	5,74 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	4,91 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	4,07 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	0,84 €
		1.2 Software	125,80 €	0,54 €
		1.3 Outros	67,20 €	0,29 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	22,19 €
		Custo Total	6 453,50 €	27,94 €

6. Imputação de custos com ICSI-c

Tabela 30 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com ICSI-c

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
ICSI-c	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	1,08	67,16 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,75	96,13 €
	Indução de Ovulação	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	0,33	20,46 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
	Punção Ovárica	2 Enfermeiros	0,5	31,0 €
		Médico Anestesiologista	0,25	1,62 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
		2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	41,61 €
		Assistente Operacional	0,17	1,59 €
	Tratamento dos Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €
	Tratamento dos Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €
Pesquisa de Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	0,5	41,61 €	
Fusão dos Gâmetas	Técnico Superior - Biólogo	0,17*	14,14 €	
Classificação diária dos embriões (3-5 dias)	Técnico Superior - Biólogo	0,83**	17,87 €	

Transferência Embrionária	Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,05 €
	Enfermeiro	0,25	15,50 €
	Técnico Superior - Biólogo	0,25	20,81 €
	Assistente Operacional	0,17	1,59 €
	Assistente Técnico	0,08	1,79 €
Congelamento do Embrião	Técnico Superior - Biólogo	0,33	27,74 €

*Por indicação de peritos do CRI de Medicina de Reprodução, foram considerados os tempos alocados por cada 6 óocitos

**Foram considerados os 5 dias de classificação dos embriões, para efeitos de standardização

Tabela 31 - Imputação de custos diretos com ICSI-c

Técnica	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
ICSI-c	27	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	25 378,40 €	939,94 €
		1.1 Medicamentos	11 061,30 €	409,68 €
		1.1.1 Medicamentos com ou sem Código Hospitalar Nacional	1 636,70 €	60,62 €
		1.1.2 Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	9 424,60 €	349,06 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	530,26 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	108,90 €	4,03 €
		2.1 Patologia Clínica	87,10 €	3,23 €
		Custo Total	25 487,30 €	943,97 €

Tabela 32 - Imputação de custos indiretos com ICSI-c

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
ICSI-c	27	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	49,15 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	42,00 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	34,85 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	7,15 €
		1.2 Software	125,80 €	4,66 €
		1.3 Outros	67,20 €	2,49 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	189,87 €
		Custo Total	6 453,50 €	239,02 €

7. Imputação de custos com ICSI-PGT

Tabela 33 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com ICSI-PGT

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
ICSI-PGT	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	1,08	67,16 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,75	96,13 €
	Indução de Ovulação	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	0,33	20,46 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
	Punção Ovárica	2 Enfermeiros	0,5	31,0 €
		Médico Anestesiologista	0,25	1,62 €
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	32,04 €
		2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	41,61 €
Assistente Operacional		0,17	1,59 €	
Tratamento dos Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €	
Tratamento dos Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €	
Fusão dos Gâmetas	Técnico Superior – Biólogo	0,17*	14,14 €	
Observação da fecundação	Técnico Superior - Biólogo	1	83,22 €	
Classificação diária dos embriões (3-5 dias)	Técnico Superior - Biólogo	0,83	17,87 €	

	Biópsia Embrionária	Técnico Superior - Biólogo	0,25**	20,81 €
	Transferência Embrionária	Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,05 €
		Enfermeiro	0,25	15,50 €
		Técnico Superior - Biólogo	0,25	20,81 €
		Assistente Operacional	0,17	1,59 €
	Congelamento do Embrião	Assistente Técnico	0,08	1,79 €
		Técnico Superior - Biólogo	0,33	27,74 €

*Foram considerados os 5 dias de classificação dos embriões, para efeitos de standardização

Tabela 34 - Imputação de custos diretos ICSI-PGT

Técnica	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
ISCI-PGT	118	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	25 378,40 €	215,07 €
		1.1 Medicamentos	11 061,30 €	93,74 €
		1.1.1 Medicamentos com ou sem Código Hospitalar Nacional	1 636,70 €	13,87 €
		1.1.2 Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	9 424,60 €	79,87 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	121,33 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	168 644,22 €	1 429,19 €
		2.1 Patologia Clínica	87,10 €	0,74 €
		2.2 Assistência no Estrangeiro	168 557,12 €	1 428,45 €
		Custo Total	194 022,62 €	1 644,26 €

