



VOLUME I

ÍNDICE

<i>Índice de Quadros</i>	3
<i>Índice de Figuras</i>	3
Ficha Técnica	5
Relação de Siglas	6
I. Sumário	7
1. Conclusões	7
2. Recomendações	14
2.1. À Ministra da Saúde	14
2.2. Ao Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.	14
2.3. Ao Conselho de Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.....	14
2.4. Ao Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral.....	14
3. Introdução	16
3.1. Objectivos e Âmbito da Auditoria	16
3.2. Metodologia e Procedimentos	16
3.3. Condicionantes e Limitações	16
3.4. Audição dos Responsáveis em Cumprimento do Princípio do Contraditório	17
3.4.1 Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde	17
3.4.2 Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral.....	19
3.4.3 Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.	24
3.4.4 Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.	25
3.4.5 Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte, E.P.E.	27
II. Desenvolvimento da auditoria	28
4. Caracterização Geral da Entidade	28
4.1. Enquadramento Jurídico-Financeiro	28
4.2. Organização e Funcionamento	28
5. Acções de Fiscalização Realizadas por Órgãos de Controlo	29
6. Avaliação do sistema de Controlo Interno	30
7. Actividade Hospitalar	31



Tribunal de Contas

Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral

7.1. Internamento.....	32
7.2. Urgência.....	34
7.3. Consultas Externas.....	35
8. Situação Económico-Financeira.....	36
8.1. Balanço.....	36
8.1.1. Imobilizado corpóreo.....	37
8.1.2. Existências.....	39
8.1.3. Evolução da Dívida de Terceiros.....	39
8.1.4. Disponibilidades.....	43
8.1.5. Evolução da Dívida a Terceiros.....	44
8.1.6. Provisões para Cobranças Duvidosas.....	45
8.1.7. Acréscimos e Diferimentos.....	45
8.2. Demonstração de Resultados.....	46
8.2.1. Custos e Perdas.....	46
8.2.1.1. Custos com as Matérias de Consumo.....	46
8.2.1.2. Custos com Pessoal.....	49
8.2.1.3. Contratação de Serviços Médicos com Entidades Privadas.....	50
8.2.1.4. Fornecimentos e Serviços Externos e Outros Custos Operacionais.....	55
8.2.1.5. Custos e Perdas Financeiras e Extraordinárias.....	55
8.2.2. Proveitos e Ganhos.....	55
8.3. Demonstração numérica da conta de gerência de 2007.....	57
8.4. Demonstrações de Fluxos de Caixa.....	57
8.5. Análise do Equilíbrio Financeiro.....	58
8.6. Fiabilidade das Demonstrações Financeiras.....	60
9. Vista ao Ministério Público.....	61
10. Emolumentos.....	61
11. Determinações Finais.....	61



ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I - PRODUÇÃO – INTERNAMENTO.....	32
QUADRO II – TEMPO MÉDIO DE CODIFICAÇÃO E DE FACTURAÇÃO.....	33
QUADRO III - PRODUÇÃO -URGÊNCIA.....	34
QUADRO IV - TEMPO MÉDIO DE FACTURAÇÃO.....	35
QUADRO V - PRODUÇÃO – CONSULTAS EXTERNAS.....	35
QUADRO VI- TEMPO MÉDIO FACTURAÇÃO.....	36
QUADRO VII - BALANÇO.....	36
QUADRO VIII - RESULTADO LÍQUIDO.....	37
QUADRO IX- IMOBILIZADO CORPÓREO BRUTO.....	37
QUADRO X - AMORTIZAÇÕES.....	38
QUADRO XI - DÍVIDAS DE TERCEIROS.....	40
QUADRO XII - ANTIGUIDADE DA DÍVIDA DAS ARS.....	41
QUADRO XIII – DÍVIDA POR ARS.....	41
QUADRO XIV - TAXAS MODERADORAS POR COBRAR.....	42
QUADRO XV – COBRANÇA DE DÍVIDAS.....	42
QUADRO XVI- DAYS CASH ON HAND.....	44
QUADRO XVII – DÍVIDAS A TERCEIROS.....	44
QUADRO XVIII- ACRÉSCIMOS E DIFERIMENTOS.....	45
QUADRO XIX - CUSTOS E PERDAS.....	46
QUADRO XX – DECOMPOSIÇÃO DAS MATÉRIAS DE CONSUMO.....	46
QUADRO XXI – EVOLUÇÃO DAS MATÉRIAS DE CONSUMO.....	47
QUADRO XXII- RECURSOS HUMANOS.....	49
QUADRO XXIII – DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.....	50
QUADRO XXIV – DESPESA AUTORIZADA E PAGA.....	53
QUADRO XXV – VALOR PAGO ÀS ENTIDADES PRIVADAS COLECTIVAS.....	53
QUADRO XXVI – PROVEITOS E GANHOS.....	55
QUADRO XXVII – AJUSTAMENTO – GERÊNCIA DE 2007.....	57
QUADRO XXVIII – DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA - MÉTODO INDIRECTO.....	58
QUADRO XXIX – INDICADORES.....	59
QUADRO XXX – RENDIBILIDADE DOS CAPITAIS PRÓPRIOS E ALAVANCA FINANCEIRA.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA I – ORGANOGRAMA.....	29
FIGURA II – CONTROLO INTERNO.....	31
FIGURA III – SISTEMAS DE SAÚDE- URGÊNCIA.....	34
FIGURA IV – TAXAS MODERADORAS - URGÊNCIA.....	35
FIGURA V - COMPRAS.....	39
FIGURA VI – PROCESSOS EM CONTENCIOSO E INCOBRÁVEIS.....	43
FIGURA VII- PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTO.....	45
FIGURA VIII- EVOLUÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS.....	49
FIGURA IX – PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS.....	56
FIGURA X – PROVEITOS E GANHOS FINANCEIROS.....	56
FIGURA XI- ESTRUTURA DO BALANÇO.....	58

VOLUME II

Respostas nos Termos do Contraditório

VOLUME III

Anexo A – Responsáveis



Tribunal de Contas

Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral

Anexo B- Acções de Fiscalização Realizadas por Órgãos de Controlo

Anexo C – Testes Substantivos e de Conformidade

Anexo D – Prestação de Serviços por Entidades Privadas Colectivas e Singulares

Anexo E- Balanço e Demonstração de Resultados de 2007

Anexo F – Contratos de Exploração de Instalações do HCC

Anexo G - Nota de Emolumentos



FICHA TÉCNICA

Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral

Nome	Categoria	Qualificação Académica
Coordenação e Controlo		
<i>Abílio Pereira de Matos</i>	<i>Auditor-Coordenador</i>	<i>Licenciado em Economia</i>
<i>Maria Isabel Viegas</i>	<i>Auditora-Chefe</i>	<i>Licenciada em Organização e Gestão de Empresas</i>
Equipa de Auditoria		
<i>Ana Bravo de Campos</i>	<i>Auditora</i>	<i>Licenciada em Direito</i>
<i>Ana Isabel Carreiro</i>	<i>Técnica Verificadora Superior Principal</i>	<i>Licenciada em Organização e Gestão de Empresas</i>
<i>Irene Silva Dâmaso</i>	<i>Técnica Verificadora Superior Principal</i>	<i>Licenciada em Gestão de Empresas</i>



RELAÇÃO DE SIGLAS

<i>ACSS</i>	<i>Administração Central do Sistema de Saúde</i>
<i>ARS</i>	<i>Administração Regional de Saúde</i>
<i>BSN</i>	<i>Sociedade de Advogados Barrocas, Sarmento e Neves</i>
<i>BST</i>	<i>Banco Santander Totta</i>
<i>CA</i>	<i>Conselho de Administração</i>
<i>CEDIC</i>	<i>Certificados Especiais de Dívida de Curto Prazo</i>
<i>CIMADH</i>	<i>Centro de Mediação e Arbitragem de Dívidas Hospitalares</i>
<i>CPC-HS</i>	<i>Companhia Portuguesa de Computadores, S.A.</i>
<i>ERS</i>	<i>Entidade Reguladora da Saúde</i>
<i>GJC</i>	<i>Gabinete Jurídico e de Contencioso</i>
<i>HCC</i>	<i>Hospital de Curry Cabral</i>
<i>HCVP</i>	<i>Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa</i>
<i>HD</i>	<i>Hospital Dia</i>
<i>IASFA</i>	<i>Instituto de Acção Social das Forças Armadas</i>
<i>IGAS</i>	<i>Inspecção-Geral das Actividades em Saúde</i>
<i>IGTCP</i>	<i>Instituto de Gestão da Tesouraria e de Crédito Público, I.P</i>
<i>IGF</i>	<i>Inspecção-Geral de Finanças</i>
<i>LOE</i>	<i>Lei do Orçamento do Estado</i>
<i>MCDT</i>	<i>Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica</i>
<i>MS</i>	<i>Ministério da Saúde</i>
<i>MUST</i>	<i>Monetary Unit Sampling Technique</i>
<i>PGA</i>	<i>Plano Global de Auditoria</i>
<i>PMP</i>	<i>Prazo Médio de Pagamento</i>
<i>POCMS</i>	<i>Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde</i>
<i>PT</i>	<i>Programa de Trabalho</i>
<i>PPP</i>	<i>Parcerias Público Privadas</i>
<i>RCM</i>	<i>Resolução do Conselho de Ministros</i>
<i>RHV</i>	<i>Recursos Humanos e Vencimentos</i>
<i>RTE</i>	<i>Regime de Tesouraria do Estado</i>
<i>SAMS</i>	<i>Serviço de Assistência Médico Social - Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas</i>
<i>SGICM</i>	<i>Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento</i>
<i>SIDC</i>	<i>Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade</i>
<i>SNS</i>	<i>Serviço Nacional de Saúde</i>
<i>SONHO</i>	<i>Sistema de Informação de Gestão de Doentes</i>
<i>SPA</i>	<i>Sector Público Administrativo</i>
<i>SUCH</i>	<i>Serviço de Utilização Comum dos Hospitais</i>
<i>TC</i>	<i>Tribunal de Contas</i>
<i>TPA</i>	<i>Terminais de Pagamento Automático</i>
<i>VMER</i>	<i>Veículo Médico de Emergência</i>



I. SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas (TC) para 2009, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08 de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria financeira ao Hospital de Curry Cabral (HCC), com o objectivo de analisar a informação contida nas demonstrações financeiras, bem como o processo decisional e a legalidade e a regularidade das operações ocorridas no exercício de 2007, cujas conclusões se encontram enunciadas no ponto seguinte.

1. CONCLUSÕES

Caracterização e Organização Geral do Hospital de Curry Cabral - cfr. pontos 4 e 6.

- ✘ O Hospital de Curry Cabral é um hospital central, integrado na rede de prestação de cuidados de saúde do sector público administrativo, dotado de autonomia administrativa e financeira e patrimonial. A sua área de influência compreende os Concelhos de Lisboa e Loures.
- ✘ O HCC aplica o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde.
- ✘ O HCC elabora como instrumentos de gestão previsional, planos anuais e plurianuais e respectivos orçamentos.
- ✘ Como os restantes hospitais do sector público administrativo, o HCC está sujeito à prestação de contas ao Tribunal de Contas.

Acções de Fiscalização de Órgãos de Controlo – cfr. ponto 5

- ✘ Na sequência da auditoria realizada pela Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, ao sistema de controlo interno do HCC, referente ao ano de 2006, foram formuladas recomendações, tendo o hospital implementado alguns dos procedimentos e das medidas constantes dessas recomendações, que contribuíram para a melhoria do sistema de controlo interno nas áreas auditadas.

Avaliação do Sistema de Controlo Interno – cfr. ponto 6

- ✘ De um modo geral, encontram-se em funcionamento **métodos e procedimentos de controlo interno** que vão ao encontro dos objectivos estipulados no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde. Foram identificados nas diversas áreas¹ controlos-chave tendentes a garantir a segregação de funções, a legalidade e a regularidade das operações administrativas e contabilísticas, mas também algumas falhas que limitam a fiabilidade do sistema de controlo interno e da informação financeira, nomeadamente a deficiente parametrização da aplicação do Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade.

Actividade Hospitalar – cfr. ponto 7

- ✘ Do total dos utentes atendidos nas principais linhas de produção, apurou-se que 86% das consultas externas e 85% do internamento e da urgência diziam respeito a utentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde.
- ✘ Os utentes, **não isentos**, a quem foram prestados cuidados de saúde e que **não pagaram a taxa moderadora**, corresponderam a 5% no internamento, 7% na urgência e 0,3% nas consultas externas.

¹ Serviços Financeiros, Aprovisionamento, Farmácia, Gestão de Recursos Humanos e de Gestão de Doentes.



- ✖ Nos cuidados de saúde prestados a beneficiários de subsistemas de saúde, destaca-se a área das consultas externas em que o HCC apresenta uma taxa de facturação de 99,8%. Relativamente à **taxa de facturação** dos episódios de urgência e do internamento o hospital facturou 89% e 91%, respectivamente, existindo alguma margem explorável em termos de “*criação de valor*”.
- ✖ O **tempo médio para a emissão da factura** aos diversos subsistemas foi, em 2007, de 118 dias para o internamento (que inclui os dias para a codificação), 29 dias para a consulta externa e 25 dias para a urgência.
- ✖ O **tempo médio de codificação**² dos episódios de internamento dos beneficiários dos subsistemas de saúde foi de 81 dias, tempo manifestamente excessivo, originando atrasos no processo de facturação com repercussões na arrecadação e aplicação da receita própria. Assim, admitindo, a título exemplificativo, que o hospital reduzia o prazo médio de codificação para 30 dias, o tempo médio de facturação aos subsistemas situar-se-ia em 67 dias.
- ✖ Atendendo que a receita proveniente do internamento foi de € 9.488.046,71, e que a **taxa média de juro** em certificados especiais de dívida de curto prazo, em 2007, foi de cerca de 3,6%, poder-se-á concluir que a ineficiência e a ineficácia na codificação destes episódios teve, eventualmente, um custo para o hospital, e consequentemente para o SNS, de € 47.726,17. Se consideramos que a **taxa de desconto nominal**, 6,08%³, utilizada nas Parcerias Público Privadas, é uma boa estimativa do custo de oportunidade de capital do hospital⁴ e/ou do SNS, o custo com as ineficiências e ineficácias acima referidos ascende a € 80.604,21. Trata-se, portanto, de fontes de criação de valor não negligenciáveis.
- ✖ O HCC **referenciou para o HCVP**, em 2007, 325 doentes com necessidade de intervenções cirúrgicas cardiotorácicas, dos quais 82% eram cirurgias programadas e em 2008, referenciou 292 doentes, das quais 86% eram igualmente cirurgias programadas. Não obstante, de acordo com informações prestadas pelos Hospitais de Santa Maria, Santa Marta e Santa Cruz⁵, estes hospitais dispunham de capacidade de produção instalada para a realização de parte substancial de cirurgias cardiotorácicas referenciadas (urgentes e programadas) pelo HCC para o HCVP, dada a capacidade de produção destes hospitais do SNS se encontrar declaradamente subutilizada.
- ✖ O Conselho de Administração do HCC, ao referenciar directamente os doentes da área de cirurgia cardiotorácica para o HCVP, no âmbito do **Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e o CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.**, contrariou e negligenciou princípios prudenciais inerentes à boa gestão dos dinheiros públicos, no âmbito do SNS, uma vez que existia subutilização da capacidade de produção instalada em hospitais do SNS, os quais estavam em condições de realizar parte muito significativa das

² O processo de codificação dos episódios de internamento tem por base os códigos da codificação clínica e resulta das regras constantes do CID-9 (classificação internacional das doenças).

³Cfr. Despacho n.º 13208/2003, da Ministra de Estado e das Finanças, publicado na 2ª Série do DR, de 7 de Julho.

⁴ A taxa de 6,08% foi adoptada como hipótese de trabalho como estimativa do Custo de Oportunidade do Capital do SNS a aplicar nas decisões de investimento e outras despesas, uma vez que este elemento é imprescindível à prática da Análise Custo-Benefício.

⁵ Integrados, respectivamente, nos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Central e Ocidental, E.P.E.



cirurgias cardiotorácicas, referenciadas pelo HCC para o HCVP, a custos marginais, para o SNS, em princípio, muito inferiores aos preços pagos ao HCVP⁶.

- ✘ Os Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central⁷, Norte e Ocidental, E.P.E., declararam terem tido, em 2007 e 2008, capacidade instalada para a realização de mais cirurgias cardiotorácicas, que nestes três Centros Hospitalares totalizariam, por ano, mais de 390 cirurgias. Assim, as taxas de cobertura das cirurgias referenciadas para o HCVP em 2007 (325) e 2008 (292), pela capacidade disponível declarada pelos citados Hospitais do SNS, são superiores a 120% e 133,56%, respectivamente, de onde se infere, salvo prova quantificada em contrário, que, com elevado grau de verosimilhança o SNS é mais do que auto-suficiente em matéria de cirurgias cardiotorácicas na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
- ✘ A ARSLVT pagou ao HCVP, no âmbito do Acordo de Cooperação celebrado entre estas entidades, e no que respeita a cirurgia cardiotorácica, o montante de € 3.635.333,93, no ano de 2007, e € 2.408.625,54, nos primeiros 10 meses de 2008.

ANÁLISE FINANCEIRA

Situação Económico-Financeira - cfr. ponto 8

- ✘ O HCC, em 2007, atingiu um **resultado líquido** negativo de € 2.111.727, contrariando a tendência dos anos anteriores. Tal resultado é explicável pela diminuição das transferências correntes do Orçamento de Estado e aumento do consumo de medicamentos, sem contrapartida em redução de custos, cuja origem só podia radicar numa melhor e mais racional gestão dos recursos disponíveis.

Imobilizado – cfr. ponto 8.1.1.

- ✘ O **imobilizado** encontrava-se devidamente valorizado e evidenciado nas respectivas demonstrações financeiras, em 31.12.2007.
- ✘ As **amortizações** foram calculadas de acordo com as taxas estabelecidas no diploma legal.
- ✘ Os **bens corpóreos** não se encontram identificados com o número de inventário impedindo um eficaz controlo dos mesmos.
- ✘ O Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade não permite a integração automática da informação constante na aplicação da “**gestão de materiais**”, dificultando a contabilização da desvalorização, ao longo do ano, dos bens de imobilizado.

Existências – cfr. ponto 8.1.2

- ✘ No final do ano de 2007, as existências representavam menos 20% do que no ano anterior, o que associado aos procedimentos instituídos de controlo interno revelam uma gestão mais eficiente quer no planeamento das compras quer na gestão de stocks destes produtos, essencialmente dos medicamentos e do material clínico.
- ✘ As formas de **distribuição dos medicamentos** pelos serviços, através dos métodos denominados de unidose e por níveis de reposição de stocks, proporcionaram um maior controlo nos consumos.

⁶ Esta conclusão não depende de contratos, protocolos ou qualquer outro tipo de acordo feito entre entidades do universo do SNS.

⁷ Considerando que este Centro Hospitalar tinha a mesma capacidade, em 2007 e 2008, para a realização do mesmo número de cirurgias cardiotorácicas referenciado em 2009, uma vez que declara ter tido capacidade de produção “ociosa” de cirurgias cardiotorácicas.



- ✖ Nos serviços onde foram realizados testes de controlo (2008), verificou-se que os stocks desses serviços se encontravam acima do nível estabelecido como stock de segurança. O facto de haver excesso de investimento em stocks acarreta custos financeiros adicionais desnecessários. Trata-se igualmente de uma oportunidade de criação de valor não desprezível.
- ✖ O Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade não permite que a informação resultante da aplicação da “**gestão de stocks**” das existências seja integrada automaticamente, impedindo o registo contabilístico permanente dos consumos.

Dívidas de Terceiros – cfr. ponto 8.1.3.

- ✖ As dívidas de terceiros, em termos totais, diminuíram 11% entre 2005 e 2006 e 8% entre 2006 e 2007, apesar de as Administrações Regionais de Saúde ainda manterem para com o hospital, uma dívida no valor de € 11.636.215, respeitante a medicamentos cedidos em Farmácia Hospitalar, cuja antiguidade remonta a 1998.
- ✖ Em **clientes de cobrança duvidosa**, são as dívidas de outros clientes e companhias de seguro que maior peso detêm no seu total. Do valor registado em subsistemas, 92% respeita à dívida do subsistema privado SAMS.
- ✖ Em 2007, o valor total das **taxas moderadoras** por cobrar atingiu o montante de € 150.862, valor que não se encontra reflectido contabilisticamente, apesar de terem sido emitidas as correspondentes notas de débito.⁸
- ✖ Em resultado das diligências efectuadas pelo Gabinete Jurídico e de Contencioso, a receita cobrada no triénio (2005-2007) aumentou cerca de 201%, (€ 1.012.646,37) evidenciando um esforço do HCC na recuperação da receita própria.
- ✖ Foi cumprido o **princípio da prudência** nos termos do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, através da contabilização de ajustamentos para cobrança duvidosa para as dívidas superiores a 12 meses.

Disponibilidades - cfr. ponto 8.1.4.

- ✖ O HCC cumpriu, em 2007, com o princípio da unidade de tesouraria do Estado, de acordo com a legislação em vigor.
- ✖ A constituição e reposição dos fundos de maneo são feitas através de cheque cruzado, emitido à ordem dos responsáveis dos serviços que gerem esses fundos e depositados nas contas bancárias dos próprios. Não obstante se ter verificado um controlo efectivo quer do circuito da despesa quer do controlo sobre o limite da mesma, este procedimento considera-se incorrecto por contrariar as regras da boa gestão dos dinheiros públicos e potenciar uma utilização indevida desses valores.
- ✖ Existe um **controlo efectivo das disponibilidades**, nomeadamente através da elaboração de balanços diários de caixa, de reconciliações bancárias periódicas e de outros controlos instituídos para o efeito. Paralelamente, são efectuadas conferências ao cofre com a presença do responsável da área financeira.
- ✖ O rácio *Days Cash on Hand*, em 2007, atingiu cerca de um dia⁹.

Dívida a Terceiros - cfr. ponto 8.1.5.

- ✖ As dívidas a terceiros aumentaram no biénio 2006/2007 cerca de 47%, passando de € 7.506.150 para € 11.019.928.

⁸O Sistema de Informação de Gestão de Doentes (SONHO), não se integra automaticamente no Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade (SIDC) e não se procedeu à integração manual.

⁹ *Days cash on hands*: [Disponibilidades / (Total das despesas/365)].



- * O prazo médio de pagamento dessas dívidas oscilou entre 2005 e 2007, tendo-se fixado nos 53 dias no ano em análise. Ainda assim, o prazo médio de pagamento situou-se abaixo da média das unidades de saúde do sector público administrativo (76 dias).
- * Não foram efectuadas circularizações aos saldos dos fornecedores.

Acréscimos e Diferimentos - cfr. ponto 8.1.7

- * Foi cumprido o princípio da especialização do exercício nos termos do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, através do registo contabilístico dos proveitos e dos custos no exercício.

Demonstração dos Fluxos de Caixa - cfr. ponto 8.4

- * No ano de 2007, a variação de caixa foi negativa, no montante de € 380.071, devido ao fluxo da actividade operacional (€ -1.447.856), porquanto as actividades de investimento e de financiamento apresentaram fluxos de caixa positivos, de € 892.114 e de € 175.670, respectivamente.

Análise do Equilíbrio Financeiro – cfr. ponto 8.5.

- * O HCC, em 2007, apresenta rácios de autonomia financeira (0,7) solvabilidade (2,3) e liquidez geral (1,5), evidenciando uma **situação financeira equilibrada**.
- * O fundo de maneió foi de € 14.375.798.

ANÁLISE ECONÓMICA

Custos do Exercício – cfr. pontos 8.2.1, 8.2.1.1, 8.2.1.2

- * Em termos globais, os **custos totais** aumentaram 4,8% entre 2006 e 2007, tendo contribuído essencialmente para esse acréscimo os custos com as matérias de consumo, associados ao aumento dos custos nas linhas de produção do internamento (13,5%) e da urgência (3,4%).
- * Os custos com os **medicamentos** e com **material de consumo clínico** representaram no seu conjunto mais de 91% do total dos custos com as matérias de consumo.
- * O HCC declarou não suportar as suas decisões na Análise Custo-Benefício (CBA), o que pode eventualmente configurar a inexistência de uma verdadeira cultura de afectação racional de recursos através da adopção de métricas adequadas, verificando-se, também, uma eventual negligência de gestão do tempo e respectiva valorização¹⁰.
- * Em 2007, os **custos com pessoal** e com as **matérias de consumo** representaram idêntico peso na estrutura de custos (42,9%, e 42,7%, respectivamente).
- * Os custos com pessoal “*Front Office*” e com o pessoal “*Back Office*”, tiveram em 2007 um peso de, respectivamente, 81,3% e 18,7%.

Análise da Contratação de Pessoal Médico em Regime de Prestação de Serviços e de Tarefa – cfr. ponto 8.2.1.3.

- * O número de **pessoal contratado além quadro** corresponde aproximadamente a 81% dos lugares vagos, à excepção do grupo profissional dos médicos em que o número de

¹⁰O CA do HCC quando afirma no contraditório que “Quando a taxa de 6,08% utilizada no cálculo do custo de oportunidade, o HCC desconhece aplicações de capital que possam ser utilizadas por um organismo do sector público administrativo...” confunde custo de oportunidade do capital com taxas de juro de aplicações financeiras. Sendo o custo de oportunidade do capital um elemento indispensável à Análise Custo-Benefício fica-se no desconhecimento de qual seja o entendimento de CBA pelo CA do HCC.



contratados além quadro supera em cerca de 112% os lugares vagos existentes o que revela um desajustamento do quadro existente face às necessidades do hospital.

- * Em 2007, o **encargo total com horas extraordinárias** decresceu cerca de 14% (€ 498.390), correspondendo a uma redução de 19.601 horas. No entanto, nesse ano, o hospital despendeu com a contratação de pessoal médico, em regime de prestação de serviços e de tarefa, nas urgências, o montante de € 977.818.
- * Os custos com pessoal, contabilizados na conta 64, tiveram um acréscimo de 3,30%. Para além dos custos contabilizados nesta conta há, no entanto, pelo menos que considerar os custos com pessoal médico contabilizados na conta 62- Fornecimentos e Serviços Externos, no montante de € 977.818, pelo que o referido acréscimo da conta 64- Custos com Pessoal, pode eventualmente estar subavaliado.
- * O recurso à **contratação de pessoal médico**, em regime de prestação de serviços e de tarefa, como uma necessidade emergente do défice de profissionais médicos no HCC, promove uma informação distorcida dos custos reais com pessoal.
- * Os **processos de contratação de prestação de serviços médicos** não estavam devidamente instruídos de acordo com o n.º 7 do Despacho n.º 8/SEAS/2007, que exige a documentação comprovativa da relação jurídica de emprego dos profissionais junto das instituições de saúde do SNS, onde os mesmos exercem a sua actividade de forma a confirmar eventuais situações de impedimento.
- * O **controlo de assiduidade** dos contratados para prestação de serviços na urgência é efectuado através do registo de presenças assinado pelo prestador e validado pelo Director do Serviço de Urgência e posteriormente conferido pela Directora Clínica. A efectiva prestação de serviços dos restantes contratados é confirmada pela Directora Clínica com base numa listagem dos actos/exames realizados.
- * O hospital não instituiu qualquer tipo de procedimento de **controlo de qualidade** na prestação de cuidados de saúde efectuados pelos médicos contratados em regime de prestação de serviços, para além de uma avaliação presencial efectuada pelo Chefe de Serviço da Urgência.

Proveitos do Exercício – cfr. ponto 8.2.2.

- * As **transferências do Orçamento de Estado** (Serviço Nacional de Saúde) para o Hospital de Curry Cabral, que representam quase 80% do total dos proveitos, têm diminuído ao longo destes três anos, -9,5% entre 2005 e 2006 e -2,7% entre 2006 e 2007.
- * Na **rubrica proveitos suplementares** encontram-se incluídos os valores das rendas provenientes de contratos de exploração celebrados com entidades privadas, que, em 2007, totalizaram € 384.932.
- * O HCC obteve junto de diversos fornecedores **descontos financeiros** pelo pagamento atempado dos seus compromissos. Por outro lado, procedeu a aplicações de tesouraria efectuadas em certificados especiais de dívida de curto prazo junto do Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, I.P.

FIABILIDADE DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

As demonstrações financeiras do HCC, do ano de 2007, apresentam de forma verdadeira e apropriada, nos aspectos materialmente relevantes, a sua posição financeira e económica com reserva relativamente à ausência de registo contabilístico, no valor de € 150.862, referente à dívida de terceiros de taxas moderadoras, destacando-se ainda as situações de não inventariação dos bens de imobilizado, impedindo um eficaz controlo dos mesmos, e as deficiências no sistema



de controlo interno, nomeadamente nos serviços onde foi efectuada a contagem física (em 2008) de medicamentos.



2. RECOMENDAÇÕES

Face às conclusões que antecedem, formulam-se as seguintes recomendações:

2.1.À Ministra da Saúde

- ✘ Proceder ao acompanhamento da regularização das dívidas dos Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS) a entidades do SNS e à monitorização da actividade desenvolvida pelo Centro de Mediação e Arbitragem de dívidas Hospitalares (CIMADH).
- ✘ Providenciar no sentido de que os acordos, celebrados com entidades não pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, sejam previamente objecto de uma rigorosa Análise Custo-Benefício (CBA) e concomitante ponderação da capacidade já instalada nos organismos do SNS, a fim de evitar eventuais desperdícios da capacidade instalada e disponível nas unidades hospitalares do SNS.
- ✘ Diligenciar no sentido de que sejam criados instrumentos e/ou mecanismos que assegurem a coordenação efectiva das várias entidades do SNS, referidas neste relatório.

2.2.Ao Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

- ✘ Concretizar medidas conducentes ao aperfeiçoamento da parametrização do Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade, de modo a permitir que a informação constante dos mapas financeiros seja coerente, com vista a um eficaz controlo contabilístico.
- ✘ Providenciar no sentido da materialização do processo de integração da informação constante das aplicações de “gestão de doentes”, de “gestão de materiais” e de “gestão de stocks”, no Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade.

2.3.Ao Conselho de Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

- ✘ Diligenciar para que a celebração de futuros Acordos/Protocolos com entidades privadas ou convencionadas, para a prestação de cuidados médicos, seja precedida de uma Análise Custo-Benefício que incorpore a capacidade instalada nos hospitais do SNS, por forma a que fique previamente salvaguardada a boa gestão dos dinheiros públicos.
- ✘ Reavaliar, face às declarações dos Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte, E.P.E., o actual protocolo com o HCVP.
- ✘ Providenciar no sentido de o valor em dívida, para com o Hospital de Curry Cabral, seja regularizado com a maior brevidade possível.

2.4.Ao Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral

- ✘ Providenciar no sentido da redução do prazo médio de codificação dos episódios de internamento e de facturação aos subsistemas de saúde.
- ✘ Providenciar para que a gestão do fundo de maneiço atribuído aos responsáveis dos serviços, garanta a guarda e a boa gestão desse valor.
- ✘ Adoptar medidas que conduzam à cobrança atempada dos montantes em dívida dos cuidados de saúde prestados aos beneficiários dos subsistemas de saúde privados e públicos e, no que respeita às dívidas entre instituições do SNS, proceder a encontro de contas regulares, de forma a não permitir que sejam atingidos valores avultados de dívidas.



- ✘ Adotar medidas que conduzam a que os serviços financeiros efectuem o registo contabilístico das notas de débito referentes às taxas moderadoras não pagas pelos utentes.
- ✘ Actualizar o cadastro e o inventário dos bens do HCC.
- ✘ Promover a circularização periódica dos fornecedores no sentido de manter devidamente actualizados os seus ficheiros.
- ✘ Promover uma cultura de gestão de valor ou de afectação racional de recursos, por forma a que as decisões sejam tomadas de acordo com métricas previamente estabelecidas e tomem em consideração o universo de todas as entidades que integram o SNS.
- ✘ Reavaliar a referenciação para o HCVP, face às declarações dos Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte, E.P.E, por forma a salvaguardar a boa gestão dos dinheiros públicos alocados ao SNS.



3. INTRODUÇÃO

3.1. Objectivos e Âmbito da Auditoria

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas (TC) para 2009, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria financeira ao HCC.

A auditoria teve como objectivo analisar se a informação contida nas demonstrações financeiras do exercício de 2007 traduz, de forma verdadeira e apropriada, a situação patrimonial e financeira do hospital, o processo decisional, bem como confirmar se as operações foram realizadas e registadas de acordo com os preceitos legais e contabilísticos estabelecidos, com vista à emissão de um juízo sobre as contas e operações subjacentes.

3.2. Metodologia e Procedimentos

A auditoria foi realizada de acordo com normas e procedimentos geralmente aceites, acolhidos no *“Manual de Auditoria e de Procedimentos”* do TC e constantes do Plano Global de Auditoria (PGA) e do Programa de Trabalhos (PT) superiormente aprovados.

Na fase de planeamento, procedeu-se a um estudo prévio com base nos respectivos diplomas legais, na análise das contas de 2007, na análise de relatórios de auditoria e dos relatórios incluídos nas prestações de contas.

A fase de execução da auditoria desenvolveu-se em duas partes. Na primeira procedeu-se à identificação dos sistemas de controlo interno instituídos nas áreas financeira, de aprovisionamento, de recursos humanos e de produção hospitalar e à identificação das áreas de risco, através da realização de entrevistas e de testes de procedimento e de conformidade.

A segunda consistiu na análise da informação contida nas demonstrações financeiras e decorreu de acordo com o PT, tendo-se procedido à realização de testes substantivos, através do MUST – *Monetary Unit Sampling Technique*, de modo a analisar e a confirmar o adequado processamento contabilístico das operações com maior expressão financeira e das que, em resultado da avaliação do controlo interno instituído, foram consideradas mais permeáveis à ocorrência de irregularidades.

3.3. Condicionantes e Limitações

No decurso da auditoria não foram observadas quaisquer situações condicionantes ao normal desenvolvimento do trabalho, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários dos respectivos serviços do HCC.



3.4. Audição dos Responsáveis em Cumprimento do Princípio do Contraditório

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos nºs 13º e 87º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto¹¹ o relato foi enviado às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde.
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral.
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.

Foram também ouvidos, individualmente, os responsáveis do actual e anterior Conselho de Administração do HCC, identificados no Anexo A-Volume III, e o Director dos Serviços Financeiros, não tendo este e os membros do anterior CA apresentado alegações¹².

Apresentaram alegações: a Ministra da Saúde, através do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde, o Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral, o Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., o Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., os Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte, E.P.E.

Das alegações apresentadas, que constam na íntegra do Volume II do presente relatório, nos termos dos artigos 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, e 60º, n.º 3, do Regulamento da 2.ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 3/98-2.ª Secção, de 19 de Junho, com as alterações introduzidas pela Resolução n.º 2/2002-2.ª Secção, de 17 de Janeiro, e pela Resolução n.º 3/2002-2.ª Secção, de 23 de Maio, salientam-se, desde já, os seguintes aspectos, sem prejuízo de algumas das considerações formuladas pelas entidades ouvidas constarem, em síntese, dos pontos específicos do relatório, sempre que foram consideradas relevantes.

3.4.1 - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde

Das alegações apresentadas pelo Secretário de Estado Adjunto da Saúde destaca -se o seguinte:

“...o termo do protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS Sul e Ilhas), com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2009, e da negociações em curso, lideradas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., no sentido de serem regularizados todos os fluxos financeiros envolvidos,

¹¹ Este diploma legal foi objecto de alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 87-B/98, de 31 de Dezembro, 1/2001, de 4 de Janeiro, 48/2006, de 29 de Agosto, e 35/2007, de 13 de Agosto.

¹² Foram devolvidas as notificações de dois dos elementos do anterior Conselho de Administração do HCC, Dr. Luís Manuel Ramos Gardete Correia e Dr. Paulo Jorge Guedes Silva.



estando ainda o SAMS Sul e Ilhas indigitado de fazer prova da regularização das dívidas a instituições e serviços do SNS antes do acerto final de contas, com pagamento de valores referentes às capitações por parte do Estado.

(...)

Esclarece que para a resolução dos litígios entre as instituições e serviços integrados no SNS e, nomeadamente, as companhias seguradoras, emergentes das dívidas por cuidados de saúde prestados, foi criado um centro de mediação e arbitragem de dívidas hospitalares (CIMADH). Reconhecendo a pertinência da recomendação, informa que “...*serão desenvolvidos esforços atinentes à apresentação de resultados por parte do CIMADH.*”

Refere ainda, que “...*acolhe-se a recomendação para a realização de Análise Custo-Benefício e de ponderação da capacidade instalada do SNS, prévia à celebração de novos acordos com entidades externas ao mesmo (...). No entanto, quanto ao “... protocolo com o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) na área de cirurgia cardiotorácica, está justificado (...) na manifesta necessidade clínica e ética de garantir, em complementaridade, a acessibilidade em tempo útil aos doentes referenciados pelo HCC para uma unidade como a do HCVP, considerada de elevado nível de diferenciação, em consequência da carência de resposta em tempo clinicamente útil das restantes unidades do SNS da região”. Para além disso, esclarece que “... a minimização do impacto da não utilização da capacidade instalada do SNS reside também no facto de o referido protocolo estar financeiramente balizado com um tecto máximo e com valores unitários de produção contratualizada dez por cento inferiores aos respectivos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS.*”

Face ao teor das alegações apresentadas pelo Secretário de Estado Adjunto da Saúde, designadamente no que respeita ao compromisso por parte do SAMS Sul e Ilhas, da regularização das dívidas a instituições e serviços do SNS, com o pagamento de valores referentes às capitações por parte do Estado, considera-se que o referido acordo irá certamente contribuir para a regularização dos fluxos financeiros envolvidos entre o Estado e esta entidade. Consideram-se igualmente positivas as diligências realizadas quanto à criação de um centro de mediação e arbitragem de dívidas hospitalares (CIMADH), emergentes, na sua maioria, de companhias seguradoras, para uma avaliação da situação. Porém, em ambos os casos, deverá o Ministério da Saúde proceder ao acompanhamento sistemático da evolução das situações.

Face à informação remetida pelo Secretário de Estado Adjunto da Saúde quanto à indispensabilidade de, previamente à celebração de novos acordos com entidades não pertencentes ao SNS, se efectuar uma Análise Custo-Benefício (CBA) e uma ponderação da capacidade instalada em organismos do SNS, registamos com apreço o acolhimento desta recomendação. Contudo, relativamente à justificação apresentada quanto ao acordo celebrado entre a ARSLVT e a CVP, a mesma não procede, uma vez que de acordo com a informação obtida junto dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Norte e Ocidental, E.P.E., havia uma efectiva capacidade instalada, em 2007 e 2008, para a realização de mais 390 cirurgias cardiotorácicas¹³ por ano, para além de que não ficou provado que os preços unitários de produção contratada tivessem sido os mais vantajosos para o SNS e muito menos de que se trate de preços de eficiência económica.

¹³ O mesmo acontecendo em relação à programação para 2009.



3.4.2 - Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral

Em sede de contraditório, vem o Conselho de Administração do HCC, apresentar as seguintes alegações:

Quanto ao tempo médio de codificação, é reconhecido pelo Conselho de Administração que o tempo era longo, pelo que *“(...) foi nomeado um novo Coordenador da codificação clínica e foram implementadas medidas correctivas com o objectivo de melhorar o tempo e a qualidade da codificação clínica.”* Em resultado destas medidas, informa que *“...a 31.01.09 estão apenas por codificar cerca de 1271 processos, relativos ao ano de 2008 o que corresponde a cerca de 1,2m de atraso (cerca de 37 dias) (...)”*

Relativamente à situação jurídica dos prestadores de serviços médicos, o CA dá conhecimento que *“O Serviço de Aprovisionamento institui a obrigatoriedade de implementar, como procedimento de rotina para a contratação de médicos em prestação de serviços em regime de tarefa ou avença, a inclusão de dois documentos: identificação do vínculo do prestador às Instituições Públicas e entrega de uma declaração, sob compromisso de honra, de como não se encontra em exclusividade de funções, nem dispensa de trabalho extraordinário, nem redução de horário devido à idade. Foi igualmente elaborada uma minuta para comunicar o início da prestação de serviços neste Hospital à entidade onde o prestador tem vínculo.”*

Face à situação da não actualização do cadastro e inventário dos bens pertencentes ao imobilizado do HCC, o Conselho de Administração informa que irá determinar a abertura de dois procedimentos, nomeadamente para a compra de um software de gestão de património que *“...deve permitir as parametrizações exigidas no CIBE (...)”* e para aquisição de serviços de consultoria *“...para inventariação e reconciliação de todos os bens (...), que compõem o património do Hospital. (...)”*

Não obstante o CA vir informar que na *“hipótese de eventual aquisição de um produto novo, substituição de um produto por outro similar ou introdução de novos serviços, é sempre estudado o impacto financeiro da contratação.”*, vem, no entanto, reconhecer que *“De facto a Análise de Custo-Benefício para os projectos de investimentos de maior valor financeiro tem sido desde o início preocupação constante e objectivo a alcançar por este Conselho de Administração (...) se bem que ainda não seja possível dispor dos recursos humanos, em número e tecnicamente capacitados, para o cumprimento adequado de tal objectivo. (...)”*

Quanto ao quesito sobre a referenciação directa dos doentes da área de cirurgia cardíaca do HCC para o HCVP, no âmbito do Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A, o Conselho de Administração do HCC apresenta a sua defesa alegando que *“1. A celebração do presente acordo aconteceu no exercício das competências que são cometidas por lei à ARS.*

(...)

6. Pelo que a actuação do Hospital deve ser compreendida à luz da execução de um acordo de cooperação, com observância do quadro legal vigente, celebrado pela entidade tutelada pelo Ministério da Saúde com competência em matéria de contratualização no quadro do planeamento da prestação de cuidados no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde (...).



7. *Note-se que o Ministério da Saúde pode, num esforço de complementaridade, contratar cuidados de saúde ao sector privado e social, em regime de contrato ou convenção. (...)*

8. *O Hospital da Cruz Vermelha é referido no âmbito da rede de referência hospitalar de intervenção cardiológica aprovada por despacho ministerial, tendo o acordo de cooperação em causa visado dar resposta à existência de lista de espera a nível nacional, com especial incidência na Região de Lisboa e Vale do Tejo (...). No mesmo sentido lógico, o planeador e contratante determinou que o Hospital referenciasse para o HCVP sem que carecesse previamente de aferir da disponibilidade dos hospitais da região com aquela valência. (...).*

14. *(...) a posição crítica agora tomada pelo Tribunal de Contas relativamente à conduta dos Conselhos de Administração do HCC, parece baseada no que dispunha o Acordo entre a ARSLVT e a CVP, na versão de 2005, assumindo, implicitamente, uma crítica ao Aditamento de 2006 (...).*

15. *A ênfase posta na capacidade instalada do SNS, a prudência várias vezes referida quanto à aplicação de dinheiros, parece confirmar a valorização prioritária feita por V.Ex.ªs quanto a estas matérias, como critérios basilares a observar no processo de referênciação.*

Mas foi precisamente neste ponto que os critérios de referênciação foram invertidos em 2006, com o referido Aditamento, parecendo a Autoridade Regional de Saúde mais preocupada em privilegiar a celeridade e boa inter-relação técnico-funcional entre o HCC e o HCVP quanto aos doentes de cirurgia cardíaca, pondo em segundo lugar a apreciação prévia da capacidade dos Hospitais do SNS. (...)