Tabela 35 - Imputação de Custos Indiretos ICSI-PGT

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
ICSI-PGT	118	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	11,25 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	9,61 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	7,97 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	1,64 €
		1.2 Software	125,80 €	1,07 €
		1.3 Outros	67,20 €	0,57 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	43,44 €
		Custo Total	6 453,50 €	54,69 €

8. Imputação de custos com TEC**Tabela 36 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com TEC**

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
Transferência de Embriões Congelados	Necessário até 2 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	0,83	51,66 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,5	64,08 €
	Descongelamento de Embriões	Técnico Superior - Biólogo	0,5	41,61 €
	Transferência Embrionária	Técnico Superior - Biólogo	0,25	20,81 €

Tabela 37 - Imputação de custos diretos TEC

Técnica	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
TEC	94	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	23 741,70 €	252,57 €
		1.1 Medicamentos	9 424,60 €	100,26 €
		1.1.1 Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	9 424,60 €	100,26 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	152,31 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	87,10 €	0,93 €
		2.1 Patologia Clínica	87,10 €	0,93 €
		Custo Total	23 828,80 €	253,50 €

Tabela 38 - Imputação de custos indiretos TEC

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
TEC	94	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	14,12 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	12,06 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	10,01 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	2,05 €
		1.2 Software	125,80 €	1,34 €
		1.3 Outros	67,20 €	0,71 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	54,54 €
		Custo Total	6 453,50 €	68,65 €

9. Imputação de custos a Preservação Potencial Reprodutivo Feminino

Tabela 39 – Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
Preservação Potencial Reprodutivo Feminino	Estimulação Ovária	Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
		Enfermeiro	0,25	15,50 €
	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Enfermeiro	1,08	67,16 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,75	96,13 €
	Punção Ovária	2 Enfermeiros	0,5	31,0 €
		Médico Anestesiologista	0,25	1,62 €
		Médico Especialista em GIN/OBS	0,25	32,04 €
		2 Técnicos Superiores – Biólogo	0,5	41,61 €
		Assistente Operacional	0,17	1,59 €
Congelamento de Oócitos	Técnico Superior – Biólogo*	0,33	27,74 €	

* 20 minutos por cada 2 oócitos

Tabela 40 - Imputação de custos diretos com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
Preservação do Material Reprodutivo Feminino	13	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	14 317,10 €	1 101,32 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	1 101,32 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	87,10 €	6,70 €
		2.1 Patologia Clínica	87,10 €	6,70 €
		Custo Total	14 404,20 €	1 108,02 €

Tabela 41 - Imputação de custos indiretos com Preservação Potencial Reprodutivo Feminino

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
Preservação do Material Reprodutivo Feminino	13	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	102,08 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	87,23 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	72,38 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	14,85 €
		1.2 Software	125,80 €	9,68 €
		1.3 Outros	67,20 €	5,17 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	394,35 €
		Custo Total	6 453,50 €	496,42 €

10. Imputação de custos a Preservação Potencial Reprodutivo Masculino

Tabela 42 - Tempo alocado com recursos humanos e custos com profissionais com Preservação Potencial Reprodutivo Masculino

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	Custo
			horas	
Preservação do Material Reprodutivo Masculino	Recolha da amostra	Assistente Técnico	0,17	3,65 €
		Assistente Operacional	0,17	1,59 €
	Tratamento da Amostra	Técnico Superior - Biólogo	1,25	104,03 €

Tabela 43 - Imputação de custos diretos com Preservação Potencial Reprodutivo Masculino

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
Preservação do Material Reprodutivo Masculino	65	1. Custo com mercadorias vendidas e das matérias consumidas e inventários transferidos	14 317,10 €	220,26 €
		1.2 Material de Consumo Clínico	14 317,10 €	220,26 €
		2. Fornecimentos e Serviços Externos	87,10 €	1,34 €
		2.1 Patologia Clínica	87,10 €	1,34 €
		Custo Total	14 404,20 €	221,60 €

Tabela 44 - Imputação de custos indiretos com Preservação Potencial Reprodutivo Masculino