17. *Tem este C.A.: informação interna, idónea e credível, que permite afirmar que o relacionamento de referênciação dos doentes cardíacos para cirurgia, com os Hospitais do SNS da Região, designadamente com o Hospital de Santa Marta, se caracterizou, muitas vezes, por deficiências de resposta, atempada e consistente, que atrasavam, por vezes de forma dramática, o momento da intervenção cirúrgica. (...)*

20. *(...) o C.A. tem, nesta matéria, cumprido escrupulosa e regularmente, o que vem explicitamente mencionado no Aditamento já referido de 2006 (...). Consequentemente não está na esfera de competência dos C.A. do HCC a apreciação sobre a correcta e boa gestão dos dinheiros públicos, a propósito dos doentes referenciados, já que a prioridade estabelecida para os nossos procedimentos implica a referência directa para o HCVP.*

21. *Sempre se diga, todavia, que da leitura do Aditamento que vimos apreciando, parece resultar clara a vontade de controlar o impacto nos custos para o SNS (...)*

22. *No que compete aos limites definidos para o volume e valor financeiro correspondentes à referênciação de doentes cardíacos para o HCVP, verificamos que, quer em 2007, quer em 2008, os dois indicadores (...) apresentam valores aquém dos limites estabelecidos.*

23. *Saliente-se que o modelo contratual estabelecido entre a ARSLVT e o HCVP é, na essência, igual ao que vigora para os Hospitais EPE, em que se inserem os serviços de cirurgia cardíaca da Região.*



24. *A diferença, procedimental e tecnicamente relevante, é que, enquanto os doentes de cirurgia cardíaca, que eventualmente pudessem adicionar actividade aos hospitais do SNS, seriam pagos por “doente equivalente” (...), no caso do HCVP, o pagamento é feito pelo valor “facial”/efectivo previsto na tabela dos GDH, com o desconto de 10%.*

25. *Não é fácil sabermos com exactidão se o pagamento por “doente equivalente” é mais compensador para os hospitais EPE do que o pagamento pelo doente equivalente, no caso concreto da cirurgia cardíaca, tem um impacte financeiro não imediato, mas diferido nos anos subsequentes. (...)*

27. *Em conclusão, e face às explicações apresentadas, o actual Conselho de Administração do HCC, não considera ajustadas ou aceitáveis as acusações que lhe são dirigidas pelo douto relatório desse tribunal que vimos apreciando, sobre a referenciação de doentes cardíacos para o HCVP.*

28. *Pelo contrário, deixa cabal e objectivamente demonstrado que os procedimentos em uso, quando referencia doentes para a cirurgia cardíaca, para o HCVP, são os que, rigorosamente estão explicita e formalmente descritos no Aditamento ao Acordo de cooperação existente entre a ARSLVT e o HCVP. E por essa razão, fica objectivamente prejudicada qualquer responsabilidade financeira sobre o que seria mais racional e economicamente adequado fazer-se quanto à referenciação dos doentes em apreço.(...)*

33. *Não obstante, acolhe este órgão as V. recomendações no sentido do reforço de uma cultura de gestão cuja tomada de decisão seja fundada numa efectiva análise da relação custo benefício, nomeadamente mediante o compromisso de articulação com as entidades responsáveis pela celebração dos acordos com entidades privadas para efeitos de avaliação das necessidades reais em cuidados de saúde e dos termos em que os ditos acordos vigorem e sejam executados. (...).*

No que respeita à falta de registo contabilístico das taxas moderadoras por cobrar, o Conselho de Administração do HCC vem alegar em sua defesa que o n.º 2 do artigo 26º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde “...refere-se, explicitamente, às taxas moderadoras cobradas, que devem estar reflectidas no orçamento ou balancetes das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Ora, uma vez que as taxas moderadoras cobradas se encontram, adequadamente, inscritas tanto no orçamento como no balancete do Hospital, é nosso entendimento de que o HCC não violou aquela norma. Quanto ao não cumprimento integral do principio contabilístico da especialização, ele deve-se a algumas razões técnicas e operacionais (...).

Em suma é nosso melhor entendimento que da alegada violação anotada ao HCC por não ter reflectido contabilisticamente estes proveitos, não resultaram prejuízos para os interesses do hospital e do Estado, relevando-se ainda ser a nossa prática comum nos que usam a mesma aplicação informática “SONHO”. A principal razão dessa prática está associada, quer à possibilidade de tal contabilização introduzir um factor de erro idêntico ou superior ao da opção da não contabilização, quer ainda à eventualidade de os custos do próprio procedimento ultrapassarem o seu benefício.

Não obstante as dificuldades aludidas, o HCC está a levar a cabo a solução para a deficiência assinalada, tendo para o efeito já contactado a ACSS no sentido de solucionar o problema de



integração de ficheiros de facturação do “SONHO” na aplicação de contabilidade (SIDC), a fim de permitir o cumprimento da decisão assumida de contabilizar todas as taxas moderadoras em dívida a partir de Janeiro de 2007.”

Face ao conteúdo das alegações apresentadas pelo Conselho de Administração do HCC, conclui-se que, na generalidade, esta entidade concorda com as conclusões e as afirmações vertidas no relato de auditoria, realçando a sistematização e a clareza na abordagem da maioria das questões auditadas, permitindo ao Conselho de Administração, ter um quadro de referência sobre as práticas de gestão que estão certas, e também, sobre as que merecem maior atenção e introdução de medidas correctivas.

De salientar, o acolhimento de algumas das recomendações e das medidas já implementadas ou a implementar com o objectivo de corrigir as situações identificadas nos pontos 7.1, 8.1.1, 8.1.2, 8.2.1.1, 8.2.1.3 e 8.6 do relato de auditoria.

Relativamente aos esclarecimentos prestados sobre a referenciação directa dos doentes da área da cirurgia cardíaca do HCC para o HCVP e da não contabilização das taxas moderadoras em dívida, importa clarificar o seguinte:

A. Referenciação directa dos doentes da área da cirurgia cardíaca do HCC para o HCVP

- ◆ Importa, desde logo, esclarecer que não está, nem nunca esteve, em causa a legitimidade da ARSLVT para a celebração do Acordo de Cooperação e respectivos aditamentos com a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.
- ◆ O Acordo de Cooperação ao permitir a referenciação directa dos doentes da área da cirurgia cardíaca do HCC para o HCVP põe em causa alguns princípios basilares de direito, nomeadamente os princípios da equidade (em virtude de existir um tratamento diferenciado dos utentes na acessibilidade aos cuidados de saúde na área de cirurgia cardíaca), da universalidade (uma vez que os utentes referenciados pelo HCC para o HCVP não são inscritos na Lista de Inscritos para Cirurgia -LIC) e da imparcialidade (no que respeita à atribuição ao HCC da “exclusividade” de referenciação directa dos utentes para o HCVP. Aliás, sobre esta situação pronunciou-se o Tribunal de Contas no relatório de Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC¹⁴.
- ◆ Não obstante se reconhecer as vantagens que podem advir da celebração do Acordo de Cooperação, nomeadamente numa melhoria da acessibilidade aos cuidados na área de cirurgia cardíaca e também numa redução da demora média, a verdade é que a ARSLVT, no exercício das suas atribuições e competência em matéria de contratualização (cfr. n.º 2 alínea t) do artigo 3º e n.º 2 alínea e) do artigo 5º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 Maio), deveria ter acautelado, na negociação dos contratos programa com os hospitais da rede de referenciação do SNS com cirurgia cardiorádica, um número de cirurgias adequadas à procura e não negociar esse número em função da oferta desses hospitais, a fim de evitar adicionar esses doentes à

¹⁴ Relatório n.º 25/07- 2ª S.



actividade programada dos hospitais. Ou seja, competia a ARSLVT, em sede de negociação dos contratos-programa, assegurar a adequada gestão dos recursos dos hospitais vs produção a contratar (vg as respostas dos hospitais de Santa Maria (HSM), Santa Marta (HSM) e Santa Cruz (HSC)¹⁵).

- ◆ Quanto às alegações constantes dos pontos 24 a 26, diríamos que estas afirmações, produzidas por quem gere os recursos públicos, demonstram que o CA do HCC não teve nem tem uma visão sistémica do Serviço Nacional de Saúde. Considerar que é preferível que uma qualquer entidade do perímetro de consolidação do SNS pague o custo completo (custos variáveis+custos fixos+encargos de capital) a uma entidade que não faz parte do seu perímetro de consolidação, quando pode apenas pagar o custo variável a entidades do seu perímetro de consolidação, carece de lógica económica. Com efeito é, por demais, plausível que a referenciação para o HCVP agrava os resultados líquidos consolidados do SNS por via dos custos (salvo, evidentemente, demonstração quantificada em contrário).
- ◆ Em termos de *cash flows* (fluxos de caixa) consolidados, as intervenções cirúrgicas agora referenciadas pelo CA do HCC para o HCVP, apenas dariam origem, caso fossem referenciados para os Hospitais de Santa Maria, de Santa Marta e de Santa Cruz, a um *cash outflow* (desencaixe) do SNS no valor dos custos marginais ou variáveis das intervenções cardiorácicas e não no valor de 90% do preço previsto na tabela dos GDH.
- ◆ Admitir que o preço pago à CVP é inferior ao custo marginal dos Hospitais de Santa Maria, Santa Marta e Santa Cruz é pressupor uma ineficiência, em termos de afectação de recursos públicos por parte dos Conselhos de Administração destes Hospitais, que seria de todo incompreensível e economicamente insustentável.
- ◆ Mais: não foi minimamente demonstrado no contraditório que o preço pago ao HCVP é um preço de eficiência económica¹⁶.
- ◆ Acresce, ainda, dizer que não fica provada a evidência de que tenham resultado para o SNS custos mais baixos para idênticos níveis de actividade, qualidade e complexidade dos casos tratados ao nível da cirurgia cardíaca, e ganhos de eficiência financeira associados à implementação do Acordo de Cooperação. A este propósito rememoramos que o custo completo de qualquer bem ou serviço produzido por empresa privada (ou mesmo pública) obtêm-se por soma dos custos marginais (frequentemente designados, em contabilidade de custos e/ou de gestão, por custos variáveis), custos fixos e encargos de capital.

Quando existe capacidade excedentária de produção de custos adicionais de produzir mais uma unidade são iguais ao custo marginal ou custo variável. Ora, não é minimamente crível pensar-se que o custo completo, deduzido de 10% pago ao HCVP seja inferior ao custo variável dos hospitais do SNS – salvo demonstração contabilística em contrário – que declararam de forma explícita e quantificada disporem

¹⁵ Integrados respectivamente nos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Lisboa Central e Lisboa Ocidental, E.P.E.

¹⁶Note-se, que não obstante o contraditório ser extenso, não contém uma única demonstração numérica, quando era precisamente esta demonstração que estava em causa.



de capacidade instalada excedentária em relação às intervenções cirúrgicas cardíacas em causa.

- ◆ Convém referir, por fim, que a sustentabilidade do SNS passa por implementar medidas que sejam direccionadas à efectiva reorganização da oferta e à melhoria da gestão das unidades hospitalares, de forma a não propiciar desperdícios ao nível da capacidade instalada destas unidades.

Sobre a matéria sub judice, alega, no entanto, a actual Conselho de Administração do HCC que actuaram na convicção de estarem a cumprir as disposições legais e regulamentares e a executarem o previsto no Acordo de forma a dar resposta em tempo útil aos doentes de cirurgia cardíaca sem que isso acarretasse maiores custos para o SNS, o que é com elevado grau de verosimilhança falso. Acresce que, sobre o Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., o Tribunal de Contas pronunciou-se em sede de fiscalização prévia quanto ao procedimento adoptado, não existindo recomendação anterior sobre as vantagens económico-financeiras deste Acordo.

Pelo exposto, o Tribunal releva, não obstante o grau de autonomia de que goza, a eventual responsabilidade financeira sancionatória, decorrente das situações evidenciadas no ponto 7.1. do relatório, nos termos do disposto no artigo 65º, n.º 8, da Lei n.º 98/97, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, e pela Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto, por se verificarem todos os requisitos previstos nas suas alíneas.

B. Não contabilização das taxas moderadoras em dívida

Quanto aos esclarecimentos prestados pelo Conselho de Administração sobre as dívidas provenientes das taxas moderadoras não cobradas, reconhece-se que a constituição de provisões para cobrança duvidosa seria insuficiente para reflectir de forma apropriada este tipo de proveitos face à elevada perspectiva de não cobrança desta receita e, também, a incapacidade de resposta do SONHO à contabilização das taxas moderadoras em dívida.

Assim, considerando as diligências realizadas pelo Conselho de Administração do HCC no sentido de providenciar pela solução da deficiência assinalada, tendo para o efeito já contactado a ACSS no sentido de solucionar o problema de integração de ficheiros de facturação do SONHO na aplicação de contabilidade (SIDC), a fim de permitir o cumprimento da decisão assumida de contabilizar todas as taxas moderadoras em dívida a partir de Janeiro de 2007, estão reunidos os pressupostos para a relevação da eventual responsabilidade financeira sancionatória, resultante da situação evidenciada no ponto 8.1.3., nos termos do disposto no artigo 65º, n.º 8, da Lei n.º 98/97, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, e pela Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto, por se verificarem todos os requisitos previstos nas suas alíneas.

3.4.3 - Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

A ACSS nas suas alegações vem informar que “...no âmbito do processo de aquisição de uma plataforma tecnológica para a consolidação das contas do SNS, a ACSS está a avaliar a possibilidade de adquirir e implementar um sistema integrado de gestão que inclua as áreas mencionadas no referido relatório, nomeadamente, a informação constante nos mapas financeiros



e a integração da informação constante das aplicações referidas, gestão de doentes, gestão de materiais e gestão de stocks.”

A resposta apresentada pela ACSS, I.P., em sede de contraditório, não contradiz as observações da auditoria, manifestando antes a intenção de melhorar alguns aspectos do Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade (SIDC). No entanto, importa ressaltar que as medidas a tomar para a aquisição das novas funcionalidades a introduzir no SIDC com vista ao aperfeiçoamento da parametrização e da integração da informação constantes de outras aplicações, devem ser adoptadas em tempo útil.

3.4.4 - Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

No que respeita ao Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar S.A., a ARSLVT vem alegar o seguinte:

“No Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar S.A., em 2 de Março de 2005, definiram-se as condições e procedimentos de referênciação no âmbito da cirurgia cardíaca.

Nos termos do n.º 2 do artigo 8º do referido Acordo, ficou estabelecido que a referênciação para o HCVP dependia de prévia avaliação da capacidade de resposta nos 3 hospitais da RSLVT com competência em Cirurgia Cardiorácica, pelo que o HCVP apenas intervém na qualidade de prestador em regime de complementaridade ao SNS.

Com a introdução desta medida pretendeu-se potenciar a utilização da capacidade instalada no SNS e, dessa forma, contribuir para o desejável aumento da eficiência, maximizando a produtividade das equipas médicas, bem como a utilização mais intensiva dos meios disponíveis, com conseqüente diluição dos custos de estrutura.

É neste contexto, que o HCC, um dos hospitais que historicamente mais recorria ao HCVP, no cumprimento do Acordo e orientações transmitidas pela ARSLVT, reduz substancialmente a referênciação para o HCVP e, como previsto, passa a encaminhar os seus doentes para os hospitais do SNS, no caso, o Hospital de Santa Marta.

(....)

Em resultado das alterações introduzidas no domínio do acesso ao HCVP, vem a sua Administração manifestar que estavam a ser desvirtuados os termos do Acordo de Cooperação, que se reflectiam, nomeadamente, na procura.

Nesta sequência, o então Ministro da Saúde proferiu o Despacho n.º 196/2006, de 7 de Julho, no qual refere que o “mecanismo de limitação à referênciação de doentes para a especialidade de cirurgia cardiorácica do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa teve o efeito de reduzir drasticamente a procura nesta especialidade” e “este facto limitou artificialmente a procura dos cuidados de saúde prestados na área de cirurgia cardiorácica não permitindo aproveitar a capacidade instalada de alta qualidade do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa perpetuando as listas de espera nos hospitais de referênciação, as quais muitas vezes não são explicitamente assinaladas.



No Despacho determina ao Conselho de Administração da ARSLVT que promova junto da CVP a imediata revisão do Acordo vigente, com a observância da seguinte orientação: “livre referência para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em condições de igualdade e competitividade com os hospitais do Serviço Nacional de Saúde”.

Assim, em 8 de Novembro de 2006, foi celebrado um Aditamento ao Acordo, que altera nomeadamente o artigo 8º, referente às condições e procedimentos de referência.

(...)

Acrescenta, ainda, A ARSLVT nas suas alegações que “...o HCC não estando sujeito à necessidade de previamente avaliar a capacidade de resposta no SNS, também não está vinculado à obrigatoriedade de referenciar em primeira linha para este, podendo assim referenciar para o HCVP e no caso de falta de resposta procurar alternativas juntos dos hospitais do SNS.

Em suma, uma vez que nos termos do Despacho foi expressamente determinada a livre referência para o HCVP em condições de igualdade com os demais hospitais, e que o aditamento ao Acordo veio contemplar objectivamente a possibilidade do HCC proceder ao encaminhamento directo dos seus doentes para o HCVP, no âmbito da cirurgia cardíaca a adultos (...).”

Para além do referido, foi entendimento da ARSLVT que “...em todo o caso, deveriam subsistir algumas limitações à livre referência para cirurgia cardíaca a adultos por parte dos outros hospitais, por forma a garantir a utilização dos recursos existentes no SNS.”

Quanto à matéria versada, convém referir que as alegações apresentadas não afastam as conclusões constantes do relato de auditoria. Regista-se, no entanto, a justificação apresentada pela ARSLVT sobre a alteração substancial que ocorreu no Acordo de Cooperação, em 8 de Novembro de 2006, em resultado da intervenção do Ministro da Saúde, através do Despacho n.º 196/2006, de 7 de Julho.

Conforme é mencionado, o conteúdo do Acordo celebrado em 2 de Março de 2005 permitia ao HCC referenciar para o HCVP os doentes da especialidade de cirurgia cardiotorácica somente depois de prévia avaliação da capacidade de resposta dos 3 hospitais da RSLVT com competência em Cirurgia Cardiotorácica. Porém, face à preocupação manifestada pelo HCVP na redução da procura por parte do HCC, é aditado ao Acordo, em cumprimento das determinações proferidas pelo Ministro da Saúde no seu Despacho n.º 196/2006, uma nova redacção quanto ao procedimento do HCC na referência daqueles doentes. Retira-se, assim, das alegações da ARSLVT que o verdadeiro fundamento que levou à materialização do Despacho n.º 196/2006, foi apenas a redução da procura invocada pelo HCVP sem que para o efeito tivesse sido elaborada uma avaliação das vantagens para o SNS.

Relativamente à dívida da ARSLVT para com o HCC, a informação prestada pelos Serviços Financeiros da ARSLVT, em documento anexo às alegações, confirma o montante de €11.052.590,44, pelo que é de manter a conclusão constante do relato de auditoria.



3.4.5 - Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte, E.P.E.

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., informa, através do ofício nº 014CA de 13 de Janeiro de 2009 que “(...)em 2007 o Hospital de Santa Marta, tinha potencial para realizar mais intervenções dada a capacidade logística instalada e um curto tempo de espera (...)”. Alega, ainda, em sede de contraditório, que “Relativamente ao ano 2009, em 31 de Janeiro, a lista de espera para cirurgia, incluindo cirurgia cardíaca de adultos e pediátrica e cirurgia torácica, era de 136 doentes, encontrando-se prevista a realização de 1520 cirurgias, o que corresponde a um acréscimo de 309 cirurgias face às 1211 realizadas em 2008. Deste acréscimo, 200 cirurgias serão cardíacas de adultos e pediátricas, desde que o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Alfredo da Costa passem a referenciar para este Centro Hospitalar os doentes que actualmente enviam para o HCVP” e que daquelas 200 cirurgias cardíacas “40 a 45 serão cirurgias cardíacas pediátricas e as restantes, cirurgias cardíacas de adultos, nomeadamente aquelas que actualmente estão a ser referenciadas do Hospital Curry Cabral para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa”.

No mesmo sentido, vem o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte E.P.E., assegurar que “ (...) O actual desempenho do Serviço de Cirurgia Cardiorádica, que efectuou 1191 intervenções em 2007 e 1177 em 2008, leva-nos a admitir a capacidade de realização de 150 intervenções adicionais por ano”.

Também o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., informa que relativamente a 2007 e 2008 “Tivemos, por ano, capacidade para realizar um número adicional de intervenções em 10 a 15 doentes urgentes” e “em relação à cirurgia electiva também tivemos capacidade adicional. Poderiam ter sido intervencionados mais 30 a 50 doentes electivos”.

Salienta-se, ainda, que, conforme o previsto no Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP, poderão ser referenciados, em 2009, até 400 doentes do foro de cirurgia cardiorádica. Como a capacidade instalada disponível declarada pelos Hospitais de Santa Maria, Santa Marta e Santa Cruz é de 390 a 415 cirurgias cardiorádicas, é expectável, salvo demonstração em contrário, que estas cirurgias venham a ser realizadas por entidades do SNS a custos marginais, desde que se assegure uma eficaz coordenação entre o HCC e os demais Hospitais do SNS.



II. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

4. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA ENTIDADE

4.1. Enquadramento Jurídico-Financeiro

O HCC é um hospital central, integrado na rede de prestação de cuidados de saúde como hospital do sector público administrativo (SPA), dotado de autonomia administrativa e financeira e patrimonial, cujo regime jurídico se encontra fixado na Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro e no Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, sendo a sua área de influência os Concelhos de Lisboa e Loures.

A missão principal do HCC é a prestação de cuidados de saúde, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e aos subsistemas de saúde, ou entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral.

O HCC aplica o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)¹⁷, elaborando, como instrumentos de gestão previsional, planos anuais e plurianuais e respectivos orçamentos. Compete, ainda, ao CA, no exercício dos seus poderes de gestão, celebrar contratos-programa, de harmonia com a al. b) do n.º 1 do artigo 10º do regime jurídico da gestão hospitalar¹⁸.

Como os restantes hospitais do SPA, o HCC está sujeito à prestação de contas ao Tribunal de Contas, por força do n.º 1 do artigo 51º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto. Na organização e apresentação de contas, o HCC encontra-se sujeita às Instruções n.º 1/2004, do TC, de 14 de Fevereiro.

4.2. Organização e Funcionamento

Para o exercício das suas competências¹⁹, o Conselho de Administração do HCC²⁰ procedeu à distribuição, pelos seus membros, das responsabilidades de coordenação genérica e gestão corrente dos diversos serviços e áreas do hospital e respectiva delegação de competências (cfr. Despacho n.º 24106/2007, de 10 de Outubro).

O HCC desenvolve a sua actividade em conformidade com o organigrama descrito na figura seguinte:

¹⁷ Cfr. Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro.

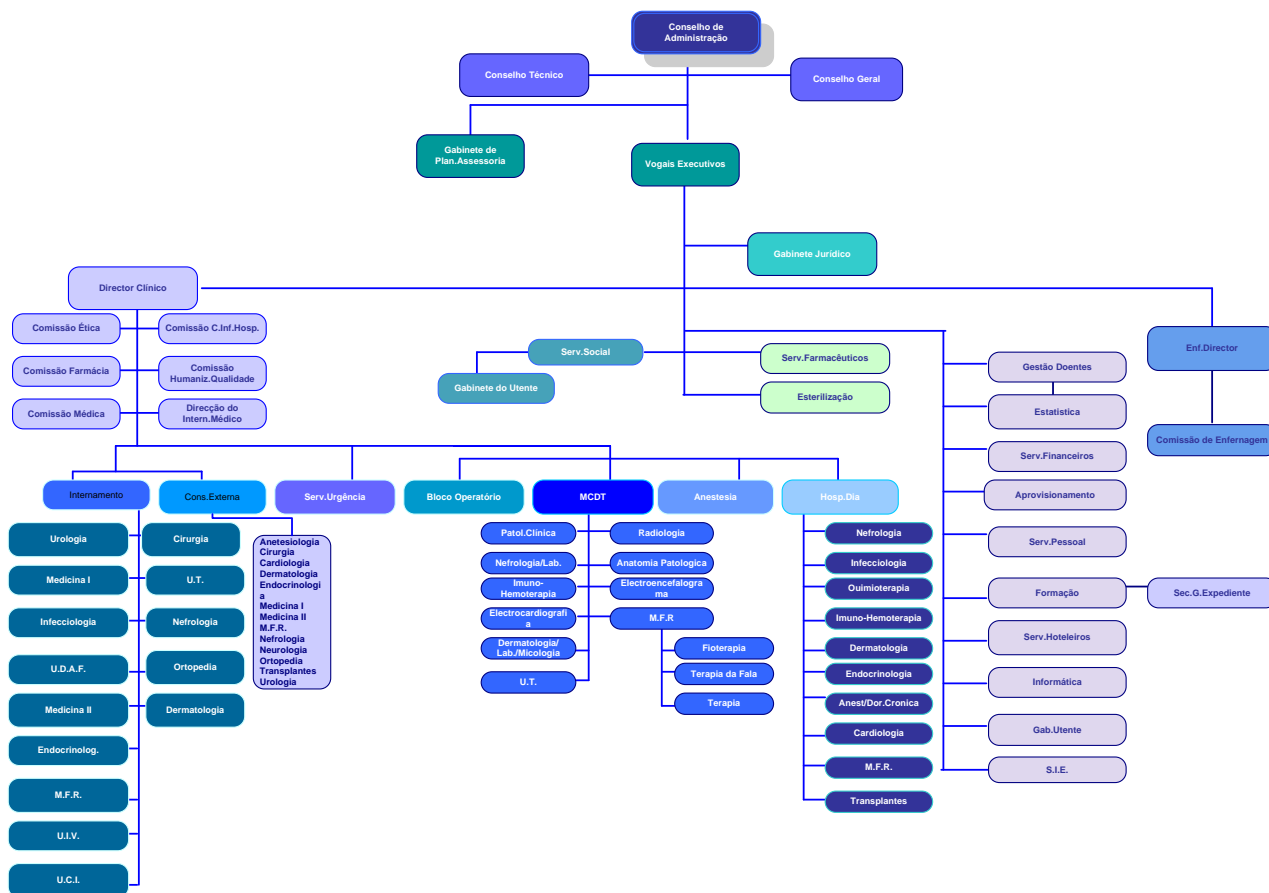
¹⁸ Cfr. Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

¹⁹ Cfr. Artigo 6º do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto.

²⁰ A 14 de Abril de 2007, ocorreu a substituição da totalidade dos membros do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral (cfr. do Volume III, Anexo A).



Figura I – Organograma



O HCC não dispõe da especialidade de cirurgia cardíaca, realizando, no entanto, consultas de cardiologia e exames (cateterismos), dispondo, para o efeito, de um laboratório de hemodinâmica. Os doentes que necessitem de intervenção na valência de cirurgia cardíaca são reportados directamente para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, no âmbito de um Acordo de Cooperação celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. (CVP) para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS, na área de cirurgia cardíaca e noutras áreas cirúrgicas.

5. ACÇÕES DE FISCALIZAÇÃO REALIZADAS POR ÓRGÃOS DE CONTROLO

A Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS), realizou três auditorias e uma inspeção temática ao HCC (cfr. Volume III-Anexo B), sendo de destacar a Auditoria ao Sistema de Controlo Interno do HCC.

Com o objectivo de verificar se o HCC instituiu os procedimentos conducentes ao acatamento das recomendações que a IGAS efectuou na Auditoria ao Sistema de Controlo Interno do HCC²¹, procedeu-se à confirmação da implementação desses procedimentos nas áreas em que o sistema

²¹ Processo n.º 07/2007-A.



de controlo interno foi considerado fraco, tendo-se concluído que o hospital já introduziu alguns dos procedimentos que contribuíram para a melhoria do sistema de controlo interno nas áreas auditadas, designadamente na organização geral, na contabilidade, na tesouraria, na gestão de doentes, na farmácia e no aprovisionamento, à excepção da área dos recursos humanos, nomeadamente na organização dos processos individuais que continuam a não estar devidamente instruídos e na área do imobilizado que mantém alguns dos pontos fracos identificados no relatório da IGAS.

6. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE CONTROLO INTERNO

Do levantamento e avaliação efectuada ao sistema de controlo interno, identificaram-se diversos controlos-chaves em conformidade com os objectivos definidos no POCMS, garantindo a segregação de funções, a legalidade e regularidade das operações administrativas e contabilísticas. No entanto, observaram-se algumas falhas que limitam a fiabilidade do sistema de controlo interno e da informação financeira, conforme se identificam na figura seguinte.



Figura II – Controlo Interno



7. ACTIVIDADE HOSPITALAR

O HCC utiliza o sistema informático SONHO para o registo de todos os cuidados de saúde prestados e respectivo valor a facturar²² aos subsistemas de saúde cujos beneficiários a eles recorram ou a qualquer entidade pública ou privada responsável pelo seu encargo. Dos dados registados neste sistema reportados ao ano de 2007, constatou-se que as linhas de produção hospitalar com maior volume de facturação são as de internamento, consultas externas e urgência.

²² Por se tratar de um hospital do SPA, o pagamento da prestação de cuidados de saúde dos utentes beneficiários do SNS, não está condicionado à emissão de facturas pelo HCC à ACSS, I.P, para efeitos de transferência do duodécimo mensal.



O valor das prestações de saúde realizadas pelas entidades integradas no SNS está fixado na Tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) publicada em anexo à Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro e n.º 781-A/2007, de 16 de Julho.

Todos os utentes que se dirigem às urgências e consultas externas estão sujeitos ao pagamento de uma taxa moderadora de acordo com a Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março²³, a qual veio incluir no âmbito do pagamento da taxa moderadora os utentes com alta do internamento. No entanto, existe um conjunto de situações que isentam²⁴ os utentes do pagamento da respectiva taxa.

Da análise dos dados constantes do SONHO²⁵, apurou-se o seguinte:

7.1. Internamento

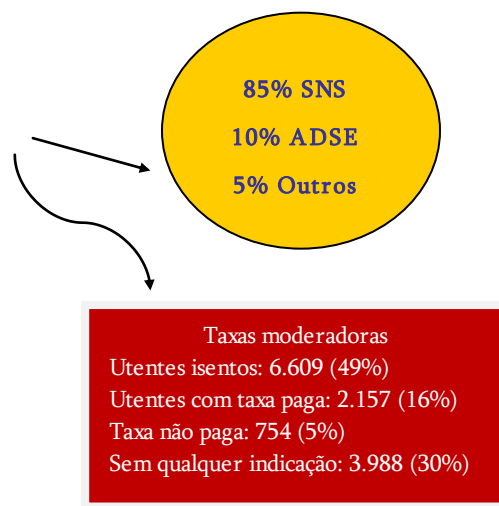
Do total dos utentes internados no HCC, 85% eram beneficiários do SNS, sendo os restantes 15% pertencentes a subsistemas.

Quadro I - Produção - Internamento

N.º de episódios de internamento	13.508
N.º de episódios de internamento de beneficiários de subsistemas	1.916
N.º de episódios facturados aos subsistemas	1.739
% Valor facturado	91%
Tempo médio de codificação (a)	81 dias
Tempo médio de facturação (b)	118 dias

(a) Média de dias entre a data da alta e a data da codificação.

(b) Média de dias entre a data da alta e a data da factura.



No processo de codificação verificou-se que o HCC demorou, em média, 81 dias e, após a codificação, demorou ainda 37 dias, em média, para a emissão da respectiva factura aos subsistemas. Admitindo que o hospital reduzia o seu prazo médio de codificação para 30 dias (ou seja, diminuindo em 51 dias o tempo actual de codificação que se situa nos 81 dias), o tempo médio de facturação aos subsistemas situar-se-ia em 67 dias.

Quanto a esta questão, acolhe-se com agrado as diligências já efectuadas pelo Conselho de Administração do HCC, que conduziram a uma redução do tempo médio de codificação em 2009.

Neste cenário e considerando que o hospital obteve em 2007, em média, uma taxa de juro nas aplicações financeiras efectuadas em certificados especiais de dívida de curto prazo (CEDIC) na ordem dos 3,6% e que nesse ano a receita proveniente do internamento foi de € 9.488.046,71,

²³ Actualizada pela Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro.

²⁴ Cfr. Artigo 2º do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto.

²⁵ O ficheiro SONHO com dados reportados à actividade hospitalar do HCC do ano de 2007, foi fornecido pela ACSS à equipa de auditoria em Junho de 2008.



poder-se-á concluir que a ineficácia e ineficiência na codificação destes episódios teve, eventualmente, um custo para o hospital e consequentemente para o SNS de € 47.726,17²⁶.

Considerando ainda que taxa de desconto nominal utilizada nas Parcerias Público Privadas é uma boa estimativa do custo de oportunidade de capital do hospital, a aplicação da taxa de desconto nominal de 6,08%²⁷ (resultante da taxa de inflação e da taxa de desconto real, fixadas pelo Despacho n.º 13 208/2003 (2ª Série) da Ministra de Estado e das Finanças, publicado no dia 7 de Julho) o custo com as ineficiências e ineficácias acima referidos ascende a € 80.604,21²⁸. Trata-se portanto de fontes de criação de valor não negligenciáveis.

Em sede de contraditório, o HCC afirma que relativamente à taxa 6,08% “*desconhece instrumentos de aplicação de capital que possam ser utilizados por um organismo do sector público administrativo, de muito baixo risco, ajustáveis a uma situação de curto prazo e com níveis de rentabilidade similares a esta taxa.*” Este esclarecimento não contradita a conclusão retirada pelos auditores, nem se lhes percebe o alcance já que o Custo de Oportunidade do Capital é algo muito diferente de uma taxa de juro em aplicações financeiras.

Quadro II – Tempo médio de codificação e de facturação

Subsistemas com maior n.º de episódios	Média de dias de codificação	Média de dias de facturação
ADSE	84	124
IASFA	83	111
SAD	91	117
SAMS	77	106

No quadro II estão reflectidos os tempos médios de codificação e de facturação aos subsistemas que registaram maior número de episódios de internamento, em 2007. Verifica-se que em termos de codificação os tempos são bastante elevados atrasando a facturação destes processos.

Apesar de ter havido um esforço no sentido de proceder a um controlo efectivo do sistema de codificação ficaram ainda por facturar aos subsistemas, em 2007, 9% dos episódios de internamento²⁹, estando o hospital, em 2008, a regularizar estas situações.

A partir de Abril de 2007³⁰, foram cobradas taxas moderadoras a 16% dos utentes que tiveram alta do internamento, estando isentos do pagamento dessa taxa 49% enquanto que 5% não pagaram. A percentagem de 30% de registos no sistema de informação sem qualquer identificação de pagamento da taxa moderadora por parte dos utentes, diz respeito ao período a que ainda não tinha entrado em vigor a Portaria n.º 395-A/2007 (Janeiro a Março), que impõe a cobrança de taxa moderadora no internamento.

²⁶ $[0,036 \times (51/365)] \times € 9.488.046,71$.

²⁷ A taxa de desconto nominal obtém-se através da Equação de Fisher traduzida pela seguinte fórmula: Taxa de desconto nominal = $[(1 + \text{taxa de desconto real}) \times (1 + \text{taxa de inflação})] - 1$.

²⁸ $[0,0608 * (51/365)] * € 9.488.046,71$.

²⁹ Esta situação deveu-se, fundamentalmente a determinadas alterações de GDH de alguns episódios de internamento já facturados, da necessidade de codificar alguns episódios como GDH médicos de ambulatório registados incorrectamente como sessões de quimioterapia e ao acerto de alguns episódios registados como internamento de psiquiatria, que levou o hospital a solicitar à ACSS, I.P. a sua anulação para posterior facturação como episódios de urgência.

³⁰ Com a entrada em vigor da Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março.



No âmbito do Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a HCVP para prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS, foram referenciados, na área de cirurgia cardíaca, pelo HCC, em 2007, para o HCVP, 325 utentes (266 cirurgias programadas e 59 urgentes) e em 2008, 292 utentes (225 cirurgias programadas e 67 urgentes) não existindo lista de espera. No entanto, de acordo com a informação prestada pelos Hospitais de Santa Maria, Santa Marta e Santa Cruz³¹, existia potencial, em cada um destes hospitais, para a realização de mais cirurgias cardiotorácicas.

Da leitura dos n.º 3 e 5 do artigo 8.º do Aditamento ao Acordo de Cooperação, assinado em 8 de Novembro de 2006, que introduziu alterações ao Acordo de 2 de Março de 2005, não se retira a obrigatoriedade do HCC referenciar directamente os doentes da área de cirurgia cardíaca para o HCVP. Ao fazê-lo, o CA adoptou uma atitude passiva, negligenciando assim os princípios prudenciais inerentes à boa gestão dos dinheiros públicos do SNS (cfr. alínea c) do n.º 6 do artigo 42.º da Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2004, de 24 de Agosto), pelo facto de existir capacidade subutilizada em hospitais do SNS, os quais estavam em condições de realizar parte muito significativa das cirurgias cardiotorácicas referenciadas pelo HCC para o HCVP, a custos marginais, para o SNS, muito inferiores aos preços pagos pelo SNS ao HCVP.

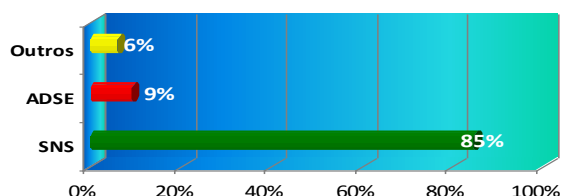
No âmbito deste Acordo de Cooperação, e na base das intervenções cirúrgicas em doentes referenciados pelo HCC, foi pago, pela ARSLVT à Cruz Vermelha Portuguesa, o montante de € 3.635.333,93, no ano de 2007 e € 2.408.625,54, nos primeiros 10 meses de 2008.

Não obstante se ter considerado que a situação atrás referida configuraria uma eventual infracção financeira susceptível de gerar responsabilidade sancionatória, nos termos do artigo 65.º, n.º 1, alínea d), do da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, porém face às alegações produzidas em sede de contraditório e à fundamentação constante do ponto 3.4.2. do presente relatório, permite ao Tribunal relevar a eventual responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto no artigo 65.º, n.º 8, da Lei n.º 98/97, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, e pela Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto.

7.2. Urgência

Dos 95.898 utentes que se dirigiram às urgências do HCC, em 2007, 85% eram beneficiários do SNS, e os restantes de diversos subsistemas, destacando-se entre estes a ADSE com 9%.

Figura III – Sistemas de Saúde - Urgência



Quadro III - Produção - Urgência

31 Actualmente integrados nos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Central e Ocidental, EPE.



N.º de episódios urgência	95.898
N.º de episódios a beneficiários de subsistemas	14.547
N.º de episódios facturados aos subsistemas	13.037
% de episódios facturados	89%
Tempo médio de facturação	25 dias

Dos episódios de urgência que não foram facturados (1.510), 27% tinham indicação de morada falsa ou inexistente, situações que podem potenciar a existência de perda de receita própria para o HCC. Os restantes diziam respeito a beneficiários que entraram pela urgência mas foram posteriormente internados, pelo que os episódios foram facturados como internamento e não como urgência.

No processo de facturação aos subsistemas o HCC demorou, em média, 25 dias a facturar os episódios de urgência.

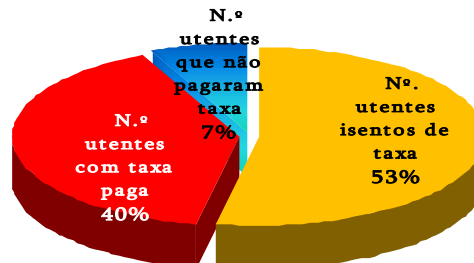
Quadro IV - Tempo médio de facturação

O quadro IV evidencia o tempo médio de facturação para os principais subsistemas, públicos (ADSE e IASFA) e privado (SAMS), com maior número de episódios de consulta em 2007.

Subsistemas com maior n.º de episódios	Média de dias
ADSE	16
IASFA	20
SAMS	59

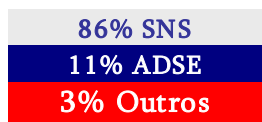
Figura IV – Taxas Moderadoras - Urgência

Observa-se que a percentagem de utentes isentos atingiu 53%, e os não isentos 47%, dos quais 7% não pagaram a respectiva taxa, tendo sido emitidas as respectivas notas de débito.



7.3.Consultas Externas

Dos 170.643 utentes que se dirigiram às consultas externas a grande maioria (86%) eram beneficiários do SNS. Dos subsistemas destaca-se a ADSE com 11%.



Quadro V - Produção – Consultas externas

Nº de episódios de consulta	170.643
N.º de consultas a beneficiários dos subsistemas	24.155
N.º de consultas facturadas aos subsistemas	24.110
% de consultas facturadas aos subsistemas	99,8%
Tempo médio de facturação aos subsistemas	29 dias

A facturação das consultas externas aos subsistemas atingiu praticamente os 100% dos episódios registados em 2007, revelando uma boa capacidade de cobrança desta receita.



Quadro VI - Tempo médio facturação das consultas

Subsistemas	Tempo médio facturação
ADSE	24 dias
IASFA	29 dias
SAMS	66 dias

Relativamente às taxas moderadoras a que os utentes estão sujeitos no acto da consulta, verifica-se existir uma percentagem bastante elevada de utentes abrangidos pelo regime de isenção, 68%. Dos utentes sujeitos ao pagamento da taxa moderadora, 54.530 (31,9%) efectuaram o respectivo pagamento, enquanto que 447 (0,3%) não o fizeram.

O tempo médio para a emissão da factura aos subsistemas foi de 29 dias. O quadro VI evidencia o tempo médio de facturação para os principais subsistemas, públicos (ADSE e IASFA) e privado (SAMS), com maior número de episódios de consulta em 2007.

Taxas moderadoras das consultas

Utentes isentos: 115.666 (67,8%)
 Utentes com taxa paga: 54.530 (31,9%)
 Taxa não paga: 447 (0,3%)

8. SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA

8.1. Balanço

O quadro seguinte evidencia a situação financeira e patrimonial do HCC nos últimos três anos.

Quadro VII - Balanço

Activo líquido	31.12.05		31.12.06		31.12.07		Δ%	Unid.euros
	Valor	%	Valor	%	Valor	%		
Imobilizado	47.707.067	59%	46.993.312	59%	46.056.841	56%	-1%	-2%
Imobilizações Corpóreas	47.707.067	59%	46.993.312	59%	46.056.841	56%	-1%	-2%
Circulante	33.818.934	41%	33.153.758	41%	35.923.349	44%	-2%	8%
Existências	3.703.169	5%	2.745.550	3%	2.193.339	3%	-26%	-20%
Dívidas de terceiros - curto prazo	29.787.169	37%	25.597.196	32%	22.907.439	28%	-14%	-11%
Disponibilidades	328.596	0%	675.019	1%	294.949	0%	105%	-56%
Acréscimos e Diferimentos	0	0%	4.135.993	5%	10.527.622	13%		155%
Total Activo	81.526.001	100%	80.147.070	100%	81.980.190	100%	-1,7%	2%
Fundos Próprios e Passivo								
Fundo Patrimonial	61.479.161	75%	59.720.685	75%	57.794.301	70%	-3%	-3%
Património	13.670.132	17%	13.670.132	17%	13.670.132	17%	0%	0%
Reservas	10.883.989	13%	11.030.369	14%	11.215.712	14%	1%	2%
Resultados Transitados	21.871.916	27%	32.014.831	40%	35.020.184	43%	46%	9%
R.Líquido Exercício	15.053.124	18%	3.005.353	4%	-2.111.727	-3%	-80%	-170%
Passivo	20.046.840	25%	20.426.385	25%	24.185.889	30%	2%	18%
Dívidas a terceiros-curto prazo	12.153.137	15%	7.506.151	9%	11.019.928	13%	-38%	47%
Acréscimos e Diferimentos	7.893.703	10%	12.920.234	16%	13.165.961	16%	64%	2%
Total Fundos Próprios e Passivo	81.526.001	100%	80.147.070	100%	81.980.190	100%	-1,7%	2%

Fonte: Balanço do HCC



Da análise do balanço³² são de destacar os resultados líquidos positivos em 2005, € 15.053.124, e em 2006, € 3.005.353. Esta situação alterou-se em 2007 na medida em que o resultado líquido atingiu o montante de € -2.111.727.