Atividade	Produção Total	Rubrica de Custos	Custo Total	Custo por casal
Preservação do Material Reprodutivo Masculino	65	1. Fornecimentos e Serviços Externos	1 327,00 €	20,42 €
		1.1 Conservação e Reparação	1 134,00 €	17,45 €
		1.1.1 Conservação e reparação de ativos	940,90 €	14,48 €
		1.1.2 Assistência técnica	193,10 €	2,97 €
		1.2 Software	125,80 €	1,94 €
		1.3 Outros	67,20 €	1,03 €
		2. Gastos de depreciação e de amortização	5 126,50 €	78,87 €
		Custo Total	6 453,50 €	99,28 €

Anexo III - Alocação de tempos dos profissionais de saúde nas diversas técnicas

Tabela 45 - Percurso do doente, numa fase inicial, no CRI de Medicina de Reprodução, com *costdrive* de tempo por profissional

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	
			horas	minutos
	Primeira Consulta	Assistente Técnico	0,17	10
		Médica Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,5	30
Espermograma	MCDT's	Técnico Superior - Biólogo	1	60
		Assistente Operacional	0,17	10
Histeroscopia		Médica Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,33	20
		Enfermeiro	0,33	20
	Segunda Consulta	Assistente Técnico	0,17	10
		Médica Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15

Tabela 46 - Percurso do doente no CRI de Medicina de Reprodução, com *costdrive* de tempo por profissional

Técnica	Atividade	Profissionais Envolvidos	Tempo	
			horas	minutos
Indução de Ovulação		Assistente Técnica	0,17	10
		Enfermeiro	0,33	20
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
Inseminação Intra Uterina	Necessário até 2 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	10
		Enfermeiro	0,83	50
	Inseminação	Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,75	45
		Técnico Superior - Biólogo	1	60
FIV	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	10
		Enfermeiro	1,08	65
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,75	45
	Indução de Ovulação	Assistente Técnico	0,17	10
		Enfermeiro	0,33	20
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
	Punção Ovária	2 Enfermeiros	0,5	30*
		Médico Anestesiologista	0,25	15
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
		2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	30*
		Assistente Operacional	0,17	10
Tratamento dos Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	1	60	
Tratamento dos Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	1	60	
Inseminação dos Gâmetas	Técnico Superior - Biólogo	0,17	10	
Classificação diária dos embriões (3-5 dias)	Técnico Superior - Biólogo	0,83	50**	
Transferência Embrionária	Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15	
	Enfermeiro	0,25	15	
	Técnico Superior - Biólogo	0,25	15	
	Assistente Operacional	0,17	10	
	Assistente Técnico	0,08	5	
Congelamento do Embrião	Técnico Superior - Biólogo	0,33	20	
ICSI	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	10
		Enfermeiro	1,08	65
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,75	45
	Punção Ovária	2 Enfermeiros	0,5	30*
		Médico Anestesiologista	0,25	15
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
		2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	30*
		Assistente Operacional	0,17	10
	Tratamento dos Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	1	60
	Tratamento dos Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	1	60
	Fusão dos Gâmetas	Técnico Superior - Biólogo	0,17	10***
Classificação diária dos embriões (3-5 dias)	Técnico Superior - Biólogo	0,83	50**	
Transferência Embrionária	Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15	
	Enfermeiro	0,25	15	
	Técnico Superior - Biólogo	0,25	15	
	Assistente Operacional	0,17	10	
	Assistente Técnico	0,08	5	

	Congelamento do Embrião	Técnico Superior - Biólogo	0,33	20
ICSI-c	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	10
		Enfermeiro	1,08	65
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,75	45
	Punção Ovárica	2 Enfermeiros	0,5	30*
		Médico Anestesiologista	0,25	15
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
		2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	30*
		Assistente Operacional	0,17	10
	Pesquisa de Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	0,5	30
	Tratamento dos Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	1	60
Tratamento dos Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	1	60	
Fusão dos Gâmetas	Técnico Superior - Biólogo	0,17	10***	
Classificação diária dos embriões (3-5 dias)	Técnico Superior - Biólogo	0,83	50**	
	Transferência Embrionária	Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
		Enfermeiro	0,25	15
		Técnico Superior - Biólogo	0,25	15
		Assistente Operacional	0,17	10
Assistente Técnico		0,08	5	
Congelamento do Embrião	Técnico Superior - Biólogo	0,33	20	
ICSI-PGT	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	10
		Enfermeiro	1,08	65
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,75	45
Punção Ovárica	2 Enfermeiros	0,5	30*	
	Médico Anestesiologista	0,25	15	