Quadro VIII - Resultado Líquido

Resultados	Unid.:euros			Δ%	
	31.12.05	31.12.06	31.12.07	05-06	06-07
Resultados Operacionais	16.315.920	3.615.114	-2.677.213	-78%	-174%
Resultados Financeiros	294.439	776.400	878.481	164%	13%
Resultados Correntes	16.610.359	4.391.513	-1.798.732	-74%	-141%
Resultados Extraordinários	-1.557.235	-1.386.161	-312.995	-11%	-77%
Resultado Líquido Exercício	15.053.124	3.005.353	-2.111.727	-80%	-170%

Fonte: Demonstração de Resultados do HCC

Para este resultado negativo terá contribuído concomitantemente a diminuição das transferências correntes provenientes do Orçamento de Estado e o aumento dos custos com o consumo de medicamentos, sem contrapartida em redução de custos, cuja origem só podia radicar numa melhor e mais racional gestão dos recursos disponíveis.

8.1.1. Imobilizado corpóreo

O imobilizado corpóreo bruto do HCC é composto, maioritariamente, nos três anos em análise, pelos edifícios e pelo equipamento básico.

Quadro IX- Imobilizado corpóreo bruto

Imobilizado corpóreo bruto	Unid.:euros							
	2005		2006		2007		Δ%	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	05-06	06-07
Terrenos	9.975.958	14,9%	9.975.958	14,4%	9.975.958	14,4%	0,0%	0,0%
Edifícios	27.342.369	40,8%	28.279.047	41,0%	28.565.828	41,3%	3,4%	1,0%
Equip. básico	23.691.317	35,4%	24.284.373	35,2%	23.307.185	33,7%	2,5%	-4,0%
Equip. transporte	135.600	0,2%	135.600	0,2%	130.762	0,2%	0,0%	-3,6%
Equip. administrat. e informático	4.504.487	6,7%	5.025.965	7,3%	5.842.112	8,4%	11,6%	16,2%
Outras imobilizações corpóreas ^(a)	1.298.059	1,9%	1.350.272	2,0%	1.365.108	2,0%	4,0%	1,1%
Total	66.947.791	100,0%	69.051.215	100,0%	69.186.953	100,0%	3,1%	0,2%

Fonte: Balanços do HCC

(a) Inclui as contas 425-Ferram. e utensílios, 427-Taras e vasilhame e 429 - Outras imobilizações corpóreas

No que concerne ao património imobiliário o HCC, na sequência do processo em curso de transição para Entidade Pública Empresarial, solicitou à Direcção-Geral do Tesouro e das Finanças³³ a avaliação do seu património com o objectivo de apurar o valor a incorporar no capital social e à eventual definição do valor de uma ou mais parcelas de terreno que possam vir a ser objecto de alienação.

³² O balanço mais detalhado encontra-se no Volume III, Anexo E.

³³ Ofício remetido em Setembro de 2007 e que até à presente data não foi obtida resposta.



Em termos de investimentos o HCC direccionou-os, em 2007, essencialmente para os equipamentos administrativos e informáticos, tendo estes registado um aumento de 16% face ao ano anterior.

Na área do imobilizado foram realizados testes substantivos, tendo sido seleccionada uma amostra com base na informação constante do ficheiro da aplicação de “gestão de materiais”³⁴ respeitante a aquisições de 2007. A amostra seleccionada representou 76% do valor pago e contabilizado na classe 4 – Imobilizações.

Do resultado desses testes confirmou-se a existência física desses bens, a sua inventariação, contabilização e correcção dos procedimentos subjacentes à sua aquisição. Verificou-se, ainda, que apesar de ser atribuído um número de inventário, pelo programa de “gestão de materiais”, aos bens de imobilizado, estes não se encontram etiquetados, impedindo um eficaz controlo dos mesmos.

Quanto a esta matéria, vem o HCC informar que no ano de 2009 “... *irá determinar a abertura de um procedimento de compra para um software de gestão de património...*” e a “*abertura simultânea de um procedimento de compra de serviços de consultoria para inventariação e reconciliação de todos os bens (...)* que compõem o património do Hospital”.

Os montantes contabilizados em amortizações são os constantes no presente quadro. Confirmou-se, por amostragem, que as amortizações foram calculadas, em 2007, tendo por base as taxas estabelecidas na Portaria n.º 671/2000, de 17 de Abril.

Quadro X - Amortizações

	2005	2006	2007
Saldo inicial	16.278.089	19.240.724	22.057
Amortizações do ano	2.962.635	2.886.713	3.088
Regularizações	0	69.534	2.016
Amortizações acumuladas	19.240.724	22.057.902	23.130

Fonte: Mapa 8.2.7- amortizações e provisões

As amortizações são calculadas no final do ano por integração do ficheiro da “gestão de materiais”. Deste modo, não está reflectida nos balancetes mensais a depreciação real dos bens constantes da base de dados do imobilizado, mas somente a 31.12.2007.

Em 2007, o HCC procedeu a regularizações do seu imobilizado no montante de € 2.016.652³⁵, conforme se observa no quadro supra. Estas regularizações resultam dos abates de bens, devidamente autorizados pelo CA, que constavam do ficheiro de imobilizado e que já não existiam fisicamente no hospital.

³⁴ O ficheiro da “gestão de materiais” solicitado ao HCC foi entregue em formato TXT (Bloco de Notas) o que impossibilitou a transferência de dados para o EXCEL não permitindo assim seleccionar a amostra através do EXCEL ou do IDEA, pelo que a amostra foi seleccionada aleatoriamente com base na informação em suporte de papel.

³⁵ A listagem dos bens que acompanhou a informação para colher autorização do CA para abate desses bens totalizava o valor de € 2.047.094,75, este valor foi posteriormente ajustado aquando da integração do ficheiro da aplicação de inventário no SIDC.

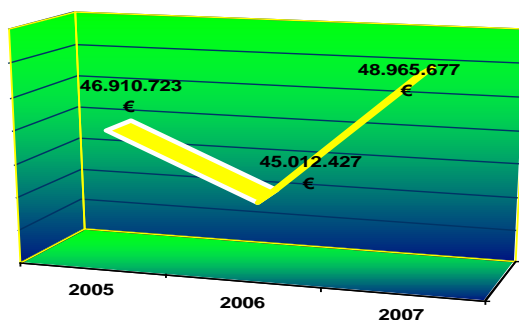


8.1.2. Existências

Nesta área verificou-se que:

- * As existências não foram periodicamente sujeitas a inventariação física, contrariando o disposto no POCMS³⁶.
- * No final do ano foram efectuadas contagens físicas às existências das quais resultaram regularizações aprovadas pelo CA. Na gestão dos stocks destas existências é utilizado o sistema de inventário permanente.
- * O SIDC não permite que a informação resultante da aplicação da “gestão de stocks” das existências seja integrada automaticamente, impedindo o registo contabilístico permanente dos consumos.
- * À semelhança do que aconteceu no biénio 2005/2006, as existências no final de 2007 também diminuíram relativamente a 2006, passando de € 2.745.550 para € 2.193.339 (cfr. quadro VII) o que revela uma gestão mais eficiente quer do planeamento das compras quer na gestão de stocks destes produtos. Por sua vez, as compras (liquidadas de descontos e abatimentos) registaram as variações constantes na figura seguinte:

Figura V - Compras



Em 2006 as compras diminuíram 4% tendo em 2007 crescido 9%. Este crescimento deveu-se essencialmente ao aumento das aquisições com os medicamentos (cfr. ponto 8.2.1).

No final do ano de 2007 foram efectuadas regularizações às existências no montante de € 651.126, representando um aumento significativo relativamente ao ano anterior, € 54.623. Foram, assim, contabilizadas em quebras (conta 693 – Perdas em Existências) o montante de € 36.168 e em sobras (conta 793 – Ganhos em Existências) o montante de € 687.294.

Em resultado da análise efectuada aos processos de aquisição de medicamentos e de consumo clínico seleccionados³⁷, foi confirmada a legalidade e regularidade dos procedimentos e dos registos contabilísticos. Nas contagens físicas efectuadas no âmbito dos testes de controlo, em 2008, aos medicamentos e material de consumo clínico, foram detectadas algumas divergências que se encontram referidas no ponto 8.2.1.

8.1.3. Evolução da dívida de terceiros

As demonstrações financeiras do HCC, evidenciam as seguintes dívidas de terceiros no triénio 2005/2007:

³⁶ No decurso do trabalho de campo da auditoria, constatou-se que o serviço de aprovisionamento se encontrava a elaborar uma proposta de regulamento interno para esta área, a submeter à aprovação do CA.

³⁷ 12% do total da despesa efectuada (€48.078.678) nas rubricas 3161 - Medicamentos e 3162 -Material de consumo clínico.



Quadro XI - Dívidas de terceiros

Unid: euros

Código	Dívidas de terceiros (b)	2005		2006		2007		Δ%	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%	05-06	06-07
211	Clientes c/c	10.680.607	33%	5.934.086	21%	6.178.031	23%	-44%	4%
	Subsistemas	9.951.122	31%	5.347.803	18%	5.695.194	21%	-46%	6%
	Companhias de seguros	193.359	1%	170.081	1%	178.177	1%	-12%	5%
	Outros clientes	536.127	2%	416.202	1%	304.660	1%	-22%	-27%
215	Instituições do M.Saúde	1.866.562	6%	1.530.026	5%	3.202.128	12%	-18%	109%
218	Clientes cobrança duvidosa	3.553.759	11%	3.951.771	14%	4.487.367	17%	11%	14%
	Subsistemas	54	0%	0	0%	456.437	2%		
	Companhias de seguros	1.841.758	6%	1.842.664	6%	1.725.364	6%	0%	-6%
	Outros clientes	1.711.946	5%	2.109.107	7%	2.305.566	9%	23%	9%
26	Outros devedores	16.425.927	50%	17.491.842	61%	12.765.151	48%	6%	-27%
	Outros (a)	5.244	0%	2.762	0%	4.013	0%	-47%	45%
	Total	32.532.099	100%	28.910.487	100%	26.636.690	100%	-11%	-8%

Fonte: Balançetes do razão geral do HCC

(a) Estado e adiantamentos a fornecedores

(b) Sem considerar as provisões para cobrança duvidosa

As dívidas de terceiros, em termos globais, têm registado sucessivos decréscimos neste triénio, -11% entre 2005 e 2006 e -8% no biénio seguinte.

Em 2007 é de realçar o aumento, relativamente ao ano anterior, de 109% nas dívidas das **Instituições do Ministério da Saúde** que resulta essencialmente do facto de, nesse ano, os hospitais não terem efectuado encontro de contas entre as instituições do SNS, e ainda, nos clientes de cobrança duvidosa que nos biénios analisados teve acréscimos de 11% e 14%, respectivamente.

Na rubrica **218-Clientes de Cobrança Duvidosa**, são as dívidas de outros clientes³⁸ e companhias de seguros que maior peso detêm no seu total. O montante de € 456.437 registado em subsistemas, 92% respeita à dívida do subsistema privado SAMS. Em 31.12.2007 a dívida total dos SAMS ascendia a € 1.017.312³⁹. O hospital, através do Gabinete Jurídico e de Contencioso (GJC), encontra-se a diligenciar pela recuperação destas dívidas.

Na rubrica **26 – Outros Devedores**, em 2007, encontra-se registado o valor em dívida das ARS para com o hospital, no montante de €11.636.215⁴⁰, respeitante à facturação de medicamentos, e com uma antiguidade que remonta a 1998, conforme se pode observar nos quadros XII e XIII.

O HCC nos últimos anos tem diligenciado junto das ARS⁴¹ a recuperação do montante em dívida que não foi abrangida pelo encontro de contas entre instituições do SNS, que vigorou até 2006⁴².

³⁸ Utentes sem identificação da entidade responsável pelos pagamentos dos cuidados de saúde prestados.

³⁹ Em 2008, o SAMS pagou ao hospital € 220.276.

⁴⁰ No final de 2007 a ACSS, IP, por despacho de 28 de Novembro de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde foi autorizada a reter duodécimos das ARS e a transferi-los para os hospitais, por contrapartida de créditos reclamados por estes junto das ARS, sendo os montantes transferidos afectos a pagamento das dívidas dos hospitais aos fornecedores externos do SNS. Neste âmbito o HCC recebeu €2.812.541.

⁴¹ Através de ofícios.

⁴² A ACSS, IP, deu orientações, em finais de 2007, aos hospitais para que estes efectuassem encontro de contas regulares entre as diversas instituições, sem intervenção central, de modo evitar o avolumar de dívidas entre estas.



Quadro XII - Antiguidade da dívida das ARS

	Uni. Euros		
	Até 2005 ^(a)	2006	2007
Dívida das ARS	9.026.474	2.162.396	447.344
(a) Inclui facturas desde 1998.			
Fonte: Extrato da conta 26- outros devedores			

Quadro XIII – Dívida por ARS

ARS	Uni. Euros Valor em dívida
ARS Alentejo	66.788
ARS Algarve	98.233
ARS Centro	79.963
ARS LVT	11.389.222
ARS Norte	2.008
Total	11.636.215

Fonte: Extrato da conta 26- outros devedores

Esta situação falseia a classificação de exigibilidade das dívidas de terceiros, que sendo registada como de curto prazo na realidade não o é, o que poderá originar de futuro dificuldades no cumprimento das suas obrigações.

Para além disso, o HCC a partir de 2007 tem procedido à circularização dos saldos de clientes, com o objectivo de identificar possíveis divergências entre estes saldos e os registados na contabilidade do hospital.

O total das dívidas de terceiros em 2007 encontra-se subavaliado uma vez que não está contabilizada a dívida dos utentes resultante do não pagamento das taxas moderadoras⁴³. Quando o utente não paga de imediato a taxa moderadora é emitida uma nota de débito que fica apenas registada no sistema SONHO não sendo integrada na contabilidade.

Esta situação deve-se ao facto de o SIDC não permitir de forma automática a integração das notas de débito o que impossibilita o reconhecimento do valor da dívida pelos serviços financeiros, não tendo o HCC procedido ao seu registo manual. A manter-se esta situação, estaríamos perante uma eventual infracção financeira susceptível de gerar responsabilidade sancionatória, nos termos do artigo 65º, n.º 1, alínea d), do da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

Contudo, e atendendo às alegações apresentadas pelos responsáveis (cfr. ponto 3.4.2) que informam das diligências já efectuadas pelo HCC junto da ACSS, I.P. para a resolução do problema, considera-se que estão reunidos os pressupostos para a relevação da eventual responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto no artigo 65º, n.º 8, da Lei n.º 98/97, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, e pela Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto.

O montante em dívida das taxas moderadoras em 2007 atingiu a valor de € 150.862⁴⁴, verificando-se, que este valor representa um acréscimo de 37% relativamente ao ano anterior (cfr. quadro seguinte).

⁴³ O espírito que esteve na criação da taxa moderadora foi, para além de mais, disciplinar o recurso abusivo aos cuidados hospitalares. Contudo, obriga a ética e o dever (constitucionalmente consagrado) que todos os utentes que acorrem ao hospital sejam tratados. Não pode o hospital deixar de tratar ou socorrer, ao seu nível, os utentes alegando a falta de pagamento de taxa moderadora.

⁴⁴ Em 2007, o HCC arrecadou €1.090.106 em resultado da cobrança das taxas moderadoras na Consulta Externa, na Urgência, no Internamento, dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MDCT) e Outros.



Quadro XIV - Taxas moderadoras por cobrar

	Unid.:Euros				
	2005	2006	2007	Δ%	Δ% 06/07
Consulta e MCDT	12.518,04	10.179,95	12.552,15	-19%	23%
Laboratório	3.825,65	1.704,15	860,60	-55%	-49%
Radiologia	94,20	452,25	696,65	380%	54%
UCA **			2.690,00		
Urgência	83.582,95	97.522,03	107.972,15	17%	11%
Internamento **			26.090,00		
Total	100.020,84	109.858,38	150.861,55	10%	37%

**As taxas de internamento entraram em vigor a partir de 1.04.2007

Fonte: Serviço de Gestão de Doentes

Da análise do presente quadro verifica-se que o valor total das taxas moderadoras por cobrar tem aumentado progressivamente, entre 2005 e 2007, tendo contribuído essencialmente para esse crescimento, em termos absolutos, os serviços de internamento⁴⁵ e o da urgência. Durante o exercício de 2007, o HCC diligenciou no sentido de uma efectiva cobrança das taxas moderadoras relativas a anos anteriores.

O HCC face ao volume significativo de facturas em dívida, definiu como critérios de prioridade o montante e o prazo de prescrição. Assim, estão actualmente a ser cobrados os valores referentes às facturas de 2005.

Com o objectivo de coadjuvar na resolução dos processos pendentes o HCC contratou, em regime de avença, a Sociedade de Advogados Barrocas Sarmiento Neves (BSN), afim de colaborar com o GJC de modo a obter uma maior eficácia na cobrança da receita proveniente da actividade assistencial do hospital.

O quadro seguinte reflecte a receita cobrada no triénio 2005-2007, proveniente de processos judiciais e extrajudicial que se encontravam em contencioso.

Quadro XV- Cobrança de dívidas

	Unid.:euro						
	2005		2006		2007		
	Pag. Judicial + Pag. extrajudicial	Pag. Judicial	Pag. Extrajudicial	Total	Pag. Judicial	Pag. Extrajudicial	Total
Gabinete Jurídico Contencioso	502.677,09	143.709,41	812.345,07	956.054,48	137.333,60	658.265,26	795.598,86
BSN	a)	18.512,28	276.950,64	295.462,92	124.337,45	595.387,15	719.724,60
Total	502.677,09	162.221,69	1.089.295,71	1.251.517,40	261.671,05	1.253.652,41	1.515.323,46

a) a separação dos valores cobrados pelo GJC e pela BSN, iniciou-se em Agosto de 2006

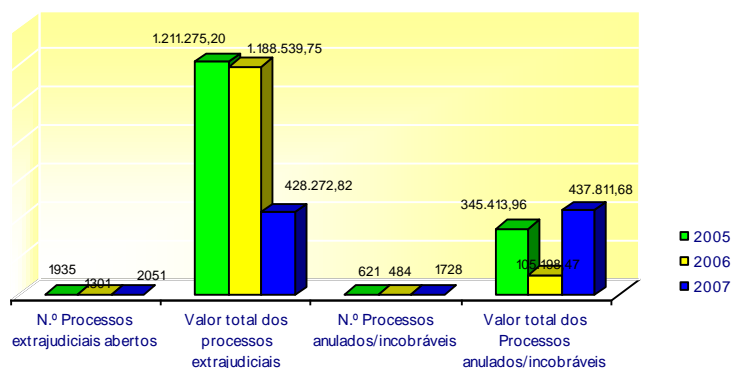
Nota: Gabinete Jurídico e de contencioso

A receita cobrada no triénio 2005-2007, aumentou cerca de 201%, (€ 1.012.646,37) registando-se o maior acréscimo em 2006 face a 2005 (149%).

⁴⁵ Cfr. Portaria n.º 395-A /2007, de 30 de Março.



Figura VI – Processos em contencioso e incobráveis



O valor dos processos extrajudiciais abertos pelo GJC do hospital registou uma diminuição no triénio, apesar de ter aumentado o número de processos em 2007. Relativamente à evolução dos processos anulados/incobráveis verificou-se uma diminuição em 2006 (484) face ao ano anterior (621), contrariamente ao ocorrido em 2007 que aumentou significativamente (1728), tendo ficado por cobrar o montante de €437.811.

As causas que têm contribuído para a incobrabilidade das facturas prendem-se, na sua maioria, com o valor das mesmas (inferior a 3 unidades de conta)⁴⁶ e também com a impossibilidade de notificar o utente devedor (por ausência de morada ou morada falsa).

8.1.4. Disponibilidades

O HCC cumpriu com o princípio de unidade de tesouraria do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 191/99, de 5 de Junho, uma vez que dispunha de duas contas bancárias, uma no Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, I.P. (IGCP) e outra no Banco Santander Totta (BST), tendo esta última como objectivo o pagamento do aluguer dos terminais de pagamento automático (TPA)⁴⁷.

O HCC mantém um controlo efectivo das suas disponibilidades, nomeadamente através da elaboração de balanços diários de caixa, de reconciliações bancárias periódicas, e de outros controlos instituídos para o efeito. Paralelamente, são efectuadas conferências ao cofre com a presença do responsável da área financeira⁴⁸.

Para fazer face a despesas de pequeno montante de carácter urgente e imprevisível, o CA aprovou o regulamento de fundos de maneo e autorizou a sua constituição para o Serviço de Aprovisionamento, Serviço de Instalações e Equipamentos e para o Serviço Social, no valor de € 1.500, € 500 e de € 400, respectivamente.

A constituição e a reposição dos fundos de maneo eram feitas através de cheque cruzado emitido à ordem dos responsáveis dos serviços que geriam esses fundos, sendo os mesmos

⁴⁶ De acordo com o artigo 6º do Decreto-Lei nº 212/89, de 30 de Junho, e das disposições conjugadas do artigo 5º do mesmo diploma, com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei nº 323/01, de 17 de Dezembro e o valor da retribuição mínima mensal garantida fixado pelo artigo 1º do Decreto-Lei nº 238/2005, de 30 de Dezembro, o valor da UC é de €96 para o triénio 2007-2009. Nesse sentido, o Despacho do Ministro da Saúde n.º267 de 2005 (cfr. alínea c), do n.º 1), veio estabelecer a competência do CA para declarar como incobráveis as dívidas inferiores a 3 UC (€288).

⁴⁷ Na fase de levantamento de circuitos ao sistema de controlo interno implementado nos serviços financeiros ainda não de encontrava disponibilizado, pelo IGCP, IP, os TPA aos organismos públicos (a partir de Julho de 2008).

⁴⁸ No decurso de auditoria foi efectuada uma conferência ao cofre não se tendo detectado nenhuma situação irregular.



Tribunal de Contas

Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral

depositados nas contas bancárias dos próprios. Os serviços financeiros controlavam os montantes utilizados mantendo para o efeito um registo desses valores e as fases do circuito da despesa.

Não obstante se ter verificado um controlo efectivo quer do circuito da despesa quer do controlo sobre o limite da mesma, este procedimento considera-se incorrecto tendo em conta que o mesmo poderá potenciar uma utilização indevida desses valores. Para o cálculo do rácio *Days Cash on Hand*, foi elaborado o seguinte quadro.

Quadro XVI- Days Cash on Hand

		2005	2006	2007
(1)	Disponibilidades	328.596,31 €	675.018,81 €	294.948,90 €
(2)	Total de Custos	113.808.588,15 €	112.098.449,88 €	117.496.706,36 €
(3)	Dívidas Incobráveis	283.352,35 €	151.651,25 €	329.139,33 €
(4)	Perdas Existências/Imobiliz.	178.648,48 €	100.999,78 €	69.987,57 €
(5)	Amortizações e Provisões	3.276.772,67 €	3.455.073,74 €	3.504.821,34 €
(6)=(2)-(3)-(4)-(5)	Despesas Totais	110.069.814,65 €	108.390.725,11 €	113.592.758,12 €
(7)	Despesas Totais/365	301.561,14 €	296.960,89 €	311.213,04 €
(6)=(1)/(7)	Days Cash on Hand	1,09	2,3	0,9

Verifica-se que em 2007 este rácio atingiu cerca de um dia.

8.1.5. Evolução da dívida a terceiros

Na área de dívidas a terceiros observou-se o seguinte:

Quadro XVII – Dívidas a terceiros

Código	Dívidas a terceiros	Unid. Euros							
		2005		2006		2007		Δ%	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%	05-06	06-07
221	Fornecedores c/c	10.144.600	83%	4.541.843	61%	7.074.924	64%	-55%	56%
261	Fornecedores imobilizado	168.264	1%	14.900	0%	262.096	2%	-91%	1659%
24	Estado e Outros Entes Públicos	100.861	1%	687.950	9%	229.938	2%	582%	-67%
26	Outros credores	1.739.413	14%	2.261.458	30%	3.452.969	31%	30%	53%
	Total	12.153.137	100%	7.506.150	100%	11.019.928	100%	-38%	47%

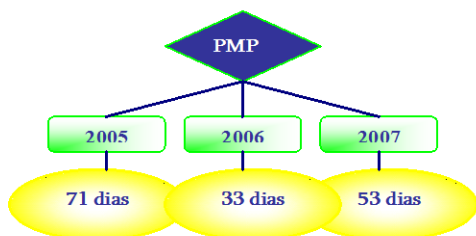
Fonte: Balancetes do razão geral do HCC

- ✖ As dívidas a terceiros aumentaram 47% no último biênio, passando de € 7.506.150 para € 11.019.928, devido, essencialmente, ao aumento da dívida a fornecedores c/c e de outros credores, contrariamente ao biênio anterior que registou um decréscimo de 38%.
- ✖ Está instituído o procedimento contabilístico da utilização regular da conta 228 – Fornecedores – facturas em recepção e conferência.
- ✖ A diminuição das dívidas ao Estado e Outros Entes Público (-67%), em 2007.
- ✖ Não são efectuadas circularizações aos saldos de fornecedores.
- ✖ Nos anos em análise os prazos médios de pagamento (PMP)⁴⁹ foram os seguintes:

49 Calculado de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008, de 22 de Fevereiro, no âmbito do Programa Pagar a Tempo e Horas.



Figura VII-Prazo médio de pagamento



No final de 2007, o prazo médio de pagamento a fornecedores de bens e serviços do HCC (53 dias⁵⁰), fixou-se abaixo da média das Unidades de Saúde do SPA (76 dias)⁵¹, tendo o hospital obtido descontos financeiros na ordem dos 3%, junto de alguns fornecedores.

Em sede de contraditório, o HCC vem alegar que *“ todos os anos (...) procedem à conferência das contas correntes de todos os fornecedores do Hospital. Acrescenta ainda que “Está actualmente em curso a verificação das contas dos fornecedores que têm o registo da facturação até 31 de Dezembro de 2008”*. Estes procedimentos não invalidam a realização da circulação aos saldos dos fornecedores, mantendo-se assim a conclusão.

8.1.6. Provisões para cobranças duvidosas

O volume de provisões para cobranças duvidosas totalizou € 3.729.251 no exercício de 2007, representando um aumento de € 415.960 face ao ano anterior, devido essencialmente à constituição da provisão para as dívidas das companhias de seguros e outros clientes. Estas provisões foram calculadas de acordo com o estipulado no POCMS.

8.1.7. Acréscimos e diferimentos

Em conformidade com o princípio da especialização do exercício, o HCC regista nestas contas os proveitos e os custos quando obtidos ou incorridos no exercício, independentemente do efectivo recebimento ou pagamento.

Quadro XVIII- Acréscimos e Diferimentos

	31.12.05	31.12.06	Unid.:euros 31.12.07
Activo			
271 - Acréscimos de Proveitos	0	4.135.993	10.527.622
272 - Custos Diferidos	0	0	0
Total	0	4.135.993	10.527.622
Passivo			
273 - Acréscimos de custos	0	5.024.985	5.252.512
274 - Proveitos diferidos	7.893.703	7.895.249	7.913.449
Total	7.893.703	12.920.234	13.165.961

Fonte: Balanços do HCC

Em 2007, na conta 271- **Acréscimos de Proveitos** encontram-se registados os proveitos respeitantes a serviços prestados aos utentes do HCC (€ 1.296.000) e ainda não facturados às respectivas entidades responsáveis pelo seu pagamento, as

transferências por receber da ACSS, IP, pelos transplantes efectuados a utentes do SNS (€ 3.002.029) e o valor por facturar (€ 6.229.593) relativo a medicamentos cedidos gratuitamente aos utentes na farmácia de ambulatório, que em 2007 registou um grande atraso na conferência dos mesmos por parte do hospital, devido essencialmente à mudança do programa informático na farmácia hospitalar⁵².

50 (Dívidas de curto prazo a fornecedores / Aquisição de bens e serviços) * 365.

51 Esta informação foi obtida através do endereço electrónico www.acss.min-saude.pt.

52 Perante os problemas existentes e identificados pelo hospital na aplicação existente nos serviços farmacêuticos (UNIX) e na impossibilidade de facturar toda a receita inerente aos medicamentos fornecidos aos utentes na farmácia durante o ano de 2007, foi solicitado à Tutela, ao abrigo de um protocolo entre a ACSS/CPC/HS, financiamento para a implementação de uma única aplicação informática abrangente para toda a área do medicamento – Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento (SGICM) da CPC/HS.



Na conta **273-Acréscimos de Custos** encontram-se registados como custos do exercício, dado que a despesa ocorrerá apenas em 2008 sendo que o valor mais significativo respeita aos encargos com as férias e subsídios de férias, € 5.019.415.

Na conta **274-Proveitos Diferidos** estão contabilizados diversos subsídios à aquisição de imobilizado, provenientes do PIDDAC e de entidades privadas.⁵³

8.2. Demonstração de Resultados

8.2.1. Custos e Perdas

A análise seguinte evidencia a situação económica nos anos de 2005 a 2007, do HCC⁵⁴.

Quadro XIX Custos e Perdas

Código	Custos	Unid.:euros								
		31.12.05		31.12.06		31.12.07		Δ%	05-06	06-07
		Valor	%	Valor	%	Valor	%			
61	CMVMC ¹	46.694.418	41,0%	46.024.668	41,1%	50.169.014	42,7%	-1,4%	9,0%	
62	Fornec. Serviços Externos	9.988.399	8,8%	11.632.135	10,4%	12.117.187	10,3%	16,5%	4,2%	
64	Custos c/ Pessoal	47.852.548	42,0%	48.722.659	43,5%	50.351.519	42,9%	1,8%	3,3%	
66+67	Amortizações/Provisões	3.276.773	2,9%	3.455.074	3,1%	3.504.821	3,0%	5,4%	1,4%	
65	Outros Custos Operacionais	16.273	0,0%	40.934	0,0%	29.088	0,0%	151,5%	-28,9%	
68	Custos e Perdas Financeiras	17.930	0,0%	6.781	0,0%	9.672	0,0%	-62,2%	42,6%	
69	Custos e Perdas Extraordinárias	5.962.246	5,2%	2.216.200	2,0%	1.315.405	1,1%	-62,8%	-40,6%	
	Total de custos	113.808.588	100,0%	112.098.450	100,0%	117.496.706	100,0%	-1,5%	4,8%	

¹ Respeita apenas a matérias de consumo

Fonte: Demonstração de Resultados do HCC

Em termos globais, os custos sofreram uma diminuição de 1,5% entre 2005 e 2006, tendo aumentado 4,8% entre 2006 e 2007. Em qualquer dos três anos em análise são os custos com as matérias de consumo e com o pessoal que maior peso têm nesta estrutura, conforme se desenvolve nos pontos seguintes.

8.2.1.1. CUSTOS COM AS MATÉRIAS DE CONSUMO

Na conta **616- Custos com as Matérias de Consumo** registaram um aumento de 9% face ao ano anterior, resultante, essencialmente, do aumento do consumo de medicamentos.

Rubricas	2005	2006	2007
Medicamentos	70,2%	72,3%	73,0%
Material de consumo clínico	20,2%	18,7%	18,3%
Reagentes	8,2%	7,7%	7,9%
Outros materiais	1,4%	1,3%	0,8%
Total matérias consumo	100%	100%	100%

Fonte: Balançetes do razão geral

Quadro XX – Decomposição das matérias de consumo

O quadro XX evidencia o peso das diversas rubricas que compõem os custos com as matérias de consumo, destacando-se os medicamentos que representam mais de 70%, nos três anos em análise. O material de consumo clínico é a segunda rubrica mais representativa destes custos com 20% em

2005 e 18% em 2006 e 2007.

⁵³ Segundo o POCMS incluem-se na conta 2745- Subsídio para investimento os subsídios/transferências que devam ser movimentados numa base sistemática para a conta 7983-Proveitos e Ganhos Extraordinários à medida que forem contabilizadas as amortizações do imobilizado a que respeitam.

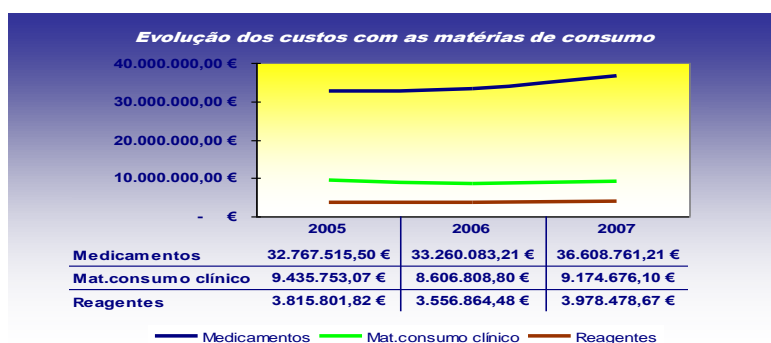
⁵⁴ A Demonstração de Resultados encontra-se no Volume III, Anexo E.



Não obstante estas duas rubricas terem um peso expressivo nos custos com matérias de consumo, o HCC não procede a uma análise de custo-benefício aquando da aquisição destes bens.

Relativamente à não realização de uma Análise Custo-Benefício, não se alcança o que o HCC quer dizer com “...*é um processo técnico complexo que não se compadece com as necessidades de comprar bens para uso imediato como sejam os medicamentos ou materiais de consumo clínico...*”, reconhecendo que “...*para os projectos de investimento de maior valor financeiro tem sido, desde o início, preocupação constante e objectivo a alcançar por este Conselho de Administração (...)*”. Apesar de o HCC reconhecer a pertinência da Análise Custo-Benefício, no entanto não efectua essa análise, pelo que os esclarecimentos prestados em nada alteram as conclusões constantes do relatório.

Quadro XXI – Evolução das matérias de consumo



Os medicamentos, o material de consumo clínico e os reagentes são as matérias de consumo que mais contribuíram para o aumento destes custos.

Só em 2007 os medicamentos aumentaram 10% relativamente ao ano anterior.

O aumento do consumo de medicamentos ocorreu essencialmente nos serviços de ambulatório, internamento e oncologia médica. No serviço de ambulatório, o aumento deveu-se ao acréscimo da produção e da implementação de um novo procedimento no tratamento de doentes com carcinoma hepático⁵⁵. No bloco operatório, e com reflexos no internamento, o crescimento do consumo de medicamentos está relacionado com o aumento do número de transplantes efectuados.

Considerando o crescimento dos custos totais dos **medicamentos** e do **material de consumo clínico** e o seu peso significativo face ao total dos custos com as **matérias de consumo**, foram efectuados testes no decurso da auditoria (2008) com o objectivo de avaliar o controlo exercido pelos Serviços de Farmácia e de Aprovisionamento⁵⁶, relativamente ao consumo e distribuição daqueles produtos⁵⁷, tendo-se concluído o seguinte:

⁵⁵Implementação da quimioembolização no carcinoma hepatocelular, em que são utilizados citostáticos através de microsfaras.

⁵⁶A contagem física foi efectuada na farmácia de ambulatório, no armazém da farmácia e nos serviços de internamento (nos armazéns avançados e stocks dos serviços de Cirurgia Geral (A e B), Cardiologia (Unidade de Intervenção Vasculard), Unidade de Transplantes, Ortopedia (A e B). Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Infecçciologia.

⁵⁷Foram seleccionados para efeitos de testes de controlo, os dez fármacos (o grupo dos anti-infecciosos e o subgrupo dos antiretrovíricos) que em 2007 representaram 44,35% e 35,04%, respectivamente do total do consumo de medicamentos, e os dez produtos de material de consumo clínico que apresentaram maior peso em termos de consumo, em 2007.



- ✘ A existência de uma gestão racional dos medicamentos⁵⁸ associada às formas de distribuição existentes na farmácia do HCC⁵⁹.
- ✘ Avaliação, pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, na introdução de novos medicamentos ao nível farmacológico, de eficácia, de segurança e de custo de efectividade.
- ✘ A maioria dos medicamentos existentes nos serviços, onde foi efectuada a contagem física, encontrava-se acima do nível estabelecido como stock de segurança. A presente situação influencia a média de consumos⁶⁰ apurada pela farmácia para efeitos de estimativa das aquisições para o ano seguinte, pelo que o hospital diligenciou pela sua correcção.
- ✘ Divergências entre o registo no sistema informático e as existências no armazém da farmácia por uma não actualização atempada dos registos.
- ✘ A reposição do material de consumo clínico nos armazéns avançados⁶¹ dos diversos serviços é feita em conformidade com as quantidades previamente acordadas com estes e introduzidas no sistema informático.
- ✘ Da contagem física realizada ao material de consumo clínico foram detectadas algumas diferenças⁶², justificadas pela falta de registo de saída do material e pelos registos efectuados de forma incorrecta (p.ex. troca de códigos dos produtos e quantidade).

De referir ainda que a farmácia de ambulatório regista um movimento anual de cerca de 6.000 doentes (uma média de 200 por dia). O custo com os medicamentos cedidos na farmácia aos doentes do SNS é da responsabilidade do hospital⁶³. Aos doentes beneficiários de subsistemas de saúde o hospital factura o valor dos medicamentos aos respectivos subsistemas.

Verificou-se que estão a ser alargadas as medidas de controlo da gestão de stocks nos serviços hospitalares, nomeadamente através da implementação do sistema de prescrição *on line* no internamento (a farmácia recebe por via electrónica a prescrição médica, que valida e posteriormente procede à sua distribuição).

⁵⁸As requisições e notas de encomenda respectivas estão em transmissão on-line. No fecho de cada mês são gerados ficheiros através da aplicação CPS/HC, que contemplam todo o tipo de movimentos efectuados (entradas, saídas, devoluções, inutilizações, etc.) que são enviados aos Serviços Financeiros para integração no sistema e efeitos contabilísticos.

⁵⁹Distribuição individual em dose unitária; distribuição personalizada diária (medicamentos sujeitos a justificação e controlo especial); reposição de stocks nivelados (plano semanal de dispensa de medicamentos por níveis) e cedência de medicamentos no ambulatório através da prescrição médica.

⁶⁰A saída do medicamento da farmácia é registada como consumo.

⁶¹São armários existentes nos serviços para armazenagem de material de consumo clínico.

⁶²Situações de rotura e excesso de stocks. Tendo-se verificado ainda que da lista retirada do sistema informático CPC/HS do serviço de Ortopedia, constavam dois artigos que não são utilizados/requisitados por esse serviço.

⁶³O controlo da cedência de medicamentos a doentes com HIV (1900 doentes) é feito pelo programa informático CPC/HS que permite visualizar o historial do doente e controlar se este se encontra a efectuar a medicação seguida. Caso o doente não esteja a cumprir a prescrição médica essa situação é detectada pelo responsável da farmácia de ambulatório no momento do aviamento da prescrição apresentada pelo doente. Nesta situação o doente é penalizado sendo obrigado a pagar os respectivos medicamentos.



8.2.1.2. CUSTOS COM PESSOAL

A conta **64-Custos com pessoal** constitui a segunda maior parcela dos custos totais do HCC, tendo, em 2007, ascendido a €50.351.519, o que representa 42,9% destes custos.

Relativamente aos custos com o pessoal operacional “*Front Office*” e com o pessoal não afecto a actividades operacionais “*Back Office*” verifica-se que estes grupos tiveram um peso de 81,3% (€40.912.562) e 18,7% (€9.438.956) respectivamente.

A dotação global dos recursos humanos está fixada na Portaria n.º 717/95, de 5 de Julho, que aprovou o quadro de pessoal, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.ºs. 1129/97, de 7 de Novembro e 984/98, de 24 de Novembro. A evolução dos recursos humanos⁶⁴ no triénio 2005/2007 encontra-se reflectida no quadro seguinte.

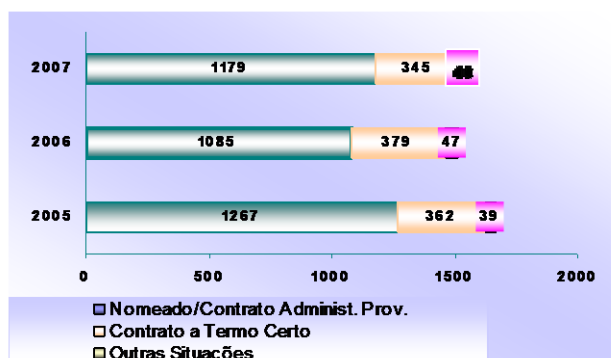
Quadro XXII- Recursos Humanos

Em 2006, os recursos humanos do HCC registaram um decréscimo de cerca de 9,4% face a 2005, tendo contribuído para esta situação a diminuição do pessoal nomeado ou em contrato administrativo de provimento (-14,4%). Em 2007, verificou-se um ligeiro acréscimo (3,5%) face a 2006, apesar de ter ocorrido uma diminuição nos contratos a termo certo (9%) e nas outras situações (14,9%).

	Anos			Δ%	
	2005	2006	2007	05-06	06-07
Nomeado/Contrato Administ. Prov.	1267	1085	1179	-14,4	8,7
Contrato a Termo Certo	362	379	345	4,7	-9,0
Outras Situações	39	47	40	20,5	-14,9
Total	1668	1511	1564	-9,4	3,5

Nota: Balanço Social de 2005, 2006 e 2007

Figura VIII- Evolução dos Recursos Humanos



O acréscimo de pessoal verificado em 2007 deve-se ao aumento do número dos funcionários nomeados/contrato administrativo de provimento (89 nomeados e 5 contratos administrativos de provimento).

Em 2007, os recursos humanos existentes no HCC e a sua distribuição por grupos profissionais era a seguinte:

⁶⁴ O HCC utiliza a aplicação informática RHV (Recursos Humanos e Vencimentos) disponibilizada pela ACSS, I.P., a qual nos termos da sua lei orgânica, aprovada pelo Decreto-lei n.º 219/2007, de 29 de Maio, cabe-lhe coordenar as actividades no MS no planeamento de recursos humanos do SNS, suportado num adequado sistema integrado de informação (cfr. alínea a), do n.º 2 do artigo 3º).



Quadro XXIII – Distribuição dos Recursos Humanos

Da análise do quadro XXIII observa-se que, em 2007, o número de pessoal contratado além quadro corresponde a 81% dos lugares vagos. Contrariando esta tendência, encontra-se o grupo profissional dos médicos em que o número de contratados além quadro supera em cerca de 112% os lugares vagos existentes⁶⁵.

Grupos Profissionais	Dotação	Lugares Quadro	Lugares Vagos	Além Quadro
Dirigentes	17	1	8	10
Médicos	257	205	52	110
Enfermeiros	556	332	224	138
Técnicos Superiores de Saúde	17	10	4	6
Técnicos Superiores	18	12	6	0
Técnicos Diagnóstico e Terapêutica	184	136	48	45
Administrativos	218	118	100	53
Informática	11	4	7	0
Serviços Gerais	331	236	95	100
Auxiliares	18	14	4	0
Outros	44	23	21	0
Total	1671^(a)	1091	569	462
Fonte: Serviço de Recursos Humanos - sector de nomeações				
(a) 1671 = 1091+569+11 (lugares do quadro a vagar quando extinguirem)				

Em 2007, o encargo com horas extraordinárias foi de € 3.124.165, o que comparativamente a 2006 (€ 3.622.555) representa um decréscimo de cerca de 14% (€ 498.390), correspondendo a uma diminuição de 19.601 horas extraordinárias, sendo o grupo profissional dos médicos que, em valor absoluto, mais contribuiu para esse decréscimo⁶⁶.

Não obstante ter ocorrido uma redução do trabalho extraordinário em 2007, e conseqüentemente um decréscimo do encargo com esta rubrica (€498.390), o facto é que o hospital, para dar resposta às necessidades permanentes e inadiáveis de vários serviços⁶⁷, continuou a autorizar a realização de horas extraordinárias e a recorrer à contratação de entidades colectivas e singulares prestadoras de serviços médicos. Os encargos suportados com estes contratos de prestação de serviços, ascenderam, nesse ano, a € 977.818.

8.2.1.3. CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS COM ENTIDADES PRIVADAS

A premência do HCC em fazer cumprir a sua missão de prestador de cuidados de saúde necessários e adequados ao seu perfil assistencial e concomitante a insuficiência dos recursos médicos especializados internos disponíveis no hospital para fazer face ao aumento da procura, ocasionou que este recorresse, em 2007, à contratação de entidades privadas colectivas e singulares, identificadas no Volume III, Anexo D, para prestarem serviços na Urgência, na Unidade de Transplantes, na Gastrenterologia, na Radiologia, na Anestesiologia e, ainda, para a realização de exames de endoscopia, e para as equipas das viaturas médicas de emergência de reanimação⁶⁸ (VMER). Da análise dos processos de contratação às empresas concluiu-se que:

⁶⁵ O que é indicador de que o quadro existente já se encontra de alguma forma desajustado da realidade.

⁶⁶ Conforme se verifica do quadro seguinte:

Grupo Profissional	2006	(1)	2007	(2)	(3) = (2)-(1)	%
Médicos	3.177.203,69		2.795.727,81		-381.475,88	-12,01
Enfermeiros	1.384,91		5.667,05		4.282,14	309,20
Téc.Sup.Saúde	62.179,00		62.328,00		149,00	0,24
Técnicos Superiores	35.203,00		36.904,00		1.701,00	4,83
Tec. Diag.Terapêutica	29.634,00		12.601,00		-17.033,00	-57,48
Adinistministrativos	93.567,00		49.243,00		-44.324,00	-47,37
Informatica	22.045,00		12.913,00		-9.132,00	-41,42
Serv.Gerais	109.705,00		81.580,00		-28.125,00	-25,64
Auxiliares	62.544,00		52.340,13		-10.203,87	-16,31
Outros	27.973,00		14.850,28		-13.122,72	-46,91
Fonte: Recursos humanos						

⁶⁷ Serviço de urgência, VMER, Unidade de transplantes, Endoscopia, Anestesia, Gastrenterologia e Radiologia.

⁶⁸ É um veículo de intervenção pré-hospitalar que dispõe de equipamento de suporte avançado de vida, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente. Essa equipa é constituída por um médico e um enfermeiro ou tripulante de ambulância de socorro. As VMER têm base hospitalar e actuam na dependência directa dos centros de orientação de doentes urgentes.



- ✘ Os procedimentos utilizados para a contratação de serviços médicos (pessoas colectivas ou singulares) para diversas áreas do hospital, foram a consulta prévia⁶⁹ e o ajuste directo⁷⁰, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho.
- ✘ Os contratos não se encontravam devidamente instruídos em conformidade com o Despacho n.º 8/SEAS/2007, que exige o comprovativo de que os profissionais tenham sido dispensados a seu pedido da prestação de trabalho extraordinário, nos termos dos artigos 24.º e 31.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 412/99, de 15 de Outubro e pelo Decreto-Lei n.º 44/2007, de 23 de Fevereiro.
- ✘ As propostas de adjudicação foram elaboradas pela Administradora Hospitalar do Aproveitamento e submetidas à Vogal Executiva da área financeira, que autorizou a adjudicação e aprovou a respectiva despesa. Não foram celebrados contratos escritos com as empresas adjudicatárias (cfr. n.º 7 do Despacho n.º 8/SEAS/2007), fundamentando essa decisão no previsto no n.º 1 do artigo 59.º, do Decreto-Lei n.º 197/99.

Face às conclusões supra referidas, não se suscitam dúvidas quanto às contratações precedidas de consulta prévia (com excepção do cumprimento dos requisitos formais previstos no Despacho n.º 8/SEAS/2007 que se tratará de seguida), contrariamente ao ajuste directo que já merece reservas no que concerne ao fundamento invocado por ser passível de enquadramento na previsão na alínea c) do n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 197/99. Sendo verdade que cabe ao órgão decisório, ao abrigo da discricionariedade⁷¹ que lhe assiste, optar pela solução que se lhe afigure mais adequada à realidade e à prossecução do interesse público em causa, porém essa opção pressupõe sempre o preenchimento dos requisitos materiais e formais normativamente previstos, arredando por esta via o livre arbítrio nas decisões tomadas pela Administração.

Assim, suscita-se desde logo a questão de saber se, tendo em conta a matéria de facto, está justificada a utilização do procedimento por ajuste directo por motivos de urgência imperiosa e de aptidão técnica. Apesar de constar dos processos a fundamentação para este tipo de procedimento, não está suficientemente evidenciado que a urgência imperiosa tenha resultado de acontecimentos imprevisíveis (cfr. alínea c), do n.º 1, do artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 197/99 de 8 de Junho). Porém, as circunstâncias que conduziram a esta situação, défice continuado de recursos internos disponíveis, podem ser consideradas como imprevisíveis e, assim, justificado o recurso a este procedimento.

⁶⁹Para a aquisição de serviços médicos de anestesiologia (CP n.º 9/30012/2007), endoscopia (CP n.º 9/30014/2007), gastroenterologia (CP n.º 9/30040/2007) e radiologia (CP n.º 9/30054/2007) foi adoptado o procedimento da consulta prévia. Para o efeito foram enviados convites a empresas privadas de serviços médicos para a apresentação das propostas, de acordo com o conhecimento, experiência e qualificação desses fornecedores do HCC. Em conformidade com o valor estimado foram consultados o número de fornecedores exigido (cfr. artigo 81.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho). Para a prestação de serviços médicos na urgência, o HCC recorreu à aquisição de serviços com três empresas (Demiranda – Serviços Médicos, Ld.ª, Fisioloures – Serviços de Saúde, Ld.ª e Mário Reis Braga – Prestação de Serviços Médicos, Ld.ª) e com médicos em regime de tarefa, tendo para o efeito procedido a ajustes directos mensais, fundamentados por motivos de urgência imperiosa nos termos do artigo 86.º, n.º 1, alínea c), do Decreto-Lei n.º 197/99.

⁷⁰Quanto às contratações com as empresas privadas para a prestação de serviços médicos no âmbito da VMER (AD n.º 9/40424/07 e AD n.º 9/40425/07) e para a realização de transplantes (AD n.º 9/40415/07), foram precedidas de ajuste directo ao abrigo do artigo 86.º, n.º 1, alínea d), do Decreto-Lei n.º 197/99, fundamentando, o serviço de aprovisionamento, a decisão do recurso a este procedimento em motivos de aptidão técnica.

⁷¹ Por discricionariedade administrativa entende-se um espaço de livre decisão conferido pelo bloco de legalidade no âmbito do qual o órgão competente exerce, de acordo com as orientações e dentro dos limites da norma habilitadora, um poder administrativo de acordo com critérios por ele livremente escolhidos, com base num juízo de prognose e com vista à composição de todos os interesses presentes, cfr. Diogo Freitas do Amaral, Direito Administrativo, II, Lisboa, 1988, pp. 110 e 111 e Sérvalo Correia, Legalidade e Autonomia Contratual nos Contratos Administrativos, Coimbra, 1987, pp. 471 e 472, 474 e 475.



No que respeita ao cumprimento dos requisitos formais previstos no Despacho n.º 8/SEAS/2007, o hospital, apesar de não ter efectuado quaisquer procedimentos de controlo sobre eventuais impedimentos/incompatibilidades dos prestadores de serviços, procedeu à adjudicação dos serviços médicos.

Porém, no decurso da auditoria, foram efectuadas diligências junto das instituições de saúde onde os respectivos profissionais médicos exercem a sua actividade, no sentido de obter a documentação probatória.

Em resultado das diligências efectuadas⁷², constatou-se que:

- a. Das entidades colectivas contratadas, os médicos das sociedades Mário Reis Braga, Ld.^a, A. Dias Sobral Campos, Ld.^a, Arkidelta Serviços Médicos, Ld.^a e José Pratas⁷³ Serviços Médicos Unipessoal, Ld.^a, são médicos aposentados da função pública, estando assim abrangidos pelo Estatuto da Aposentação (EA), nos termos do Decreto-lei n.º 498/72, de 9 de Dezembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 125/87, de 29 de Maio e pelo Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de Novembro;
- b. Três médicos, contratados em regime de tarefa, são internos do internato médico, abrangido pelo regime jurídico previsto no Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 60/2007, de 13 de Março e pela Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro;
- c. Os restantes médicos contratados encontram-se em situação compatível⁷⁴ para o exercício das funções.

Da situação descrita na alínea a), coloca-se a questão da legalidade da contratação dos médicos aposentados na qualidade de sócios das sociedades referidas (com mais acuidade nas sociedades unipessoais), uma vez que aos aposentados está vedado o exercício de funções públicas ou a prestação de trabalho remunerado⁷⁵, ainda que em regime de contrato de tarefa ou avença, em quaisquer serviços do Estado, conforme decorre do n.º 1 do artigo 78º do Estatuto da Aposentação, na redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de Novembro. Isto porque, apesar de as contratações terem sido feitas através de sociedades comerciais (que gozam de personalidade jurídica e autonomia patrimonial⁷⁶) e, como tal, o impedimento não recair sobre a pessoa colectiva (emergente do princípio que consagra a separação de patrimónios dos sócios e das sociedades), a verdade é que a sociedade não pode servir de instrumento de forma a contornar uma obrigação legal. Porém, não existindo indícios de que a sociedade foi constituída

⁷² No seguimento da auditoria, o Serviço de Aprovisionamento do HCC diligenciou junto das Instituições do SNS o pedido de informação sobre o regime laboral dos médicos contratados.

⁷³ O Dr. José Pratas (gastroenterologista), no ano de 2006 e até Março de 2007, prestou serviços no HCC em regime de contrato de tarefa.

⁷⁴ Licença sem vencimento, exercício da actividade privada, contrato de trabalho a termo certo e incerto, sem regime de exclusividade.

⁷⁵ Todavia, ainda que os contratos em análise se enquadrassem nas excepções mencionadas nas alíneas a) ou b) do n.º 1, o facto é que o exercício destas funções nos serviços do Estado ou outros entes públicos por aposentados está sujeita aos limites previstos no artigo 79º do referido Estatuto, na redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 179/2005, isto é, só poderão auferir honorários relativos a uma terça parte da remuneração que competir às funções efectivamente desempenhadas.

⁷⁶ As pessoas colectivas são centros autónomos de relações jurídicas, autónomos mesmo em relação aos seus membros ou às pessoas que actuam como seus órgãos. Por isso, o artigo 5º do Código das Sociedades Comerciais explicita que as sociedades gozam de personalidade jurídica.



com um fim ilícito, não é possível recorrer à figura da desconsideração da personalidade colectiva, e, como tal o impedimento dos respectivos sócios.

Considerando, no entanto, os princípios da legalidade, transparência e igualdade, deverá o hospital nos processos de selecção, certificar a situação profissional dos médicos (sócios de entidades colectivas ou outros), de forma a evitar a contratação de pessoas que estejam impedidas de exercer funções nos hospitais públicos.

Em resultado das referidas contratações foram efectuados, em 2006 e 2007, os pagamentos que constam do quadro seguinte:

Quadro XXIV – Despesa autorizada e paga pelo CA

Unid:euros

	2006	2007	Total	2007
	Despesa autorizada e paga pelo CA anterior			Despesa autorizada e paga pelo actual CA
A.Dias Sobral de Campos,Lda	17.640,00	7.370,00	25.010,00	16.800,00
Mário Reis Braga	46.160,00	15.037,00	61.197,00	32.901,00
Arkidelta-Serviços Médicos Unipessoal,Lda	20.816,28	11.240,79	32.057,07	33.722,37
José Pratas, Serviços Médicos Unipessoal, Lda				18.445,00
Total	84.616,28	33.647,79	118.264,07	101.868,37

Fonte:Conta corrente e autorização de pagamento

Quanto à situação referida na alínea b), sobre o impedimento dos médicos internos do internato médico em acumular outras funções públicas, previsto no n.º2 do artigo 16º,do Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 60/2007, de 13 de Março, deverá o HCC comunicar às Instituições do SNS onde os médicos estão a realizar o internato médico, para que estas procedam em conformidade com o regime legal aplicável.

Não obstante o que ficou dito, é inquestionável que os pagamentos efectuados corresponderam a efectivas contrapartidas de prestação de trabalho e que estas corresponderam a efectivas necessidades de funcionamento e expressão do hospital.

O encargo suportado pelo hospital com as referidas prestações de serviços, ascenderam em 2007, ao montante de € 233.803, destacando-se a contratação na área da urgência com a empresa Mário Reis Braga Prestações de Serviços Ld.ª, com um peso de cerca de 21%, face ao total do encargo, (cfr. Quadro XXV).

Quadro XXV– Valor pago às entidades privadas colectivas

Unid:euros

Entidade	Valor Pago em 2007	%
Jorge Nunes - Serviços de Saúde, Lda.	5.529,05	2,36
Germano & Emilio, Lda.	5.161,48	2,21
De Miranda- serviços Médicos, Lda.	31.387,50	13,42
Fisioloures - Serviços de Saúde, Lda.	26.427,00	11,30
Mário Reis Braga, Prestações de Serviços, Lda	47.938,00	20,50
A.Dias Sobral Campos Lda	22.610,00	9,67
Centro Privado de Saúde	24.000,00	10,27
Arkidelta Serviços Médicos Lda	44.963,16	19,23
José Pratas Serviços Médicos Unipessoal Lda	18.445,00	7,89
Oftalmoinagem - Visão e Imagens Médicas, Lda	7.342,32	3,14
Total	233.803,51	100,00

Fonte: Serviços Financeiros do HCC



Para além das empresas prestadoras de serviços, o hospital contratou ainda, no mesmo ano, 23 médicos em regime de tarefa⁷⁷, de forma a garantir a constituição das equipas médicas no serviço de urgência⁷⁸ quando esgotados os recursos internos disponíveis, cujo encargo ascendeu a € 483.184. A contratação de médicos para a prestação de cuidados de saúde nas outras áreas clínicas atingiu o montante de € 268.484.

Com o recurso a estes dois tipos de contratação (prestação de serviços e tarefas) despendeu o hospital, em 2007, o montante de € 977.818⁷⁹, tendo os encargos resultantes destas contraprestações sido correctamente contabilizados nas respectivas rubricas (**outros trabalhos especializados e prestações de serviços**).

Efectuada uma análise comparativa entre a remuneração/hora paga pelo hospital aos médicos do quadro de pessoal com a categoria de Assistente Graduado e Assistente (no escalão e índice máximos em tempo completo) e o preço/hora pago aos prestadores de serviços na urgência, com idêntica categoria (cfr. Volume III, Anexo D⁸⁰). Os médicos do quadro do HCC recebem por hora⁸¹ € 17,94 e € 14,06, respectivamente, enquanto que aos prestadores de serviços na urgência é pago um valor máximo base de € 25.

Convém referir que os custos com pessoal, em 2007, contabilizados na conta 64, tiveram um acréscimo de 3,30%. Para além dos custos contabilizados nesta conta há, no entanto, pelo menos que considerar os custos com pessoal médico contabilizados na **conta 62- outros trabalhos especializados e prestações de serviços fornecimentos**, no montante de € 977.818, pelo que o referido acréscimo da **conta 64- custos com pessoal**, pode eventualmente estar subavaliado.

Não obstante o recurso a este tipo de contratação se encontrar justificado pelo HCC como uma necessidade emergente do deficit de profissionais médicos, tal situação promove uma leitura/informação distorcida dos custos reais com pessoal.

Quanto ao **controlo de assiduidade** dos contratados em regime de prestação de serviços, constatou-se que é efectuado através do registo de presenças assinado pelo prestador e validado pelo Director do serviço de urgência e posteriormente conferido pela Directora Clínica do HCC. Relativamente aos restantes prestadores de serviços a confirmação da efectiva prestação é feita pela Directora Clínica com base numa listagem dos actos/exames realizados.

Relativamente ao **controlo de qualidade**, este é feito exclusivamente por uma avaliação presencial efectuada pelo Chefe do Serviço da Urgência, não tendo o hospital para o efeito

⁷⁷ A tarefa caracteriza-se por ter como objecto a execução de trabalhos específicos, de natureza excepcional, enquanto a avença se caracteriza por ter como objecto prestações sucessivas no exercício de profissão liberal.

⁷⁸ Os médicos do quadro do hospital escalados para o serviço de urgência são igualmente responsáveis pela urgência interna (Internamento) das 20 às 8H nos dias úteis e das 13 às 20H aos Sábado e 24 horas ao Domingo.

⁷⁹ O hospital ao recorrer a este tipo de contratação não suporta os encargos respeitantes aos subsídios de férias, de Natal e de refeição, nem se encontra obrigado a suportar os encargos sociais com estes prestadores.

Entidades	Und: euros
	Valor
Colectivas (a)	233.803,51
Singulares (b)	744.014,82
Total	977.818,33
(a) Cfr. quadro XXII	
(b) Cfr. quadro 2 - Anexo D	

⁸⁰ Neste anexo encontram-se ainda previstas as situações respeitantes a médicos em dedicação exclusiva (35h e 42h).

⁸¹ Cfr. Portaria n.º 88/A-2007, de 18 de Janeiro.



instituído outro tipo de procedimento de controlo de qualidade na prestação de cuidados de saúde efectuada por esses profissionais.

Em sede de contraditório, o Conselho de Administração do HCC vem informar que “ *A Direcção Clínica instituiu, para 2009, a obrigatoriedade dos responsáveis pela coordenação dos serviços dos prestadores médicos elaborarem um relatório mensal sobre a qualidade dos serviços em regime de tarefa e de avença. Esse relatório será anexado às folhas de presença dos médicos prestadores dos serviços.*”.

8.2.1.4. FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS E OUTROS CUSTOS OPERACIONAIS

Na rubrica de **forneçimentos e serviços de terceiros** encontra-se contabilizado o valor de € 56.356 proveniente da contraprestação dos contratos de serviços de assistência técnica (instalações de tratamento de água e ao equipamento de laboratório-microscopia) celebrados entre o hospital e o SUCH.

Na rubrica **outros custos operacionais** estão contabilizados, a partir de 2006, a taxa de manutenção à Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do artigo 9º da Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro, no montante de € 24.675 justificando desta forma o aumento de 151% em 2006 face a 2005. Em 2007 a taxa paga à ERS totalizou € 12.238. Nesta rubrica também se encontram registadas as quotas pagas ao SUCH, € 1.000/mês⁸², no âmbito do protocolo que o hospital mantém com esta entidade.

8.2.1.5. CUSTOS E PERDAS FINANCEIRAS E EXTRAORDINÁRIAS

Foi contabilizada incorrectamente, em 2007, em **custos e perdas financeiras**, uma factura dos CTT no montante de € 3.585, respeitante a despesas de comunicação que deveria ter sido registada na conta 62222 – Fornecimento e Serviços – comunicações. Porém, este facto não teve impacto nos resultados do hospital.

Os **custos e perdas extraordinárias** registaram nos anos em análise sucessivos decréscimos resultantes em parte do *terminus* do registo das dívidas inter instituições do SNS (ofício circular n.º 13066, de 16/12/2005, do IGIF), que em 2005 ascenderam a € 3.887.318 e, em 2006, a € 1.329.614. Nesta rubrica encontram-se registados os custos que o HCC assumiu, em 2007, como dívidas incobráveis que aumentaram 117% relativamente ao ano anterior.

8.2.2. Proveitos e Ganhos

Na estrutura dos proveitos são as transferências da ACSS, I.P, que maior peso têm, apesar de terem vindo a diminuir ao longo destes três anos -9,5% entre 2005 e 2006 e -2,7% entre 2006 e 2007. A diminuição verificada em 2007 deveu-se essencialmente à redução do financiamento (- € 1.612.306) e à não atribuição de verba para encontro de contas (em 2006 receberam € 1.329.614).

⁸² O hospital na qualidade de associado beneficiou de descontos nos termos do artigo 5º do regime da quotização e benefícios dos associados do SUCH. Em 2007, os descontos obtidos nas facturas no âmbito das prestações de serviços prestados por esta entidade, totalizaram cerca de € 9.000.



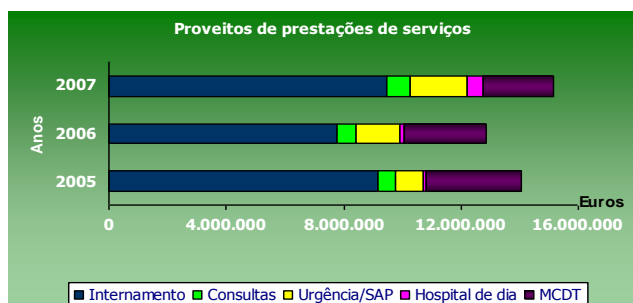
Quadro XXVI – Proveitos e Ganhos

Código	Proveitos	31.12.05		31.12.06		31.12.07		Unid.:euros	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%	Δ% 05-06	Δ% 06-07
		71	Prestações de Serviços	15.021.419	11,7%	14.111.495	12,3%	16.512.853	14,3%
73	Proveitos Suplementares	767.331	0,6%	687.767	0,6%	712.842	0,6%	-10,4%	3,6%
74	Transferências/Subsídios								
	Transf. correntes obtidas	101.685.055	78,9%	92.021.499	79,9%	89.554.086	77,6%	-9,5%	-2,7%
	Transf. outras entidades	627.044	0,5%	234.093	0,2%	75.209	0,1%	-62,7%	-67,9%
76	Outros Proveitos Ganhos Operacionais	6.043.482	4,7%	6.435.728	5,6%	6.639.427	5,8%	6,5%	3,2%
78	Proveitos e Ganhos Financeiros	312.369	0,2%	783.180	0,0%	888.154	0,8%	150,7%	13,4%
79	Proveitos e Ganhos Extraordinários	4.405.011	3,4%	830.039	0,7%	1.002.410	0,9%	-81,2%	20,8%
	Total de proveitos	128.861.712	100,0%	115.103.803	100,0%	115.384.979	100,0%	-10,7%	0,2%

Fonte: Demonstração de Resultados do HCC

O HCC em 2007 obteve um acréscimo de 17%, face ao ano anterior, na facturação proveniente das **prestações de serviços** destacando-se os provenientes do internamento como se pode observar na figura seguinte:

Figura IX – Prestações de serviços

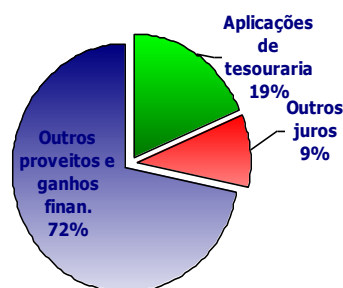


Na rubrica **73-Proveitos suplementares** encontram-se incluídos os valores das rendas provenientes dos contratos de exploração⁸³ que em 2007 totalizaram € 384.932.

Em 2007, o total dos **proveitos e ganhos financeiros** do HCC ascendeu a € 888.154, compostos da seguinte

forma:

Figura X – Proveitos e Ganhos Financeiros



Cerca de 72% dos proveitos financeiros obtidos, (€ 637.855) provêm dos descontos financeiros que o HCC obteve junto dos diversos fornecedores do Hospital, pelo facto de procederem ao pagamento das respectivas facturas num prazo reduzido.

As aplicações de tesouraria correspondem às aplicações efectuadas em certificados especiais de dívida de curto prazo (CEDIC), nos termos da RCM n.º 71/99, de 15 de Julho. Em 2007, e consoante os excedentes de tesouraria, o HCC aplicou em CEDIC, junto do Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, I.P. (IGTCP), cerca de € 55.450.000, por períodos que

⁸³ Correspondente a 2 quiosques, 1 bar/restaurante e cabeleireiro. Estas rendas são actualizadas de acordo com a taxa de inflação verificada no ano anterior (cfr. Volume III, Anexo F). No decurso da auditoria, foi recolhida evidência que dois dos contratos foram precedidos de concurso limitado sem apresentação de candidaturas e outro de parecer jurídico (dos 2 quiosques) a fundamentar a escolha da entidade e a atribuição do valor da renda.



variaram entre os 7 e 154 dias, tendo obtido juros acumulados de € 165.956, correspondendo a 19% do total dos proveitos financeiros obtidos no ano em análise.

8.3. Demonstração numérica da conta de gerência de 2007

A conta do HCC relativa ao período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2007, da responsabilidade dos indivíduos constantes na relação de responsáveis (Volume III, Anexo A), está instruída de acordo com a Instrução do TC n.º 1/2004 – 2.ª S., de 14 de Fevereiro⁸⁴.

No quadro seguinte apresenta-se a demonstração numérica da conta relativa ao ano de 2007, efectuada com base na conta da última gerência que reflecte os valores consolidados do ano.

Quadro XXVII – Ajustamento – Gerência de 2007

		Unid: euros	
Débito		Crédito	
Saldo da gerência anterior	675.018,81	Saldo na gerência	126.152.954,00
Recebido na gerência	125.772.884,09	Saldo para a gerência seguinte	294.948,90
Total	126.447.902,90	Total	126.447.902,90

O saldo de abertura de conta relativa à gerência de 2007 está de acordo com o saldo de encerramento da conta anterior (gerência de 2006, que se encontra com proposta em termos no Departamento de Verificação Interna de Contas).

8.4. Demonstrações de Fluxos de Caixa

Para um melhor conhecimento da evolução financeira do HCC e da forma como este gere e utiliza as suas disponibilidades foi elaborada a demonstração dos fluxos de caixa, pelo método indirecto, em consonância com a Directriz Contabilística n.º 14 que classifica os fluxos de caixa de acordo com os três ciclos da actividade da entidade (operacional, investimento e financiamento).

⁸⁴ No exercício de 2007, ocorreu a substituição da totalidade dos membros do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral, tendo originado uma gerência partida, gerência de 01 de Janeiro a 13 de Abril de 2007 (conta n.º 20/2007) e gerência de 14 de Abril a 31 de Dezembro de 2007 (conta n.º 18022/2007). Esta última conta de gerência foi remetida à DGTC por via electrónica.



Quadro XXVIII – Demonstração dos Fluxos de Caixa - método indirecto

(em euros)

Actividades operacionais:	
Resultado líquido do exercício	-2.111.727
Ajustamentos:	
Amortizações	1.072.210
Provisões	415.960
Resultados financeiros	878.481
Diminuição das dívidas de terceiros	2.273.797
Diminuição das existências	552.211
Diminuição das dívidas a terceiros	3.513.778
Diminuição dos proveitos diferidos	121.500
Aumento dos acréscimos de proveitos	6.391.629
Diminuição dos custos diferidos	0
Aumento dos acréscimos de custos	227.527
Fluxos das actividades operacionais [1]	-1.447.856
Actividades de investimento:	
Recebimentos provenientes de:	
Subsídios de investimento	139.700
Juros e proveitos similares	888.154
	1.027.854
Pagamentos respeitantes a:	
Imobilizações corpóreas	135.739
	135.739
Fluxos das actividades de investimento [2]	892.114
Actividades de financiamento:	
Recebimentos provenientes de:	
Subsídios e doações	185.343
	185.343
Pagamentos respeitantes a:	
Juros e custos similares	9.672
	9.672
Fluxos das actividades de financiamento [3]	175.670
Variação de caixa e seus equivalentes [4] = [1] + [2] + [3]	-380.071
Caixa e seus equivalentes no início do período	675.019
Caixa e seus equivalentes no fim do período	294.949

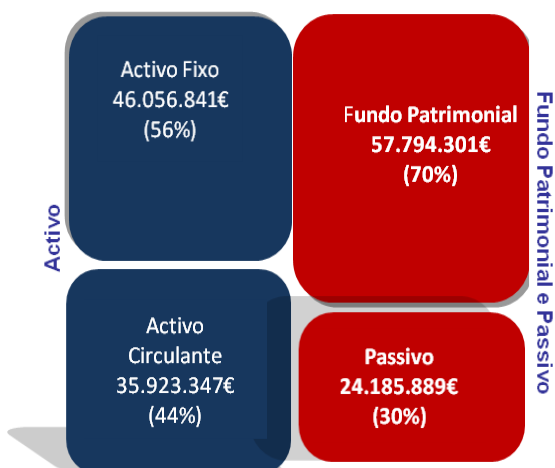
Fonte: Elaboração com base no Balanço e D.Resultados de 2007

No ano de 2007 a variação de caixa foi negativa no montante de € 380.071, devido ao fluxo da actividade operacional que atingiu € -1.447.856, porquanto as actividades de investimento (€ 892.114) e de financiamento (€ 175.670) apresentaram fluxos de caixa positivos.

8.5. Análise do equilíbrio Financeiro

A figura seguinte apresenta a posição financeira do HCC no final do ano de 2007, agrupada e classificada pelos activos, passivos e fundo patrimonial.

Figura XI- Estrutura do Balanço



Pela estrutura evidenciada conclui-se que o HCC detém uma situação financeira de curto prazo equilibrada, uma vez que o activo com maior grau de liquidez é superior ao passivo de curto prazo, resultando no montante positivo do fundo de maneio (€14.375.798) evidenciado no quadro seguinte.

O equilíbrio do HCC evidencia-se ainda pelo facto do fundo patrimonial ser muito superior ao passivo.



A verificação deste princípio faz-se também através do rácio de solvabilidade, que, sendo claramente superior a 1, é demonstrativo da capacidade financeira mantida pelo hospital na satisfação dos seus compromissos. Veja-se a este propósito os baixos prazos médios de pagamento a fornecedores que o hospital detém (em 2007 foi de 53 dias e em 2006 de 33 dias).

Quadro XXIX – Indicadores

	2005	2006	2007
Autonomia financeira ⁸⁵	0,75	0,75	0,70
Solvabilidade ⁸⁶	3,0	2,9	2,3
Liquidez Geral ⁸⁷	1,7	1,6	1,5
Endividamento ⁸⁸	0,25	0,25	0,29
Fundo de Maneio ⁸⁹	€21.665.796	€21.511.614	€14.375.798

A diminuição do indicador da autonomia financeira em 2007 é consequência do aumento das dívidas a terceiros.

O indicador de liquidez geral é revelador da capacidade que o hospital mantém de solver as suas obrigações de curto prazo através da realização dos seus direitos de curto prazo.

Para que uma entidade tenha uma estrutura financeira equilibrada é necessário que o montante dos capitais circulantes seja pelo menos igual ao exigível a curto prazo (os valores que se irão transformar em disponibilidades devem ser pelo menos iguais aos valores que se vão tornar exigíveis). Mas, em termos práticos não basta a igualdade entre esses montantes, é necessário que os capitais circulantes excedam em valor o exigível a curto prazo. Assim, pode-se considerar que para obter uma estrutura financeira equilibrada é necessário ter um fundo de maneio suficiente para poder pagar o que lhe é exigível.

Verifica-se que no caso do HCC, os montantes elevados de fundo de maneio indicam que este estaria em condições de liquidar a sua dívida aos fornecedores (exigível a curto prazo), €12.153.137 em 2005, €7.506.150 em 2006 e €11.019.928 em 2007 (cfr. quadro VII), com recurso aos activos com maior grau de exigibilidade, nomeadamente as dívidas de clientes e outros devedores de curto prazo.

No entanto, o prazo de exigibilidade das dívidas de terceiros não é na realidade todo de curto prazo uma vez que parte dessa dívida de clientes tem carácter de longo prazo, pois respeita a dívidas de entidades do próprio SNS (como por exemplo as dívidas das ARS para com o HCC evidenciada no ponto 8.1.3) que não foram liquidadas no âmbito do processo de encontro de contas e não podendo ser objecto de provisão para cobrança duvidosa, foram mantidas ao longo dos últimos anos como dívidas de curto prazo.

85 Traduz a capacidade da entidade financiar o activo através dos capitais próprios sem ter de recorrer a empréstimos. (Capitais Próprios / Activo Líquido).

86 Avalia a capacidade da entidade para solver as responsabilidades assumidas a médio, longo e curto prazos. (Capitais Próprios / Passivo).

87 Revela a capacidade que a entidade tem de solver as suas obrigações correntes. (Activo Circulante / Passivo de Curto Prazo).

88 Apura a extensão com que a entidade utiliza capital alheio no financiamento das suas actividades (Passivo/Activo Líquido)

89 Fundo de Maneio ((Activo Circulante (exist.+ dívidas de terc.+disponibili.) – Passivo Circulante (dívidas a terc. cp)).



Para completar a análise do equilíbrio financeiro foram calculados os indicadores da rentabilidade dos capitais próprios e o grau de alavanca financeira.

Quadro XXX – Rentabilidade dos Capitais Próprios e Alavanca Financeira

Indicadores	2005	2006	2007
Capitais Próprios	61.479.161,00 €	59.720.685,16 €	57.794.300,98 €
Activo	81.526.000,94 €	80.147.069,88 €	81.980.189,66 €
Resultados Operacionais	16.315.919,72 €	3.615.113,80 €	2.677.212,92 €
Encargos Financeiros	17.930,39 €	6.780,79 €	9.672,35 €
Resultados correntes	16.610.358,55 €	4.391.513,48 €	1.798.731,75 €
Rentabilidade dos Capitais Próprios	0,24	0,05	-0,04
Grau de Alavanca Financeira	0,98	0,82	1,49

Verifica-se que ao longo destes três anos a rentabilidade dos capitais próprios diminuiu, enquanto que o risco financeiro aumentou, como se pode observar pela evolução do Grau de Alavanca Financeiro.

Apesar dos indicadores aqui apresentados terem diminuído, paulatinamente, ao longo destes três anos e das dívidas de terceiros não ser toda ela de curto prazo, pode-se concluir pela consistência da estrutura financeira apresentada e pela capacidade mantida pelo hospital em solver os seus compromissos.

8.6. Fiabilidade das Demonstrações Financeiras

Analisaram-se as demonstrações financeiras e outros documentos de prestação de contas (reconciliações bancárias, balancetes analíticos, registos contabilísticos e respectivos documentos de suporte), de acordo com os métodos de auditoria geralmente aceites, nomeadamente os constantes do Manual de Auditoria e de Procedimentos do Tribunal de Contas e das normas da INTOSAI, os quais incluem a verificação, por amostragem, da evidência comprovativa dos valores e informações constantes das peças contabilísticas relativas à prestação de contas.

A demonstração numérica relativa à gerência do ano de 2007 é evidenciada no ponto 8.3.

As demonstrações financeiras do HCC, do ano de 2007, apresentam de forma verdadeira e apropriada, nos aspectos materialmente relevantes, a sua posição financeira e económica com reserva relativamente à ausência de registo contabilístico, no valor de € 150.862, referente à dívida de terceiros de taxas moderadoras.

Sem prejuízo do parecer final formulado, destacam-se as seguintes situações:

- ✘ Não inventariação dos bens de imobilizado impedindo um eficaz do controlo dos mesmos;
- ✘ Deficiências no sistema de controlo interno, nomeadamente nos serviços onde foi efectuada a contagem física (em 2008) de medicamentos;
- ✘ Decisões não suportadas em Análise Custo-Benefício (CBA);
- ✘ Incumprimento dos princípios prudenciais inerentes à boa gestão dos dinheiros públicos do SNS ao referenciar directamente os doentes da área de cirurgia cardiotorácica para o HCVP.



9. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projecto de relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do n.º 5 do artigo 29º da Lei n.º 98/97, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

10. EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º, n.os 1 e 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril, e em conformidade com a Nota de Emolumentos apresentadas no Anexo G do Volume III, são devidos, pelo Hospital de Curry Cabral, emolumentos no montante € 17.164,00.

11. DETERMINAÇÕES FINAIS

11.1. O presente Relatório deverá ser remetido, com todos os anexos, às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde;
- Presidente da Comissão de Saúde da Assembleia da República;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P;
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral;
- Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte, E.P.E;
- A todos os responsáveis individuais notificados do Relato.

11.2 Após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, poderá o mesmo, juntamente com os anexos, ser divulgado no “site” do Tribunal.

11.3 Expressa-se aos responsáveis, dirigentes e funcionários do Hospital de Curry Cabral que contactaram com a equipa de auditoria o apreço pela colaboração prestada no desenvolvimento desta acção.

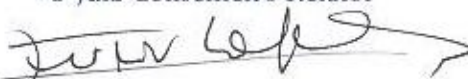
11.4 As entidades, destinatárias das recomendações, deverão, no prazo de seis meses, após a recepção deste Relatório, comunicar ao Tribunal de Contas a sequência dada às recomendações formuladas.

11.5 Um exemplar do presente Relatório deverá ser remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, e 54º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.



Aprovado, em Subsecção da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 5 de Março de 2009.

O Juiz Conselheiro Relator

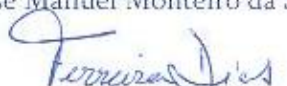


(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjunto




(José Manuel Monteiro da Silva)



(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

Fui presente



O Procurador Geral Adjunto



Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 25/08 – Audit	
		Relatório nº 8/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital de Curry Cabral		
Entidade devedora:	Hospital de Curry Cabral		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> <i>a)</i>	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial				
- Acções na área da residência oficial	88,29 €	750		66.217,50€
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				66.217,50€
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00€
Emolumentos a pagar				17.164,00€

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria



VOLUME II

RESPOSTAS NOS TERMOS DO CONTRADITÓRIO

ÍNDICE

1. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde	2
2. Hospital de Curry Cabral.....	4
3. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.....	74
4. Administração Central do Sistema de Saúde	93
5. Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.....	94
6. Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.....	96
7. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.....	97



1. GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

Ofício N.º: 1329
Data: 09-02-2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

Já enviada.
4 de Jan
2009-02-11

Exmo. Senhor Director-Geral
Meritíssimo Juiz Conselheiro José F. F. Tavares
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência
Proc. n.º 25/08-AUDIT

Sua comunicação

Nossa referência
Ent. 1077

ASSUNTO: Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral

Foi recebido o relato de auditoria supra referido, que desde já se agradece quanto ao trabalho desenvolvido e às conclusões e recomendações apresentadas.

Encarrega-me Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de comunicar o termo do protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS Sul e Ilhas), com efeitos a 1 de Janeiro de 2009, e das negociações em curso, lideradas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., no sentido de serem regularizados todos os fluxos financeiros envolvidos, estando ainda o SAMS Sul e Ilhas indigitado de fazer prova da regularização das dívidas a instituições e serviços do SNS antes do acerto final de contas, com pagamento de valores referente às captações por parte do Estado.

No que respeita à relação do Hospital de Curry Cabral (HCC) e demais hospitais com as companhias de seguros não será excessivo relembrar que o acesso à protecção da saúde dos cidadãos portugueses, enquanto direito geral, universal e tendencialmente gratuito consagrado na Constituição da República Portuguesa, é prioridade das instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os obstáculos patenteados em fazer cumprir os terceiros pagadores, nomeadamente companhias de seguros, particularmente em situações de responsabilidade civil, levaram à assinatura, em Maio de 2006, de um protocolo entre o

DCIC 11.02.09 02923



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

Ministério da Justiça, o Ministério da Saúde e a Associação Portuguesa de Seguradores, para a criação de um centro de mediação e arbitragem de dívidas hospitalares (CIMADH), com o objecto de promover a resolução de litígios entre instituições e serviços integrados no SNS, emergentes da cobrança de dívidas por cuidados de saúde prestados. Está actualmente em fase final de parametrização uma plataforma tecnológica onde as instituições, hospitais e seguradoras, colocarão as divergências de valores com o intuito da sua regularização em sede de Tribunal Arbitral. Neste sentido, e reconhecendo a pertinência da recomendação, serão desenvolvidos esforços atinentes à apresentação de resultados por parte do CIMADH.

Por último, acolhe-se a recomendação para a realização de análises custo-benefício e de ponderação da capacidade instalada do SNS, prévia à celebração de novos acordos com entidades externas ao mesmo. Mais se informa que o protocolo com o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) na área da cirurgia cardiotorácica, está justificado, de acordo com a fundamentação que instrui o processo de autorização, elaborada pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT), na manifesta necessidade clínica e ética de garantir, em complementaridade, a acessibilidade em tempo útil aos doentes referenciados pelo HCC para uma unidade como a do HCVP, considerada de elevado nível de diferenciação, em consequência da carência de resposta em tempo clinicamente útil das restantes unidades do SNS da região. Cumpre informar que a minimização do impacto da não utilização da capacidade instalada do SNS reside também no facto de o referido protocolo estar financeiramente balizado com um tecto máximo e com valores unitários de produção contratualizada dez por cento inferiores aos respectivos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS.

Face ao exposto, agradeço a atenção de V. Exa. para as informações ora prestadas, estando ciente que as mesmas serão devidamente consideradas.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefes do Gabinete,

Teresa Oleiro



2. HOSPITAL DE CURRY CABRAL



Exmº Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Avª Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

N. Ref: 48/CA

Data: 09/02/2009

V. Ref:

Data:

Assunto: Auditoria Financeira ao Hospital Curry Cabral
Alegações do Conselho de Administração

Em resposta ao ofício de V. Exa. de 26 de Janeiro de 2009 referente ao assunto em epígrafe (Procº nº 25/08 – DA VI.1) o Conselho de Administração do HCC remete em anexo, as suas alegações quanto ao conteúdo do Relatório sobre a matéria enviado com o Vosso ofício já referido.

Sem outro assunto

Com os melhores cumprimentos, *também penso e de muito estima*

O Presidente do Conselho de Administração

Manuel Delgado

DTTC 09 02 09 02702

Rua da Beneficência, nº 8 • 1069-166 LISBOA

Geral: Tel.: 21 792 42 00

Conselho de Administração: Tels.: 21 792 42 02/3 Fax: 21 792 43 92 • cadm@hccabral.min-saude.pt

Gestão de Doentes: Tel.: 21 792 42 86 Fax: 21 792 42 87 • gdoentes@hccabral.min-saude.pt

Serviço de Aprovisionamento: Tel.: 21 792 43 99 Fax: 21 795 92 35 • aprovisionamento@hccabral.min-saude.pt



Análise do Relatório de Auditoria Financeira

Processo nº 25/08



ÍNDICE

I Introdução.....	1
II Alegações ao Relatório de Auditoria	
1. Sobre as Recomendações e Conclusões.....	2
2. Sobre o Anexo B – Eventuais Infracções Financeiras.....	6
3. Outras Observações sobre as Áreas Auditadas.....	16
III Conclusões.....	28
IV Anexos	
Anexo I - Acordo de Cooperação Celebrado entre a ARSLVT e o HCVP.....	31
Anexo II - Relatório Técnico do Senhor Director de Serviço de Cardiologia, Dr. Luís Mourão.....	32
Anexo III – Nota de Débito (Taxas Moderadoras)	33



I. Introdução

O Conselho de Administração começa por agradecer a esse douto Tribunal a Auditoria realizada ao Hospital Curry Cabral (HCC), supra referenciada, pela sistematização e clareza manifestadas na abordagem da grande maioria das questões auditadas. Isso permitiu a este Conselho de Administração, ter um quadro de referência sobre as práticas de gestão que estão certas, e também, sobre aquelas que merecem maior atenção e, eventualmente, a introdução de medidas correctivas.

Importará desde já referenciar, independentemente da análise pontual que se seguirá, que em muitas das situações incorrectas ou insuficientemente controladas à altura da Auditoria, está já este CA em condições de afirmar que a realidade é neste momento diferente, face às medidas que foram tomadas desde que tomou posse (em 16 de Abril de 2007).

Apraz-nos registar que o Relatório de Auditoria é, globalmente muito positivo, evidenciando um Hospital com uma situação financeira equilibrada, que apresenta em 2007 "... uma gestão mais eficiente, quer no planeamento das compras quer na gestão dos stocks ..." (cf. pag. 7 do Relatório), que fez um esforço notável de recuperação da Receita própria entre 2005 e 2007 (aumento superior a 200%) (cfr. pp. 7 e 8), que tem em funcionamento "... métodos e procedimentos de controlo interno do HCC que vão de encontro aos objectivos estipulados no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde ..." (citado da pag. 5), onde existe um controlo efectivo das disponibilidades (cfr. pag. 8) e em que foi possível, apesar das comprovadas insuficiências de recursos humanos, reduzir em 2007, em cerca de 14% (cerca de 500 mil euros), o encargo total com horas extraordinárias (cfr. pag. 9).

Noutra perspectiva, importa salientar que, apesar da consistência da estrutura financeira do HCC, comprovada por V. Ex^{as}., as dívidas de terceiros, e designadamente de médio e longo prazo, penalizam significativamente as receitas do Hospital. Referimo-nos, mais concretamente, à dívida de 11.636.215 euros, respeitante a medicamentos cedidos em Farmácia Hospitalar, contraída pelas Administrações Regionais de Saúde (cfr. Quadro XIII da pag. 26) e à dívida dos Subsistemas (456.437 euros) em que ao SAMS corresponde 92% desse valor.



Registamos, com preocupação e manifesto desacordo, as apreciações feitas por V. Ex^{as}. no que diz respeito à referenciação de doentes para cirurgia cardíaca e à não contabilização da dívida resultante do não pagamento das taxas moderadoras.