		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
		2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	30*
		Assistente Operacional	0,17	10
	Tratamento dos Espermatozoides	Técnico Superior - Biólogo	1	60
	Tratamento dos Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	1	60
	Fusão dos Gâmetas	Técnico Superior - Biólogo	0,17	10***
	Classificação diária dos embriões (3-5 dias)	Técnico Superior - Biólogo	0,83	50**
	Biópsia Embrionária	Técnico Superior - Biólogo	0,25	15****
	Transferência Embrionária	Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
		Enfermeiro	0,25	15
		Técnico Superior - Biólogo	0,25	15
		Assistente Operacional	0,17	10
		Assistente Técnico	0,08	5
	Congelamento do Embrião	Técnico Superior - Biólogo	0,33	20
Transferência de Embriões Congelados	Necessário até 2 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	10
		Enfermeiro	0,83	50
		Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,5	30
	Descongelamento de Embriões	Técnico Superior - Biólogo	0,5	30
	Transferência Embrionária	Técnico Superior - Biólogo	0,25	15
Preservação do Material Reprodutivo Masculino	Recolha da amostra	Assistente Técnico	0,17	10
		Assistente Operacional	0,17	10
	Tratamento da Amostra	Técnico Superior - Biólogo	1,25	75
Preservação do Material Reprodutivo Feminino	Estimulação Ovárica	Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
		Enfermeiro	0,25	15
	Necessário até 3 Monitorizações	Assistente Técnico	0,17	10
Enfermeiro		1,08	65	

	Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,75	45
Punção Ovárica	2 Enfermeiros	0,5	30*
	Médico Anestesiologista	0,25	15
	Médico Especialista em Ginecologia-Obstetrícia	0,25	15
	2 Técnicos Superiores - Biólogo	0,5	30*
	Assistente Operacional	0,17	10
Congelamento de Oócitos	Técnico Superior - Biólogo	0,33	20*****

* Tempo total dos profissionais envolvidos

** Foram considerados os 5 dias de classificação dos embriões, para efeitos de standardização

*** Por indicação de peritos do CRI, são gastos 30 minutos por cada 6 oócitos.

**** Por indicação de peritos do CRI, são gastos 15 minutos por cada embrião.

***** Por indicação de peritos do CRI, são gastos 20 minutos por 2 oócitos.


Anexo IV – Pedido para desenvolvimento do estudo à Comissão de Ética da ULS São João

Centro de Epidemiologia Hospitalar


Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.

25 de Junho de 2024

A Diretora do Centro de Epidemiologia Hospitalar



(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



SÃO JOÃO

DIREÇÃO CLÍNICA
26/6/2024

n.º 64 / 2024

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de São João

Nome do Investigador Principal:
Diana Isabel Mota da Rocha

Título da Investigação:
Apuramento de custos do Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina de Reprodução da ULS de São João

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de:
Centro de Responsabilidade Integrado de Medicina de Reprodução

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.






Com os melhores cumprimentos.


Porto, 31 de janeiro de 2024.

Deliberado concordar, nos termos legais em vigor.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULS SÃO JOÃO, EPE - REUNIÃO DE
Presidente do Conselho de Administração **27 JUN. 2024**


(Prof.ª Doutora Maria João Baptista)

Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares	Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários	Enfermeiro Diretor	Vogal Executiva	Vogal Executivo
 Dr.ª Elisabete Sarobe	 Dra. Lígia Silva	 Enf. Paulo Emilio Mota	 Dra. Fernanda Ojeda	 Dr. Vitor Leite



SÃO JOÃO

Investigador/Promotor



Assinado por: Diana Isabel Mota da Rocha
Identificação: 815748527
Data: 2024-02-05 às 12:19:35

Centro Hospitalar São João -
Centro de Epidemiologia Hospitalar

11, 6, 2024

CEH-0002-2