Demonstraremos, ao longo destas alegações, a incorrecção e injustiça das doudas apreciações de V. Ex^{as}., cientes de que desse modo nos serão retiradas as acusações feitas, designadamente as eventuais infracções financeira.

II. Alegações ao Relatório de Auditoria

1 Sobre as Recomendações e Conclusões

No que se refere aos capítulos 1 e 2, Recomendações e Conclusões, importa esclarecer alguns pontos e informar sobre algumas medidas correctivas já adoptadas por este Conselho de Administração, após reconhecer a importância das questões suscitadas na presente auditoria.

- *Tempo Médio de Codificação (Conclusões; 2.3 – Recomendações; 7.1 – Actividade Hospitalar – internamento)*

Quando o actual Conselho assumiu funções no HCC, desde logo se preocupou com a área da codificação clínica, trabalhando internamente com a Coordenadora na tentativa de reduzir o tempo médio de codificação que, reconhecidamente era longo – em Agosto de 2007 o tempo médio de codificação situava-se nos 6,3 m (cerca de 189 dias).

Em Março de 2008 foi nomeado um novo Coordenador da codificação clínica e foram implementadas medidas correctivas com o objectivo de melhorar o tempo e a qualidade da codificação clínica.

Congratulamo-nos por afirmar que a 31.01.09 estão apenas por codificar cerca de 1271 processos, relativos ao ano de 2008 o que corresponde a cerca de 1,2 m de atraso (cerca de 37 dias). Valor este que se situa muito próximo do valor de referencia apresentado por V.Exas. no relatório em apreço que é de 30 dias.

Acresce ainda que em função do exposto no relatório, foi deliberado que a auditoria interna passará a ser efectuada, no ano de 2009, semanalmente, e não quinzenalmente, como aconteceu no ano transacto, pois só com esta medida conseguiremos libertar processos já auditados para ficarem disponíveis para facturação (redução imediata de +- 7 dias entre a codificação e eventual facturação).



▪ **Proveitos Provenientes da Actividade do Internamento (Conclusões;7.1- Actividade Hospitalar - Internamento)**

É referido um valor de proveitos resultantes do internamento sobre os quais se aplica uma taxa de remuneração de curto prazo das disponibilidades de tesouraria. Há que atentar que o valor indicado de 9.488.046,71 Euros se refere à receita emitida e não à receita cobrada. Mas, tendo em conta que a percentagem de receita cobrada no global das prestações de serviços foi de 42,5%, o valor de referência seria no valor de 4.032.420 Euros.

Quanto à taxa de 6,08% utilizada no cálculo do custo de oportunidade, o HCC desconhece instrumentos de aplicação de capital que possam ser utilizados por um organismo do sector público administrativo, de muito baixo risco, ajustáveis a uma situação de curto prazo e com níveis de rentabilidade similares a esta taxa.

▪ **Cobrança Atempada das Dívidas (2.3- Recomendações)**

A redução da dívida de terceiros está relacionada com uma melhor capacidade financeira dos subsistemas, na sua maioria entidades do Estado, resultando também dos contactos e insistências de cobrança realizadas pelo Hospital.

Quanto às dívidas das entidades do SNS, têm sido por nós propostos, nos anos em que a ACSS não toma essa iniciativa, sucessivos encontros de contas, sobretudo com hospitais. No entanto, é sabido que estes encontros de contas, para serem eficazes, necessitam que haja dívida de ambas as partes para abater, o que não é o caso das ARS, uma vez que os seus débitos são indubitavelmente superiores aos créditos.

▪ **Situação Jurídica dos Prestadores de Serviços Médicos (2.3- Recomendações e 8.2.1.3 Prestações de Serviços Médicos - Despacho n.º 8/SEAS/2007)**

O Serviço de Aprovisionamento instituiu a obrigatoriedade de implementar, como procedimento de rotina para a contratação de médicos em prestação de serviços em regime de tarefa ou avença, a inclusão de dois documentos: identificação do vínculo do prestador às Instituições Públicas e entrega de uma declaração, sob compromisso de honra, de como não se encontra em exclusividade de funções, nem dispensa de trabalho extraordinário, nem



redução de horário devido à idade. Foi igualmente elaborada uma minuta para comunicar o início da prestação de serviços neste Hospital à entidade onde o prestador tem vínculo.

- **Actualizar o Cadastro e o Inventário dos Bens do HCC (2.3- Recomendações; 8.6 e 8.11 – Inventário e Software de Gestão de Materiais)**

Desde o ano 2005 que os bens pertencentes ao imobilizado não têm etiqueta de inventário. Houve várias tentativas para resolver, internamente, a situação, mas o número de pessoas afectas ao Serviço de Aprovisionamento tem vindo a diminuir desde o ano 2005 e não foi possível recuperar a informação fidedignamente. O actual Conselho de Administração decidiu resolver, definitiva e adequadamente, a situação e, para tal, no início do ano 2009, irá determinar a:

1- Abertura de um procedimento de compra para um software de gestão de património, caracterizado por: compatibilidade e integração com a aplicação das compras, conter módulos específicos de gestão de património dirigidos ao Serviço de Instalações e Equipamentos e compatibilidade e integração da informação sobre amortizações com a aplicação dos Serviços Financeiros.

O software deve permitir as parametrizações exigidas no CIBE (Portaria n.º 671/2000 de 17 de Abril, que aprova o Cadastro e Inventário dos Bens do Estado).

A compra desta aplicação informática criará informação estruturada sobre a gestão de activos, facilitará o controle de custos com manutenção, uma vez que permite um controlo das reparações e da manutenção preventiva e, rentabilizará os recursos afectos pelo Hospital a esta área.

As interfaces que serão criadas permitirão a contabilização da desvalorização dos bens ao longo do ano económico.

2- Abertura simultânea de um procedimento de compra de serviços de consultoria para inventariação e reconciliação de todos os bens (identificação e caracterização dos bens), que compõem o património do Hospital. No âmbito desta consultoria deve estar englobada a conciliação da informação recolhida pelo Serviço de Aprovisionamento e pelo Serviço de Instalações e Equipamentos e elaboração de um Manual de Procedimentos que regulamentará este sector, impondo regras e uniformizando procedimentos.



A concretização das duas contratações mencionadas permitirá recuperar a informação sobre o Imobilizado do Hospital e perpetuar a sua actualização.

- ***Circularização Periódica dos Saldos dos Fornecedores (2.3- Recomendações e 8.1.5 Evolução da Dívida a Terceiros)***

Todos os anos, no mês de Janeiro, o Serviço de Aprovisionamento, no sector de pré-facturação, realiza, com o acompanhamento por elementos dos Serviços Financeiros, a conferência das contas correntes de todos os fornecedores do Hospital. A informação recolhida é devidamente registada e fica disponível para ser utilizada pelos dois Serviços. Está actualmente em curso a verificação das contas dos fornecedores que têm o registo da facturação até 31 de Dezembro de 2008.

- ***Análise Custo - Benefício (8.2.1.1 e 8.6- Decisões não Suportadas em Análises Custo – Benefício)***

Quando surge a hipótese de eventual aquisição de um produto novo, substituição de um produto por outro similar ou introdução de novos serviços, é sempre estudado o impacto financeiro da contratação.

A Análise de Custo-Benefício é um processo técnico complexo que não se compadece com as necessidades de comprar bens para uso imediato como sejam os medicamentos ou materiais de consumo clínico, muito embora as Comissões encarregues da sua escolha, nomeadamente a Comissão de Farmácia e Terapêutica, elaborem pareceres fundamentados na evidência clínica, nomeadamente na eficácia, segurança, ou eficiência dos fármacos e na relação custo-efectividade dos medicamentos analisados.

Não existe para tal uma entidade designada para o efeito, à semelhança do que se passa na área do medicamento com a Comissão de Farmácia e Terapêutica; no entanto, o estudo daquele impacto e a respectiva avaliação económico-financeira, são sempre efectuados pelo Serviço de Aprovisionamento em colaboração com os elementos responsáveis pela utilização dos produtos ou serviços.

Enumeram-se alguns exemplos recentes:

- Aquisição de serviços de impressão de parte das radiografias em papel versus a impressão da totalidade das radiografias a laser – tomada a opção pela impressão a laser;



- Substituição dos urinóis de plástico por descartáveis;
- Substituição total das luvas com pó por luvas isenta de pó;
- Está em curso a avaliação da substituição dos aparelhos de selagem de vasos e o de cirurgia laparoscópica por um único aparelho - por enquanto a avaliação financeira é bastante favorável, estando-se a aguardar o parecer das equipas médicas.

De facto a Análise de Custo-Benefício para os projectos de investimentos de maior valor financeiro tem sido desde o início preocupação constante e objectivo a alcançar por este Conselho de Administração, tendo vindo a ser melhoradas e incrementadas as acções nesse sentido, se bem que ainda não seja possível dispor dos recursos humanos, em número e tecnicamente capacitados, para o cumprimento adequado de tal objectivo.

2. Sobre o Anexo B – Eventuais Infracções Financeiras

▪ *Referência directa de doentes da área da cirurgia cardíaca para o HCVP (Conclusões; 2.3 Recomendações; 7.1 Internamento; Anexo B)*

1. O Conselho de Administração começa por estranhar as referências apreciativas que lhe são dirigidas sobre a matéria – passamos a citar: "... contrariou e negligenciou princípios prudenciais inerentes à boa gestão dos dinheiros públicos ..." e "... O Conselho de Administração do HCC tem, eventualmente, adoptado uma abordagem linear - não sistémica – à gestão do Hospital ..." (pag. 6 do Relatório); "... O Conselho de Administração adoptou uma atitude passiva, negligenciando assim os princípios prudenciais inerentes à boa gestão dos dinheiros públicos do SNS..." (pag. 20 do Relatório) – pois, como já se explicou em ofício remetido a V. Ex^{as}. em 09/01/2009, em resposta a um conjunto de questões sobre a matéria, temos cumprido com rigor o que vem explicitamente mencionado no Acordo entre a ARSLVT e a CVP, tendo em conta o Aditamento assinado entre as partes em 08 de Novembro de 2006.
2. Para que não fiquem dúvidas, e reforçando a justeza e correcção da nossa conduta, convirá enquadrar a evolução do referido "Acordo" entre a ARSLVT e a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.
3. A celebração do presente acordo aconteceu no exercício das competências que são cometidas por lei à ARS.



4. Com efeito, nos termos da Base XXVII, da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, as ARS são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, coordenando a prestação de cuidados de saúde a todos os níveis e adequando os recursos disponíveis às necessidades, cabendo-lhes, em especial, contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde na respectiva região (nrs 1 e 3, alínea e)).
5. Em execução da referida base, o Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro, conferia aos conselhos de administração das Administrações Regionais de Saúde, competência para contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS (cfr. actualmente a competência que é conferida aos conselhos directivos das ARS, I.P., pela alínea e) do n.º2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio), ao abrigo da qual o acordo de cooperação com o HCVP deve ser compreendido. Estamos em crer que, em nome das boas relações institucionais, a resposta deve procurar explicitar o enquadramento legal da celebração de acordos com entidades privadas para prestação de cuidados de saúde, sem se referir a eventuais responsabilidades de outras entidades legalmente competentes nesta matéria.
6. Pelo que a actuação do Hospital deve ser compreendida à luz da execução de um acordo de cooperação, com observância do quadro legal vigente, celebrado pela entidade tutelada pelo Ministério da Saúde com competência em matéria de contratualização no quadro do planeamento da prestação de cuidados no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde (cfr. artigos 1.º e 2.º do regime aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, em execução da Base XII da Lei de Bases da Saúde).
7. Note-se que o Ministério da Saúde pode, num esforço de complementaridade, contratar cuidados de saúde ao sector privado e social, em regime de contrato ou convenção. Os referidos contratos ou convenções são instrumentos de gestão e planeamento da prestação de cuidados de saúde.
8. O Hospital da Cruz Vermelha é referido no âmbito da rede de referenciação hospitalar de intervenção cardiológica aprovada por despacho ministerial, tendo o acordo de cooperação em causa visado dar resposta à existência de lista de espera a nível nacional,



hospital curry cabral

com especial incidência na região de Lisboa e Vale do Tejo (cfr. documento respeitante à referida Rede em www.dgs.pt). No mesmo sentido lógico, o planeador e o contratante determinou que o Hospital referenciasse para o HCVP sem que carecesse previamente de aferir da disponibilidade dos hospitais da região com aquela valência.

9. No documento de "Apresentação aos Hospitais da ARSLVT do Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e o HCVP", de Março de 2005 (cf. Anexo I), estabeleceu-se (pag. 4) que "... no que concerne à especialidade de cirurgia cardiotorácica ... a referência (para o HCPV) só é possível, após avaliação da capacidade de resposta dos 3 Hospitais da Região com competência específica nesta área ..." ou seja, e continua a citar-se "... o encaminhamento dos doentes para o HCVP estará sempre subordinado à verificação da falta de resposta dos Hospitais com Serviço de Cirurgia Cardiotorácica ...".
10. Note-se que este Acordo de 2005 foi já uma reformulação e aperfeiçoamento de um outro, o primeiro, realizado entre as partes em 5 de Junho de 1998.
11. Sucede que, em 8 de Novembro de 2006, é assinado entre as partes o "Aditamento ao Acordo de Cooperação entre a Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a CVP ..." que, designadamente, e no que concerne à cirurgia cardíaca, alterou o Acordo de Cooperação de 2005, contrariando neste ponto, o que anteriormente se preconizava:
 - A) (Art.º 8.º) a referência dos doentes para a cirurgia cardíaca (adultos), do Hospital Curry Cabral para o H.C.V.P., passa a ser directa, cita-se, "... sem necessidade de prévia avaliação da capacidade de resposta dos Hospitais da Região..." (cfr. n.º 3);
 - B) (Art.º 8.º) Só depois de, eventualmente, se verificar que o HCVP não apresenta capacidade de resposta, cita-se "... (este) deve informar, de imediato, o Hospital Curry Cabral desse facto, de modo a que este procure alternativas, em tempo útil, junto dos Hospitais do SNS " (cfr. n.º 9).
12. O Aditamento realizado em 2006 pretende, neste ponto, introduzir, precisa e explicitamente, um procedimento contrário ao verificado no antecedente:



- A) Anteriormente cabia ao HCC avaliar previamente a capacidade de resposta dos Hospitais da Região; actualmente essa avaliação só se fará "à posteriori", isto é, nos casos em que o HCVP não tenha capacidade de resposta;
- B) Anteriormente, a referenciação para o HCVP só poderia suceder após esgotada a capacidade dos Hospitais da Região; actualmente a referenciação
- C) do HCC para o HCVP é o "primeiro procedimento", directa e imediata, e só depois, eventualmente, se procurarão alternativas nos Hospitais da Região.

13. A nossa obrigação, como Conselho de Administração do HCC, é cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares em vigor e, no caso vertente, não restam quaisquer dúvidas de que o Aditamento ao Acordo, de 8 de Novembro de 2006, criou um novo cenário nas relações entre o HCC, o HCVP e os outros Hospitais da Região pertencentes ao SNS, no que se refere à cirurgia cardíaca, contrariando o Acordo de Março de 2005. E no que a esta matéria diz respeito, é este Aditamento que é válido e enforma a referenciação dos doentes em apreço.

14. Com o devido respeito pelo douto Relatório de V. Ex^{as.}, a posição crítica agora tomada pelo Tribunal de Contas relativamente à conduta dos Conselhos de Administração do HCC, parece baseada no que dispunha o Acordo entre a ARSLVT e a CVP, na Versão de 2005, assumindo, implicitamente, uma crítica ao Aditamento de 2006, afinal o que nesta matéria, rege a referenciação dos doentes da Cirurgia Cardíaca do HCC.

15. A ênfase posta na capacidade instalada do SNS, a prudência várias vezes referida quanto à aplicação de dinheiros públicos, parece confirmar a valorização prioritária feita por V. Ex^{as.} quanto a estas matérias, como critérios basilares a observar no processo de referenciação.

Mas foi precisamente neste ponto que os critérios de referenciação foram invertidos em 2006, com o referido Aditamento, parecendo a Autoridade Regional de Saúde mais preocupada em privilegiar a celeridade e boa inter-relação técnico-funcional entre o HCC e o HCVP quanto aos doentes de cirurgia cardíaca, pondo em segundo lugar a apreciação prévia da capacidade dos Hospitais do SNS.

16. Importará, por isso, perceber as razões que conduziram a esta mudança substancial no referido Acordo.



17. Tem este C.A. informação interna, idónea e credível, que permite afirmar que o relacionamento de referência dos doentes cardíacos para cirurgia, com os Hospitais do SNS da Região, designadamente com o Hospital de Santa Marta, se caracterizou, muitas vezes, por deficiências de resposta, atempada e consistente, que atrasavam, por vezes de forma dramática, o momento da intervenção cirúrgica.
18. Em anexo (II), e como testemunho técnico do que se afirma, segue um Relatório do Senhor Director do Serviço de Cardiologia, Dr. Luís Mourão, a explicar, justamente, os factores de insatisfação que caracterizavam a referência para o Hospital de Santa Marta, em contraste com o excelente nível de resposta e com a disponibilidade para análise e discussão dos casos, sempre manifestada pelo HCVP.
19. Na sequência das considerações apreciativas sobre a conduta deste CA (e do anterior) sobre a matéria em apreço, apontam V. Ex^{as}.s eventuais infracções financeiras atribuíveis aos respectivos membros.
20. Face à demonstração que vimos fazendo da justeza e correcção da conduta do HCC neste processo, tal enquadramento está prejudicado face à realidade dos factos: o CA tem, nesta matéria, cumprido escrupulosa e regularmente, o que vem explicitamente mencionado no Aditamento já referido de 2006, quanto aos doentes para cirurgia cardíaca do H.C.C. e que, mais uma vez se refere, estabelece o envio dos mesmos para o HCVP sem necessidade de avaliação da capacidade instalada nos hospitais do SNS da Região. Consequentemente, não está na esfera de competência dos C.A. do HCC a apreciação sobre a correcta e boa gestão dos dinheiros públicos, a propósito dos doentes referenciados, já que a prioridade estabelecida para os nossos procedimentos implica a referência directa para o HCVP.
21. Sempre que se diga, todavia, que da leitura do Aditamento que vimos apreciando, parece resultar clara a vontade de controlar o impacto nos custos para o SNS:
- A) Os preços de referência para a cirurgia cardíaca são exactamente iguais aos previstos nas tabelas dos G.D.H., com uma redução de 10% sobre cada episódio (cfr. n.º5 do art.º 12º);
 - B) Por outro lado, define-se, para a cirurgia cardíaca um número máximo de episódios/ano a ser objecto de referência para o HCVP e uma retribuição máxima anual, correspondente (anexos IV e V do referido Aditamento);



- C) Mais se acrescenta, no referido art.º 12.º do aditamento em referência, que o tecto financeiro prevalece sobre o valor máximo de produção (cfr. Nrs. 3 e 4 desse artigo).
22. No que compete aos limites definidos para o volume e valor financeiro correspondentes à referenciação de doentes cardíacos para o HCVP, verificamos que, quer em 2007, quer em 2008, os dois indicadores referenciados nos anexos ao Aditamento IV e V (já acima mencionados), apresentam valores aquém dos limites estabelecidos.
23. Salienta-se que o modelo contratual estabelecido entre a ARSLVT e o HCVP é, na essência, igual ao que vigora para os Hospitais EPE, em que se inserem os serviços de cirurgia cardíaca da Região.
24. A diferença, procedimental e tecnicamente relevante, é que, enquanto os doentes de cirurgia cardíaca, que eventualmente pudessem adicionar actividade aos hospitais do SNS, seriam pagos por "doente equivalente" (face ao índice de case - mix definido para o ano, para o respectivo Hospital), no caso do HCVP, o pagamento é feito pelo valor "facial"/ efectivo previsto na tabela dos GDH, com o desconto de 10%.
25. Não é fácil sabermos com exactidão se o pagamento por "doente equivalente" é mais compensador para os hospitais EPE do que o pagamento pelo valor "facial" de cada episódio. A técnica de pagamento pelo doente equivalente, no caso concreto da cirurgia cardíaca, tem um impacte financeiro não imediato, mas diferido nos anos subsequentes.
26. Com esta explicação, a referência na pag. 20 do relatório desse Tribunal, de que os custos para o SNS, se os doentes fossem aí operados, seriam marginais", "... muito inferiores aos preços pagos pelo SNS ao HCPV..." não tem fundamento e é plausível admitir que a situação actual é, económica e socialmente, mais compensadora para o SNS, não só pelo desconto de 10% incluído no Acordo, como também pelos resultados clínicos obtidos, cuja excelência permite indiciar economias significativas, a montante e a jusante da intervenção cirúrgica, para o doente, para a Sociedade e claro, para o SNS.
27. Em conclusão, e face às explicações apresentadas, o actual Conselho de Administração do HCC, não considera ajustadas ou aceitáveis as acusações que lhe são dirigidas pelo douto Relatório desse Tribunal que vimos apreciando, sobre a referenciação de doentes cardíacos para o HCPV.



28. Pelo contrário, deixa cabal e objectivamente demonstrado que os procedimentos em uso, quando referencia doentes para a cirurgia cardíaca, para o HCVP, são os que, rigorosamente, estão explicita e formalmente descritos no Aditamento ao Acordo de cooperação existente entre a ARSLVT e o HCVP. E por essa razão, fica objectivamente prejudicada qualquer responsabilidade financeira sobre o que seria mais racional e economicamente adequado fazer-se quanto á referenciação dos doentes em apreço.
29. Por isso mesmo, o CA do HCC não pode deixar de classificar este ponto do Relatório como manifestamente errado nas suas apreciações e fundamentos e profundamente injusto e impróprio nos termos em que se refere aos dois últimos Conselhos de Administração do HCC.
30. Sendo ainda de assinalar a boa fé na execução do acordo regularmente celebrado, na medida em que o Hospital velou pelo cumprimento pontual dos termos dispostos naquele instrumento negocial, em que é parte terceira, velando pela não frustração da confiança suscitada com a sua celebração.
31. É de defender, pelas razões invocadas, a inexistência de fundamentos para a pronúncia pela infracção do disposto no artigo 42.º, n.º 6, alínea c), e n.º 8, da Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto com as alterações determinadas pela Lei n.º 48/2004, de 24 de Agosto.
32. Como comprovam os factos indicados, a responsabilidade encontra-se afastada na medida em que não se verificam os requisitos de ilicitude nem culpa dos administradores. Tal qual exposto, o acordo é válido, dado ter sido celebrado por entidade legalmente competente e nos termos do que a lei prescreve – que oportunamente se demonstrou e que confere a devida validade à referenciação dos utentes ao abrigo do acordo; assim como os administradores não agiram com culpa, dado não lhes ser censurável a conduta na medida em que agiram convencidos da respectiva licitude e não visaram causar quaisquer danos ao Hospital ou ao Estado, genericamente considerado, antes tendo agido na mesma convicção que ditou a referenciação estabelecida – a que esta assistência corresponderia à tutela mais efectiva dos cuidados de saúde de cirurgia cardiorádica que a população que têm como dever assistir carece - não lhes sendo exigível outra actuação, considerando-se igualmente observados os requisitos de regularidade da despesa em conformidade com os termos da disposição legal por cuja



infracção são pronunciados, sendo de notar a previsão das regras financeiras aplicáveis no artigo 12.º do Aditamento ao Acordo de Cooperação celebrado em 2006.

33. Não obstante, acolhe este órgão as V. recomendações no sentido do reforço de uma cultura de gestão cuja tomada de decisão seja fundada numa efectiva análise da relação custo benefício, nomeadamente mediante o compromisso de articulação com as entidades responsáveis pela celebração dos acordos com entidades privadas para efeitos de avaliação das necessidades reais em cuidados de saúde e dos termos em que os ditos acordos vigorem e sejam executados.

34. Por fim, e face à gravidade das acusações feitas por esse Tribunal relativamente aos últimos Conselhos de Administração do HCC, e em virtude das mesmas terem a ver, única e exclusivamente, com decisões políticas e técnicas que transcendem o âmbito de intervenção dos Conselhos de Administração, como se atesta, vai este Conselho de Administração remeter esta exposição referente à referenciação de doentes para cirurgia cardíaca, para Sua Excelência a Ministra da Saúde e para o Senhor Presidente da ARSLVT, por forma a que, em função do Relatório elaborado por V.Ex.ªs, procedam de acordo com o que entenderem por mais conveniente.

▪ **Registo Contabilístico das Taxas Moderadoras em Dívida (2.3- Recomendações; 8.1.3-Análise Financeira e Anexo B)**

O TC refere que foi violado o nº 2 do Artigo 26º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, Publicado pelo Decreto Lei 11/93, de 15 de Janeiro.

O texto do citado artigo refere-se, explicitamente, às *taxas moderadoras cobradas*, que devem estar reflectidas no orçamento ou balancetes das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Ora, uma vez que as taxas moderadoras cobradas se encontram, adequadamente, inscritas tanto no orçamento como no balancete do Hospital, é nosso melhor entendimento de que o HCC não violou aquela norma. Quanto ao não cumprimento integral do principio contabilístico da especialização, ele deve-se a algumas razões técnicas e operacionais e nomeadamente:



1- A aplicação informática que gere as taxas moderadoras, denominada por "SONHO", que julgamos ser a mesma que a ACSS disponibiliza para todos os hospitais, só emite, automaticamente, facturas sobre as taxas moderadoras cobradas.

2- Uma vez que é muito elevada a taxa de cobrança das taxas moderadoras, julga-se ser relevante referir a adopção pelo HCC (cfr. anexo III), de algum tempo a esta parte, de procedimentos potenciadores de cobrança para as taxas em dívida, preconizados

na Portaria nr 395-A/2007 de 30 de Março, como é o caso da modalidade de pagamento por multibanco, muito cómoda para o utente.

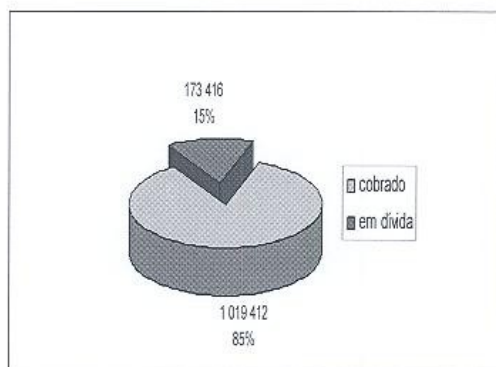


Diagrama de Cobrança das Taxas Moderadoras em 2007

3- Os proveitos resultantes das taxas moderadoras que transitam em dívida para o ano seguinte são incertos uma vez que é grande a probabilidade de não cobrança. E é grande esta probabilidade, uma vez que ao carácter de serviço público está inerente o cuidado de saúde prestado, sendo o utente atendido independentemente do pagamento do serviço que lhe é prestado. O não cumprimento do dever de pagar não está, na esmagadora maioria das vezes, associado a nenhuma penalidade, não podendo o HCC recusar a prestação de cuidados de saúde a quaisquer utentes que recorram aos seus serviços, por força do disposto no art-64º da Constituição da República Portuguesa, tanto mais que os valores envolvidos são tão baixos que não justificam uma acção de contencioso.

Assim, salvo algumas situações excepcionais, o não pagamento quando solicitado (no acto ou após insistência) indicia, desde logo, uma vontade de não pagar. Em reforço



desta alegação, informa-se que a percentagem de cobrança das taxas de 2007 que transitaram em dívida para 2008, foi de 22%, tendo o restante transitado em dívida para 2009, correspondente a um total de 134.517 Euros.

Face ao exposto, pode-se, quanto a nós, concluir que a contabilização do total de proveitos das taxas moderadoras poderia revelar-se como menos acertada face à perspectiva de concretização de tais proveitos.

4- Para reflectir, correctamente, os proveitos referentes às taxas não cobradas, o HCC deveria emitir uma factura por cada cliente com a taxa moderadora em dívida, o que implicaria:

4.1- Sempre que um utente se dirigisse ao Hospital para pagar a taxa em dívida, ou que, num atendimento posterior, lhe fosse solicitado para regularizar a sua situação, só o poderia fazer nos Serviços Financeiros. Da mesma forma, tornar-se-ia impraticável nos locais de atendimento a actualização posterior do registo de todas as isenções que, comprovadamente, já existissem à altura da prestação do cuidado. Estas duas situações são muito frequentes e tornariam o processo de atendimento complexo, moroso e certamente, passível de conflitos.

4.2- As dívidas não cobradas transitarão para cobrança duvidosa e sobre elas seriam constituídas provisões, de acordo com a política seguida nessa matéria. Porém dada a elevada perspectiva de não cobrança, a constituição de provisões seria insuficiente para reflectir de forma apropriada este tipo de proveitos¹.

Em suma é nosso melhor entendimento que da alegada violação anotada ao HCC por não ter reflectido contabilisticamente estes proveitos, não resultaram prejuízos para os interesses do Hospital e do Estado, relevando-se ainda ser a nossa prática comum nos hospitais que usam a mesma aplicação informática "SONHO". A principal razão dessa prática está associada, quer à possibilidade de tal contabilização introduzir um factor de erro idêntico ou superior ao

¹ Considerando como aceitável uma taxa de cobrança de 25% sobre os valores em dívida, ou seja 43.354 Euros, a constituição de provisões implicaria, ainda assim uma expectativa de cobrança desajustada: $(Valor\ transitado\ em\ dívida / 2\ semestres * 0,50\%) + (Valor\ transitado\ em\ dívida / 2\ semestres * 0,25\%) = 65031$ Euros. Ou seja incluiria ainda uma expectativa de cobrança de 108.385 Euros (173 416-65 031), o que é manifestamente irrealizável.



da opção da não contabilização, quer ainda à eventualidade de os custos do próprio procedimento ultrapassarem o seu benefício.

Não obstante as dificuldades aludidas, o HCC está a levar a cabo a solução para a deficiência assinalada, tendo para o efeito já contactado a ACSS no sentido de solucionar o problema da integração de ficheiros de facturação do "SONHO" na aplicação de contabilidade ("SIDC"), a fim de permitir o cumprimento da decisão assumida de contabilizar todas as taxas moderadoras em dívida a partir de Janeiro de 2007.

3. Outras Observações sobre as Áreas Auditadas

- *Organização dos processos individuais (5. Acções de Fiscalização realizadas por Órgãos de Controlo)*

No que concerne à área de Recursos Humanos, informamos que foi efectuado o arquivo de toda a documentação que estava dispersa em vários locais, trabalho este desenvolvido durante o ano de 2008. Actualmente é efectuado um trabalho diário com o objectivo de não haver acumulação de informação não arquivada fora dos respectivos processos.

- *Inventariação Física de Existências (8.1.2-Existências)*

A não existência de recursos humanos em número suficiente tem sido a razão para que o inventário de existências, para todos os produtos do Hospital, se realize apenas no final de cada ano económico.

No entanto, deve-se relevar que no armazém central existem contagens mensais das existências, para cinquenta produtos escolhidos por amostragem. As diferenças detectadas são quase sempre originadas por troca de códigos no registo de produtos similares e essas diferenças são registadas, como acertos, nos mapas mensais.

Está previsto, no modelo a implementar, que a partir de 2009, a equipa da Gestão de Stocks passe a realizar verificações semanais aos stocks dos armazéns avançados.

- *Integração da Informação de Stocks no SIDC (8.1.2- Existências)*



O sistema informático de Gestão de Stocks actualmente instalado pela empresa CPCHS permite a total contabilização e processamento dos dados provenientes dos consumos. Este sistema gera um ficheiro com o resumo de todos os movimentos realizados na Gestão de Stocks, o qual se integra, semanalmente, com o sistema informático da contabilidade. No final de cada mês, e na sequência do "fecho mensal", é gerado um ficheiro que origina a eliminação dos semanais antes de se integrar, definitivamente, nos ficheiros da contabilidade. Realça-se a necessidade de eliminar os ficheiros semanais para prevalecer a informação mensal (valores acumulados).

Foi realizada experimentalmente, no início do ano 2007, a criação diária de ficheiros que resumiam os movimentos da Gestão de Stocks mas, constatou-se que a integração do ficheiro mensal originava inúmeros erros de processamento. Sempre que existiam correcções, como, e a título de exemplos, devoluções dos serviços ao armazém central, devoluções a fornecedores ou correcções de movimentos de entradas e saídas, geravam-se erros sucessivos nas tabelas finais. A razão de tal ocorrência, prestada pela empresa CPCHS, devia-se ao número demasiado elevado de ficheiros que eram eliminados antes da integração da informação mensal.

Tendo em conta a necessidade manifestada pelos Serviços Financeiros em dispor da informação actualizada sobre consumos, optou-se por gerar mapas semanais cuja informação é confrontada com o resumo mensal.

Este cenário exige assim e apenas, a validação dos dados mensais com base nos quatro mapas semanais, em alternativa à análise de um número muito superior de documentos, se a opção tivesse sido a dos mapas diários.

- ***Diferenças nas contagens físicas do material de consumo clínico em alguns armazéns dos Serviços (8.1.2- Existências e 8.2.11- Custo com as Matérias de Consumo)***

No segundo semestre do ano 2007 foi implementado um novo Sistema de Gestão de Stocks, na sequência da instalação do software da CPCHS para gestão da actividade de aprovisionamento. O objectivo desta mudança foi introduzir critérios de eficiência na racionalização dos recursos existentes, mantendo o investimento em produtos clínicos nos limites ideais, evitando, quer a compra de quantidades insuficientes, para evitar a rotura de stocks, quer a compra excessiva de produtos, para reduzir o grau de desperdício.



O Sistema de Gestão de Stocks integrado do Hospital foi estruturado para intervir em dois níveis:

- a) No Armazém Central, a fim de melhorar a já existente informatização permanente dos movimentos logísticos – registo das entradas e saídas dos produtos, devoluções e correcções efectuadas diariamente – tarefas que originam um fecho diário dos movimentos, o qual permite terminar com a impressão de um mapa resumo que é conferido pela chefia de armazém.
- b) Nos Armazéns Periféricos (O Hospital possui 72 centros de custo que registam consumos), a fim de implementar armazéns avançados em todos os serviços do Hospital, de forma a conhecer, permanentemente, os stocks existentes. Este sistema funciona com o registo das transferências de produtos do armazém central para os periféricos e com o registo das saídas nos últimos, que correspondem aos consumos reais do Hospital.

Na génese deste modelo de Gestão de Stocks estão três objectivos:

- 1- Aquisição das quantidades correctas;
- 2 - Avaliação do desempenho dos fornecedores;
- 3 - Contabilização permanente dos stocks existentes.

1-Aquisição de Quantidades Correctas

A aquisição de materiais em quantidades correctas ao longo do ano é de extrema importância para a prestação de cuidados de saúde, mas é um processo complexo que depende sempre de dois factores preponderantes:

- A capacidade de encomendar a quantidade correcta, tendo em atenção a sazonalidade de alguns produtos;
- A capacidade de entrega dos fornecedores que operam em Portugal, capacidade esta que é influenciada pela distância e procedimentos de exportação/importação do País produtor.



Na tentativa de melhorar a performance logística, no que se relaciona com a encomenda, o HCC iniciou em Janeiro de 2009 a calendarização informática de todas as notas de encomenda, provenientes de contratos de fornecimento contínuo. O objectivo é o de planear as entregas a longo prazo, ou seja, definir as quantidades necessárias durante o ano, permitindo assim ao fornecedor ajustar, atempadamente, a sua actividade às necessidades do Hospital.

Para determinar a quantidade certa a encomendar foram recalculados, em Dezembro de 2008, os indicadores logísticos para todos os produtos de armazém, bem como foram introduzidos, manualmente, critérios de sazonalidade para alguns produtos. Estamos seguros de que esta metodologia irá permitir reflectir no Sistema de Gestão o perfil real de consumo.

Acresce, ainda, terem sido revistos os valores para stocks máximos, mínimos, stocks de segurança e pontos de encomenda, em função do espaço em prateleira existente no Armazém Central, procedimento este que ainda maior relevância assumiu, uma vez que as dimensões do armazém actual são muito exíguas face às necessidades do Hospital.

Para completar o sistema integrado de stocks serão calculados, até Março de 2009, à semelhança do executado para o armazém central, os indicadores logísticos para os produtos existentes em cada armazém avançado, a fim de serem instituídos pontos de encomenda e stocks de segurança com base em níveis mínimos e máximos.

Actualmente, a reposição de stocks é efectuada, diariamente, apenas com base em níveis máximos dos produtos, o que origina, muitas vezes, a existência de stocks máximos. Nesta fase inicial de implementação dos armazéns avançados, delineou-se esta estratégia por motivos de segurança, a fim de "acreditar" o sistema, atenuando a desconfiança por parte das chefias dos serviços e garantindo a não existência de roturas de stocks que pudessem levar à utilização de produtos alternativos de custo superior.

2-Avaliação do Desempenho de Fornecedores

A calendarização informática das notas de encomenda, iniciada em Janeiro de 2009, permitirá, também, avaliar o grau de cumprimento dos fornecedores relativamente aos prazos de entrega e, através de informação estruturada, defender, adequada e eficazmente, o HCC de situações de eventual incumprimento, que são difíceis de registar sem o controlo informático.



3-Contabilização Permanente dos Stocks Existentes

O conhecimento permanente dos stocks existentes no Hospital é uma informação de valor inquestionável, só possível de obter através da implementação dos armazéns avançados em todos os Serviços da Instituição.

O processo é complexo, pelo número elevado de armazéns envolvidos e pela exigência de responsabilização por parte dos serviços mas, é da mais elementar justiça realçar que, apesar das profundas alterações que o novo sistema impôs, a aceitação foi muito positiva por parte de todos os serviços – piloto envolvidos.

O projecto dos armazéns avançados tem duas fases operacionais distintas:

a) Criação do armazém avançado: sua inclusão no sistema informático, contagem das existências e inserção informática das respectivas quantidades, arrumação das prateleiras do armazém e correcta identificação dos produtos no espaço em prateleira (nomenclatura, código interno e código de barras).

O HCC muito tem apostado na correcta identificação dos produtos, a fim de facilitar o processamento das saídas e evitar erros de lançamento. A prevista instalação, no curto prazo, de leitores ópticos melhorará certamente a fiabilidade dos registos dos consumos;

b) Formação dos utilizadores de cada serviço para registar as saídas (consumos). Nesta primeira fase foi ministrada formação aos Auxiliares de Acção Médica e aos Enfermeiros, as categorias profissionais com acesso aos armazéns avançados. Foram detectadas, desde o início, grandes dificuldades por parte dos intervenientes em efectuar correctamente os registos, de que resultaram diversos tipos de erros. Encontra-se a explicação para este facto, possivelmente, no número elevado de elementos envolvidos no processo e à falta de sensibilidade dos mesmos (o registo nos armazéns periféricos é um processo novo e os elementos envolvidos não têm a experiência desejável).

Perante as conclusões retiradas nesta fase experimental, decidiu-se implementar no ano 2009 um modelo diferente que, sumariamente, consiste em substituir os elementos que actualmente registam as saídas nos armazéns avançados por uma equipe composta por



elementos do sector de Gestão de Stocks, os quais têm formação suficiente para suprimir a grande parte dos erros no registos de consumos.

A equipa designada para o efeito, em duas rondas diárias, executará o registo das saídas em todos os serviços do Hospital, passando os Auxiliares de Acção Médica e Enfermeiros apenas a intervir nas auditorias internas.

Ressalva-se que a auditoria do Tribunal de Contas decorreu numa fase experimental da implementação do Sistema de Gestão de Stocks e, como tal, numa fase de análise da envolvente interna, com a identificação de pontos fortes e fracos.

De entre estes últimos, registam-se precisamente algumas discrepâncias entre as unidades existentes no sistema e as unidades em prateleira, diferenças essas justificáveis pelas seguintes razões:

- Pouca experiência por parte dos actuais elementos que registam as saídas;
- Grande diversidade do tipo de unidade de registos dos produtos, que pode originar trocas de códigos e quantidades;
- Número elevado de intervenientes;
- Estratégia inicial de reposição de stocks por níveis máximos, ainda não dimensionados ao espaço em prateleira, não enquadrados nos outros indicadores logísticos de níveis mínimos, stocks de segurança e pontos de encomenda;
- Registo manual e não por leitura óptica.

A estes pontos fracos já identificados, contribuiu ainda para as discrepâncias assinaladas, o facto de ter ocorrido, durante a auditoria, a mudança física temporária dos serviços de Ortopedia e Urologia, originada pelo fecho de algumas áreas do Hospital por motivos de obras.

A colocação de camas de Urologia no serviço de Ortopedia originou a junção dos armazéns avançados no mesmo espaço físico, junção esta responsável por erros consecutivos no registo dos consumos, uma vez que os profissionais envolvidos eram os mesmos para os dois centros de custos.



A situação está actualmente a ser corrigida, através de mais formação aos utilizadores e da verificação periódica dos registos, por elementos da Gestão de Stocks. Apesar de muitas tarefas ainda não estarem finalizadas, verificou-se nesta fase experimental, em todos os serviços - piloto, uma redução de stock disponível.

- *Divergências entre o registo informático e as existências no armazém da farmácia e a Contagem física de medicamentos nos Serviços encontrava-se acima do nível estabelecido como Stock de Segurança e (8.2.1.1- Custo com as Matérias de Consumo)*

No que se refere à Farmácia de Ambulatório e a fim de contribuir para o esclarecimento das discrepâncias encontradas entre contagens físicas e existências informáticas, informa-se:

- 1- O actual CA do HCC, consciente da importância do problema, implementou, recorrendo ao *state of the art*, um sistema de prescrição médica informatizada em todas as consultas do Hospital, que permite agilizar procedimentos, melhorar a qualidade da informação e avaliar o grau de adesão do doente à terapêutica.
Todas as prescrições efectuadas ficam pendentes e registadas no sistema, sendo visualizadas pelo farmacêutico, que as confronta com o documento apresentado pelo utente no momento da cedência da terapêutica.
- 2- No momento da cedência da terapêutica e de acordo com as Boas Práticas Clínicas, as principais preocupações do farmacêutico são:
 - Avaliar o processo de adesão e, caso se justifique, reportar ao médico;
 - Avaliar a correcta compreensão por parte do utente sobre a forma correcta de tomar ou administrar a medicação;
 - Detectar eventuais efeitos secundários associados à medicação, avaliar o seu significado clínico e reportá-los, no âmbito do Sistema Nacional de Fármaco-vigilância, caso se aplique.
- 3- Na sequência destes actos o farmacêutico deve, sempre que possível, movimentar de imediato os medicamentos cedidos de forma a regularizar o stock.
Uma vez que este procedimento de registo informático de consumo de medicamentos nem sempre é compatível com a preocupação em atender bem os doentes, reduzindo o tempo de espera, este processo é muitas vezes executado mais tarde. Julga-se de



interesse salientar que a farmácia de ambulatório do HCC é uma das maiores do País, sendo mesmo a maior na área da Infecção VIH/SIDA. Em média são atendidos 250 doentes por dia, e apenas estão afectos a este sector dois farmacêuticos, pela escassez de recursos humanos.

Estes factos justificam, indubitavelmente, que o registo de dispensa na Gestão de Stocks nem sempre se processe em simultâneo com o acto de cedência da terapêutica, pelo que haverá sempre e em cada momento, alguma discrepância, se bem que de valores tão reduzidos quanto possível, entre existências físicas e informáticas.

- 4- É muito importante informar que todas as receitas são verificadas e conferidas no final de cada dia ou no dia seguinte, no sentido de processar os movimentos não efectuados ou corrigi-los, se encontrados erros.

É certo que o ideal seria a movimentação imediata ao acto de dispensa; contudo, o interesse pela qualidade de atendimento do utente e a redução dos tempos de espera colocam, em primazia, o interesse dos doentes, sem comprometer uma adequada gestão de stocks.

- 5- Outro factor que justifica as discrepâncias encontradas relaciona-se com a distribuição de medicamentos pelo sistema de dose unitária para os Serviços de Internamento, uma vez que a maioria dos medicamentos dispensados em ambulatório hospitalar são igualmente consumidos no internamento.

A preocupação permanente com os processos de melhoria contínua levou igualmente à implementação da prescrição informatizada no internamento. Como os medicamentos vão sendo preparados ao longo do dia, mediante validação das prescrições que vão surgindo na aplicação, as movimentações não podem ser efectuadas de imediato, uma vez que em internamento são frequentes as alterações da prescrição médica. Esta terapêutica, que é fornecida para períodos de 24 horas, apenas é movimentada informaticamente ao final do dia, quando as cassetes com a medicação são entregues nos serviços.

Assim, as quantidades de medicamentos que são comuns ao ambulatório e internamento são movimentadas em tempos diferentes, pelo que os stocks podem não estar actualizados ao momento.

Os medicamentos em análise no processo de auditoria (Micofenolato de mofetil 500 mg comp e Tacrolimus 1 mg cáps), são dois dos imunossuppressores de maior valor e



utilização, quer no internamento quer no ambulatório, para prevenção da rejeição do órgão, em terapêutica crónica.

Para terminar esta rubrica sobre a Farmácia de Ambulatório, considera-se da maior importância rectificar a informação constante da página 51 do Relatório de Auditoria, no que se refere à penalização de doentes não aderentes com o pagamento da terapêutica.

De facto esta prática, logicamente, não existe, uma vez que a terapêutica cedida em regime de ambulatório hospitalar está contemplada em vários Despachos publicados em Diário da República, por patologias com comparticipação a 100%, pelo que não há direito a qualquer pagamento. Nas situações previstas nos referidos Despachos, o Hospital, cumpre estrita e rigorosamente o legislado, procedendo à facturação aos sistemas, subsistemas de saúde ou entidades seguradoras.

No que se refere aos Serviços de Internamento, a distribuição em dose unitária para períodos de 24 horas, é complementada com stocks de segurança (definidos por níveis) que permitem dar resposta a situações de urgência ou iniciar terapêuticas prescritas ao longo do dia, enquanto a dose unitária está a ser preparada nos Serviços Farmacêuticos. Estes níveis estão adaptados às características de cada Serviço de acordo com as especialidades médicas e cirúrgicas:

a) Estes níveis são repostos ao longo da semana, de acordo com calendarização estabelecida e acordada com os Serviços. O processo está igualmente informatizado, sendo os pedidos de reposição efectuados pelo Enfermeiro Responsável, que lê os níveis e os introduz na aplicação, a qual gera um mapa de cedências pela diferença que executa. Os Serviços Farmacêuticos preparam a medicação e movimentam os stocks fornecidos.

b) Paralelamente a este tipo de distribuição, há medicamentos que são fornecidos por doente (distribuição personalizada) para períodos de 24 horas a 72 horas. Este procedimento permite reduzir os níveis dos stocks de segurança, já que estes servem de recurso para situações em que o medicamento ainda não foi dispensado de forma personalizada. Estas situações podem justificar o parecer de que algumas quantidades de medicamentos estão em excesso relativamente aos níveis pré-estabelecidos.



c) Por outro lado, os níveis de stocks físicos nos serviços, raramente correspondem ao estabelecido dado que são fármacos que estão sempre a ser utilizados.

Acresce ainda o facto de ser necessário salvaguardar a existência de alguns medicamentos a mais (por distribuição por doente) para dar resposta às necessidades dos doentes no horário em que a Farmácia está fechada.

d) Os níveis dos stocks nos serviços são revistos com regularidade e em função dos recursos humanos existentes. São processos morosos que consomem recursos elevados.

e) Apesar de todos os constrangimentos e limitações, a Gestão de Stocks e as estimativas de consumo não parecem estar comprometidas ou sobrestimadas pelos factos apontados, já que existe a preocupação permanente com a dotação de níveis, os quais se podem considerar baixos comparativamente com outras realidades hospitalares;

Contudo, estes processos são passíveis de melhoria com a utilização de equipamentos automatizados de dispensa com acesso condicionado a palavra passe ("Pyxis"), associados à prescrição informatizada e que permitem uma leitura directa pela aplicação de Gestão de Stocks das quantidades utilizadas a cada momento. São equipamentos caros que exigiriam um grande esforço financeiro e a correspondente dotação em orçamento para a sua aquisição.

Não sendo a sua aquisição compatível com o orçamento actual do HCC, o CA submeteu uma candidatura a co-financiamento (QREN), da qual se aguarda aprovação.

Do exposto, é possível concluir que se mantém a preocupação permanente com a melhoria contínua e a tentativa de encontrar soluções que respondam às necessidades dos doentes, melhorem o circuito do medicamento e a sua gestão.

▪ ***Aumento do Consumo de Medicamentos (8.2.1.1- Custo com as Matérias de Consumo)***

Este aumento de consumo corresponde a um aumento do número de doentes tratados, sobretudo em áreas de elevada diferenciação do HCC, cujas terapêuticas são das mais caras existentes no sector hospitalar. Pode-se constatar este facto, com os seguintes exemplos:



- Transplante hepático (Hospital de maior produção a nível europeu no transplante hepático;
- Infeciologia (VIH/SIDA) em que o HCC tem o maior ambulatório do País – elevado número de doentes em terapêutica de última linha por tratamento de qualidade que se relaciona com elevado número de doentes com longa sobrevivida;
- Oncologia, com diferenciação no tratamento do carcinoma hepatocelular – dos poucos hospitais do País que trata este tipo de doentes com abordagens terapêuticas inovadoras;
- Endocrinologia, com elevado número de crianças em terapêutica com Hormona do Crescimento;
- Doenças lisossomais raras, como a Doença de Fabry e a Doença de Gaucher, em que o valor gasto no tratamento de dois doentes em 2007 foi de 593.889 euros.

Acresce que o HCC, enquanto Hospital SPA, não usufrui de condições de aquisição tão vantajosas quando comparado com Hospitais EPE, se bem que trate as mesmas patologias com as mesmas abordagens terapêuticas.

Este é um factor muito limitador com reflexo significativo sobre os valores económicos de aquisição e consumo.

▪ ***Acréscimo dos Custos com Pessoal (8.2.1.2- Custos com Pessoal)***

É referido um aumento de custos com pessoal da ordem dos 3,3%, a que acresceria ainda o valor das prestações de serviço, no valor de 977.818 Euros.

Julga-se ser de assinalar o facto de que a rubrica de custos com pessoal compreende custos de vária natureza, cuja evolução depende de factores muito variados, os quais, nem sempre, são da responsabilidade directa dos dirigentes dos organismos ou que em pouco dependem das medidas de gestão por estes determinadas.

O HCC destaca a perseverança de uma política de gestão de contenção financeira, sem perda de qualidade dos cuidados de saúde, cujos resultados já são constatáveis e de dimensão apreciável. Explanadas estas considerações, julgamos ser de pormenorizar que:

- 1- A remuneração base do pessoal diminuiu 1%, apesar de ter havido um aumento de vencimentos para a função pública de 1,5%. Essa tendência também foi verificada nos subsídios de férias e de Natal, pela mesma razão;




- 2- O trabalho extraordinário diminuiu 12,3%;
- 3- As pensões aumentaram 6,8%, em resultado do efeito combinado do aumento de vencimentos e do número de aposentações;
- 4- Os encargos sobre remunerações aumentaram 12,3% também pelo efeito combinado do aumento de vencimentos e do aumento da contribuição desta entidade para a Caixa Geral de Aposentações, que passou de 13 para 15%;
- 5- Em prestações sociais directas, um acréscimo substancial de pedidos de reembolso de despesas de saúde cobertas pela ADSE, originou o crescimento anormal desta rubrica (87,1%);
- 6- Os outros suplementos verificaram um aumento de 36,8%. Este acréscimo diz respeito a pagamentos indexados a programas de produção, nomeadamente: programa de cirurgia adicional, programa de tratamento de escolioses, viatura médica de emergência (VMER) e transplantes.

Despesas com Pessoal:		2 006	2 007	Δ%
641	Remuneração dos órgãos directivos	290 872	376 270	29.4%
6421	Remunerações base do pessoal:	25 934 190	25 675 576	-1.0%
64211	Pessoal dos Quadros-Reg. Função Pública	20 418 448	20 006 609	-2.0%
64212	Pessoal com contrato a termo certo	3 302 819	3 487 842	5.6%
64213	Pessoal em qualquer outra situação	2 212 923	2 181 124	-1.4%
64214	Pessoal dos Quadros-Reg. Cont. Ind. Trabalho	0	0	
6422	Suplementos de remuneração:	10 536 577	11 035 409	4.7%
642211	Horas extraordinárias	3 622 556	3 124 165	-13.8%
642212	Prevenções	779 960	736 560	-5.6%
642221	Noites e suplementos	2 153 694	2 182 344	1.3%
642222	Subsídios de turno	0	0	
64223	Abono para falhas	863	848	-1.8%
64224	Subsídio de refeição	1 286 534	1 305 940	1.5%
64225	Ajudas de custo	1 259	3 628	188.1%
64226/7	Vestuário e Artig. Pes./ Alim. e alojamento	0	0	
642281	PECLEC/SIGIC	288 716	465 612	61.3%
642281/9	Outros Suplementos	2 402 994	3 216 312	33.8%
6423	Prestações sociais directas	743 376	1 390 829	87.1%
6424	Subsídio de férias e Natal	4 545 112	4 473 237	-1.6%
643	Pensões	1 985 406	2 120 858	6.8%
645	Encargos sobre remunerações	4 631 387	5 201 193	12.3%
646	Seg. de acidentes de trabalho e doenças prof.	121	45	-62.9%
647	Encargos sociais voluntários	8 081	13 468	66.7%
648	Outros custos com pessoal	47 537	64 636	36.0%
Total		48 722 659	50 351 520	3.3%



▪ *Controlo de Qualidade nas Prestações de Serviços Médicos em Regime de Tarefa e Avença (8.2.1.3 Contratação de Serviços Médicos com Entidades Privadas)*

A Direcção Clínica instituiu, para 2009, a obrigatoriedade dos responsáveis pela coordenação do serviço dos prestadores médicos elaborarem um relatório mensal sobre a qualidade dos serviços em regime de Tarefa e de Avença. Esse relatório será anexado às folhas de presença dos médicos prestadores dos serviços.

III. Conclusões

Nas alegações que acabamos de apresentar sobre o Relatório de Auditoria que vimos apreciando, ficou clara a nossa concordância, de princípio, com a grande maioria das recomendações aí contidas.

Nesse sentido, tem este Conselho de Administração adoptado uma atitude pró-activa, não só corrigindo várias das situações referidas, como se comprovou, mas também tomando decisões que contribuem para o aperfeiçoamento dos métodos de gestão e previnem erros ou incorrecções no futuro.

A situação económico-financeira do HCC, os métodos de controlo interno já estabelecidos, as iniciativas em curso para aperfeiçoar ou substituir mecanismos no procedimento em uso, os resultados já, entretanto, obtidos em vários domínios, em que nos permitimos destacar, por exemplo, os avanços significativos já registados na codificação dos processos de doentes internados, são reveladores, do empenhamento, do trabalho e da capacidade de liderança que este CA tem demonstrado ao longo deste ano e meio à frente dos destinos do HCC.

Foi, por isso, com estupefacção e um profundo sentimento de injustiça, que fomos confrontados com as acusações, e eventuais responsabilidades financeiras, quanto ao registo contabilístico da receita de taxas moderadoras não pagas e quanto à transferência de doentes de cirurgia cardíaca para o HCVP, no cumprimento do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP.

Pensamos ter deixado suficiente e cabalmente demonstradas as razões que nos assistem sobre as duas matérias e fica clara, a bondade da nossa conduta, a transparência de propósitos e a coerência das nossas decisões, face ao cumprimento das regras que temos que cumprir, por um lado, e ao que nos pareceu ser o mais adequado face aos doentes e à boa gestão dos recursos, numa perspectiva de custos e de benefícios, por outro lado.



Assim, solicitamos, a esse douto Tribunal que, atendendo às nossas alegações e à demonstração da nossa razão, seja este CA ilibado de qualquer conduta menos correcta e, consequentemente, de eventuais responsabilidades financeiras, quanto às matérias específicas em apreço.

Importa, a finalizar, referir as excelentes relações de trabalho estabelecidas, desde o primeiro dia, entre a equipa de Auditoria deste Tribunal e os profissionais com que contactaram neste

Hospital e que, da nossa parte, disponibilizamos todas as condições, informações e documentação que nos foram, ao longo desse período, solicitadas, bem reveladores do espírito colaborante, transparente e construtivo com que encaramos este tipo de Auditorias.

Lisboa, 9 de Fevereiro de 2009

O Conselho de Administração

Manuel Delgado
Presidente do Conselho de
Administração

Rosário Sepúlveda
Vogal do
Conselho de Administração

Carla Gonçalo
Vogal do
Conselho de Administração

Conceição Loureiro
Directora Clínica

João Pais
Enfermeiro Director



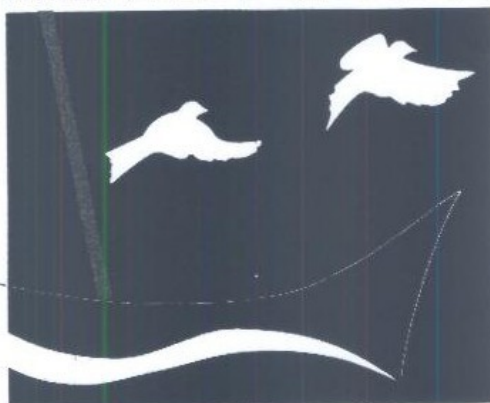
IV. ANEXOS



**Anexo I – Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e o
HCVP**



Ministério da Saúde



**REGIÃO DE SAÚDE DE
LISBOA E VALE DO TEJO**

**APRESENTAÇÃO AOS HOSPITAIS DA RSLVT DO ACORDO
DE COOPERAÇÃO CELEBRADO ENTRE A ARSLVT E O
HCVP**



APRESENTAÇÃO DO NOVO ACORDO DE COOPERAÇÃO CELEBRADO ENTRE A ARSLVT E O HCVP

O Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa celebraram, em 16 de Abril de 1998, um "Protocolo de Cooperação e Complementaridade", onde regularam os princípios gerais pelos quais o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) asseguraria a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS.

A celebração deste Protocolo foi motivada, entre outras razões, por:

- Se considerar que a melhoria do acesso aos cuidados de saúde era, e continua a ser, uma questão relevante no contexto da política de saúde;
- Se considerar que no âmbito da política de saúde, então preconizada pelo Ministério da Saúde, era necessário promover iniciativas com vista à prestação de mais e melhores cuidados de saúde à população;
- Se considerar que para a concretização do objectivo acima enunciado era necessário promover e incentivar o envolvimento e a convergência de todos os sectores – público, social ou privado;
- Se considerar que a Cruz Vermelha Portuguesa, no contexto descrito, seria um importante parceiro, pois detinha uma unidade de saúde prestigiada, o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), que dispunha dos necessários recursos técnicos e humanos, em condições de garantir a desejada complementaridade ao SNS na prestação de cuidados de saúde.

Para corporizar os objectivos do Protocolo, ficou estabelecido no mesmo que seriam celebrados "Acordos de Cooperação", de âmbito nacional e regional, entre as diversas entidades do Ministério da Saúde que necessitassem de complementaridade na prestação de cuidados e o HCVP, bem como, a previsão de que o primeiro Acordo deveria ser estabelecido com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).



Fruto deste Protocolo, e na sequência da avaliação à situação da RSLVT, no que respeitava à área de Cirurgia Cardiorácica e outras áreas cirúrgicas com grandes listas de espera onde, por razões éticas e de saúde pública, não era possível aguardar, por um lado, pelo desenvolvimento de futuros Centros de Cirurgia Cardiorácica e, por outro, obter resposta imediata ao nível dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, é celebrado, a 5 de Junho de 1998, o Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e o HCVP.

Decorridos mais de 6 anos após a celebração do Acordo de Cooperação mostrou-se necessário revê-lo e actualizá-lo por forma a corrigir deficiências, lacunas, e fragilidades detectadas durante a sua execução, nomeadamente:

- Que uma parte da actividade realizada pelo HCVP, não estava prevista, expressamente no Acordo, estando, apenas, suportada em documentação "extra-acordo", sem a adequada cobertura legal;
- Que não estavam a ser respeitados os pressupostos de referênciação, visto ser frequente o encaminhamento de doentes para o HCVP por instituições de outras Regiões de Saúde (não abrangidas), bem como por outras que, embora sediadas na RSLVT, não integravam as consideradas elegíveis pelo Acordo de Cooperação;
- Que não existia qualquer documento normalizado de suporte à referênciação dos doentes para o HCVP.
- Que não estavam definidas com clareza em que condições as instituições poderiam encaminhar doentes para o HCVP;
- Que a produção inicialmente contratada, não estava ajustada às actuais necessidades da Região;

Face à natureza das questões suscitadas, mas atendendo à complementaridade desejada, à capacidade instalada e ao reconhecimento dos resultados clínicos até aqui alcançados, entendeu o Conselho de Administração da ARSLVT, em Março do ano passado, solicitar autorização ao Senhor Ministro da Saúde, para iniciar o processo de renegociação do Acordo de Cooperação em apreço, tendo em vista o seu aperfeiçoamento, quer na óptica da pertinência dos serviços prestados, quer na óptica da fiscalização da sua execução.



Neste contexto foram encetadas negociações com o HCVP que resultaram numa proposta de revisão do Acordo, que veio a merecer despacho favorável, datado de 6 de Dezembro de 2004, do Senhor Ministro da Saúde.

CARACTERIZAÇÃO DA NOVA VERSÃO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO

Um dos objectivos da revisão de Acordo é proporcionar maior acessibilidade dos utentes a cuidados de saúde, em que o tempo de espera para acesso é elevado, contribuindo-se assim, em paralelo com outras iniciativas, para combater listas de espera indesejáveis.

O acesso de doentes ao HCVP somente é permitido para actos médicos previstos em anexo ao Acordo de Cooperação, que para o ano de 2005 são, no que respeita a cirurgia cardiotorácica, as cirurgias constantes no quadro abaixo, em número de 385 (que poderá evoluir para 465, caso se mostre necessário).

Produção de 800 de 400

CARDIOTORÁCICA	PRODUÇÃO CONTRATADA
TOTAL CIRURGIAS	385
BYPASS CORONÁRIO- BYPASS CORONÁRIO COM PTCA	1
BYPASS CORONÁRIO - BYPASS CORONÁRIO COM CATETERISMO CARDÍACO	1
BYPASS CORONÁRIO - BYPASS CORONÁRIO SEM CATETERISMO CARDÍACO	265
PROCEDIMENTOS NAS VÁLVULAS CARDÍACAS - PROCEDIMENTOS NAS VÁLVULAS CARDÍACAS E OUTROS GRANDES PROCEDIMENTOS CARDIOTORÁCICOS, COM CATETERISMO CARDÍACO	3
PROCEDIMENTOS NAS VÁLVULAS CARDÍACAS - PROCEDIMENTOS NAS VÁLVULAS CARDÍACAS E OUTROS GRANDES PROCEDIMENTOS CARDIOTORÁCICOS, SEM CATETERISMO CARDÍACO	75
OUTRAS OP. NO SISTEMA CARDIOVASCULAR - OUTROS PROCEDIMENTOS CARDIOTORÁCICOS (INCLUINDO CARDIOPATIAS CONGÉNITAS)	40

De notar que o acesso está limitado pelas quantidades contratadas, estando assim condicionado aos volumes pré-estabelecidos para cada ano.

• UTENTES ABRANGIDOS

A nova versão do Acordo de Cooperação reitera a abrangência antes considerada, pelo que o HCVP só poderá tratar doentes da RSLVT, isto é,



aqueles que forem correctamente referenciados por instituições de saúde do SNS, sediadas na Região.

• REFERENCIAÇÃO

O Acordo de Cooperação, no que concerne à especialidade de cirurgia cardiotorácica, estabelece que a referenciação **só é possível, após avaliação da capacidade de resposta dos 3 Hospitais da Região com competência específica nesta área.**

Os Hospitais com Serviço de Cirurgia Cardiotorácica (Santa Maria, Santa Cruz e Santa Marta) só excepcionalmente poderão encaminhar doentes para o HCVP, devendo fazer constar do processo clínico do doente os motivos que justificam esse encaminhamento.

Os Hospitais com Laboratório de Hemodinâmica estão habilitados a encaminhar doentes para o HCVP, após diagnóstico, e, como já referido, desde que comprovada a falta de resposta dos Hospitais de Santa Maria, Santa Cruz e Santa Marta.

Os Hospitais que não estão equipados com Laboratório de Hemodinâmica devem interagir com os que dele disponham, sendo estes a determinar, após estudo e diagnóstico, o eventual encaminhamento para um dos 3 Hospitais com cirurgia cardiotorácica ou directamente para o HCVP, caso se comprove a falta de resposta no SNS.

Em suma, o encaminhamento dos doentes para o HCVP estará sempre subordinado à verificação da falta de resposta dos Hospitais com Serviço de Cirurgia Cardiotorácica.

• PROCEDIMENTOS DE REFERENCIAÇÃO

- a) A referenciação para o HCVP é suportada, obrigatoriamente, por documento próprio, cujo modelo se encontra no **anexo I**, a que se deu o nome de "Título de Referenciação";



- b) Este Título, cujas normas de preenchimento estão inscritas no próprio, é emitido pelos Hospitais, sendo o original entregue ao doente e a respectiva cópia arquivada no processo clínico;
- c) Entre outras normas, saliente-se a necessidade de todos os campos de registo serem obrigatoriamente preenchidos, sempre que aplicável, com letra legível e conteúdo inequívoco; de juntamente com o Título serem entregues ao doente todos os elementos clínicos nele referidos; de o Título só assumir validade após assinatura de um elemento do Conselho de Administração; de o Título ter numeração sequencial, atribuída pelo próprio Hospital; e de no Hospital existir uma folha de registo de todos encaminhamentos para o HCVP, estruturada conforme quadro em **anexo II**.

Em situações emergentes, os Hospitais, poderão encaminhar os doentes sem completar, de imediato, o processo administrativo.



ANEXO I

TÍTULO DE REFERENCIAÇÃO



TÍTULO DE REFERENCIAÇÃO - HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE		Instituição Requisitante (Identificação e Carimbo)
Nome: _____	Sexo: _____	
_____	Data Nasc.: ____/____/____	
Morada: _____		
Profissão _____	Telefone: _____	
Nº Cartão de Utente _____		
Entidade Financeira Responsável:		
SNS _____	N.º _____	
Outra (Especificar Qual) _____	N.º _____	
		N.º do Título ____/____ (Número / Ano)
SERVIÇOS REQUISITADOS		
Especialidade _____		
Cirurgia <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>	Rastreo Oftalmológico <input type="checkbox"/>
RELATÓRIO CLÍNICO		
Descrição do Serviço Requisitado: _____		

Elementos Clínicos que Acompanham o Doente :		
Informação Clínica		
e		
Exames Complementares: _____		

O Médico Requisitante: _____		
Vinheta _____		
Visto do Director da Instituição _____		
Data: ____/____/____ _____		

- Normas de Preenchimento:**
- Todos os campos são de preenchimento obrigatório.
 - Os elementos a constar do título têm de ser preenchidos com letra legível e conteúdo inequívoco.
 - O título só assume eficácia após assinatura do Director da Instituição ou, no caso dos hospitais, de um elemento do Conselho de Administração.
- Procedimentos a Adoptar:**
- O título é entregue ao utente, em envelope fechado, que o leva, em mão, juntamente com todos os elementos clínicos nele referidos, ao HCVP.
 - O original do título tem, obrigatoriamente, de constar no processo clínico do utente existente no HCVP.



ANEXO II

FOLHA DE REGISTO DOS ENCAMINHAMENTOS PARA O HCVP



APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO AOS HOSPITAIS
DA RSLVT DO ACORDO DE
COOPERAÇÃO CELEBRADO
ENTRE A ARSLVT E O HCVP

AGENDA

- IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS CONSTRANGIMENTOS DO ACORDO DE COOPERAÇÃO CELEBRADO EM 1998
- APRESENTAÇÃO DA NOVA VERSÃO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO
- ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS



ACORDO DE COOPERAÇÃO CELEBRADO EM 1998

PRINCIPAIS CONSTRANGIMENTOS:

- Produção contratada não ajustada às actuais necessidades da Região
- Normas e procedimentos de referência insuficientemente explicitados
- Ausência de documento normalizado de suporte à referência
- Critérios de facturação pouco claros
- Preços e respectivos mecanismos de actualização a carecerem de revisão

NOVA VERSÃO DO ACORDO

AMBITO E OBJECTO

Prestação pelo HCVP, em complementaridade com o SNS, de cuidados de saúde (actos médicos cirúrgicos e não cirúrgicos) a doentes da área de abrangência exclusiva da RSLVT, em 5 especialidades:

- Cirurgia Cardioráscica
- Cirurgia Vascular
- Ortopedia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia



NOVA VERSÃO DO ACORDO

UTENTES ABRANGIDOS:

- O Acordo reitera a prestação de cuidados pelo HCVP a doentes da área de abrangência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, correctamente referenciados por Serviços de Saúde do SNS, sediados na Região.

NOVA VERSÃO DO ACORDO

REFERENCIAÇÃO

Para a especialidade de Cirurgia Cardiorráctica apenas os Hospitais podem referenciar e só após avaliação da capacidade de resposta dos 3 Hospitais da Região com competência específica nesta especialidade, dentro dos limites da produção contratada para cada ano.

CARDIORRÁCTICA	PRODUÇÃO CONTRATADA 2005
TOTAL CIRURGIAS	385
BYPASS CORONÁRIO - BYPASS CORONÁRIO COM PTCA	1
BYPASS CORONÁRIO - BYPASS CORONÁRIO COM CATETERISMO CARDÍACO	1
BYPASS CORONÁRIO - BYPASS CORONÁRIO SEM CATETERISMO CARDÍACO	205
PROCEDIMENTOS NAS VÁLVULAS CARDÍACAS - PROCEDIMENTOS NAS VÁLVULAS CARDÍACAS E OUTROS GRANDES PROCEDIMENTOS CARDIOTORÁCTICOS, COM CATETERISMO CARDÍACO	3
PROCEDIMENTOS NAS VÁLVULAS CARDÍACAS - PROCEDIMENTOS NAS VÁLVULAS CARDÍACAS E OUTROS GRANDES PROCEDIMENTOS CARDIOTORÁCTICOS, SEM CATETERISMO CARDÍACO	75
OUTRAS OP. NO SISTEMA CARDIOVASCULAR - OUTROS PROCEDIMENTOS CARDIOTORÁCTICOS (INCLUINDO CARDIOPATIAS CONGÉNITAS)	40



NOVA VERSÃO DO ACORDO

Relativamente a esta referência temos 3 situações distintas:

- Os Hospitais com Serviço de Cirurgia Cardiorácea;
- Os Hospitais com Laboratório de Hemodinâmica;
- Os Hospitais sem Laboratório de Hemodinâmica

NOVA VERSÃO DO ACORDO

Os Hospitais com Serviço de Cirurgia Cardiorácea (Santa Maria, Santa Cruz e Santa Marta) só, excepcionalmente, poderão encaminhar doentes para o HCVP, devendo fazer constar do processo clínico do doente os motivos que justificam esse encaminhamento.



NOVA VERSÃO DO ACORDO

Os Hospitais com Laboratório de Hemodinâmica estão habilitados a encaminhar doentes para o HCVP, após diagnóstico e, como já referido, desde que comprovada a falta de resposta dos Hospitais de Santa Maria, Santa Cruz e Santa Marta.

NOVA VERSÃO DO ACORDO

Os Hospitais que não estão equipados com Laboratório de Hemodinâmica devem interagir com os que dele disponham, sendo estes a determinar, após estudo e diagnóstico, o eventual encaminhamento para um dos 3 Hospitais com Cirurgia Cardiorrábica ou directamente para o HCVP, caso se comprove a falta de resposta no SNS.



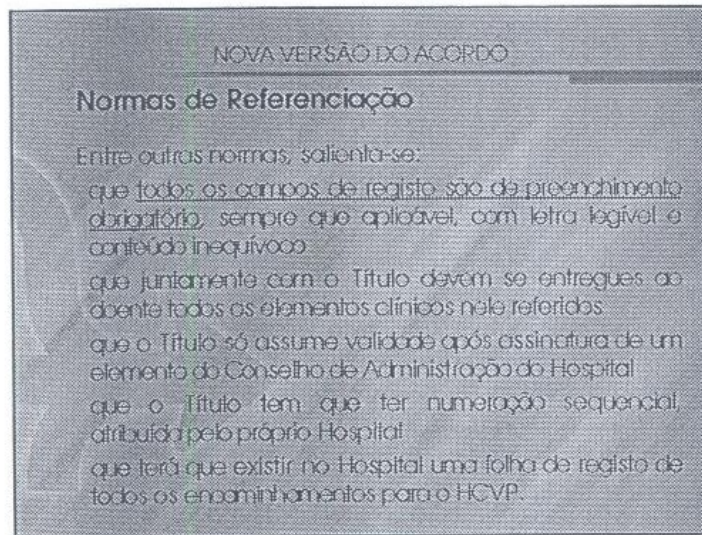
NOVA VERSÃO DO ACORDO

Em suma – O encaminhamento dos doentes para o HCVP estará sempre subordinado à verificação da falta de resposta dos Hospitais com Serviço de Cirurgia Cardiorrástica.

NOVA VERSÃO DO ACORDO

Que Procedimentos na Referenciação?

A referenciação para o HCVP é suportada, obrigatoriamente, por documento próprio, a que se deu o nome de "**Título de Referenciação**", cujas normas de preenchimento estão inscritas no mesmo, emitido pelos Hospitais, sendo o original entregue ao doente e a respectiva cópia arquivada no processo clínico.





Tribunal de Contas

Auditoria financeira ao Hospital de Curry Cabral

27-04-05 17:02

De-CONSELHO DE ADMIST ARS LVT

T-787 P 01/01 F-388

Ministério da Saúde



REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO
Agência de Coordenação dos Serviços de Saúde

Almirante
Presidente do Conselho de Administração

Exmo Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital Curry Cabral
Rua da Beneficência, 8
1069-166 LISBOA

27.06.05

Vossa Refª

Data

Nª Refª
CA/4149

Data
27-04-05

ASSUNTO: REFERENCIAÇÃO PARA CIRURGIA CARDIACA

Na sequência da reunião havida no passado dia 30 de Março para apresentação aos Hospitais do Acordo de Cooperação celebrado com o HCVP, solicita-se, com o intuito de avaliar a actual lista de espera para cirurgia cardiaca que nos enviem, até dia 2 de Maio de 2005, a relação nominativa dos doentes com indicação para referenciação para cirurgia cardiaca.

Dessa relação deverá constar, relativamente a cada doente, o seguinte:

- nome;
- cirurgia previsível;
- nível de prioridade (*);
- data de inclusão em lista para referenciação para um dos Centros Cirúrgicos;
- data prevista para a referenciação.

(* Indicar consoante o caso: muito prioritário (até 15 dias), prioritário (até 2 meses), normal (mais de 2 meses).

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal do Conselho de Administração

HOSPITAL DE CURRY CABRAL
ADMINISTRAÇÃO
N.º <i>161</i>
Entrada <i>28/04/2005</i>
Saída _____/_____/_____

João Damão Pinheiro
João Damão Pinheiro



**Anexo II – Relatório Técnico do Senhor Director do Serviço de
Cardiologia, Dr. Luís Mourão**



V. S. M.
09.02.06

Ex.^{mo} Sr.
Presidente do C.A. do H.C.C.
Dr. Manuel Delgado

Em resposta ao seu despacho de 26 de Janeiro 2009, e no que se refere à Cardiologia, cumpre-me informá-lo:

1. Os doentes estudados no Laboratório de Hemodinâmica do nosso Hospital e que carecem de cirurgia cardíaca urgente ou programada são desde 4 de Setembro de 2006 referenciados ao Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa ao abrigo do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa;
2. Até 4 de Setembro de 2006 de acordo com indicações expressas do Conselho de Administração da ARSLVT, os doentes do nosso Hospital eram referenciados ao Hospital de Santa Marta (Doc. 1);
3. Em 5 de Setembro de 2006 recebi, como Director do Serviço de Cardiologia e por telefonema directo do Exm.^o Sr. Presidente do Conselho de Administração da ARSLVT, à data Dr. António Branco, indicação que deveria passar a referenciar todos os nossos doentes, ao Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, com quem deveria passar a ter reuniões clínicas de discussão médico cirúrgica mensais, como é de boa prática clínica;
4. Nesse telefonema, disse ao Dr. António Branco que ele deveria informar directamente o Presidente do Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral, à data o Dr. Pedro Canas Mendes, pois essa era a forma hierárquica correcta de proceder e que só após receber essa indicação do Director do Hospital eu poderia cumprir essa indicação;



5. No mesmo dia à tarde soube que o Exm.º Sr. Presidente da ARSLVT já tinha dado indicação ao Hospital, pois ele próprio mo confirmou que recebeu essas instruções;
6. O Dr. António Branco referiu-me no mesmo telefonema que esta mudança de orientação se devia a estar ultimada nova versão do acordo de cooperação, assunto que estava a ser tratado pelo seu Gabinete Jurídico;
7. A nova versão do acordo foi assinada em Novembro de 2006 e nele se confirma que o Hospital Curry Cabral não necessita de realizar prévia avaliação de capacidades de resposta dos Hospitais da região na área da cirurgia cardíaca de adultos;
8. Esta realidade veio permitir que os nossos doentes tanto urgentes como programados passassem a ter uma drenagem mais rápida para cirurgia cardíaca, sem existência de lista de espera que se veio a traduzir em grande satisfação clínica dos nossos profissionais (Médicos e Enfermeiros) e permitir com a muito rápida drenagem, um encurtamento muito significativo da demora média na nossa Unidade Coronária, que como V. Ex.ª sabe, se reduziu para apenas 3,1 dias em 2008;
9. Para nós clínicos, estes factos são muito relevantes na prática médica assistencial e são facilmente perceptíveis se tivermos em conta os ratio aconselhados de Centros de Cirurgia Cardíaca de Santa Cruz, Santa Marta e Santa Maria são insuficientes para uma resposta rápida que teriam que dar para todo o País "abaixo" de Leiria e até ao Algarve, se não existisse um quarto Centro;
10. Dado que conforme documento anexo (Doc. 2) a partir de 31/05/2006 os Hospitais de Torres Vedras e Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira, ficaram aptos à referenciar doentes para a Unidade de Hemodinâmica que entendessem, tivemos o privilégio de ser o Centro de referência preferencial para esses dois Hospitais. Este facto



de referência preferencial para esses dois Hospitais. Este facto pensamos assentar na resposta rápida, eficaz e segura com que temos tratado os seus doentes, mas em parte substancial também, e disso não temos dúvidas, pela segurança que o nosso Serviço transmite para, em todas as situações críticas emergentes e urgentes de doença com indicação operatória, ter resposta imediata do Hospital da Cruz Vermelha. Estes são os aspectos de enorme relevância clínica que os Médicos quando têm os doentes a seu cargo valorizam como determinantes de uma "boa prática";

11. Julgo que o que acabámos de referir poderá ser testemunhado pelos Cardiologistas dos Hospitais referidos, que julgo seria útil transmitirem também o seu testemunho clínico/assistencial;
12. Julgo importante remeter também a V. Ex.^a para a carta/informação que anexo (Doc. 3), e que a seu pedido lhe enviei em 11 de Junho de 2007 e que versava já sobre os temas agora abordados;
13. Finalmente refiro que na área da Electrofisiologia todos os nossos doentes que carecem de estudos nessa área ou de implantação de Cardiodesfibrilhadores são todos referenciados ao Hospital de Santa Marta.

Lisboa, 4 de Fevereiro de 2009

Dr. Luís Mourão
(Chefe de Serviço do S. Cardiologia)



Doc 1

03700 060705 *Vista*
Ass. Director Clínica
Ass. Sr. Dr. Luis Mendes

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de
Administração do Hospital/Centro
Hospitalar

Pedro *Carlas* Mendes
Presidente do Conselho de
Administração
[Signature]
06/07/05

Sua Referência Sua Comunicação de Nossa Referência Data
CA CA CA 5/07/2005

Assunto: Referenciação das Cirurgias Cardio Toracicas

Após reunião desta ARSLVT com os Directores dos Serviços da Cirurgia Cardio Toracica dos Hospitais de: Santa Cruz, Santa Maria, Santa Marta, estes comprometeram-se a receber os doentes para cirurgia cardíaca de adultos, dos Hospitais com unidades de hemodinamica: Curry Cabral, Garcia de Orta, Pulido Valente. O Hospital do Barreiro apesar de não ter hemodinamica utiliza o Serviço do Hospital Garcia da Orta.

Estes últimos Hospitais têm obrigatoriamente de referenciar os seus doentes para Cirurgia Cardiaca obedecendo ao seguinte esquema:

- Hospital Curry Cabral → Hospital Santa Marta
- Hospital Garcia Orta → Hospital Santa Maria
- Hospital Barreiro → Hospital Santa Cruz
- Hospital Pulido Valente → Hospital Santa Cruz

Para as Cirurgias Pediátricas deve a M.A.C. referenciar sempre ao Hospital de Santa Marta e o Hospital Fernando da Fonseca ao Hospital de Santa Cruz. Todas as outras maternidades referenciam conforme os seus melhores contactos para um dos dois centros referidos.

No caso de impossibilidade em receberem os doentes em tempo clinicamente aceitável, cada um dos Serviços de Cirurgia Cardio Torácica têm de contactar os

HOSPITAL DE CURRY CABRAL
ADMINISTRAÇÃO
N.º 252
Entrada 06/07/2005
Saída 06/07/05

Ajudar o cidadão a manter e a melhorar a sua saúde

06-07-05 12:08 DA-CONSELHO DE ADMINIST ARS LVT
T-526 P 01/02 F-952



outros Hospitais do S.N.S. e em ultima instancia o H.C.V.P., avisando o hospital qu
solicitou o apoio. Os Serviços devem sempre cumprir os procedimentos
administrativos previstos no acordo desta ARSLVT com o H.C.V.P. e que é do
conhecimento de todos.

Todos os hospitais da ARSLVT têm de cumprir as redes de referenciação nacional
sob o risco de estrangulamentos.

Atendendo a que todos os Hospitais com unidades hemodinamicas levantaram o
problema de existência de demoras excessivas e dificuldade nas reuniões médico
cirúrgicas, em discordância com o que os Serviços Crúrgicos relatam, ficam os
Serviços de Cirurgia Cardio-Toracica obrigados a enviar ao CA da ARSLVT até ao
dia 15 de cada mês, referentes ao mês anterior, a lista dos doentes atendidos, com as
patologias respectivas, a data do pedido e da marcação da cirurgia e destes quais os
enviados a outras unidades, indicando o seu nome. Os Serviços de Cirurgia e os que
referenciam devem ter reuniões medico cirúrgicas para a avaliação dos doentes e de
qualquer falha deste procedimento deve ser dado conhecimento à ARSLVT em tempo
útil.

Com os nossos melhores Cumprimentos

O Vogal do Conselho de Administração

(Francisco Crespo)



[Handwritten signature]



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
DE LISBOA E VALE DO TEJO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Visto
Dr. Luís Mouras
Pedro Canas Mendes
Presidente do Conselho de
Administração

DOC 2

Fax n.º 178

Data: 31-05-2006

01.06.06

Nº de Páginas incluindo esta: 1 + 2

DESTINATÁRIO	REMETENTE
Ex.mo. Senhor Dr. Joaquim Canas Mendes Presidente do Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral	Vogal do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo Fax: 21 849 97 23

ASSUNTO: Rede de Referência dos doentes de Cardiologia

Junto enviamos cópias dos Fax enviados ao Hospital de Reynaldo dos Santos -Vila Franca de Xira (fax nº 176) e ao Centro Hospitalar de Torres Vedras (fax nº 177).

Com os melhores cumprimentos, *Francisco*

O Vogal do Conselho de Administração

[Signature]
Francisco Crespo



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Fax n.º 176
Data: 31-05-2006
Nº de Páginas incluindo esta: 1

DESTINATÁRIO	REMETENTE
Ex.mo. Senhor Dr. Mário Bernardino Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Reynaldo dos Santos Vila Franca de Xira	Vogal do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo Fax: 21 849 97 23

ASSUNTO: Rede de Referenciação dos doentes de Cardiologia

Venho comunicar-lhe que os doentes de Cardiologia da Vossa unidade de saúde podem ser referenciados para a unidade de Hemodinâmica que entenderem, cumprindo esta a referenciação para a unidade de Cirurgia Cardíaca Torácica já anteriormente definida.





Solicito-lhe que divulgue esta orientação aos responsáveis da área Médica e Cardiológica.

Com os melhores cumprimentos, *Francisco Crespo*

O Vogal do Conselho de Administração

Francisco Crespo
Francisco Crespo



		ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
		Fax n.º 177 Data: 31-05-2006 Nº de Páginas incluindo esta: 1	
 DESTINATÁRIO	REMETENTE 		
Ex.mo. Senhor Dr. José Mateus Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras		Vogal do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo Fax: 21 849 97 23	
ASSUNTO: Rede de Referência dos doentes de Cardiologia			
<p>Venho comunicar-lhe que os doentes de Cardiologia da Vossa unidade de saúde podem ser referenciados para a unidade de Hemodinâmica que entenderem, cumprindo esta a referência para a unidade de Cirurgia Cardio Torácica já anteriormente definida.</p> <p>Solicito-lhe que divulgue esta orientação aos responsáveis da área Médica e Cardiológica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>Francisco</i></p> <p style="text-align: center;">O Vogal do Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;"> Francisco Crespo</p>			
<hr/> Av. Estados Unidos da América, 77 - 10º - 1749-096 LISBOA - PORTUGAL ☎ 351 21 8424800 Fax 351 21 8499723			
P. 02/03		31 May 2006 17:43	
		Fax: 351218499723	
		CONS ADM RRS/VT	



2063

Ex.^{mo} Sr.
Presidente do C.A. do H.C.C.
Dr. Manuel Delgado

De acordo com a solicitação feita por V. Ex.^a referente ao circuito de referenciação para Cirurgia Cardíaca dos doentes estudados no nosso Hospital cumpre-me informar:

1. Existe um acordo estabelecido entre a ARSLVT e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa para Cirurgia Cardíaca desde há cerca de 10 anos (1997 ou 1998). Este acordo destinava-se desde o início, para servir os hospitais que dispunham de laboratório de hemodinâmica, mas não dispunham de Serviço de Cirurgia Cardio-torácica;
2. Assim, desde o início da nossa actividade no Hospital de Curry Cabral, e de acordo com o estabelecido, passámos a referenciar os nossos doentes para a Cruz Vermelha;
3. Estabeleceu-se ao longo destes 8 anos uma excelente relação entre o nosso serviço e o Serviço de Cirurgia Cardio-torácica do Hospital da Cruz Vermelha. Realizamos regularmente reuniões médico-cirúrgicas (em média uma por mês) onde são propostos todos os doentes para cirurgia electiva, tanto coronária como valvular. Estas reuniões decorreram sempre ao longo dos anos com elevada qualidade clínica sendo de grande agrado tanto dos nossos clínicos como dos cirurgiões envolvidos;
4. Em relação aos doentes electivos discutidos em reunião médico-cirúrgica, por regra todos são operados no prazo máximo de 3 a 4 semanas, o que em nossa opinião corresponde a uma resposta de excelente qualidade, havendo grande satisfação dos nossos médicos comprovada também pelos doentes quando voltam mais tarde à nossa consulta de Cardiologia. É relevante para nós a ausência de lista de espera;



5. Saliento ainda a abertura e disponibilidade clínica do grupo cirúrgico da Cruz Vermelha, sendo muito raro termos doentes recusados para cirurgia, embora muitos dos nossos doentes tenham pesadas co-morbilidades particularmente obesidade, diabetes *mellitus* e insuficiência renal crónica muitas vezes em hemodiálise crónica. Estas características dos nossos doentes são explicáveis por termos no Hospital serviços de Nefrologia e Endocrinologia que nos referenciam muitos dos seus doentes tanto por cardiopatia isquémica como por doença valvular, não sendo raros os doentes valvulares com endocardite infecciosa que necessitam de cirurgia de substituição. Não temos também qualquer dificuldade em referenciar doentes de VIH desde que a sua situação, viral e imunológica, e o seu prognóstico sejam adequados para serem submetidos a um acto cirúrgico;
6. Por outro lado em relação a todas as Urgências e Emergências cirúrgicas, que referenciamos temos tido sempre resposta imediata, revelando grande disponibilidade do centro cirúrgico. Os resultados obtidos nas emergências, têm sido relevantes, o que só é possível dada a rapidez com que dão entrada no bloco operatório, também aqui com baixa mortalidade e morbilidade;
7. Saliento também que o acordo entre o Estado (ARSLVT) e a Cruz Vermelha implica que os doentes ficam internados naquele Hospital, tanto em Cuidados Intensivos como posteriormente em enfermarias de Cardiologia até à data da alta, não regressando portanto ao nosso Hospital no post operatório, o que representa vantagens clínicas para os doentes e ausência de sobrecarga para o nosso Hospital;
8. Dado que o acordo existente não passa pelo nosso Hospital mas sim pela ARSLVT, não decorrem quaisquer encargos financeiros para o nosso Hospital;
9. Importa também referir que no ano de 2005 a ARSLVT, ao que julgo, por estar a renegociar com o Hospital da Cruz Vermelha o acordo existente ou eventualmente por outras razões para mim mal esclarecidas, deu-nos indicações para deixar de referenciar ao Hospital da Cruz Vermelha e passarmos a referenciar ao Serviço de Cirurgia Cardio-torácica do Hospital de St.ª Marta;
10. Esta orientação, embora não sendo do nosso agrado dada a resposta clínica que tínhamos da Cruz Vermelha, foi imediatamente cumprida na totalidade;

Hospital de Curry Cabral – Serviço de Cardiologia – Rua da Beneficência, nº 8 – 1069-166 Lisboa –
Telef. – 217924361; 217924372; 217924373 – Fax: 217924361/73; E-Mail – uiv@hccabral.min-saude.pt



11. Para isso realizei pessoalmente uma reunião com o então Director da Cirurgia Cardio-torácica do Hospital de St.ª Marta, Prof. José Roquete. Nessa reunião fiquei a saber pelo Prof. Roquete que o serviço que dirigia não teria capacidade para nos operar todos os cerca de 250-300 doentes/ano estudados no Serviço de Cardiologia do Hospital de Curry Cabral;
12. Apesar deste constrangimento seguimos rigorosamente as indicações dadas pela ARSLVT, passando a realizar reuniões médico-cirúrgicas regulares com St.ª Marta e referenciado também as urgências e emergências para esse Hospital. Entretanto alguns dos doentes por nós estudados passaram a ser operados em St.ª Maria mas com este último Hospital não foi possível organizar um método de trabalho regular nomeadamente reuniões médico-cirúrgicas;
13. Assim rapidamente constatámos que as alterações impostas pela ARSLVT nos trouxeram algumas dificuldades de articulação com os centros cirúrgicos, dispersando doentes e perdendo alguns no post operatório;
14. Não posso deixar de referir em abono da verdade que o Serviço de Cirurgia Cardio-torácica do Hospital de St.ª Marta, o seu Director Prof. Roquete e o Cirurgião que conosco mais colaborou e que operou a maioria dos nossos doentes, Dr. Álvaro Laranjeira, foram sempre muito disponíveis e estabeleceram conosco uma boa relação de trabalho. Apesar da colaboração e disponibilidade demonstradas no dia a dia, a verdade é que a capacidade de resposta, quando comparada com a que tínhamos com o Hospital da Cruz Vermelha, piorou. Passámos a ter doentes em lista de espera, o que antes não acontecia, sendo que alguns dos nossos doentes aguardaram chamada por períodos que atingiram nalguns casos quatro, cinco ou seis meses. Em relação aos doentes urgentes/emergentes foi visível o esforço de resposta que o grupo de St.ª Marta nos tentou sempre dar, embora em muitos casos urgentes (não os emergentes) os nossos doentes tivessem que aguardar alguns dias na nossa Unidade Coronária a data para serem transferidos para St.ª Marta. Quando comparadas, foi notório que a resposta que tínhamos do Hospital da Cruz Vermelha era mais rápida no tempo sendo os doentes transferidos e operados mais precocemente (urgências) e que para os doentes electivos passámos a ter lista de espera com St.ª Marta o que não acontecia prévia com a Cruz Vermelha;



15. No que se refere à programação e organização dos cuidados post cirurgia também o modelo da Cruz Vermelha nos trouxe sempre mais vantagens quando comparado com o modelo organizacional de St.ª Marta. De facto no Hospital da Cruz Vermelha os doentes após cirurgia são seguidos já em ambulatório durante o primeiro mês (por vezes mais tempo) pelos Cirurgiões e Cardiologistas daquele Hospital e só voltam para a nossa Consulta quando ultrapassada toda a “fase cirúrgica e post cirúrgica”, portanto já estabilizados. Ao contrário os doentes operados em St.ª Marta tinham habitualmente alta da Cirurgia Cardio-torácica em média entre o 6º e o 10º dia, não sendo mais acompanhados no Hospital onde se realizou a cirurgia e tendo indicação para vir marcar consulta urgente no nosso Serviço. Este facto, como facilmente se entenderá, veio a causar grandes constrangimentos na organização do nosso ambulatório, dado que os doentes recebiam indicação para vir rapidamente ao nosso Hospital onde tinham que ser seguidos de forma não programada e não programável (pois os Serviços de Cardiologia nunca sabem a data em que um doente é chamado para cirurgia electiva);
16. Outro aspecto também relevante e que nos causou sempre algumas dificuldades (embora tivéssemos sempre colaborado lealmente na solução do problema) prendeu-se nalguns doentes com o post operatório. Enquanto que o Hospital da Cruz Vermelha raramente nos pedia para recebermos de novo um operado cujo post operatório fosse mais complicado e mais demorado, o mesmo não se passava com o Hospital de St.ª Marta. De facto frequentemente St.ª Marta nos solicitou para recebermos alguns desses operados, por forma a conseguir com estas transferências precoces disponibilizar rapidamente camas para Cuidados Intensivos e/ou Cuidados Intermédios para permitir gerir o seu movimento operatório. Para todas estas solicitações demos sempre a nossa melhor resposta e recebemos todos os doentes nestas condições mas, como é fácil de entender, prejudicando o nosso próprio internamento, ocupando vagas de Cuidados Coronários e tendo frequentemente de tratar Síndromes Coronárias no nosso S.O. da Urgência por termos camas ocupadas com doentes vindos de St.ª Marta. Piorava a nossa resposta clínica aos Síndromes Coronários e os nossos índices pioravam com demoras médias a elevar-se;
17. Do ponto de vista do Hospital de Curry Cabral e do seu Serviço de Cardiologia, quando comparadas as respostas dadas para as mesmas solicitações pelo Hospital da Cruz Vermelha e pelo Hospital de St.ª Marta, não nos restam dúvidas que havia vantagens claras com a referenciação para a Cruz Vermelha, e que se piorou quando tivemos que referenciar a St.ª Marta;

Hospital de Curry Cabral – Serviço de Cardiologia – Rua da Beneficência, nº 8 – 1069-166 Lisboa –
Telef. – 217924361; 217924372; 217924373 – Fax: 217924361/73; E-Mail – uiv@hccabral.min-saude.pt



18. Realço sempre e para que não restem quaisquer duvidas, que estamos a falar de facilidade na drenagem dos doentes e na sua rapidez, com ausência de lista de espera, e não estamos a pôr em causa a grande disponibilidade e empenho que nos foi dada pelo Prof. José Roquete e pelo Dr. Álvaro Laranjeira que tudo fizeram para responder da melhor forma possível às nossas necessidades. Eu próprio transmiti pessoalmente isto ao Prof. José Roquete e em “carta de recomendação” que passei, a seu pedido, ao Dr. Álvaro Laranjeira;
19. É ainda importante referir que do ponto de vista dos resultados cirúrgicos (quando comparados estes dois centros que operaram doentes do nosso Serviço e Hospital) não se descortinaram quaisquer diferenças significativas. Os resultados foram indiscutivelmente muito bons nos dois Serviços com taxas de mortalidade e incidência de complicações muito baixas e equiparáveis;
20. Onde se descortinam diferenças é nos aspectos organizacionais com clara vantagem para nós, quando referenciamos ao Hospital da Cruz Vermelha;
21. Em 4 de Setembro de 2006, portanto 14 meses depois de termos recebido orientação da ARSLVT para referenciar a St.ª Marta recebi pessoalmente um telefonema do Exm.º Sr. Presidente da ARSLVT, Dr. António Branco, dando-me indicações para a partir daquela data voltarmos a referenciar os nossos doentes ao Hospital da Cruz Vermelha. Sei também pelo próprio Dr. António Branco que no mesmo dia deu esta indicação também directamente ao anterior Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral, Dr. Pedro Canas Mendes, assim como ao Director dos Serviços de Cirurgia Cardio-torácica dos Hospitais de St.ª Marta e da Cruz Vermelha, respectivamente Prof. José Roquete e Dr. Manuel Pedro Magalhães;
22. O Dr. António Branco referiu-me, ainda naquele dia, que esta decisão fora tomada por acordo entre o gabinete de sua Ex.ª o Sr. Ministro da Saúde, Prof. António Correia de Campos e a própria ARSLVT, já que se considerava o Serviço de Cirurgia Cardio-torácica do Hospital da Cruz Vermelha como integrante da rede Nacional/Regional de referência em Cirurgia Cardio-torácica; O Dr. António Branco foi ainda explícito quanto ao Hospital de Curry Cabral; assim, transmitiu-me que a nossa primeira referência deveria ser obrigatoriamente para o Hospital da Cruz Vermelha e só em caso deste Hospital não poder atender de imediato a nossa solicitação (enquadrada nos conceitos de Emergência, Urgência e Electivo) é que podíamos referenciar a outro qualquer centro de cirurgia de Lisboa, a saber, St.ª Marta, St.ª Maria ou St.ª Cruz;



- 23. Como habitualmente cumprimos rigorosamente as directivas da ARSLVT;
- 24. Assim, desde 4 de Setembro de 2006 voltámos a referenciar ao Hospital da Cruz Vermelha. Desde então e até à presente data todos os nossos doentes foram operados neste Hospital. Como esperávamos tivemos sempre excelente resposta e em nenhuma circunstância houve necessidade de referenciar a outro Serviço. Não temos actualmente lista de espera para cirurgia cardíaca, mantemos reuniões clínicas regulares de elevada qualidade, só possível quando Cardiologistas e Cirurgiões já discutiram e trataram em conjunto muitas centenas de doentes, criando uma linguagem comum e um clima de confiança total. Este facto é absolutamente determinante na abordagem dos doentes emergentes em que o "timing" cirúrgico é premente bastando um simples contacto telefónico para colocar o doente no bloco operatório mesmo antes do Cirurgião ver a coronariografia que põe a indicação;
- 25. Creio portanto poder assegurar, com total segurança, que do ponto de vista do nosso Hospital não vemos qualquer interesse ou vantagem para reequacionar a actual referênciação.

Creia-me com elevada estima e consideração,

Lisboa, 11 de Junho de 2007

Dr. Luís Mourão
(Director S. Cardiologia)

Hospital de Curry Cabral – Serviço de Cardiologia – Rua da Beneficência, nº 8 – 1069-166 Lisboa –
Telef. – 217924361; 217924372; 217924373 – Fax: 217924361/73; E-Mail – uiv@hccabral.min-saude.pt



Anexo III – Nota de Débito (Taxas Moderadoras)



Hospital Curry Cabral
Rua Da Beneficencia N. 8
1069-LISBOA
N. Contribuinte:600027317

Ministério da Saúde -ACSS

Data Emissão: 26 de Janeiro de 2009

Para pagamento em caixa automática seleccione Pagamentos e depois Pagamento de Serviços/Compras. Introduza os seguintes dados:

PAGAMENTO POR MULTIBANCO

ENTIDADE: 10610
REFERÊNCIA: 000 216 522
MONTANTE: 25,10 Euros

GUARDE O TALÃO COMO PROVA DE PAGAMENTO.

ELISA CONCEICAO SILVEIRA PIRES
EST MILITAR CASA LIMA LT 389
CATUJAL
2685-UNHOS

DETALHE DA NOTA DE DÉBITO - TAXAS MODERADORAS

(1ª Via)

Nº Episódio	Data	Qt	Descrição do acto	Preço
URG 28032077	26/04/2008	1	Urina, Analise Sumaria (Inclui Analise Do Sedimento)	0,65
URG 28032077	26/04/2008	1	Outras Analises De Hematologia	1,10
URG 28033217	30/04/2008	1	Urgencia	9,20
URG 28033217	30/04/2008	1	Glucose, Doseamento, S/U/L	0,35
URG 28033217	30/04/2008	1	Ureia, S/U	0,40
URG 28033217	30/04/2008	1	Outras Analises De Hematologia	1,10
URG 28033217	30/04/2008	1	Urina, Analise Sumaria (Inclui Analise Do Sedimento)	0,65
URG 28033217	30/04/2008	1	Potassio, S/U	0,35
URG 28033217	30/04/2008	1	Creatinina, S/U	0,35
URG 28034754	06/05/2008	1	Urgencia	9,20
URG 28034754	06/05/2008	1	Urina, Analise Sumaria (Inclui Analise Do Sedimento)	0,65
URG 28034754	06/05/2008	1	Outras Analises De Hematologia	1,10
Total:				25,10 Euros

(vinte e cinco euros e dez cêntimos)

Esta Nota de Débito substitui todas as Notas de Débito anteriores emitidas por esta instituição.

Processado por computador.

1 / 1



3. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.



Exmo. Senhor
Director Geral
Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Processo nº 25/08- DA VI.1	26/01/2009	DC	

Assunto: Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral

Relativamente ao assunto em epígrafe vem esta ARS junto de V. Exa. apresentar as suas alegações de acordo com os artigos 13º e 87º da Lei nº 98/97 de 26 Agosto, alterada pela Lei nº 48/2006, de 29 de Agosto, no que respeita ao Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar S.A., e quanto matéria referida no ponto 8.1.3 do relato de auditoria em apreço, nos seguintes termos:

- **Referenciação do Hospital de Curry Cabral (HCC) para Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP)**

No Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar S.A, em 2 de Março de 2005, definiram-se as condições e procedimentos de referenciação no âmbito da cirurgia cardíaca.

Nos termos do nº 2 do artigo 8º do referido Acordo, ficou estabelecido que a referenciação para o HCVP dependia da prévia avaliação da capacidade de resposta nos 3 hospitais da RSLVT com competência em Cirurgia Cardiorádica, pelo que o HCVP apenas intervém na qualidade de prestador em regime de complementaridade ao SNS.

Com a introdução desta medida pretendeu-se potenciar a utilização da capacidade instalada no SNS e, dessa forma, contribuir para o desejável aumento da eficiência, maximizando a produtividade das equipas médicas, bem como a utilização mais intensiva dos meios disponíveis, com conseqüente diluição dos custos de estrutura.

É neste contexto, que o HCC, um dos hospitais que historicamente mais recorria ao HCVP, no cumprimento do Acordo e orientações transmitidas pela ARSLVT, reduz substancialmente a



referenciação para o HCVP e, como previsto, passa a encaminhar os seus doentes para os hospitais do SNS, no caso, o Hospital de Santa Marta.

A evidência do acima referido é demonstrável pelo diminuto número de cirurgias realizadas nos primeiros 8 meses do ano de 2006 pelo HCVP a doentes provenientes do HCC, conforme quadro seguinte:

CIRURGIAS REALIZADAS NO HCVP (DOENTES DO HCC)	
JANEIRO	0
FEVEREIRO	0
MARÇO	0
ABRIL	0
MAIO	2
JUNHO	1
JULHO	3
AGOSTO	5
SETEMBRO	27
OUTUBRO	21
NOVEMBRO	29
DEZEMBRO	19
TOTAL 2006	107

Em resultado das alterações introduzidas no domínio do acesso ao HCVP, vem a sua Administração manifestar que estavam a ser desvirtuados os termos do Acordo de Cooperação, que se reflectiam, nomeadamente, na procura.

Nesta sequência, o então Ministro da Saúde proferiu o Despacho nº 196/2006 de 7 de Julho (anexo A), no qual refere que o "mecanismo de limitação à referenciação de doentes para a especialidade de cirurgia cardiotorácica do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa teve o efeito de reduzir drasticamente a procura nesta especialidade" e "este facto limitou artificialmente a procura de cuidados de saúde prestados na área de cirurgia cardiotorácica não permitindo aproveitar a capacidade instalada de alta qualidade do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa perpetuando as listas de espera nos hospitais de referenciação, as quais muitas vezes não são explicitamente assinaladas"

No Despacho determina ao Conselho de Administração da ARSLVT que promova junto da CVP a imediata revisão do Acordo vigente, com a observância da seguinte orientação: "livre referenciação para Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em condições de igualdade e competitividade com os hospitais do Serviço Nacional de Saúde".



Assim, em 08 de Novembro de 2006, foi celebrado um Aditamento ao Acordo, que altera nomeadamente o artigo nº 8, referente às condições e procedimentos de referenciação.

No relato da auditoria em apreço refere-se (pág. 20) que da leitura dos nº 3 e 5º do referido artigo 8º “*não se retira a obrigatoriedade do HCC referenciar directamente os doentes da área de cirurgia cardíaca para o HCVP*”. No entanto, salvo o devido respeito, a formulação do entendimento acima preconizado deverá ter em atenção o disposto no nº 9 do citado artigo.

Na verdade, da leitura destas normas resulta que o HCC não estando sujeito à necessidade de previamente avaliar a capacidade de resposta no SNS, também não está vinculado à obrigatoriedade de referenciar em primeira linha para este, podendo assim referenciar para o HCVP e no caso de falta de resposta procurar alternativas junto dos hospitais do SNS.

Em suma, uma vez que nos termos do Despacho foi expressamente determinada a livre referenciação para o HCVP em condições de igualdade com os demais hospitais, e que o aditamento ao Acordo veio contemplar objectivamente a possibilidade do HCC preceder ao encaminhamento directo dos seus doentes para o HCVP, no âmbito da cirurgia cardíaca a adultos, entende-se que aquele hospital deu cumprimento ao estipulado.

Não obstante o Aditamento ao Acordo ter na sua base o Despacho nº 196/2006, a ARSLVT entendeu que, em todo o caso, deveriam subsistir algumas limitações à livre referenciação para cirurgia cardíaca a adultos por parte de outros hospitais, por forma a garantir a utilização dos recursos existentes no SNS.

• **Ponto 8.1.3 – Evolução da dívida de terceiros (rubrica 26 – outros devedores)**

Relativamente à matéria versada no ponto 8.1.3, e no que concerne ao valor em dívida da ARSLVT para com o HCC, junto se envia a V. Exa. informação prestada pelos Serviços Financeiros (anexo B).

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo


RUI PORTUGAL
Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.



Ofício N.º: 7948
Data: 19-07-2006

Teresa Oleiro
HCU

ANEXO A

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

Exmo. Senhor
Dr. António Manuel Gomes Branco
Presidente do Conselho de Administração da
Administração Regional de Saúde de Lisboa e
Vale do Tejo
Av.º Estados Unidos da América, 77
1749-096 LISBOA

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência
Proc.

ASSUNTO: Despacho n.º 196/06
Revisão do contrato entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de enviar, para conhecimento e devidos efeitos, o Despacho n.º 196/2006, sobre o assunto mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos

A Chefe do Gabinete

Teresa Oleiro

(Teresa Oleiro)

/mjf

*Notas
de
Poste a...*

1907200706



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

DESPACHO N.º 36/2006

A Cruz Vermelha Portuguesa é uma instituição humanitária não governamental de carácter voluntário e de interesse público, que desenvolve a sua actividade devidamente apoiada pelo Estado; é uma pessoa colectiva de direito privado e de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos, com plena capacidade jurídica para a prossecução dos seus fins.

O seu regime jurídico e estatutos foram aprovados pelo Decreto-Lei 164/91, de 7 de Maio, e Decreto Regulamentar n.º 10/93, de 27 de Abril, respectivamente, prosseguindo fins de interesse público, encontra-se sujeita ao direito administrativo e está sob tutela do Ministério da Defesa Nacional.

De acordo com relatório de 2001, do Tribunal de Contas que recaiu sobre as participações sociais do Estado, constata-se que, por intervenção dos Ministérios das Finanças e da Defesa, a sociedade PARTEST, SGPS, S.A. integralmente detida pelo Estado/Administração Central foi chamada a intervir no saneamento financeiro da Cruz Vermelha Portuguesa, mediante a compra de 45% do capital da sociedade gestora do seu Hospital (Cruz Vermelha Portuguesa - Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.) a fim de o viabilizar. Esta sociedade, gestora do hospital é uma instituição privada, com capitais públicos.

A reestruturação económica-financieira assentou, essencialmente na celebração de um Protocolo de complementaridade entre a Cruz Vermelha Portuguesa e o Ministério da Saúde, em 1998.

Conforme previsto no plano de recuperação, foi então celebrado um acordo de cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a Cruz Vermelha Portuguesa - Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.

O referido acordo assenta na prestação de cuidados de saúde pela Cruz Vermelha Portuguesa - Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. a utentes da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, numa relação de cooperação e complementaridade, com os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, nas áreas da cirurgia cardiotorácica e noutras áreas cirúrgicas onde se geram grandes listas de espera, tendo sido, para o efeito, impostas especialidades clínicas, a disponibilidade da capacidade instalada e a exclusividade das equipas clínicas.

No seu programa, o XVII Governo Constitucional assume, na área da saúde a redefinição da política de Saúde para mais e melhor saúde, isto é, para obter "ganhos em saúde". Para tal preconiza-se a reorganização do sistema a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão. Os Portugueses têm o direito de esperar do sistema de Saúde, acolhimento e cuidados de elevada qualidade independentemente do local onde vivem, do meio económico e social a que pertencem e do serviço que utilizam.



O Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa tem prestado cuidados de saúde de nível excelente aos utentes do Serviço Nacional de Saúde que a ele recorrem, em termos iguais ou superiores aos que lhes seriam prestados nos hospitais de referência da rede pública

Por outro lado, o XVII Governo Constitucional, no preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 188/2005, de 16 Dezembro, que ratificou anteriores despesas carecidas de competência superior, reafirmou a necessidade de se manter a contratualização com a Cruz Vermelha Portuguesa.

O referido acordo foi objecto de revisão em 2 de Março de 2005, e visado pelo Tribunal de Contas, de 12 de Janeiro de 2006.

Da leitura da alínea n) do artigo 1.º do referido acordo decorre um sistema de livre referenciação pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde (Hospitais e Centros de Saúde) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Contudo, na revisão ocorrida em 2 de Março de 2005, foi introduzido, no n.º 2 do artigo 8.º, um mecanismo que restringiu a liberdade de referenciação de doentes na especialidade de cirurgia cardiotorácica condicionando-a a prévia avaliação da capacidade de resposta dos hospitais da região com competência específica nessa especialidade.

Constata-se que este mecanismo de limitação à referenciação de doentes para a especialidade de cirurgia cardiotorácica do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa teve o efeito de reduzir drasticamente a procura nesta especialidade, desvirtuando o acordo celebrado em 1998. Com efeito, cabendo a referenciação a outros serviços de cirurgia cardiotorácica de hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo verificou-se enorme relutância destes em aceitar a existência de listas de espera na sua instituição.

Este facto limitou artificialmente a procura de cuidados de saúde prestados na área da cirurgia cardiotorácica não permitindo aproveitar a capacidade instalada de alta qualidade no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa perpetuando as listas de espera nos hospitais de referenciação, as quais muitas vezes não são explicitamente assinaladas.

Urge assegurar a cooperação e complementaridade expressa no contrato, adoptando mecanismos que permitam, em condições de igualdade, promover a competitividade qualitativa entre os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, ampliando em contrapartida o rigoroso acompanhamento do contrato.

1.- Nestes termos, determino ao conselho de administração da Administração Regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo que promova junto da Cruz Vermelha Portuguesa - Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. a imediata revisão do contrato vigente, a qual deve estar pronta até ao final do corrente mês, observando as seguintes orientações:

- a) A livre referenciação para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa em condições de igualdade e competitividade com os hospitais do Serviço Nacional de Saúde;
- b) A manutenção do actual volume financeiro do contrato;



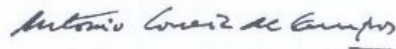
S. R.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

- c) O modelo de pagamento deve ser baseado nos valores dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) ponderando-se reduções em função, nomeadamente da inexistência de encargos com formação de internos e de vinculação às regras de contratação da Administração Pública;
- d) O Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa deve ficar submetido a auditorias à qualidade da sua codificação;
- e) O novo contrato deve contemplar a existência de um Controlador Financeiro, a nomear pelo Ministro da Saúde cuja remuneração e encargos serão suportados integralmente pelo Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa;
- f) Designo o Lic. Rogério Costa, adjunto do meu Gabinete, para acompanhar os trabalhos aqui mencionados


Lisboa, 7 de Julho de 2006

O Ministro da Saúde


(António Fernando Correia de Campos)



ANEXO B

ARSLVT Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.  Ministério da Saúde	NOTA INTERNA
N.º 25/UGF	
Data 5 de Fevereiro de 2009	

Para: Departamento de Contratualização
De: Unidade de Gestão Financeira

Assunto: Auditoria Financeira ao H.Curry Cabral

Na sequência do solicitado na Nota Interna nº DC/sb.45/09, do Departamento de Contratualização, vimos pelo presente remeter a informação que entendemos^a pertinente para responder ao ofício do Tribunal de Contas, processo nº25/08-DA VI.1.

Conforme se pode aferir na informação que enviamos em anexo, encontra-se em conferencia uma verba bastante significativa, não sendo nesta fase possível o seu pagamento.

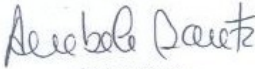
Acresce informar que a facturação desta ARS ao Hospital Curry Cabral respeitante ao despacho nº4/89, nomeadamente a oxigenoterapia, encontra-se em recuperação, prevendo-se até ao final do primeiro semestre de 2009 a sua conclusão.

Assim, logo que se conclua a conferencia e a facturação, conforme supra referido, procederemos ao respectivo encontro de contas.

Não é possível o pagamento imediato da dívida em questão por falta de meios financeiros.

Com os melhores cumprimentos

A Coordenadora da Unidade de Gestão Financeira


Anabela Barata
Coordenadora da Unidade
Gestão Financeira
ARSLVT, I.P.



Tribunal de Contas

Auditoria financeira ao Hospital de Curry Cabral

Informação N.º	Data	Processo N.º
88	05/02/2009	

Assunto: Hospital Curry Cabral

Conforme solicitado, segue em anexo a relação das dívidas da ARSLVT, I.P., ao Hospital Curry Cabral no montante de 11.052.590,44.

À consideração superior,

A Técnica Superior
Anabela Milhano
Técnica Superior



Hospital Curry Cabral					
Orçamento N°	Até 2005	2006	2007	Período	Observações
1	5.073.563,14			até 05/02/2009	Contabilizado
2	3.047.741,82	2.491.519,97	439.765,51	Out/2004 a Dez/2004	Em conferência
Total	8.121.304,96	2.491.519,97	439.765,51		
Total Geral	11.052.590,44				

05-02-2009
Anabela Milhano



Balaceo 1

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Ministério da Saúde

DIVIDAS AO CURRY CABRAL ATÉ 2004 (Contabilizado)

Num.Doc.	Data	Valor
20900	30-11-2002	30.939,78
20901	30-11-2002	4.727,46
20902	30-11-2002	102,81
20903	30-11-2002	21.994,63
20956	30-11-2002	16.415,33
20957	30-11-2002	4.655,33
20958	30-11-2002	5.382,50
20959	30-11-2002	1.420,68
20960	30-11-2002	1.145,84
20961	30-11-2002	88.616,04
20962	30-11-2002	5.024,07
21005	31-12-2002	31.263,88
21006	31-12-2002	11.108,60
21007	31-12-2002	513,84
21008	31-12-2002	24.953,31
21009	31-12-2002	22.237,34
21010	31-12-2002	16.568,23
21061	31-12-2002	15.426,79
21062	31-12-2002	6.190,18
21063	31-12-2002	7.819,12
21064	31-12-2002	647,31
21065	31-12-2002	514,20
21066	31-12-2002	73.210,66
21067	31-12-2002	4.391,57
21111	31-12-2002	32.870,23
21112	31-12-2002	12.652,03
21113	31-12-2002	25.167,32
21114	31-12-2002	24.024,31
21115	31-12-2002	16.088,83
21170	31-12-2002	13.444,47
21171	31-12-2002	5.179,13
21174	31-12-2002	7.907,20
21175	31-12-2002	982,87
21177	31-12-2002	665,63
21179	31-12-2002	2.808,64
30034	28-02-2003	34.448,82
30035	28-02-2003	12.165,29
30036	28-02-2003	26.137,83
30037	28-02-2003	23.057,34
30038	28-02-2003	17.238,03
30091	28-02-2003	-14.428,75
30092	28-02-2003	4.887,38



30095	28-02-2003	8.282,64
30096	28-02-2003	982,05
30098	28-02-2003	1.464,67
30099	28-02-2003	40.136,48
30100	28-02-2003	3.471,20
30153	28-02-2003	23,10
30150	31-03-2003	36.421,99
30151	31-03-2003	11.807,98
30152	31-03-2003	32.572,24
30154	31-03-2003	14.867,64
30203	31-03-2003	14.195,05
30204	31-03-2003	4.643,33
30207	31-03-2003	4.554,88
30208	31-03-2003	449,58
30210	31-03-2003	30,73
30211	31-03-2003	34.234,77
30212	31-03-2003	3.868,72
30271	30-04-2003	12.449,21
30272	30-04-2003	28.783,11
30274	30-04-2003	28.406,65
30275	30-04-2003	22.543,90
30323	30-04-2003	28.019,46
30324	30-04-2003	1.999,59
30327	30-04-2003	5.909,09
30328	30-04-2003	980,85
30330	30-04-2003	1.189,83
30331	30-04-2003	44.366,68
30332	30-04-2003	6.892,96
30389	31-05-2003	43.847,66
30390	31-05-2003	26.919,85
30391	31-05-2003	70.162,23
30392	31-05-2003	43.088,04
30393	31-05-2003	20.635,30
30394	31-05-2003	27.121,64
30447	31-05-2003	15.686,10
30448	31-05-2003	3.360,48
30451	31-05-2003	7.759,60
30452	31-05-2003	582,34
30454	31-05-2003	641,74
30455	31-05-2003	62.250,53
30456	31-05-2003	5.001,54
30516	30-06-2003	38.283,70
30517	30-06-2003	11.612,09
30518	30-06-2003	38.498,78
30519	30-06-2003	27.860,98
30520	30-06-2003	35.209,82
30521	30-06-2003	17.794,47
30570	30-06-2003	17.209,94
30571	30-06-2003	2.301,45
30574	30-06-2003	6.599,91
30575	30-06-2003	986,66
30577	30-06-2003	752,25
30578	30-06-2003	43.178,12
30579	30-06-2003	4.100,59
30639	31-07-2003	41.200,07
30640	31-07-2003	16.813,38
30641	31-07-2003	42.490,40



Tribunal de Contas

Auditoria financeira ao Hospital de Curry Cabral

30642	31-07-2003	24.863,90
30643	31-07-2003	26.869,20
30644	31-07-2003	16.840,24
30691	31-07-2003	16.266,13
30692	31-07-2003	3.811,54
30695	31-07-2003	6.334,83
30696	31-07-2003	595,38
30698	31-07-2003	1.166,92
30699	31-07-2003	54.405,47
30700	31-07-2003	4.719,59
30270	30-08-2003	84.218,56
30761	31-08-2003	40.965,02
30762	31-08-2003	14.192,61
30763	31-08-2003	35.898,13
30764	31-08-2003	27.148,73
30765	31-08-2003	30.863,06
30766	31-08-2003	15.848,85
30816	31-08-2003	17.461,89
30817	31-08-2003	2.929,41
30820	31-08-2003	9.278,76
30821	31-08-2003	1.200,09
30823	31-08-2003	594,81
30824	31-08-2003	37.648,85
30825	31-08-2003	4.965,84
30884	30-09-2003	37.739,41
30885	30-09-2003	14.138,85
30886	30-09-2003	45.803,48
30887	30-09-2003	27.766,96
30888	30-09-2003	29.577,33
30889	30-09-2003	19.884,41
30936	30-09-2003	16.849,82
30937	30-09-2003	3.007,16
30940	30-09-2003	10.335,07
30941	30-09-2003	1.013,26
30943	30-09-2003	683,62
30944	30-09-2003	56.149,14
30945	30-09-2003	6.353,00
31003	31-10-2003	38.270,28
31004	31-10-2003	17.015,00
31005	31-10-2003	26.476,76
31006	31-10-2003	30.358,30
31007	31-10-2003	26.803,23
31008	31-10-2003	14.058,17
31059	31-10-2003	18.671,21
31060	31-10-2003	2.997,99
31063	31-10-2003	9.792,45
31064	31-10-2003	1.369,86
31066	31-10-2003	457,17
31067	31-10-2003	45.041,59
31068	31-10-2003	6.285,33
31126	31-12-2003	39.532,16
31127	31-12-2003	13.932,34
31128	31-12-2003	42.796,39
31129	31-12-2003	27.591,54
31130	31-12-2003	38.130,71
31131	31-12-2003	22.982,00
31181	31-12-2003	20.608,23



31182	31-12-2003	4.453,70
31184	31-12-2003	9.308,65
31185	31-12-2003	991,92
31187	31-12-2003	602,64
31188	31-12-2003	48.052,35
31189	31-12-2003	5.353,73
31190	31-12-2003	143,19
31240	31-12-2003	24.979,08
31241	31-12-2003	13.836,60
31242	31-12-2003	35.705,24
31243	31-12-2003	27.787,94
31244	31-12-2003	24.732,63
31245	31-12-2003	19.495,64
31297	31-12-2003	15.567,05
31298	31-12-2003	3.825,82
31300	31-12-2003	8.872,78
31301	31-12-2003	1.573,05
31303	31-12-2003	114,59
31304	31-12-2003	40.730,24
31305	31-12-2003	4.268,30
31306	31-12-2003	3,51
31367	31-12-2003	51.985,76
31368	31-12-2003	20.986,51
31369	31-12-2003	37.269,07
31370	31-12-2003	34.755,78
31371	31-12-2003	36.889,36
31372	31-12-2003	23.667,73
31427	31-12-2003	20.428,65
31428	31-12-2003	7.760,19
31430	31-12-2003	10.508,53
31431	31-12-2003	1.011,60
31433	31-12-2003	442,43
31434	31-12-2003	50.087,34
31435	31-12-2003	6.728,03
40036	28-02-2004	33.236,80
40037	28-02-2004	12.310,99
40038	28-02-2004	35.609,21
40039	28-02-2004	28.869,05
40040	28-02-2004	36.924,83
40041	28-02-2004	18.170,81
40095	28-02-2004	18.448,64
40096	28-02-2004	4.881,85
40098	28-02-2004	12.147,46
40100	28-02-2004	221,55
40101	28-02-2004	31.876,99
40102	28-02-2004	4.936,81
40099	31-03-2004	1.799,22
40159	31-03-2004	33.882,06
40160	31-03-2004	18.157,40
40161	31-03-2004	43.478,30
40162	31-03-2004	38.935,56
40163	31-03-2004	27.864,85
40164	31-03-2004	21.564,41
40215	31-03-2004	15.369,70
40216	31-03-2004	5.431,55
40218	31-03-2004	11.597,84
40219	31-03-2004	852,71



Tribunal de Contas

Auditoria financeira ao Hospital de Curry Cabral

40220	31-03-2004	503,31
40221	31-03-2004	27.794,40
40222	31-03-2004	4.360,08
40223	31-03-2004	8,91
40278	30-04-2004	33.051,40
40279	30-04-2004	13.116,63
40280	30-04-2004	21.222,02
40281	30-04-2004	29.272,71
40282	30-04-2004	44.326,52
40283	30-04-2004	18.552,24
40330	30-04-2004	29.224,28
40331	30-04-2004	6.177,19
40333	30-04-2004	7.862,55
40334	30-04-2004	1.699,61
40335	30-04-2004	1.709,01
40336	30-04-2004	51.858,00
40337	30-04-2004	5.154,88
40390	31-05-2004	33.407,53
40391	31-05-2004	15.923,45
40392	31-05-2004	36.344,60
40393	31-05-2004	34.865,54
40394	31-05-2004	35.896,94
40395	31-05-2004	21.228,92
40450	31-05-2004	25.097,38
40451	31-05-2004	4.756,40
40453	31-05-2004	5.925,04
40454	31-05-2004	637,56
40455	31-05-2004	767,88
40456	31-05-2004	31.832,26
40457	31-05-2004	5.613,24
40458	31-05-2004	439,92
40511	30-06-2004	36.228,04
40512	30-06-2004	18.250,97
40513	30-06-2004	42.122,35
40514	30-06-2004	25.302,00
40515	30-06-2004	38.860,20
40516	30-06-2004	21.742,34
40566	30-06-2004	24.562,12
40567	30-06-2004	5.137,78
40569	30-06-2004	9.069,43
40570	30-06-2004	174,01
40571	30-06-2004	276,96
40572	30-06-2004	39.563,68
40573	30-06-2004	4.344,57
40574	30-06-2004	1,26
40627	31-08-2004	45.341,17
40628	31-08-2004	15.827,59
40629	31-08-2004	32.746,19
40630	31-08-2004	33.026,65
40631	31-08-2004	40.430,14
40632	31-08-2004	17.765,80
40681	31-08-2004	24.152,94
40682	31-08-2004	6.756,06
40684	31-08-2004	10.784,72
40685	31-08-2004	1.506,35
40687	31-08-2004	1.246,60
40688	31-08-2004	47.817,60



40689	31-08-2004	5.954,49
40690	31-08-2004	0,84
TOTAL		5.073.563,14

Sector Convencionados
05-02-2009



Relação N.º 2

Lista de Facturas Entradas

Critério de Pesquisa (cod_ent='118306' AND DATA_ENTRADA BETWEEN #10-12-2004# AND #01-10-2006#)

ENTIDADE Hospital Curry Cabral

TIPO	Entrada	Nº Fact	Declarado	Conferido
Eritropoetina	10-08-2005	50222	126.249,08€	
Eritropoetina	11-04-2005	50053	147.664,00€	
Eritropoetina	11-04-2005	50014	135.280,01€	
Eritropoetina	06-12-2004	40752	199.227,91€	199.228,61 €
Eritropoetina	09-02-2005	40892	154.455,88€	
Eritropoetina	09-06-2005	50139	151.867,85€	
Eritropoetina	11-07-2005	050179	137.470,15€	
Eritropoetina	09-02-2005	40928	149.142,86€	
Eritropoetina	10-01-2005	40875	144.242,36€	144.242,36 €
Eritropoetina	10-05-2005	50096	132.667,28€	
Eritropoetina	10-01-2005	40812	148.246,77€	148.246,77 €
Eritropoetina	10-10-2005	50305	111.980,03€	
Eritropoetina	10-10-2005	50264	142.140,90€	
Eritropoetina	12-12-2005	50345	127.095,61€	
Eritropoetina	06-12-2004	40772	143.119,29€	143.119,29 €
Eritropoetina	12-12-2005	50386	124.852,50€	
Medic. Vários	06-12-2004	40795	40.820,13€	40.820,13 €
Medic. Vários	10-01-2005	40858	43.677,36€	43.677,36 €
Medic. Vários	09-02-2005	40913	42.935,22€	
Medic. Vários	06-12-2004	40730	94.990,44€	94.990,44 €
Medic. Vários	10-01-2005	40836	43.633,02€	43.633,02 €
Medic. Vários	09-02-2005	40949	43.116,07€	
Medic. Vários	11-04-2005	50077	40.996,56€	
Medic. Vários	10-05-2005	50121	43.559,14€	
Medic. Vários	28-12-2004	37305	10.929,60€	10.929,60 €
Medic. Vários	09-06-2005	50163	41.239,54€	
Medic. Vários	11-07-2005	050204	44.412,48€	
Medic. Vários	10-08-2005	50246	40.685,81€	
Medic. Vários	10-10-2005	50327	51.645,47€	
Medic. Vários	10-10-2005	50287	42.469,35€	
Medic. Vários	12-12-2005	50369	55.624,18€	
Medic. Vários	12-12-2005	50412	52.424,49€	
Medic. Vários	11-04-2005	50037	38.880,48€	
Total Hospital Curry Cabral			3.047.741,82€	868.887,58€

Total Global 3.047.741,82 €



Relatório nº 2

Lista de Facturas Entradas

Critério de Pesquisa (cod_ent='118306' AND DATA_ENTRADA BETWEEN #01-11-2006# AND #01-10-2007#)

ENTIDADE Hospital Curry Cabral

TIPO	Entrada	Nº Fact	Declarado	Conferido
Eritropoetina	27-07-2006	60174	141.849,98€	
Eritropoetina	10-01-2007	26011766	156.089,24€	
Eritropoetina	10-03-2006	60014	120.223,24€	
Eritropoetina	17-11-2006	60298	150.632,68€	
Eritropoetina	17-11-2006	60322	65.144,56€	
Eritropoetina	10-10-2006	60214	160.225,17€	
Eritropoetina	10-10-2006	60254	161.019,06€	
Eritropoetina	12-06-2006	60092	133.588,30€	
Eritropoetina	10-02-2006	50433	146.042,21€	
Eritropoetina	12-06-2006	60132	148.270,77€	
Medic. Vários	10-02-2006	50461	75.238,40€	
Medic. Vários	10-02-2006	50503	121.206,78€	
Medic. Vários	10-03-2006	60036	58.322,92€	
Medic. Vários	10-04-2006	60053	141.619,60€	
Medic. Vários	10-04-2006	60076	56.831,28€	
Medic. Vários	12-06-2006	60156	84.411,44€	
Medic. Vários	27-07-2006	60198	73.835,25€	
Medic. Vários	02-01-2007	27010249	314,52€	
Medic. Vários	10-10-2006	60278	61.807,53€	
Medic. Vários	10-10-2006	60238	71.120,06€	
Medic. Vários	11-12-2006	60339	166.864,80€	
Medic. Vários	11-12-2006	60362	63.397,78€	
Medic. Vários	10-01-2007	26011783	67.903,24€	
Medic. Vários	12-06-2006	60115	65.561,16€	
Total Hospital Curry Cabral			2.491.519,97€	

Total Global 2.491.519,97 €



Relação n.º 2

Lista de Facturas Entradas

Critério de Pesquisa (cod_ent='118306' AND DATA_ENTRADA BETWEEN #01-11-2007# AND #01-10-2008#)

ENTIDADE Hospital Curry Cabral

TIPO	Entrada	Nº Fact	Declarado	Conferido
Eritropoetina	02-01-2008	27010280	1.369,20€	
Eritropoetina	06-03-2007	27000527	153.770,21€	
Eritropoetina	06-03-2007	27001325	166.243,43€	
Medic. Vários	03-10-2007	28005499	162,60€	
Medic. Vários	02-01-2008	87007932	111,30€	
Medic. Vários	02-01-2008	27010277	103,86€	
Medic. Vários	02-01-2008	27010272	120,35€	
Medic. Vários	03-12-2007	27009511	277,20€	
Medic. Vários	06-03-2007	27000543	61.927,89€	
Medic. Vários	06-03-2007	27001342	55.679,47€	
Total Hospital Curry Cabral			439.765,51€	

Total Global 439.765,51 €



4. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE



Sua referência: Processo n.º 25/08 Audit

Nossa referência: 12-2009-UAGRA

ACSS - 02659 - 09-02-09

Exmo. Senhor
Dr. José Tavares
Director Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

*Da entrada
do DAVI
2009-02-09
[Signature]*

ASSUNTO: Contraditório ao Relatório de Auditoria Financeira ao Hospital Curry Cabral

No seguimento da auditoria financeira realizada pelo Tribunal de Contas ao Hospital Curry Cabral e relativamente às recomendações efectuadas por esse Tribunal ao Conselho Directivo da ACSS (ponto 2.2 das Recomendações, página 11) cumpre-nos informar que no âmbito do processo de aquisição de uma plataforma tecnológica para a consolidação de contas do SNS, a ACSS está a avaliar a possibilidade de adquirir e implementar um sistema integrado de gestão que inclua as áreas mencionadas no referido relatório, nomeadamente, a informação constante nos mapas financeiros e a integração da informação constante das aplicações referidas, gestão de doentes, gestão de materiais e gestão de stocks.

Com os melhores cumprimentos, *Manuel*

[Signature]
Manuel Teixeira
(Presidente do Conselho Directivo)

BGTC 09 02 09 02701



Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Av. João Crisóstomo, n.º11 | 1000-177 Lisboa | Tel: 217 925 800 | Fax: 217 925 848

www.acss.min-saude.pt | E-Mail: geral@acss.min-saude.pt



5. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração



HOSPITAL DE SÃO JOSÉ
H. STO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS
HOSPITAL DE SANTA MARTA
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Exmo. Senhor
Director Geral do Tribunal de Contas
Direcção Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

V./Refª	Data	N./Refª	Data
Proc nº25/08 DA VI.1	26.01.2009	058/CA	12.02.2009

ASSUNTO: Auditoria Financeira ao Hospital Curry Cabral

Conforme solicitado no v/ ofício nº 01097, de 26 de Janeiro, o CHLC confirma que nos anos de 2007 e 2008, existia disponibilidade para intervercionar mais doentes no âmbito da Cirurgia Cardioráquia, dada a capacidade instalada, o número de doentes em espera e o curto tempo de espera para cirurgia, conforme já referido no nosso ofício nº014/CA de 13 de Janeiro de 2009.

Relativamente ao ano 2009, em 31 de Janeiro, a lista de espera para cirurgia, incluindo cirurgia cardíaca de adultos e pediátrica e cirurgia torácica, era de 136 doentes, encontrando-se prevista a realização de 1520 cirurgias, o que corresponde a um acréscimo de 309 cirurgias face às 1211 realizadas em 2008. Deste acréscimo, 200 cirurgias serão cardíacas de adultos e pediátricas, desde que o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Alfredo da Costa passem a referenciar para este Centro Hospitalar os doentes que actualmente enviam para o HCVP.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho de Administração

TERESA SUITEIRO
Presidente do Conselho de
Administração

LS/DS

DGTC 13.02.09 03082



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração



HOSPITAL DE SÃO JOSÉ
H. STO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS
HOSPITAL DE SANTA MARTA
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Exmo. Senhor
Director Geral do Tribunal de Contas
Direcção Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

V./Refª	Data	N./Refª	Data
		061/CA	13.02.2009

ASSUNTO: Auditoria Financeira ao Hospital Curry Cabral

Na sequência do pedido de esclarecimento solicitado, informamos que em 2009 o Centro Hospitalar de Lisboa Central, tem capacidade para realizar mais 200 cirurgias cardiotorácicas. Destas, 40 a 45 serão cirurgias cardíacas pediátricas e as restantes, cirurgias cardíacas de adultos, nomeadamente aquelas que actualmente estão a ser referenciadas do Hospital Curry Cabral para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.

P'
O Conselho de Administração

Laura Silveira
LAURA SILVEIRA
Vogal Executivo

Eduardo Gomes da Silva
Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

LS/DS



DGTC 13-02-09 03151

Sede: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Rua José António Serrano - 1150-199 - Lisboa Telf. 21 884 10 00 Fax: 21 884 10 23
Capital Estatutário: € 60 446 000,00 Contribuinte nº 508080142



6. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, E.P.E.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

Direcção-Geral do Tribunal de Contas
M.I. Conselheiro Eurico Manuel Ferreira
Pereira Lopes

Refª PCA - 2009FEV12 - 0008

Assunto: Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral. Processo n.º 25/08 - DA VI-1.

+150

Exmo. Senhor Conselheiro da Área,

Na senda do Despacho de V/Exa., de 23/01/09, exarado sobre o Relatório identificado em epígrafe, cujo teor nos mereceu a melhor atenção e rigorosa análise, vimos pelo presente informar que, não existe qualquer nova informação ou elemento a aduzir sobre a temática em apreço, tendo-se, nessa medida, considerado prejudicada a possibilidade de apresentar quaisquer alegações em sede de contraditório.

Com os nossos melhores cumprimentos, *Leandro Pereira*

O Presidente do Conselho de Administração

Leandro Pereira
Adalberto Campos Fernandes

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610


www.chln.pt


Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



7. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

 **Ministério da Saúde**

 **CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.**
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Exmº Senhor
Director-Geral do
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

V/ Refº Proc nº 25/08-DA VI.1

N/ Refº SJC 001098 9-02-09

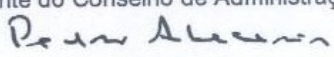
Assunto : Auditoria Financeira ao Hospital Curry Cabral.

Na sequência da notificação remetida por V. Exª para alegar o tido por conveniente sobre o assunto supra referenciado, nomeadamente no que concerne à realização de mais cirurgias cardiotorácicas no Hospital de Stª Cruz, mencionada no ponto 7.1. do relato da respectiva auditoria, cumpre informar que não foi localizado qualquer expediente do Conselho de Administração deste Centro Hospitalar sobre a matéria em apreço.

Acresce que, após contacto telefónico para os serviços que V. Exª dirige, foi pelos mesmos transmitido que não encontravam qualquer correspondência remetida pelo órgão máximo desta instituição que tenha dado origem ao aludido no ponto 7.1.: "(...) No entanto, de acordo com a informação prestada pelos Hospitais de Santa Maria, Santa Marta e Santa Cruz, existia potencial, em cada um destes hospitais, para a realização de mais cirurgias cardiotorácicas. (...)".

Neste contexto, não detém este Conselho de Administração condições que lhe permitam pronunciar-se sobre o requerido, a menos que lhe seja veiculada informação adicional sobre o assunto.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho de Administração

(Pedro Braga Abecasis) DGTC 12.02.09 02999

Estrada do Forte do Alto do Duque - 1449-005 Lisboa - Telef.: 21 300 03 00 - Fax: 21 008 36 43 - Email: hsfxavier@chlo.min-saude.pt
MPC (Número de Identificação do Centro Hospitalar) 607 618 246



Exmo. Senhor
Director Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

S/ Referência	S/ Comunicação	N/ Referência	Data	Nº Páginas	Nº Anexos
		CA/20/09	2009.02.13	3	1

Assunto: Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral

Na sequência da notificação remetida por V.Exa para alegar o tido por conveniente sobre o assunto supra referenciado, nomeadamente no que concerne à realização de mais cirurgias cardiotorácicas no Hospital de Santa Cruz, mencionada no ponto 7.1. do relato da respectiva auditoria, cumpre agora esclarecer que se confirma o teor da informação já remetida a V.Exas, via fax, em 13/01/2009, de que se junta cópia. Como esclarecimentos adicionais e segundo informação do Director de Serviço de cirurgia Cardiotorácica, Prof. Queiroz e Melo, informamos:

- 1 – Tivemos, por ano, capacidade para realizar um número adicional de intervenções em 10 a 15 doentes urgentes;
- 2 – Em relação à cirurgia electiva também tivemos capacidade adicional. Poderiam ter sido intervencionados mais 30 a 50 doentes electivos.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho de Administração

Pedro Braga Abecasis



Volume III

Índice

Anexo A – Responsáveis	2
Anexo B – Acções de Fiscalização Realizadas por Órgãos de Controlo	3
Anexo C – Testes Substantivos e de Conformidade.....	4
Anexo D – Prestação de Serviços por Entidades Privadas Colectivas e Singulares	10
Anexo E– Balanço e Demonstração de Resultados de 2007	12
Anexo F – Contratos de Exploração de Instalações do HCC	14
Anexo G – Nota de Emolumentos	15



ANEXO A – Responsáveis

No exercício de 2007, ocorreu a substituição dos membros do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral. Os elementos que integraram o referido órgão nas duas gerências foram os seguintes:

Gerência – 1 de Janeiro 2007 a 13 de Abril de 2007

Cargo	Nome
Presidente	Joaquim Pedro Ferreira Canas Mendes
Vogal Executivo	José Alberto Ferraria Neves Neto
Vogal Executivo	Paulo Jorge Guedes da Silva
Director Clínico	Luís Manuel Ramos Gardete Correia
Enfermeira Directora	Ana Cristina Nunes Mesquita

Gerência – 14 de Abril 2007 a 31 de Dezembro de 2007

Cargo	Nome
Presidente	Manuel Martins dos Santos Delgado
Vogal Executiva	Maria do Rosário Simões Raposo Graça Mira Correia Sepúlveda
Vogal Executiva	Carla Alexandra de Menezes Moutinho Henriques Gonçalo Catarino
Directora Clínica	Maria da Conceição Facha Loureiro
Enfermeiro Director	João António Temporão Pais



ANEXO B – Acções de Fiscalização Realizadas por Órgãos de Controlo

Inspeção-Geral das Actividades em Saúde

A Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS), realizou três auditorias e uma inspeção temática ao HCC, conforme de seguida se indica:

- ✘ Relatório Final “A despesa no triénio 2004/2006 – Do compromisso ao pagamento” (Processo n.º 05/2007-AG)¹, cujo âmbito abrangeu diversas entidades do SPA, incluindo o HCC, tendo concluído, para os hospitais seleccionados, que a despesa processada, incluindo a dívida de anos anteriores, excedeu a dotação final, embora tenha diminuído no triénio analisado;
- ✘ Relatório de auditoria ao Sistema de Controlo Interno do Hospital de Curry Cabral, (Processo n.º 07/2007-A), que evidencia diversas deficiências no sistema de controlo interno implementado em 2006, designadamente no que respeita à salvaguarda do património, à exactidão e integridade dos registos contabilísticos e à fiabilidade da informação produzida;
- ✘ Relatório de Progresso sobre remunerações e outras regalias sociais dos dirigentes dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, (Processo n.º 28/2005 – IT), que conclui pela necessidade de regularizar os pagamentos sem suporte legal efectuados a Vogais Executivos e Director Clínico do HCC de 2003 a 2005.

Relativamente à regularização da situação dos valores recebidos indevidamente pelos anteriores membros do Conselho de Administração, foram feitas diligências pelo actual CA para a reposição da verba em dívida. No decurso da auditoria, foi recolhida evidência da reposição efectuada por dois dos elementos do anterior CA. Quanto aos restantes elementos, por discordarem da decisão, comunicaram que iriam recorrer à via judicial para resolução do litígio.

Tribunal de Contas

O HCC foi, ainda, objecto de uma acção de fiscalização concomitante por parte do Tribunal de Contas com o objectivo de proceder a uma avaliação de controlo interno administrativo e de verificação da legalidade dos procedimentos administrativos conducentes à contratação ou nomeação, tendo dado lugar ao Relatório n.º 11/04-AUDIT. 1ª S. Este relatório foi remetido ao Ministério Público em 7 de Junho de 2006, constituindo o Processo n.º 12/2006 da 3ª Secção, não existindo ainda decisão sobre o mesmo.

¹ Acção realizada pela Inspeção-Geral de Finanças e Inspeção-Geral das Actividades em Saúde.



ANEXO C – Testes Substantivos e de Conformidade

Farmácia

De acordo com o previsto no PA, foram seleccionados na farmácia de ambulatório (hospitalar) os dez fármacos que apresentam maior valor económico.

Os fármacos seleccionados dizem respeito ao grupo dos anti-infecciosos, que representaram, em 2007, 44,35% da despesa dos medicamentos e do subgrupo dos antiretrovíricos que registou o maior aumento em 2007 (8,21%) e representaram 35,04% do total da despesa com medicamentos.

Quadro I

Medicamento	Código	Unidade	Quantidade Disponível	Valor
Darbepoetina alfa 150	10061390	seringa	79	15.229,62 €
Efavirenz 600mg comp	10031421	cápsula	8178	82.319,75 €
Indinavir 400mg cáps	10006336	cápsula	10678	17.504,26 €
Lamivudina 150mg +Zidovudina 300mg	10044671	comprimido	15767	87.271,86 €
Lamivudina 300mg Comp	10029153	comprimido	2242	12.268,06 €
Lopinavir 200mg+Ritonavir 50mg comp	10080322	comprimido	18873	79.927,15 €
Micofenolato de mofetil 500mg comp	10048082	cápsula	10144	15.878,58 €
Sirolimus 2mg comp	10068544	comprimido	2202	16.341,15 €
Tacrolimus 1 mg cáps	10052740	cápsula	10438	31.943,32 €
Valganciclovir 450 mg comp	10063173	comprimido	941	26.078,59 €

Foi solicitada à Farmácia a listagem da existência de medicamentos por armazém. A contagem física iniciou-se na farmácia de ambulatório, seguindo-se os armazéns. Em resultado da contagem verificou-se existirem algumas diferenças, as quais foram justificadas com as existências que se encontram nos serviços de infecciologia e de transplantes e com a não actualização de registos (por falta de pessoal).

Quadro II

Fármacos com maior valor económico - teste

Medicamento	Código	Quant. Disponível	Quant. Farmácia	Quant. Armazéns	Total
Darbepoetina alfa 150	10061390	79	0	79	79
Efavirenz 600mg comp	10031421	8178	1890	6300	8190
Indinavir 400mg cáps	10006336	10678	4840	5760	10600
Lamivudina 150mg +Zidovudina 300mg	10044671	15767	5040	10500	15540
Lamivudina 300mg Comp	10029153	2242	1380	900	2280
Lopinavir 200mg+Ritonavir 50mg comp	10080322	18873	2640	15960	18600
Micofenolato de mofetil 500mg comp	10048082	10144	3828	5350	9178
Sirolimus 2mg comp	10068544	2202	1474	690	2164
Tacrolimus 1 mg cáps	10052740	10438	6021	2160	8181
Valganciclovir 450 mg comp	10063173	941	930	0	930

Contudo, dois dos medicamentos (Micofenolato de mofetil 500mg comp e o Tacrolimus 1 mg cáps) apresentavam diferenças bastante expressivas, pelo que se solicitou nova listagem (2 horas depois), tendo-se constatado que efectivamente os registos não estavam actualizados. Ora, tratando-se de um sistema dinâmico as existências são actualizadas na hora, pelo que as diferenças registadas foram de **178** do Micofenolato de mofetil 500mg comp e de **1087** do Tacrolimus 1 mg cáps, continuando a ser significativa a diferença registada neste medicamento.



A farmácia de ambulatório regista um movimento anual de cerca de 6000 doentes (uma média de 200 por dia). O custo com os medicamentos cedidos na farmácia aos doentes do SNS é da responsabilidade do hospital. Aos doentes com subsistemas o hospital factura os medicamentos aos respectivos subsistemas.

O controlo da cedência de medicamentos a doentes com HIV (1900 doentes) é feito pelo programa informático CPC que permite visualizar o historial do doente e controlar se este se encontram a efectuar a medicação seguida. Caso o doente não esteja a cumprir a prescrição médica essa situação é detectada pelo responsável da farmácia de ambulatório no momento do avivamento a prescrição apresentada pelo doente. Nesta situação o doente é penalizado sendo obrigado a pagar os respectivos medicamentos.

Armazéns avançados – consumo clínico

Foi solicitado ao Serviço de Aprovisionamento a listagem das existências de material de consumo clínico por armazém avançado. Desta lista foram seleccionados os dez produtos de material de consumo clínico que apresentam maior valor económico, nos armazéns avançados dos serviços de Cirurgia Geral (A e B), Cardiologia (Unidade de Intervenção Vascular), Unidade de Transplantes e Ortopedia (A e B).

O material dos armazéns avançados encontra-se colocado em gavetas com indicação do nome do artigo, por ordem alfabética e respectivo código.

Em resultado da contagem física verificou-se existirem algumas diferenças, as quais foram justificadas não só pela falta de registo de saída do material mas também pelos registos efectuados de forma incorrecta (p.ex. troca de códigos dos produtos e quantidades).

Quadro III

Material Consumo Clínico Cirurgia A			
Designação	Código	Quant. Registada CPC	Contagem física
Papel plastificado marquesa	21100491	2	0
kit cateter central duplo Lumen	23300273	3	7
kit cateter central triplo Lumen	23300275	3	4
Frasco drenagem toraxica c/ tubadura adulto	23300510	1	2
Sistema punção pleura c/ torneira	23300612	2	1
Válvula dupla drenagem toraxica	23300800	1	1
Kit biópsia hepática percutanea	23500460	2	8
Sistema de medição diurese horaria c/ torneira	23600380	3	5
Imobilizador abdominal	27800415	1	0
Resuscitador p/ dulto	29800680	1	1



Quadro IV

Material Consumo Clínico CirurgiaB			
Designação	Código	Quant. Registada CPC	Contagem fisica
Papel plastificado marquesa	21100491	2	3
kit cateter central duplo Lumen	23300273	3	7
kit cateter central triplo Lumen	23300275	3	6
Frasco drenagem toraxica c/ tubadura adulto	23300510	1	1
Sistema punção pleura c/ torneira	23300612	2	5
Válvula dupla drenagem toraxica	23300800	1	2
Kit biópsia hepática percutanea	23500460	2	3
Sistema de medição diurese horaria c/ torneira	23600380	3	4
Imobilizador abdominal	27800415	1	0
Resuscitador p/ dulto	29800680	1	1

Quadro V

Material Consumo Clínico da Unidade de Internamento Vascular			
Designação	Código	Quant. Registada CPC	Contagem fisica
Papel plastificado marquesa	21100491	8	0
kit cateter centra duplo Lumen	23300273	5	6
kit cateter central triplo Lumen	23300275	4	1
Frasco drenagem toraxica c/ tubadura adulto	23300510	5	5
Sistema de medição diurese horaria c/ torneira	23600380	12	9
Camara expansora aerossóis p/doente n/ventilado	23900193	2	0
Imobilizador abdominal	27800415	2	2
Conjunto roupa disp.p/angiografia	29400151	28	30
Conjunto roupa disp.p/cirurgia pacemaker	29400153	22	30
Resuscitador p/ dulto	29800680	2	2

Quadro VI

Material Consumo Clínico da Unidade de Transplantes			
Designação	Código	Quant. Registada CPC	Contagem fisica
Canula traqueostomia com cuf 6	23200103	2	2
Canula traqueostomia com cuf 8	23300112	2	2
kit cateter central triplo Lumen	23300275	5	1
kit cateter centra duplo Lumen	23300273	5	10
Frasco drenagem toraxica c/ tubadura adulto	23300510	2	3
Sistema p/ bomba infusora/perfusora IVAC	23500701	13	49
Balão infusão 24h	23700076	3	5
Reservatório aspirador J.Pratt	23900495	5	1
Suporte p/ urinol	29600810	4	3
Selo descartável para carro de urgência	29900398	1	1

Quadro VII

Material Consumo Clínico Ortopedia A			
Designação	Código	Quant. Registada CPC	Contagem fisica
Ligadura c/ penso p/ terapia de compressão	21300390	5	0
Tecido malha tubular 250mm	21600225	1	1
kit cateter central triplo Lumen	23300275	2	3
kit cateter centra duplo Lumen	23300273	2	2
Sistema de medição diurese horaria c/ torneira	23600380	1	2
Camara expansora aerossóis p/doente n/ventilado	23900193	2	0
Meia elástica média	23900311	12	6
Selo descartável para carro de urgência	29900398	1	1
Saco mortuario descartável	29900600	2	1



Quadro VIII

Material Consumo Clínico Ortopedia B				
Designação	Código	Quant. Registada CPC	Contagem física	
Ligadura c/ penso p/ terapia de compressão	21300390	5	5	2
Tecido malha tubular 250mm	21600225	2	2	2
kit cateter central triplo Lumen	23300275	2	2	3
kit cateter centra duplo Lumen	23300273	2	2	1
Sistema de medição diurese horaria c/ torneira	23600380	2	2	2
Camara expansora aerossóis p/doente n/ventilado	23900193	3	3	6
Meia elástica média	23900311	5	5	7
Meia elástica pequena	23900312	5	5	13
Selo descartável para carro de urgência	29900398	1	1	1
Contentor para residuos	29900440	4	4	9

De referir que da lista retirada do sistema informático CPC do serviço de Ortopedia, para efeitos de selecção da amostra, constavam dois artigos que não fazem parte das existências do armazém avançado deste serviço.

Serviços de Internamento

De acordo com a planificação semanal da dispensa de medicamentos por níveis, foi solicitado aos Serviços Farmacêuticos a listagem dos medicamentos em stock nos serviços (Cirurgia A e B; UCIP; UIV; Cardiologia; Unidade de Transplantes e infecciologia). Desta lista foram seleccionados dez medicamentos que apresentam maior valor económico.

Os medicamentos encontram-se colocados em gavetas com indicação do respectivo nome e por grupos de fármacos.

Em resultado da contagem física efectuada verificou-se que a maioria dos medicamentos existentes nos serviços encontravam-se muito acima do nível estabelecido como stock mínimo.

As justificações apresentadas pelas enfermeiras responsáveis são:

- Dose unitária não se encontra separada fisicamente do stock mínimo;
- Reforço de alguns medicamentos para doentes transplantados para assegurar o tratamento no fim-de-semana uma vez que a farmácia se encontra fechada;
- O nível do stock mínimo não se encontra actualizado devido à falta de espaço para armazenamento de uma maior quantidade.

Nos medicamentos onde se verificou quantidades inferiores ao stock mínimo a justificação apresentada pela responsável foi de que reposição foi a de existir a facilidade de requisitar à farmácia fora do plano de distribuição semanal o medicamento em falta.

O elevado número de medicamentos existentes nos stocks dos serviços face ao nível estabelecido para os mesmos, influencia a média de consumos² apurada pela farmácia para efeito de estimativa das aquisições para o ano seguinte.

²A saída do medicamento da farmácia é registada como consumo. Os medicamentos onde ocorrem maiores erros são nos de consumo normal ou regular.



Com o objectivo de reduzir os stocks o hospital encontra-se a implementar um sistema de prescrição on line no internamento (a farmácia recebe por via electrónica a prescrição médica, que valida e posteriormente procede à sua distribuição.

Fármacos com maior valor económico - teste- UCI Geral

Medicamento (1)	Código (2)	Stock Ideal (3)	Quant.existente (4)	5= (3-4)
Hidroxietylamido 60 mg/ml + cloreto de Sódio 9mg/ml Sol inj 500 ml IV	10071056	30	29	1
Besilato atracúrio 10mg/ml Sol inj Fr 2.5ml	10030102	100	60	40
Enoxaparina sódica 60mg/0.6ml Sol inj Ser 0.6 ml Sc	10001111	40	33	7
Ganciclovir 500 mg Pó sol inj Fr IV	10051648	3	8	-5
Micofenolato de mofetil 500 mg Pó sol inj Fr IV	10030579	10	15	-5
Noradrenalina 1mg/ml Sol inj Fr 1ml IV	10079284	50	11	39
Noradrenalina 1mg/ml Sol inj Fr 5ml IV	10079310	60	50	10
Paracetamol 10mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	10002829	50	48	2
Tacrolímus 5mg/ml Sol inj Fr 1ml IV	10078296	20	30	-10
Meropenem 1000mg Pó sol inj Fr IV	10034378	5	16	-11

Fármacos com maior valor económico - teste- Cirurgia A

Medicamento (1)	Código (2)	Stock Ideal (3)	Quant.existente (4)	5= (3-4)
Cloreto de potássio 75mg/ml Sol inj Fr 10ml IV	10031122	150	175	-25
Cloreto de potássio 9mg/ml Sol inj Fr 10ml IV	10057341	200	131	69
Enoxaparina 80mg/0.8ml Sol inj Ser 0.8ml SC	10001129	5	12	-7
Esomeprazol 40mg Pó sol inj IV	10069621	20	81	-61
Fenitoína 250mg/5ml sol inj Fr 5ml IM IV	10066550	10	16	-6
Nadroparina cálcica 5700 U.I. anti-xa/0.6 ml sol inj Ser 0.6	10028650	10	19	-9
Pantoprazol 40mg Pó sol inj Fr IV	10059004	10	5	5
Paracetamol 10mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	10002829	160	213	-53
Tramadol 100mg/2ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	10012613	150	279	-129
Imipenem 500mg+cilastatina 500mg Pó sol inj IV	10071840	6	22	-16
Piperacilina 4000mg + Tazobactam 500mg Pó sol inj Fr IV	10003030	6	10	-4

Fármacos com maior valor económico - teste- Cirurgia B

Medicamento (1)	Código (2)	Stock Ideal (3)	Quant.existente (4)	5= (3-4)
Cloreto de potássio 75mg/ml Sol inj Fr 10ml IV	10031122	150	165	-15
Cloreto de potássio 9mg/ml Sol inj Fr 10ml IV	10057341	200	283	-83
Enoxaparina 80mg/0.8ml Sol inj Ser 0.8ml SC	10001129	5	13	-8
Esomeprazol 40mg Pó sol inj IV	10069621	20	39	-19
Fenitoína 250mg/5ml sol inj Fr 5ml IM IV	10066550	10	9	1
Nadroparina cálcica 5700 U.I. anti-xa/0.6 ml sol inj Ser 0.6	10028650	10	17	-7
Pantoprazol 40mg Pó sol inj Fr IV	10059004	10	0	10
Paracetamol 10mg/ml Sol inj Fr 100 ml IV	10002829	160	48	112
Tramadol 100mg/2ml Sol inj Fr 2 ml IM IV SC	10012613	150	161	-11
Imipenem 500mg+cilastatina 500mg Pó sol inj IV	10071840	6	10	-4
Piperacilina 4000mg + Tazobactam 500mg Pó sol inj Fr IV	10003030	6	10	-4

Fármacos com maior valor económico - teste- UIV

Medicamento (1)	Código (2)	Stock Ideal (3)	Quant.existente (4)	5= (3-4)
Abciximab 10mg/5ml sol inj Fr 5ml IV	10034606	18	15	3
Alpeteplase 50mg Pó soll inj Fr IV	10055956	2	2	0
Eptibatida 75 mg/100ml sol inj Fr 100ml IV	10038736	6	2	4
Isoprenalina 0.2mg/1ml sol inj Fr ml I cardiaca IM IV SC	10015890	10	11	-1
Heparina 5000UI/ml	10029370	15	8	7
Esomeprazol 40mg	10005736	10	10	0
Iodixanol 320mg/ml	10065911	6	6	0
lobitridol 767.8 mg/ml sol inj IV	10077372	25	16	9
Piperacilina + tazobactam 2,25g	10003023	2	2	0
Piperacilina + tazobactam 4,5g	10003030	2	2	0



Fármacos com maior valor económico - teste- Unidade de Transplantes

Medicamento (1)	Código (2)	Stock Ideal (3)	Quant.existente (4)	5= (3-4)
Basiliximab 20mg pó sol inj fr IV	10062662	2	4	-2
Ganciclovir 500mg pó sol inj fr IV	10051648	9	15	-6
Imunoglobulina antilinfócitos 20mg/ml sol inj Fr 5ml IV	10020834	4	4	0
Imunoglobulina antilinfócitos 25mg/ml pó sol inj Fr IV	10057124	4	1	3
Metilprednisolona 500mg pó sol inj Fr IM IV	10028813	10	13	-3
Noradrenalina 1mg/ml sol inj Fr 5 ml IV	10079310	10	15	-5
Tacrolímus 5mg/ml sol inj Fr 5 ml IV	10078296	5	19	-14
Tacrolímus 1mg cáps	10052740	30	41	-11
Tacrolímus 5mg cáps	10034766	10	31	-21
Valganciclovir 450 mg comp	10063173	10	9	1

Fármacos com maior valor económico - teste- Infacciolgia

Medicamento (1)	Código (2)	Stock Ideal (3)	Quant.existente (4)	5= (3-4)
Lamivudina 300mg Comp	10029153	20	25	-5
Efavirenz 600mg Comp	10031421	15	21	-6
Abacavir 600mg+Lamivudina 300mg Comp	10037844	10	6	4
Saquinavir 500mg Comp	10042987	40	20	20
Tenofovir 24mg Comp	10067645	10	26	-16
Emtricitabina 200mg+Tenofovir 245mg Comp	10080856	5	12	-7
Sulfametoxazol 400mg/5ml+ Trimetoprim 80mg/5ml sol inj	10052426	30	35	-5
Isoprenalina 0.2mg/1ml Sol inj Fr 1ml Cardiac IM IV SC	10015890	20	6	14
Metilprednisolona 1000mg pó sol inj Fr IM IV	10028820	4	2	2
Noradrenalina 1mg/ml sol ij Fr 1ml IV	10079284	20	6	14



ANEXO D – Prestação de Serviços por Entidades Privadas Colectivas e Singulares

Quadro 1 – Valor contratado com entidades colectivas - 2007

Unid:euros

Adjudicatária	Tipo de Procedimento	Valor do Contrato	Objecto da Prestação de Serviços
Jorge Nunes - Serviços de Saúde, Lda.	Ajuste Directo**	9.230,67	VMER
Germano & Emilio, Lda.	Ajuste Directo**	12.203,28	VMER
De Miranda- serviços Médicos, Lda.	Ajuste Directo*	4.900,00	Urgência
Fisioloures - Serviços de Saúde, Lda.	Ajuste Directo*	2.392,00	Urgência
Mário Reis Braga, Prestações de Serviços, Lda	Ajuste Directo*	2.805,00	Urgência
A.Dias Sobral Campos Lda	Ajuste Directo***	14.256,00	Transplantes
Centro Privado de Saúde	Consulta Prévia	24.000,00	Endoscopia
Arkidelta Serviços Médicos Lda	Consulta Prévia	44.963,16	Anestesia
José Pratas Serviços Médicos Unipessoal Lda	Consulta Prévia	24.000,00	Gastrenterologia
Oftalmoinagem - Visão e Imagens Médicas, Lda	Consulta Prévia	9.117,89	Radiologia

Fonte: Serviço de Aprovisionamento do HCC

Nota:* Valor mensal

**Valor correspondente a 8 meses

***Valor anual

Quadro 2 – Valores de Prestadores de Serviços

Prestadores de serviços	Unid. :euros
	Valor pago em 2007
Maria da Graça Freitas	4.138,30
José Manuel de Almeida Ferreira Pratas	5.130,00
Estela Aguilar monteiro Galvão Teles	98.731,04
Benedito sampaio Ferreira	1.600,66
Carla Maria Caetano Antunes	15.524,71
André Pedro Rato Amaral	7.910,90
Nuno Pedro Lobato Ribeiro	4.489,20
Maria Amélia Brilhante Antunes Almeida	24.195,27
Francisca Maria Braga Veiga Frade	12.809,45
Ana Carla da Veiga Ferreira Reis Camões	2.821,98
Nuno Miguel Simões Germano	3.888,28
Carlos Eduardo Baião Maia Dias	11.311,80
Rui Joaquim Barroso da Lama e Relvas	24.000,00
Jorge Cunha	2.647,26
Fernando Manuel Ribeiro Gomes	22.449,48
Hugo Filipe Luzio Trindade	13.568,46
Carlos Alberto Torres Carvalho	5.612,37
Deraldo	48.037,50
João salvador	21.209,50
Susana Mendes	18.275,00
Armindo Chilumbo	59.775,00
Nuno Cardoso	67.804,00
Angela Temoteo	19.983,50
Maria Inês Leal	6.675,00
Alexandra Santos	2.414,00
Antónia Cardoso	19.235,94
Maria Teresa Pombeiro	50.589,00
Maria Manuela Reis	23.276,00
Sara Raquel S.Gomes	18.691,50
Miguel Matias Sousa	13.651,00
Madalena Carvalho Santos	2.650,00
António Calhorda	1.145,40
Marcelo Menezes	23.237,93
Rita Barroca	14.444,63
Heidi Katharine Duarte Gruner	357,50
Teresa maria Ferreira Mendonça	2.896,00
Vasco Machdo Monteiro	33.767,47
Maria Eduarda Azevedo L.N.C. Rodrigues	23.675,00
Pedro Jerónimo de Sousa	11.174,79
Barbara Maria Sousa Picado	220,00
Total	744.014,82



Para efeitos de comparação entre o valor pago/hora a um médico contratado e a um médico do quadro nas respectivas categorias (Assistente e Assistente Graduado), foram elaborados os quadros seguintes.

Médico Assistente - Contratado

Unid:euros

	Valor	Semana, Fim-de-Semana e Feriados		
	23,00	Normal	150%	200%
Número de Horas			16	40
Sub-Total		0	552,00	1.840,00
Total	2.392,00			

Médico Assistente Graduado/35H- Contratado

Unid:euros

	Valor (a)	Semana, Fim-de-Semana e Feriados		
	26,76	Normal	150%	200%
Número de Horas			16	40
Sub-Total		0	642,24	2.140,80
Total	2.783,04			

(a) Calculado com base no valor mensal da prestação de serviços a dividir por 140H

Assistente do Quadro -Tempo completo

Unid:euros

	Valor	Semana, Fim-de-Semana e Feriados		
Escalão 5	14,06	Normal	150%	200%
Número de Horas			16	40
Sub-Total		0	337,44	1.124,80
Total	1.462,24			

Assistente Graduado do Quadro -Tempo completo

Unid:euros

	Valor	Semana, Fim-de-Semana e Feriados		
Escalão 6	17,94	Normal	150%	200%
Número de Horas			16	40
Sub-Total		0	430,56	1.435,20
Total	1.865,76			

Médico Assistente do Quadro -Dedicação Exclusiva 42H

Unid:euros

	Valor	Semana, Fim-de-Semana e Feriados		
Escalão 5	21,48	Normal	150%	200%
Número de Horas			16	40
Sub-Total		0	515,52	1.718,40
Total	2.233,92			

Assistente Graduado Quadro -Dedicação Exclusiva 42H

Unid:euros

	Valor	Semana, Fim-de-Semana e Feriados		
Escalão 6	27,40	Normal	150%	200%
Número de Horas			16	40
Sub-Total		0	657,60	2.192,00
Total	2.849,60			

Assistente do Quadro -Dedicação Exclusiva 35H

Unid:euros

	Valor	Semana, Fim-de-Semana e Feriados		
Escalão 5	19,53	Normal	150%	200%
Número de Horas			16	40
Sub-Total		0	468,72	1.562,40
Total	2.031,12			

Assistente Graduado do Quadro -Dedicação Exclusiva 35H

Unid:euros

	Valor	Semana, Fim-de-Semana e Feriados		
Escalão 6	24,91	Normal	150%	200%
Número de Horas			16	40
Sub-Total		0	597,84	1.992,80
Total	2.590,64			

Refira-se que o número de horas utilizadas na presente simulação, corresponde ao número de horas necessárias para garantir a escala mensal da equipa médica no serviço de urgência.

Ao valor hora indicado, é acrescida a percentagem de 150% no horário das 20h às 24h nos dias de semana, horas diurnas de fim-de-semana e feriados, e no horário das 00h às 8h nos dias de semana, fim-de-semana e feriados é acrescida a percentagem de 200%.



Tribunal de Contas

Auditoria financeira ao Hospital de Curry Cabral

ANEXO E- Balanço e Demonstração de Resultados de 2007

Balanço do Hospital de Curry Cabral 2007

(em euros)

Activo SPA	EXERCÍCIOS				Fundos Próprios e Passivo SPA	EXERCÍCIOS	
	N			N-1		N	N-1
	Activo Bruto	Amortizações/Provisões	Activo Líquido	Activo Líquido			
Imobilizado:					Fundo Patrimonial:		
445 Imob em curso de bens de domínio público	0		0	0	51 Património	13.670.132	13.670.132
446 Adiantamentos por conta bens domínio público	0		0	0	56 Reservas de Reavaliação	0	0
Total bens de domínio público:	0	0	0	0	Reservas:		
Imobilizações incorpóreas:					571 Reservas Legais	0	0
443 Imob em curso de imobilizações incorpóreas	0				572 Reservas Estatutárias	0	0
449 Adiantamento por conta de imobilizações incorpóreas	0		0	0	574 Reservas Livres	0	0
Total imobilizações incorpóreas:	0	0	0	0	575 Subsídios	9.129.423	9.129.423
Imobilizações corpóreas:					576 Doações	2.086.289	1.900.946
421 Terrenos e recursos naturais	9.975.958		9.975.958	9.975.957	577 Reservas decorrentes transf de activos	0	0
422 Edifícios e outras construções	28.565.828	883.331	27.682.497	27.701.513	Total das reservas:	11.215.712	11.030.369
423 Equipamento básico	23.307.185	17.539.577	5.767.608	7.078.391	59 Resultados Transitados	35.020.184	32.014.831
424 Equipamento de transporte	130.762	88.077	42.685	42.685	88 Resultado líquido do exercício	-2.111.727	3.005.353
425 Ferramentas e utensílios	103.771	103.764	7	29.077	Total do fundo patrimonial:	57.794.301	59.720.685
426 Equipamento administrativo e informático	5.842.112	4.054.871	1.787.241	1.288.703			
427 Taras e vasilhame	3.670	0	3.670	3.670			
429 Outras imobilizações incorpóreas	1.257.667	460.493	797.174	873.315			
442 Imobilizações em curso de imobilizações incorpóreas	0		0	0			
448 Adiantamentos por conta de imobilizações corpóreas	0		0	0			
Total imobilizações corpóreas:	69.186.953	23.130.112	46.056.841	46.993.312			
Investimentos financeiros:							
415 Outras aplicações financeiras	0	0	0	0			
447 Adiantamentos por conta de investimentos financeiros	0		0	0			
Total investimentos financeiros:	0	0	0	0			
Circulante:							
Existências:							
36 Matérias de consumo	2.193.339	0	2.193.339	2.745.550			
34 Subprod., desperdícios, resíduos e refugos	0	0	0	0			
33 Produtos acabados e intermédios	0	0	0	0			
32 Mercadorias	0	0	0	0			
37 Adiantamentos por conta de compras	0		0	0			
Total existências:	2.193.339	0	2.193.339	2.745.550			
Dívidas de terceiros - Médio e longo prazo:	0	0	0	0			
Dívidas de terceiros - Curto prazo:							
28 Empréstimos concedidos	0	0	0	0			
211 Clientes c/c	6.178.031	0	6.178.031	5.934.086			
213 Utentes, c/c	0	0	0	0			
215 Instituições do Estado	3.202.128	0	3.202.128	1.530.026			
218 CI e utentes de cobrança duvidosa	4.487.367	3.729.251	758.116	638.480			
251 Devedores pela execução do orçamento	0	0	0	0			
229 Adiantamentos a fornecedores	1.567	0	1.567	886			
2619 Adiantamentos a fornec imobilizado	0	0	0	0			
24 Estado e outros entes públicos	2.446	0	2.446	1.876			
262/3/4+267/8 Outros devedores	12.765.151	0	12.765.151	17.491.842			
Total dívidas de terceiros:	26.636.690	3.729.251	22.907.438	25.597.195	Passivo:		
Títulos negociáveis:					292 Provisões para riscos e encargos	0	0
151 Ações	0	0	0	0	Total de provisões:	0	0
152 Obrigações e títulos de participação	0	0	0	0	Dívidas a terceiros - Médio e longo prazo		
153 Títulos da dívida pública	0	0	0	0	Dívidas a terceiros - Curto prazo:		
159 Outros títulos	0	0	0	0	219 Adiantamentos de CI, utentes e inst.Estado	0	0
18 Outras aplicações de tesouraria	0		0	0	221 Fornecedores, c/c	7.074.924	4.541.843
Total títulos negociáveis:	0	0	0	0	228 Fornec-facturas em recepção e conferênc	0	0
Depósitos em instituições financeiras e caixa:					23 Empréstimos obtidos	0	0
13 Conta no tesouro	0		0	0	252 Credores pela execução do orçamento	0	0
12 Depósitos em instituições financeiras	294.691		294.691	674.761	2611 Fornecedores imobilizado, c/c	262.096	14.900
11 Caixa	258		258	258	24 Estado e outros entes públicos	229.938	687.950
Total de depósitos e caixa:	294.949	0	294.949	675.019	262/3/4+267/8 Outros Credores	3.452.969	2.261.458
Acréscimos e diferimentos:					Total de dívidas a terceiros:	11.019.928	7.506.150
271 Acréscimo de proveitos	10.527.622		10.527.622	4.135.993	Acréscimos e diferimentos:		
272 Custos diferidos	0		0	0	273 Acréscimos de custos	5.252.512	5.024.985
Total acréscimos e diferimentos:	10.527.622	0	10.527.622	4.135.994	274 Proveitos diferidos	7.913.449	7.895.249
Total de amortizações:		23.130.112			Total acréscimos e diferimentos:	13.165.961	12.920.234
Total de provisões:		3.729.251			Total do passivo:	24.185.889	20.426.385
Total do activo	108.839.553	26.859.363	81.980.190	80.147.070	Total dos fundos próprios e passivo	81.980.190	80.147.070



Demonstração de Resultados do Hospital de Curry Cabral - 2007

(em euros)

RUBRICAS		N
CUSTOS E PERDAS		
61 - CMVMC		50.169.014
62 - Fornecimentos e Ser. Externos		12.117.187
64 - Custos com o pessoal		50.351.519
63 - Transferências Correntes Concedidas	0	
65 - Outros Custos Operacionais	29.088	
66 - Amortizações do Exercício	3.088.861	
67 - Provisões do Exercício	415.960	3.533.909
(A)		116.171.629
68 - Custos e Perdas Financeiras		9.672
(C)		116.181.301
69 - Custos e Perdas Extraordinárias		1.315.405
(E)		117.496.706
88 - Resultado líquido do exercício		-2.111.727
		115.384.979
PROVEITOS E GANHOS		
711 - Vendas	0	
712 - Prestações de Serviços	16.512.853	16.512.853
72 - Impostos, taxas e outros	0	
73 - Proveitos Suplementares	712.842	
74 - Transfer. e Subs. Correntes Obtidos	89.629.294	
76 - Outros Proveitos Operacionais	6.639.427	96.981.563
(B)		113.494.416
78 - Proveitos e Ganhos Financeiros		888.154
(D)		114.382.570
79 - Proveitos e Ganhos Extraordinários		1.002.410
(F)		115.384.979
Resultados		
Resultados Operacionais (B)-(A)		-2.677.213
Resultados Financeiros (D-B)-(C-A)		878.481
Resultados Extraordinário (F-D)-(E-C)		-312.995
Resultado Líquido do Exercício (F)-(E)		-2.111.727



ANEXO F – Contratos de Exploração de Instalações do HCC

Contratos de exploração de instalações

Contrato	Tipo de concurso	Adjudicante	Adjudicatário	Vigência do contrato	Termo do contrato	Valor renda/mensal + IVA	Atualização renda	Entidade que suporta os encargos (b)
Exploração de um Bar/Restaurante	Concurso limitado s/apresentação de candidaturas	HCC	Versailles,Lda.	25.08.05	31.12.08	€ 5.000	Anual (a)	Versaille,Lda
Exploração de um Bar/Restaurante	Adenda	HCC	Versailles,Lda.	11.09.06	31.12.15	€ 5.000	Anual (a)	Versaille,Lda
Exploração de 2 quiosques	Despacho de 25.07.2007 do CA	HCC	Versailles,Lda.	6.08.07	31.12.15	€ 3.000	Anual (a)	Versaille,Lda
Salão de cabeleireiro	Concurso limitado s/apresentação de candidaturas	HCC	Versailles,Lda.	23.03.07	31.12.07	€ 1.000	Anual (a)	Versaille,Lda

(a) Tendo por base a taxa de inflação verificada no ano anterior publicada pelo INE

(b) Electricidade, gás, água e telefones decorrentes do uso das instalações do HCC, tendo sido instalados contadores para o efeito



ANEXO G – Nota de Emolumentos

Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 25/08 – Audit	
		Relatório nº 8/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital de Curry Cabral		
Entidade devedora:	Hospital de Curry Cabral		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial				
- Acções na área da residência oficial	88,29 €	750		66.217,50€
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				66.217,50€
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00€
Emolumentos a pagar				17.164,00€

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria