



Tribunal de Contas

Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados

Integrados

2006-2008



Relatório n.º 38 /09 - 2ª S

Processo n.º 51/08 - Audit

Volume I



ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	2
ÍNDICE DE QUADROS.....	2
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	3
RELAÇÃO DE SIGLAS.....	4
GLOSSÁRIO.....	5
FICHA TÉCNICA	7
I. SUMÁRIO.....	8
1. CONCLUSÕES.....	8
2. RECOMENDAÇÕES.....	16
II. INTRODUÇÃO	19
2.1. OBJECTIVOS E ÂMBITO DA AUDITORIA	19
2.2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....	19
2.3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES	20
2.4. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO.....	20
III. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA	22
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	22
3.1. ANTECEDENTES DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	22
3.2. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	24
3.3. EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS DE REFERÊNCIA.....	25
4. FONTES DE FINANCIAMENTO DA REDE, CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO E APLICAÇÃO DE VERBAS	25
4.1. FINANCIAMENTO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	25
4.2. VERIFICAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO E PAGAMENTO DOS LUCROS DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA 27	
5. EXECUÇÃO FINANCEIRA DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	29
5.1. PLANEAMENTO, ORÇAMENTAÇÃO E EXECUÇÃO	29
5.2. EXECUÇÃO FINANCEIRA OPERACIONAL.....	35
5.3. DISTRIBUIÇÃO DO FINANCIAMENTO PELOS PRESTADORES	37
6. EXECUÇÃO FÍSICA DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	38
6.1. COBERTURA E CAPACIDADE INSTALADA.....	38
6.2. PRODUÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	45
6.3. ACESSIBILIDADE E EQUIDADE.....	49
6.4. RESULTADOS.....	53
6.5. EXECUÇÃO FINANCEIRA DA REGIÃO CENTRO	56
6.6. EXECUÇÃO FÍSICA DA REGIÃO CENTRO.....	59
6.7. INTERNAMENTO HOSPITALAR VS IMPLEMENTAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NA REGIÃO CENTRO	64
7. AVALIAÇÃO DO CONTROLO INTERNO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	67
7.1. UNIDADE DE MISSÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	67
7.2. CONTROLO INTERNO (ADMINISTRATIVO E CONTABILÍSTICO) DA ARS CENTRO.....	70
8. EVENTUAIS INFRACÇÕES FINANCEIRAS SANCIONATÓRIAS	74
9. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO	75
IV. EMOLUMENTOS	75
V. DETERMINAÇÕES FINAIS	75



ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA I – DESENVOLVIMENTO DO PNS 2004-2010	22
FIGURA II – CONFIGURAÇÃO OPERACIONAL DA RNCCI.....	24
FIGURA III – FINANCIAMENTO DA RNCCI.....	26
FIGURA IV – CIRCUITO DE CONFERÊNCIA DA FACTURAÇÃO DA ARSC	71

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - PAGAMENTO DE LUCROS DA SCML AO MS E MTSS	28
QUADRO 2 - RECEITAS TOTAIS DOS JOGOS SOCIAIS 2007-2008	28
QUADRO 3 – ORÇAMENTAÇÃO RNCCI 2007-2008	31
QUADRO 4 - PREVISÃO DE DESPESA DO MTSS COM A RNCCI	33
QUADRO 5 – TAXA DE COBERTURA NACIONAL POR TIPOLOGIA DE UNIDADES DE INTERNAMENTO.....	38
QUADRO 6 – VARIAÇÃO DA TAXA DE COBERTURA NACIONAL POR TIPOLOGIA.....	39
QUADRO 7 - TAXA DE COBERTURA DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO (N.º DE CAMAS POR 100.000 HABITANTES) EM 2008.....	39
QUADRO 8 - CAMAS PLANEADAS VS EXECUTADAS.....	40
QUADRO 9 - PREVISÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPAS NA RNCCI.....	44
QUADRO 10 - UTENTES REFERENCIADOS POR TIPOLOGIA.....	45
QUADRO 11 - DEMORA MÉDIA NAS UNIDADES DE INTERNAMENTO	47
QUADRO 12 - UTENTES POR ENTIDADE REFERENCIADORA.....	49
QUADRO 13 - UTENTES REFERENCIADOS E NÃO ADMITIDOS.....	51
QUADRO 14 - TEMPO DE ESPERA PARA INGRESSO (2008).....	52
QUADRO 15 - NÍVEL DE AUTONOMIA FÍSICA POR N.º DE UTENTES.....	53
QUADRO 16 - MOTIVO DA ALTA	54
QUADRO 17 - TRANSFERIDO VS EXECUTADO NA ARS CENTRO.....	56
QUADRO 18 - VERBAS DESPENDIDAS POR UNIDADE DE INTERNAMENTO	57
QUADRO 19 - CAPACIDADE INSTALADA: PREVISÃO E EXECUÇÃO.....	59
QUADRO 20 - TAXA DE COBERTURA DAS UNIDADES DE CONVALESCENÇA POR REGIÕES	60
QUADRO 21 - TAXA DE COBERTURA DAS UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO.....	60
QUADRO 22 - TAXA DE COBERTURA DAS UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	60
QUADRO 23 - TAXA DE COBERTURA DAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	60
QUADRO 24 - CAMAS PLANEADAS VS N.º DE CAMAS IMPLEMENTADAS NO TRIÉNIO 2006-2008 POR REGIÃO	60
QUADRO 25 – PONTOS FORTES E FRACOS DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO-2008.....	69
QUADRO 26 - PROCESSOS DE DESPESA: MONTANTES IRREGULARES.....	72
QUADRO 27 - LISTA DOS ACORDOS SEM FISCALIZAÇÃO PRÉVIA DO TC.....	73



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS VERBAS DOS JOGOS SOCIAIS: RNCCI VS PROGRAMAS DO PNS 2004-2010 ...	29
GRÁFICO 2 - ORÇAMENTAÇÃO DO PNS/EXECUÇÃO 2006	30
GRÁFICO 3 - ORÇAMENTO E EXECUÇÃO DOS PLANOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE 2006 A 2008 - SAÚDE.....	31
GRÁFICO 4 - EXECUÇÃO FINANCEIRA POR UNIDADE DE INTERNAMENTO – SEG. SOCIAL.....	33
GRÁFICO 5 - PREVISÃO VS EXECUÇÃO: SAÚDE E SEGURANÇA SOCIAL.....	34
GRÁFICO 6 - REPARTIÇÃO DA EXECUÇÃO: SAÚDE E SEGURANÇA SOCIAL.....	34
GRÁFICO 7 - DESPESAS DE INVESTIMENTO PREVISTAS E EXECUTADAS PELAS ARS.....	35
GRÁFICO 8 - EXECUÇÃO FINANCEIRA POR UNIDADE DE INTERNAMENTO – SAÚDE.....	36
GRÁFICO 9 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DAS RESTANTES UNIDADES E EQUIPAS DA REDE.....	37
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DE ACORDOS CELEBRADOS POR TIPOLOGIA.....	38
GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DE ACORDOS POR NATUREZA DA ENTIDADE.....	38
GRÁFICO 12 - N.º DE CAMAS PLANEADAS E EXECUTADAS.....	40
GRÁFICO 13 - TAXA DE EXECUÇÃO ANUAL POR TIPOLOGIA.....	42
GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DE CAMAS POR UNIDADE DE INTERNAMENTO.....	43
GRÁFICO 15 - UTENTES REFERENCIADOS POR TIPOLOGIA.....	45
GRÁFICO 16 - UTENTES ASSISTIDOS POR TIPOLOGIA.....	46
GRÁFICO 17 - TAXA DE EVOLUÇÃO ENTRE NOVEMBRO DE 2006-DEZ. DE 2007 E DEZ. DE 2008.....	46
GRÁFICO 18 - TOTAL DE UTENTES ASSISTIDOS POR UNIDADES DE INTERNAMENTO (NOV 2006-DEZ. 2008).....	46
GRÁFICO 19 - TAXA DE OCUPAÇÃO.....	47
GRÁFICO 20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL NAS UNIDADES DE CONVALESCENÇA.....	48
GRÁFICO 21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL NAS UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO.....	48
GRÁFICO 22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL NAS UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO.....	49
GRÁFICO 23 - UTENTES REFERENCIADOS POR ENTIDADE REFERENCIADORA.....	49
GRÁFICO 24 - PESO DE CADA ENTIDADE REFERENCIADORA 2008.....	50
GRÁFICO 25 - UTENTES DA REDE POR FAIXA ETÁRIA 2008.....	50
GRÁFICO 26 - UTENTES POR GRUPO PROFISSIONAL 2008.....	50
GRÁFICO 27 - TEMPO DE ESPERA PARA INGRESSO (2008).....	52
GRÁFICO 28 - AUTONOMIA FÍSICA NA ADMISSÃO.....	54
GRÁFICO 29 - AUTONOMIA FÍSICA NA ALTA.....	54
GRÁFICO 30 - MOTIVO DA ALTA 2006 E 2007.....	54
GRÁFICO 31 - MOTIVO DA ALTA 2008.....	54
GRÁFICO 32 - DESTINO DOS UTENTES COM ALTA – NOV. 2006 A NOV. DE 2007.....	55
GRÁFICO 33 - DESTINO DOS UTENTES COM ALTA 2008.....	55
GRÁFICO 34 - DISTRIBUIÇÃO DE VERBAS DISPENDIDAS POR UNIDADE DE INTERNAMENTO.....	58
GRÁFICO 35 – COMPARAÇÃO DA DESPESA DA ARSC COM OUTRAS ARS.....	58
GRÁFICO 36 - VARIAÇÃO DE CAMAS EFECTIVAMENTE IMPLEMENTADAS.....	61
GRÁFICO 37 - ACORDOS CELEBRADOS POR REGIÃO.....	62
GRÁFICO 38 - DEMORA MÉDIA NAS UNIDADES DE CONVALESCENÇA.....	62
GRÁFICO 39 - DEMORA MÉDIA NAS UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO.....	63
GRÁFICO 40 - DEMORA MÉDIA NAS UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO.....	63
GRÁFICO 41 - CAPACIDADE HOSPITALAR E RNCCI.....	64
GRÁFICO 42 - TAXA DE OCUPAÇÃO.....	65
GRÁFICO 43 - DOENTES ADMITIDOS E DOENTES SAÍDOS DOS HOSPITAIS.....	66
GRÁFICO 44 - DOENTES SAÍDOS POR CAMA- HOSPITAIS.....	66
GRÁFICO 45 - DEMORA MÉDIA NOS HOSPITAIS.....	66

Volume II – Anexos

Volume III – Respostas ao Contraditório e Notas de Emolumentos



RELAÇÃO DE SIGLAS

<i>Sigla</i>	<i>Designação</i>
<i>ACSS</i>	<i>Administração Central do Sistema de Saúde</i>
<i>ARS</i>	<i>Administrações Regionais de Saúde</i>
<i>ARSC</i>	<i>Administração Regional de Saúde do Centro</i>
<i>CatSalut</i>	<i>Servei Català de la Salut - Sistema de Saúde da Catalunha (Espanha)</i>
<i>DGF</i>	<i>Direcção de Gestão Financeira</i>
<i>ECCI</i>	<i>Equipa de Cuidados Continuados Integrados</i>
<i>ECR</i>	<i>Equipa de Coordenação Regional</i>
<i>EGA</i>	<i>Equipa de Gestão de Altas</i>
<i>HIV</i>	<i>Vírus da Imunodeficiência Adquirida</i>
<i>IDT</i>	<i>Instituto da Droga e da Toxic dependência</i>
<i>INE</i>	<i>Instituto Nacional de Estatística</i>
<i>IGFSS</i>	<i>Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social</i>
<i>IPSS</i>	<i>Instituições Particulares de Solidariedade Social</i>
<i>LOPTC</i>	<i>Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas</i>
<i>MS</i>	<i>Ministério da Saúde</i>
<i>MTSS</i>	<i>Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social</i>
<i>NCOP</i>	<i>Não Classificada em Outra Parte</i>
<i>PGA</i>	<i>Plano Global de Auditoria</i>
<i>PNS</i>	<i>Plano Nacional de Saúde</i>
<i>PT</i>	<i>Programa de Trabalho</i>
<i>QALY</i>	<i>Quality Adjusted Life Years</i>
<i>RCM</i>	<i>Resolução do Conselho de Ministros</i>
<i>RNCCI</i>	<i>Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i>
<i>SCML</i>	<i>Santa Casa da Misericórdia de Lisboa</i>
<i>SNS</i>	<i>Serviço Nacional de Saúde</i>
<i>SS</i>	<i>Segurança Social</i>
<i>TC</i>	<i>Tribunal de Contas</i>
<i>UC</i>	<i>Unidade de Convalescença</i>
<i>UCP</i>	<i>Unidade de Cuidados Paliativos</i>
<i>UDPA</i>	<i>Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia</i>
<i>UMCCI</i>	<i>Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados</i>
<i>UMDR</i>	<i>Unidade de Média Duração e Reabilitação</i>
<i>ULDM</i>	<i>Unidade de Longa Duração e Manutenção</i>



GLOSSÁRIO

Terminologia	Significado
Cuidados continuados integrados	<i>O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.</i>
Dependência	<i>A dependência pode ser funcional e transitória, em resultado de processo de convalescença, ou outro; funcional prolongada; pode respeitar a idosos com critérios de fragilidade; resultar de incapacidade grave, com impacto psicossocial; resultar de doença severa, em fase avançada ou terminal.</i>
Ingresso na Rede	<i>O ingresso na Rede efectua-se por proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados (a funcionar nos centros de saúde) ou das equipas de gestão de altas (hospitais), concretizando-se através de inscrição do utente no sistema de gestão de informação (criação de episódio). O processo do utente é então avaliado, tendo em conta os critérios de admissão à rede e de identificação da tipologia de cuidados adequados à sua situação clínica.</i>
Mobilidade na Rede	<i>Ao atingir-se o prazo de internamento fixado e não tendo sido atingidos os objectivos terapêuticos, deverá ser preparada a alta pelo responsável da unidade ou equipa da Rede, visando o ingresso do paciente na unidade ou equipa mais adequada para que este melhore ou recupere clinicamente, obtendo ganhos visíveis na autonomia, bem-estar e qualidade de vida.</i>
Equipa de Cuidados Continuados Integrados (Equipas domiciliárias)	<i>Equipa multidisciplinar, sob a responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de apoio domiciliário, que confere apoio a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento. A avaliação dos cuidados a prestar é articulada com o centro de saúde e com a entidade que presta apoio social.</i>
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (Equipas domiciliárias)	<i>Equipa multidisciplinar que tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa duração e manutenção.</i>
Equipa de Gestão de Altas (Equipas hospitalares)	<i>É uma equipa multidisciplinar que prepara a gestão de altas hospitalares com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas sociais e de saúde, tanto no domicílio como em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência do hospital. Esta equipa deve estar sediada num hospital de agudos.</i>
Equipa Intra-hospitalar e de Suporte em Cuidados Paliativos (Equipas hospitalares)	<i>É uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos. Tem espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades, tendo por objectivo prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital.</i>
Funcionalidade	<i>A capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente.</i>



Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (Ambulatório)	<p><i>Unidade disponível oito horas por dia, presta cuidados integrados de suporte, promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório a pessoas dependentes sem condições para receber cuidados no domicílio.</i></p>
Unidade de Convalescença (Internamento)	<p><i>É uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, que se articula com o hospital de agudos, prestando tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar em virtude de situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Esta unidade tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa dependente. Destina-se a internamentos com duração prevista inferior a 30 dias consecutivos, podendo coexistir com a unidade de média duração e reabilitação.</i></p>
Unidade de Média Duração e Reabilitação (Internamento)	<p><i>Está articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos de reabilitação e de apoio psicossocial e dispõe de espaço físico próprio. Tem por finalidade a estabilização clínica, bem como a avaliação e reabilitação integral da pessoa dependente. O período de internamento previsível situa-se entre os 30 e os 90 dias consecutivos. Esta unidade pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração e prevê a possibilidade de diferenciação na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.</i></p>
Unidade de Longa Duração e Manutenção (Internamento)	<p><i>Esta unidade reveste-se de carácter temporário ou permanente em espaço físico próprio, prestando apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos que não reúnam condições para receber cuidados domiciliários. Tem por finalidade a prestação de cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, sendo o período de internamento previsível superior a 90 dias consecutivos. No entanto, admite-se a possibilidade de internamentos por um período inferior ao anteriormente referido, em situações temporárias decorrentes de dificuldades de apoio familiar.</i></p>
Unidade de Cuidados Paliativos (Internamento)	<p><i>Tem espaço físico próprio, estando preferencialmente localizada num hospital, sendo dirigida para o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, em resultado de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva. Esta unidade pode diferenciar-se em função das patologias dos doentes internados.</i></p>
QALY	<p><i>Indicador que capta, numa única medida, os ganhos em quantidade e em qualidade de vida.</i></p>



FICHA TÉCNICA

Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados

Nome	Categoria	Qualificação Académica
Coordenação e Controlo		
<i>Abílio Pereira de Matos</i>	<i>Auditor-Coordenador</i>	<i>Licenciado em Economia</i>
<i>José António Carpinteiro</i>	<i>Auditor-Chefe</i>	<i>Licenciado em Direito</i>
Equipa de Auditoria		
<i>Diogo Maltez de Freitas</i>	<i>Técnico Verificador Superior de 1.ª Classe</i>	<i>Licenciado em Economia</i>
<i>José António Gomes</i>	<i>Técnico Verificador Superior de 1.ª Classe</i>	<i>Licenciado em Economia</i>



I. SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas, para 2009, em sessão do Plenário da 2.^a Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria à **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** com o objectivo de analisar a execução física e financeira do programa e os resultados ocorridos entre 2006 e 2008, cujas conclusões se encontram enunciadas no ponto seguinte.

1. CONCLUSÕES

Antecedentes, Caracterização e Organização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (cfr. ponto 3.)

- ✳ A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, instituída em 2006, enquadra-se nas medidas específicas previstas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que visavam garantir a continuidade e integração de cuidados resultantes da conjugação da satisfação das necessidades de cuidados de saúde com as necessidades de apoio social a pessoas idosas e dependentes.
- ✳ O modelo de organização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi adaptado e desenvolvido, em Portugal, a partir da referência existente em Espanha, desde 1990, no sistema de saúde da Catalunha, o qual consiste na implementação de várias tipologias de unidades de internamento, equipas multidisciplinares e multi-serviços, organizados em Rede, de acordo com o critério de continuidade de prestação de cuidados de saúde e integração de apoio social.

Fontes de Financiamento da Rede, Critérios de Distribuição de Verbas e Execução Financeira (cfr. pontos 4. e 5.)

- **Fontes de Financiamento e distribuição das verbas**

- ✳ Os Cuidados Continuados Integrados têm sido exclusivamente financiados pela distribuição dos resultados líquidos de exploração dos jogos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa através dos Ministérios da Saúde (€ 217,7 milhões) e do Trabalho e da Solidariedade Social (€ 19,5 milhões), totalizando € 237,2 milhões.



• Despesa realizada

- ✘ Entre 2006 e 31 de Dezembro de 2008, a despesa acumulada foi apenas de € 67,4 milhões (28,4% das verbas disponíveis - € 237,2 milhões), da qual € 55,5 milhões (82,3%) respeitaram ao Ministério da Saúde e € 11,9 milhões (17,7%) ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- ✘ Esta situação, na componente saúde, significa que os recursos financeiros disponíveis não foram utilizados na produção de cuidados continuados integrados, de acordo com os objectivos e metas planeados, gerando disponibilidades de cerca de € 162,2 milhões (€ 156,4 milhões na ACSS e € 5,8 milhões nas ARS) que não foram aplicadas, com oportunidade, noutros programas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Considerando como hipótese de trabalho, a título meramente exemplificativo, que a taxa social¹ de desconto nominal de 6,08%, que consta do Despacho n.º 13 208/2003 (2ª Série) da Ministra de Estado e das Finanças, publicado em 7 de Julho, é uma boa estimativa do custo de oportunidade do capital, e que a referida verba permaneceu cativa, pelo menos, durante um ano², o desperdício financeiro comportar-se-ia em cerca de € 3,9 milhões³ com evidentes prejuízos para os utentes, causando entropias no sistema de difícil quantificação.
- ✘ As primeiras experiências piloto em unidades de internamento foram iniciadas em 2005, tendo, em 2007, registado o melhor nível de execução financeira (52%), enquanto que, em 2008, a execução financeira foi de 43%, considerando o aumento progressivo do valor orçamentado em consonância com as metas estabelecidas nos sucessivos planos de implementação.
- ✘ A contratualização da prestação de cuidados continuados em regime de internamento baseou-se em preços de diária de internamento, por utente, fixados em Portarias conjuntas dos Ministros das Finanças, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, não cobrindo, nalguns casos, a totalidade dos custos, impossibilitando, também, a diferenciação qualitativa da remuneração dos prestadores.

¹ De acordo com o “Guide to Cost-Benefit Analysis” da Comissão Europeia, de 16 de Junho de 2008, pag. 208, o EC “Working Document N.º 4” sugere uma taxa social de desconto de referência, em termos reais, para 2007-2013, de 5,5% para os países elegíveis para o Fundo de Coesão e de 3,5% para os outros. Vide, igualmente, David Evans, “Social discount rates for the European Union: new estimates” inserto em “Cost-Benefit analysis and incentives in Evaluation”, páginas 280-294, editado por Massimo Florio e publicado por Edward Elgar Publishing Limited, 2007.

² Aplicando-se-lhe uma taxa de juro igual à dos certificados especiais de dívida a curto prazo (CEDIC) na ordem dos 3,7%.

³ € 162,2 milhões $\times (0,0608 - 0,037)$.



- **Investimento em infra-estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

- ✘ No triénio 2006-2008 a realização de investimentos em infra-estruturas da Rede também ficou aquém do valor orçamentado pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados. Foram realizados € 6,9 milhões, que representaram cerca de 27,4% dos € 25,2 milhões orçamentados. Acresce que, em Maio de 2008, foi criado o Programa Modelar, ao qual foram atribuídos € 62,5 milhões. O prazo para a entrega de candidatura a este programa foi prorrogado até ao dia 30 de Setembro de 2008, pelo que, embora alguns projectos tenham sido iniciados em final de 2008, será a partir de 2009 que irão ser executadas as verbas por conta do apoio financeiro a este programa.

- **Distribuição da despesa de funcionamento das Unidades e Equipas da Rede**

- ✘ Entre 2006 e 2008, dos € 204,1 milhões atribuídos para funcionamento das unidades e equipas de rede, apenas foram executados € 51,3 milhões (25,1%), sendo a maior parte (€ 47,7 milhões - 93%) direccionada para as unidades de internamento e cerca de € 3,6 milhões (7%) direccionada para as unidades de dia e promoção de autonomia e equipas da Rede.
- ✘ Participam nas tipologias de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados entidades de natureza pública, social ou privada, sendo, as instituições de natureza social as mais representativas, designadamente, as Misericórdias (60%) e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (16%), enquanto que as entidades privadas representam 12% e as entidades públicas do Serviço Nacional de Saúde 12%.

Execução Física da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (cfr. ponto 6.)

- **Capacidade instalada, cobertura populacional, territorial e produção**

- ✘ A adequação da oferta de cuidados continuados às necessidades identificadas nos planos de implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados não foi totalmente realizada, no triénio 2006-2008. As 2.870 (56%) camas implementadas até 31 de Dezembro de 2008 ficaram aquém quer da meta de 5.162 a alcançar até final de 2008, quer das 3.912 planeadas para o ano 2008. Em 2008, as taxas de cobertura nacional (n.º de camas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos) foram muito reduzidas face aos rácios⁴ de cobertura, para cada uma das tipologias de unidades de internamento: 21% nas Unidades de Convalescença; 33% nas Unidades de Média Duração; 19% nas de Longa Duração e 10% nas Unidades de Cuidados Paliativos, não tendo sido atingidas as metas que haviam sido estabelecidas para a realização da cobertura territorial.

⁴ A taxa de cobertura prevista era de 1,44 nas unidades de convalescença; 1,6 nas unidades de média duração e reabilitação; 4 nas unidades de Longa Duração e Manutenção e 0,48 nas Unidades de Convalescença.



- ✘ Até 31 de Dezembro de 2008, foram constituídas cerca de 252 equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que concorrem para uma taxa de execução de cerca de 83%, embora a distribuição nacional dessa implementação revele uma assimetria regional, pois a região Centro foi aquela que maior número de equipas implementou (27%), enquanto a região Algarve realizou o menor número (8%).
- ✘ O facto de as equipas da Rede serem suportadas nos recursos existentes no Serviço Nacional de Saúde e nas estruturas da Segurança Social e não dependerem da contratualização com terceiros, concorre para a justificação da concretização da supra referida taxa de execução física.
- ✘ No triénio 2006-2008, foram assistidos, nas unidades de internamento e pelas equipas, 19.391 utentes (5.934 até Dezembro de 2007 e 13.457, em 2008), o que traduz um aumento anual de produção que acompanhou positivamente o crescimento da capacidade instalada. Contudo, caso tivesse sido realizada a meta de 5.162 camas de internamento poderiam ter sido assistidos mais 7.638 utentes, o que representaria um crescimento de 39% no número dos utentes assistidos, tendo causado eventual dano aos potenciais doentes não assistidos.
- **Universalidade e equidade no acesso**
- ✘ O acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem sido realizado através da referenciação pelos hospitais (72%) e centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (28%). Esta situação pode ser explicada, pelo facto de os centros de saúde se encontrarem envolvidos em processos de reorganização dos cuidados primários e por isso não terão internalizado os procedimentos de referenciação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- ✘ A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem assistido, essencialmente, utentes com idades acima dos 65 anos (79%) e utentes de grupos profissionais menos diferenciados. A distribuição dos utentes tem sido cerca de 54% para o sexo feminino e de 46% para o sexo masculino. Esta situação traduz uma razoável garantia de universalidade no acesso às unidades de internamento de cuidados continuados.
- ✘ A “Doença Vascular Cerebral Aguda” e a “Fractura do Colo de Fémur” têm sido os “diagnósticos principais” mais representativos que têm suscitado o ingresso dos utentes nas unidades de internamento. No ano de 2008, o primeiro diagnóstico representou 42% e o segundo 11% dos utentes internados.
- ✘ O tempo de espera na Rede de Cuidados Continuados Integrados difere significativamente entre as várias tipologias, ultrapassando um mês e meio no que se refere à intervenção das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (55 dias) e para internamento nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (46 dias). Além disso, 41% dos utentes referenciados em 2008,



não foram admitidos. Tais situações consubstanciam barreiras ao acesso equitativo aos cuidados prestados pela Rede.

- **Produção das Unidades e Equipas da Rede**

- ✘ No triénio 2006-2008, verificou-se um aumento de produção (até Dezembro de 2007 foram assistidos 5.934 utentes e em 2008 13.457 utentes) que acompanhou positivamente o aumento da capacidade instalada, sem prejuízo dos utentes que poderiam ter sido assistidos caso as metas estabelecidas nos planos de implementação tivessem sido alcançadas.
- ✘ A taxa de ocupação média na Rede foi, em 2007, de 76% e, em 2008, de 91%, o que representa um incremento de 15% que poderá reflectir a melhoria da eficiência da referenciação. No entanto, em 2008, as Unidades de Internamento não teriam vagas suficientes caso tivessem sido admitidos todos os utentes referenciados.
- ✘ No triénio de 2006-2008, a demora média dos internamentos revelou uma melhoria da produtividade das unidades de internamento. Contudo, verificam-se assimetrias regionais⁵ que reflectem os diferentes níveis de desempenho das instituições prestadoras e, indirectamente, as diferenças de actuação das Equipas de Coordenação Regional para efeitos do controlo da aplicação dos critérios de referenciação.

- **Resultados**

- ✘ Os primeiros indicadores de resultados referem-se ao ano de 2008, tendo em conta o registo dos dados contidos no sistema de informação da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados que não dispunha de referências, metas ou padrões (nacionais/internacionais), para efeito de comparação de indicadores de resultados.
- ✘ A assistência prestada nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados revelou uma diminuição da proporção de utentes dependentes em 7% e de incapazes em 22%, entre o momento da admissão e da alta.
- ✘ Dos utentes que tiveram alta, a obtenção de objectivos terapêuticos foi o motivo mais frequente, com 49%, em 2007, e 73% em 2008.
- ✘ Após a alta, 80% dos utentes tiveram por destino o domicílio, enquanto 11% foram admitidos em outras tipologias da Rede.

⁵ 31 dias nas unidades de convalescença da região Norte e 61 dias nas de Lisboa e Vale do Tejo.



- **Qualidade e Segurança**

- ✘ Em 2008, as quedas e as úlceras de pressão, enquanto indicadores que se destacam no âmbito dos cuidados intermédios e de longa duração, revelaram uma prevalência de 26% e de 22%, respectivamente, não sendo possível aferir a evolução destes indicadores ao longo do triénio.

Internamento na Região Centro – 2006-2008 (cfr. pontos 6.5 e 6.6)

- **Execução Financeira**

- ✘ Nos anos de 2007 e 2008, foi a Administração Regional de Saúde do Centro a entidade que mais verbas recebeu para a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, € 18,7 milhões, os quais representaram cerca de 39% do financiamento total atribuído (€ 48 milhões) às cinco Administrações Regionais de Saúde - Norte € 12,6 milhões (26%), Lisboa e Vale do Tejo € 7,2 milhões (15%), Alentejo € 4,8 milhões (10%) e Algarve € 4,7 milhões (10%).
- ✘ A Administração Regional de Saúde do Centro foi a região com a execução financeira mais significativa, a qual representou (32%) da despesa realizada pelas Administrações Regionais de Saúde, destacando-se das restantes: Norte (25%), Algarve (17%), Lisboa e Vale do Tejo (15%) e Alentejo (11%). Tal situação justifica-se pelos 52 acordos realizados, pela ARS Centro, com prestadores, na sua maioria entidades do sector social.
- ✘ No âmbito dessa execução financeira, no triénio 2006-2008, as Unidades de Convalescença registaram o maior montante de despesa, cerca de € 7 milhões), correspondendo a cerca de 42% da despesa total realizada com as unidades de internamento (€ 16,8 milhões), sendo as Unidades de Cuidados Paliativos as que apresentam a execução mais baixa (€ 362 mil – 2,2%).

- **Execução Física**

- ✘ A Taxa de Cobertura das Unidades de Internamento da Região Centro foi superior à nacional ao longo do triénio em todas as tipologias, excepto nas Unidades de Cuidados Paliativos, em 2006, e nas Unidades de Convalescença, em 2007 e 2008.
- ✘ A taxa de implementação de camas na Região Centro situou-se, em média, nos 75%, no período 2006-2008, finalizando o triénio com 881, face às 1.171 previstas.
- ✘ Em 2008, relativamente aos doentes saídos das Unidades de Convalescença e de Longa Duração e Manutenção, 11% tiveram como destino outras tipologias da Rede, estando em linha com o padrão nacional acima referido.



- **Internamento Hospitalar vs Implementação de Unidades de Internamento da RNCCI na Região Centro**

- ✘ No triénio 2006-2008, a implementação das unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na Região Centro, coincidiu com a diminuição da lotação praticada, pelos Hospitais da Região, de 6.075 para 5.155 camas (-920 camas), apesar da demora média se ter mantido.
- ✘ Considerando a capacidade entretanto disponibilizada pelas unidades e equipas da Rede de Cuidados Continuados Integrados, a capacidade do internamento nos hospitais da Região Centro poderá, eventualmente, ter camas em excesso, uma vez que a taxa de ocupação, em 2008, se situava nos 76,5%, existindo assim um eventual desperdício da capacidade de produção instalada.

Avaliação do Controlo Interno da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (cfr. ponto 7)

- **Controlo Interno da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados**

- ✘ A Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados revelou um desajustamento entre a identificação das necessidades, definição de metas e capacidade de realização, o que configura a inexistência de uma avaliação rigorosa que proporcionasse a afectação racional de recursos através da adopção de métricas adequadas, situação susceptível de reparo do ponto de vista das boas práticas de gestão.
- ✘ A Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados ainda não tinha desenvolvido, no sistema de informação, a integração de informação de produção, acesso, utilização e efectividade com a de natureza económico-financeira, designadamente a que respeita ao tratamento dos custos relevantes, directos e indirectos, incorridos por tipologia de unidades e equipas, região ou utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta situação prejudica o rigor e a transparência do exercício das funções de planeamento e controlo da implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

- **Controlo Interno da Administração Regional de Saúde do Centro**

- ✘ A Administração Regional de Saúde do Centro procedeu à criação de um centro de custos, para efeitos de diferenciação dos custos incorridos com as unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na sequência da realização desta auditoria, acolhendo a determinação legal⁶ relativa à existência de centros de custos por tipologia da Rede.

⁶ Cfr. N.º 2 do art.º 47 do Dec.-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.



- ✘ Sem prejuízo das visitas periódicas às várias unidades de prestadores envolvidas, a Equipa de Coordenação Regional da Região do Centro não produziu relatórios específicos que evidenciassem as verificações e a avaliação dos requisitos de segurança e de qualidade que lhe foram legalmente conferidas⁷, sem prejuízo de outros relatórios de natureza idêntica produzidos pela UMCCI.
- ✘ Da verificação da facturação de 2007 resultou a detecção de incorrecções em 11 dos 64 processos de despesa analisados, designadamente, o pagamento indevido de dias de internamento a utentes de subsistemas, os quais já se encontram regularizados na sequência da realização desta auditoria
- ✘ Foram detectados acordos (automática e sucessivamente renováveis), celebrados em 2007 e 2008, susceptíveis de sujeição à fiscalização prévia do Tribunal de Contas e que a ela não foram sujeitos. Em resultado da realização desta auditoria a ARS Centro instituiu o procedimento de remessa, de futuros acordos, que reúnam os requisitos legais de sujeição a visto do Tribunal de Contas.

⁷ Cfr. Artº 39.º do Dec.-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.



2. RECOMENDAÇÕES

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

À Ministra da Saúde

- Elaborar estudos de Análise Custo – Benefício e/ ou de Custo-Efectividade que suportem a decisão da distribuição das receitas provenientes dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia, designadamente, pelo ajustamento entre as necessidades de cuidados continuados integrados e as disponibilidades financeiras, face aos outros programas previstos no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.
- Fazer uma criteriosa utilização ou monitorização das disponibilidades financeiras resultantes da não execução anual dos planos de implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no sentido de evitar disfunções orçamentais e realizar uma eficiente afectação e/ou reafectação dos recursos em Saúde, evitando desperdícios de meios financeiros disponíveis.
- Fazer a avaliação dos mecanismos e preços previstos para a contratualização de prestadores de cuidados continuados, de forma a que as metas, previstas no plano de implementação, possam ser alcançadas de acordo com a oportunidade estabelecida.
- Remover as barreiras ao acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, designadamente pelo estabelecimento de limites máximos para os dias de espera para o ingresso na Rede, assim como, zelar pelo respectivo cumprimento e pela prossecução da “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS”.
- Elaborar estudos de mecanismos de incentivo ou de penalização para que a referenciação seja rigorosa, de modo a não desvirtuar a demora média dos internamentos hospitalares e, em simultâneo, diminuir o número de utentes não admitidos, reduzir o tempo médio de espera e evitar o ingresso de utentes em tipologias inadequadas à sua situação clínica.
- Providenciar pela implementação de um sistema de remunerações aos responsáveis que premeie o cumprimento dos objectivos e penalize o seu incumprimento.
- Tomar em consideração, em futuras decisões, as camas hospitalares libertadas por efeito deste programa.



À Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

- Realizar um planeamento rigoroso no sentido de adequar o levantamento das necessidades de prestação de cuidados continuados integrados à exequibilidade da realização física e financeira, de forma a eliminar disponibilidades ociosas e a evitar entropias de vária ordem.
- Justificar factorialmente, nos relatórios de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede, as causas da não realização das metas previamente definidas.
- Fazer um manual de procedimentos de tratamento e reporte da informação de execução física e financeira, a adoptar pelas Administrações Regionais de Saúde, de modo a uniformizar a informação que permita conhecer, em tempo real, a execução física e financeira dos planos de implementação.
- Apurar os custos relevantes, directos e indirectos, por unidades, tipologias, equipas, regiões e outros custos de estrutura de unidades orgânicas do Serviço Nacional de Saúde ou da Segurança Social que contribuam para os resultados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Determinar factorialmente mecanismos de referenciação eficazes de modo a reduzir substancialmente a percentagem de utentes não admitidos.
- Reduzir o tempo de espera para o ingresso nas várias unidades de internamento da Rede, zelando pelo cumprimento de metas imperativas (número máximo de dias de espera por tipologia), de modo a maximizar o acesso aos cuidados continuados.
- Mensurar os resultados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados acrescentando ao grau de dependência a determinação de QALY's.
- Comparação (*benchmarking*) dos indicadores de Análise Custo – Benefício e/ ou de Custo-efectividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com outras experiências internacionais.
- Estabelecer um indicador de mortalidade na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, associado à referenciação realizada pelas Equipas de Gestão de Altas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
- Fazer coincidir o momento da elaboração e o âmbito temporal dos planos de implementação da Rede à anualidade das dotações orçamentais.



Aos Conselhos Directivos das Administrações Regionais de Saúde

- Submeter, tempestivamente, a fiscalização prévia do Tribunal de Contas todos os contratos sujeitos a visto.

- Submeter a fiscalização prévia do Tribunal de Contas o acto (despacho ou deliberação) autorizador da despesa relativa a anteriores acordos, protocolos ou outros instrumentos (automática e sucessivamente renováveis) de que tenham resultado encargos financeiros ou patrimoniais cujos processos iniciais não tenham sido remetidos ao Tribunal de Contas, para efeitos da concessão do visto.



II. INTRODUÇÃO

2.1. 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 à **Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde**.

A auditoria teve como objectivos a verificação e avaliação: da execução física e financeira do Programa; da coordenação e do controlo interno exercido na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), considerando a vertente da conformidade, da universalidade, da efectividade, da qualidade e da equidade no acesso. O âmbito temporal abrange o período de 2006 a 2008, salientando-se que, em 2006 e 1.º semestre de 2007, foram realizadas experiências piloto e a partir do segundo semestre de 2007 iniciou-se a implementação e expansão da Rede.

2.2. 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 dos instrumentos de planeamento, de relatórios de monitorização da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), análise dos dados financeiros previsionais e de execução solicitados à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), ao Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS) e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML).

A execução da auditoria desenvolveu-se em duas fases:

- Na **primeira**, procedeu-se ao levantamento e identificação dos sistemas de controlo interno instituídos ao nível da coordenação nacional da RNCCI, recolha de evidência sobre deliberações (despachos/actas), transferências de verbas para a ACSS e ISS e análise da informação de execução orçamental, relatórios de acompanhamento. Realização de entrevistas e de testes analíticos, de procedimento e de conformidade.

Recolha de dados no sistema de informação da UMCCI para efeitos de construção dos indicadores de realização física: capacidade instalada; acesso; produção; efectividade e qualidade ⁸.

⁸ Vd. Anexo I do Volume II.



Realizou-se a circularização de informação com ACSS, IP, SCML, Alto Comissariado da Saúde. Obtiveram-se os dados demográficos mais recentes produzidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

- Na **segunda fase** realizaram-se testes ao nível da facturação na tipologia das unidades de internamento da Rede, considerando a respectiva materialidade⁹ e os impactos da sua implementação em termos de prestação de cuidados de saúde.

Realizou-se, também, uma amostra sobre valores estratificados, de facturação dos anos de 2007 e 2008, de prestação de cuidados de saúde, nas tipologias de internamento, no que se refere à contratualização com unidades situadas na área de influência da ARS Centro.

2.3. Condicionantes e Limitações

A implementação da RNCCI é relativamente recente, 2.º semestre do ano de 2007, após as experiências piloto ocorridas anteriormente.

O desenvolvimento dos sistemas de informação condicionou a obtenção de dados uniformes, bem como a validação de indicadores de efectividade no que se refere ao âmbito temporal abrangido pela auditoria.

2.4. 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 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, o relato foi enviado às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde;
- Coordenadora da Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Presidente do Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.

⁹ Em termos orçamentais representam 85% dos encargos de saúde previstos.



Foram também ouvidos os responsáveis individuais mencionados no Anexo A do relatório, nomeadamente, para efeitos do disposto no artigo 65.º, n.º 8, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pelas Leis n.ºs 48/2006, de 29 de Agosto, e n.º 35/2007, de 13 de Agosto.

Foi definido como prazo limite para o exercício do contraditório o dia 15 de Setembro.

Foram recebidas alegações de todas as entidades notificadas.

As alegações apresentadas constam, na íntegra, do Volume III e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

Sem prejuízo do que antecede, das alegações apresentadas, destacam-se, desde já, os seguintes aspectos:

Coordenadora da Unidade de Missão

“ (...) Concorda, genericamente com o teor do Relato de Auditoria (...), representando este, pelas suas conclusões e recomendações formuladas, um momento de reflexão autocrítica no caminho até agora percorrido, com as consequentes oportunidades de melhoria, face às fragilidades detectadas e de consolidação quanto aos aspectos considerados adequados, no caminho que ainda falta percorrer (...).”

Conselho Directivo da ARS do Centro

“ (...) Os comentários de ordem geral e os esclarecimentos em matérias específicas (...) pretendem colocar-se dentro do mesmo patamar de rigor e seriedade do relatório (...).”

Presidente do Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social

“ (...) Este Instituto, no âmbito geral concorda com o teor do relato de Auditoria, sendo que este, pelas suas conclusões e recomendações formuladas, constitui uma oportunidade de melhoria, face às fragilidades detectadas e de consolidação da RNCCI (...).”

Presidente do Conselho Directivo da ARS de Lisboa e Vale do Tejo

“ (...) O Relato (...) é, indiscutivelmente, um elemento de análise muitíssimo importante uma vez que, possibilitou uma análise crítica desta ARS à melhoria efectiva na implementação da RNCCI.

E, em face disso, e mais uma vez reconhecendo o extraordinário interesse e mérito do Relato, importa tomar as recomendações nele formuladas, como sendo procedimento a seguir, o que se assume inteiramente nas diversas variáveis que foram identificadas.”



III. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

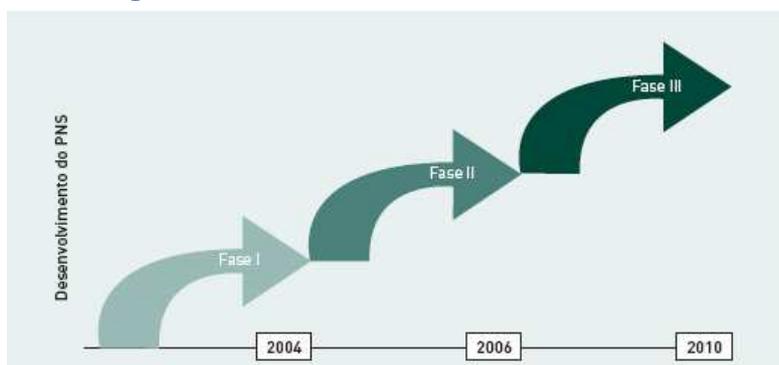
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

3.1. Antecedentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A criação do SNS, em 1979, veio conferir prioridade à generalização do acesso aos cuidados de saúde prestados por estabelecimentos públicos. Decorreu mais de uma década para que o “Estatuto do SNS”¹⁰ tentasse ultrapassar a dicotomia entre cuidados de saúde primários e diferenciados, introduzindo o critério de integração e articulação entre centros de saúde e hospitais. Em 2002, o novo regime de gestão hospitalar¹¹, introduziu relevantes modificações na Lei de Bases da Saúde¹², designadamente a consagração do princípio de gestão empresarial, da contratualização e o conceito de rede de prestadores de cuidados de saúde.

Os princípios da integralidade e da continuidade assistencial, que se expressam pelos corolários da interdisciplinaridade e âmbito intersectorial foram consignados nas medidas contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, o qual, enquanto documento estratégico de carácter plurianual, considera que a “*A agenda em saúde deve ser orientada para ganhos em saúde, anos de vida saudável, livres de doença e incapacidade*”.

Figura I – Desenvolvimento do PNS 2004-2010



Fonte: Implementação do PNS, um Roteiro Estratégico para a fase II -2004-2010.

A fase II, de 2004 a 2006, constituiu a fase de “lançamento” do Plano e de operacionalização das estruturas e processos de acompanhamento.

A fase III, até 2010, será a fase de monitorização da execução do Plano pelas estruturas que para tal foram designadas como responsáveis.

Em 2005, foi constituída a “Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência”¹³, na dependência do Ministro da Saúde, com o

¹⁰ Vd. Dec.-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

¹¹ Vd. Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

¹² Vd. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

¹³ Vd. RCM n.º 84/2005, de 27 de Abril.



propósito de propor um modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados, na sequência de um levantamento da oferta instalada e das necessidades de saúde neste domínio. Em finais desse ano, por Despacho do Ministro da Saúde, foi instituída a Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em situação de Dependência¹⁴, integrada na estrutura do Alto Comissariado para a Saúde.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi instituída pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho¹⁵. No texto preambular, o legislador referiu-se às *“(..) novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida”*. Tais necessidades resultam, segundo o mesmo texto, do aumento da esperança de vida, da baixa natalidade e do progressivo envelhecimento da população portuguesa. Além disso, o aumento de doenças crónicas incapacitantes e o acréscimo dos níveis de dependência funcional da população idosa levaram a que se verificassem carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, cuja resposta já não podia ser comportada pelos hospitais de agudos, nem pela contratação pontual de “camas de retaguarda”.

Neste sentido, visou-se instituir *“(..) um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.”*

Os cuidados continuados integrados incluem-se no SNS e no sistema de Segurança Social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva¹⁶.

No âmbito do seu contraditório, a UMCCI salientou que *“(..) conseguiu consensualizar um Projecto comum a 2 Ministérios que têm demonstrado abordagens, formações e culturas totalmente diversas, que até 2005 não tinham conseguido trabalhar em conjunto de forma consistente e sistemática, nem definir uma política estratégica comum (...)”*.

¹⁴ Vd. Despacho do Ministro da Saúde n.º 23035/2005, de 17 de Outubro, publicado no DR n.º 214– II Série, de 8 de Novembro de 2005.

¹⁵ Vd. Anexo 2 do Volume II. O qual veio revogar o Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro, que tinha criado uma Rede de Cuidados Continuados constituída por *“(..) todas as entidades públicas sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados...”*

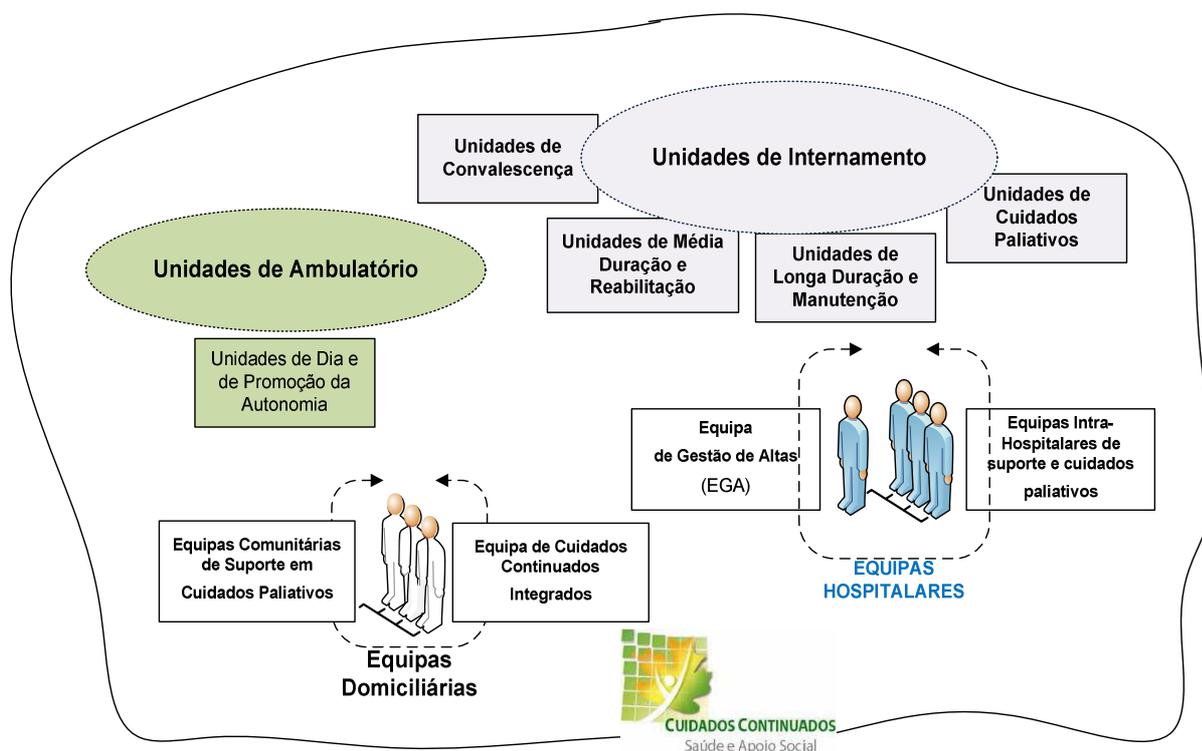
¹⁶ Vd. Art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.



3.2. Organização e funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de Saúde e/ou apoio social e de cuidados e acções paliativas, com base nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os organismos distritais e locais da Segurança Social e as Autarquias Locais¹⁷.

Figura II – Configuração Operacional da RNCCI



A RNCCI é coordenada pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) criada pela RCM n.º 168/2006, de 9 de Novembro, a qual veio dar continuidade à Coordenação Nacional das Pessoas Idosas e dos Cidadão em Situação de Dependência, criada no âmbito do PNS 2004-2010.

A UMCCI visa garantir e monitorizar o funcionamento da Rede de acordo com o modelo de intervenção integrada que presta cuidados de saúde e ou de apoio social, nos termos previstos na lei¹⁸.

¹⁷ Vd. Art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. A identificação das unidades que integram a RNCCI consta do Despacho n.º 1408/2008, publicado no DR 2.ª Série, de 11 de Janeiro de 2008.

¹⁸ Vd. Art.º 8.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho: “a) Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social; b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados; c) Coordenação entre os diferentes sectores e recursos locais; d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a optimização dos recursos locais; e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos.”



O ingresso na RNCCI é efectuado através dos hospitais de agudos ou dos centros de saúde, mais precisamente, através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das Equipas de Gestão de Altas (EGA), na decorrência de diagnóstico da situação de dependência¹⁹.

3.3. Experiências internacionais de referência

A RNCCI teve por referência o modelo existente no sistema de saúde da Catalunha (CatSalut), que, desde 1990, instituiu uma rede de centros, serviços e estabelecimentos sociosanitários de utilização pública orientada para os cidadãos segundo os princípios da globalidade e da continuidade assistencial.

O modelo “*sociosanitario catalán*”²⁰ encontra-se organizado por equipas multidisciplinares que asseguram uma carteira de serviços disponibilizados em hospitais de agudos e outras unidades de internamento (de média, longa duração e de cuidados paliativos), unidades sem internamento (hospital de dia e ambulatório). Além disso, existem ainda equipas de suporte/apoio que actuam nos hospitais e ao nível dos cuidados primários²¹.

A UMCCI tem promovido o desenvolvimento de competências para a gestão e operacionalização das diferentes tipologias de cuidados, através da realização de estágios na Catalunha, os quais foram frequentados por representantes da própria UMCCI, das estruturas e equipas da RNCCI²². Em 2008, realizaram-se 9 acções na Catalunha, que no total perfizeram 568 horas de formação, e foram frequentadas por 35 participantes portugueses²³.

4. FONTES DE FINANCIAMENTO DA REDE, CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO E APLICAÇÃO DE VERBAS

4.1. Financiamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O financiamento da RNCCI tem sido assegurado por verbas provenientes dos “jogos sociais” da SCML. As verbas, atribuídas no âmbito da Santa Casa, são distribuídas segundo os critérios constantes do Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março, por diferentes Ministérios, entre os quais o MS e o MTSS, tal como se ilustra na figura seguinte:

¹⁹ Vd. Art.º 32.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

²⁰ “Decreto 215/1990, de 30 de juliol, de promoció i finançament de l’atenció sociosanitària”: **Tipologies de serveis**; “Ordre de 15 de maig de 1991”: **Estabelece as actividades sujeitas à compra de serviços**; “Decret 242/1999, de 31 d’agost, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments sociosanitaris d’utilització pública de Catalunya”: **Decreto de criação da rede**.

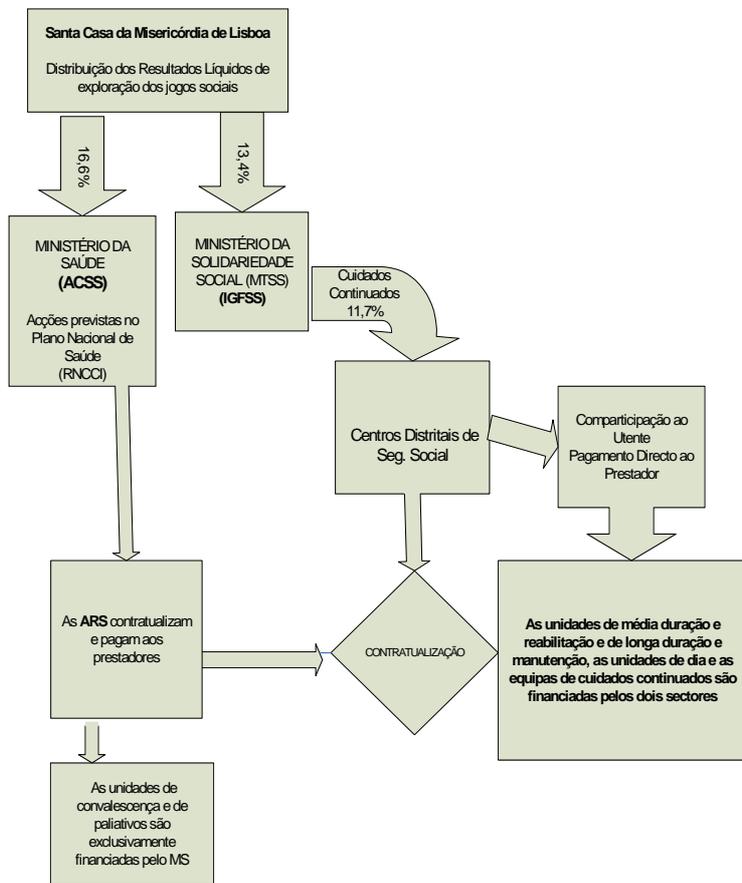
²¹ Vd. “Generalitat de Catalunya; Departament de Salut - Plan Director Sociosanitario, 2007” - fornecido por UMCCI, 2009. Ver ainda www.gencat.cat/salut/depstan/units/sanitat/html.

²² Destinatários: ECR; técnicos da UMCCI e ARS; representante dos cuidados paliativos; equipas prestadoras dos cuidados paliativos; equipas prestadoras de internamentos; ECR; EGA; ECL.

²³ Vd. UMCCI, Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da RNCCI de Abril de 2009, pp. 63-64.



Figura III – Financiamento da RNCCI



Os montantes totais dos resultados líquidos dos Jogos Sociais da SCML são distribuídos por diferentes sectores, sendo a sua repartição pelo MS e MTSS concretizada do seguinte modo:

- **Ministério da Saúde**

A parte das verbas atribuídas ao MS (16,6%), destinam-se a acções previstas no Plano Nacional de Saúde, nas quais se incluem os cuidados continuados²⁴.

- **Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social**

As verbas afectas ao MTSS (13,4%) destinam-se, entre outros, ao desenvolvimento de programas que visem elevar o nível de vida das pessoas idosas²⁵.

O MTSS pode afectar até 11,7% das referidas verbas aos Cuidados Continuados.

No âmbito do MS, o montante destinado aos cuidados continuados é inscrito no orçamento “privativo” da Administração Central do Sistema de Saúde²⁶.

A ACSS executa o orçamento, após informação da UMCCI, quer no que respeita ao funcionamento da Unidade de Missão, quer relativamente às ARS para efeitos de pagamento aos prestadores. As ARS contratualizam, com os prestadores, os serviços a prestar no âmbito da Rede²⁷.

Os preços dos cuidados de saúde são fixados administrativamente em tabelas aprovadas através de Portarias dos Ministérios das Finanças e Administração Pública, Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social – vd. Portaria n.º 994/2006, de 19 de Setembro e Portaria n.º 1087-A/2007, de 5

²⁴ Vg. Luta contra o HIV/Sida, luta contra o cancro, prevenção de doenças cardiovasculares, prevenção e recuperação da toxicodependência (IDT).

²⁵ Vd. Art.º 3.º do Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março. Nos termos deste diploma, as verbas são transferidas para o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social. Antes da entrada em vigor do mencionado Diploma era aplicável o disposto no Despacho Conjunto n.º 1057/2005, de 12 de Dezembro.

²⁶ Vd. n.º 13 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março.

²⁷



de Setembro. Os prestadores apresentam candidaturas e são seleccionados mediante o escrutínio da adequação das suas condições aos requisitos de admissão na Rede.

No âmbito do seu contraditório, a UMCCI salientou que os preços “(...) foram previstos como contrapartida dos custos reais efectivos face à exigência e à intensidade de cuidados em cada tipologia de cuidados, sendo que se em alguns casos não cobrem a totalidade dos custos, em muitos outros são superiores, o que deverá equilibrar a situação (...)”

O Tribunal salienta que a fixação administrativa de preços tem de ser fundamentada em critérios objectivos e quantificáveis que tivessem feito transparecer o rigor do cálculo dos custos e das margens que revertem para o prestador. Não será razoável que alguns preços fixados administrativamente se situem abaixo dos custos associados à prestação de um serviço e outros fiquem claramente acima, numa lógica de compensação, o que será prejudicial aos interesses de ambas as partes. O rigor deve prevalecer na fixação destes preços, sabendo-se de antemão que esta fixação também prejudica o princípio da concorrência impedindo a diferenciação dos prestadores e a optimização da relação custo-benefício subjacente à prossecução do interesse público inerente à implementação da RNCCI.

Quanto aos pagamentos, as ARS solicitam à UMCCI um pedido de financiamento, com base em documento próprio, demonstrativo das necessidades financeiras para determinado período. A UMCCI informa o Secretário de Estado, que autoriza ou indefere essa transferência de verbas.

Os encargos de funcionamento da RNCCI são suportados pelos sectores da saúde e da segurança social, em função da tipologia dos cuidados prestados²⁸. Os encargos a suportar pelos utentes internados nas unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção poderão ser comparticipados pelos Centros Regionais de Segurança Social, em função do rendimento *per capita* do seu agregado familiar. Esta comparticipação é transferida directamente para a instituição onde o utente se encontre (Unidades de internamento de média duração e reabilitação; Unidades de internamento de longa duração e manutenção; Unidades de dia e de promoção de autonomia; Equipas de cuidados continuados da Rede).

Verifica-se, portanto, que os cuidados continuados integrados, têm obedecido ao modelo de financiamento próprio, nos termos legalmente estabelecidos²⁹.

4.2. Verificação da Distribuição e Pagamento dos Lucros da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

O pagamento dos lucros dos jogos da Santa Casa³⁰ não é efectuado na sua totalidade, no ano a que dizem respeito, sendo o seu pagamento faseado. No que se refere ao triénio de 2006 a 2008, o MS e o MTSS tinham ainda a receber cerca de € 12,9 milhões cada, relativamente ao pagamento de lucros naquele período.

²⁸ Vd. Art.º 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

²⁹ Vd. Art.º 46.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

³⁰ Vd. Anexo 3 do Volume II.



Quadro 1 - Pagamento de Lucros da SCML ao MS e MTSS

Unidade: Euros

Pagamento de lucros da SCML	2006	2007	2008	Total
Ministério da Saúde	70.948.027,25	94.018.707,88	78.702.305,83	243.669.040,96
Ministério do Trabalho e Solidariedade Social*	210.764.635,82	189.832.179,39	166.896.614,74	567.493.429,95
Total	281.712.663,07	283.850.887,27	245.598.920,57	811.162.470,91

Fonte: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

*O pagamento ao MTSS, em 2006, inclui parte do lucro de 2005, no montante de € 40.556.389,55.

No que respeita ao MS, confirmou-se que os montantes afectos e transferidos para a ACSS nos anos de 2006, 2007 e 2008 se encontravam devidamente reflectidos nos seus orçamentos financeiros respectivamente € 70,9 milhões, € 94 milhões e € 78,7 milhões.

De salientar que as receitas, anualmente oriundas dos jogos sociais, não são totalmente absorvidas pelos Programas do Plano Nacional de Saúde - 2004/2010, originando incompreensíveis desperdícios de meios financeiros.

O valor total acumulado das receitas oriundas dos jogos sociais foi, em 2007, cerca de € 244 milhões e, em 2008, cerca de € 198 milhões.

Quadro 2 - Receitas totais dos Jogos Sociais 2007-2008

Unidade: euros

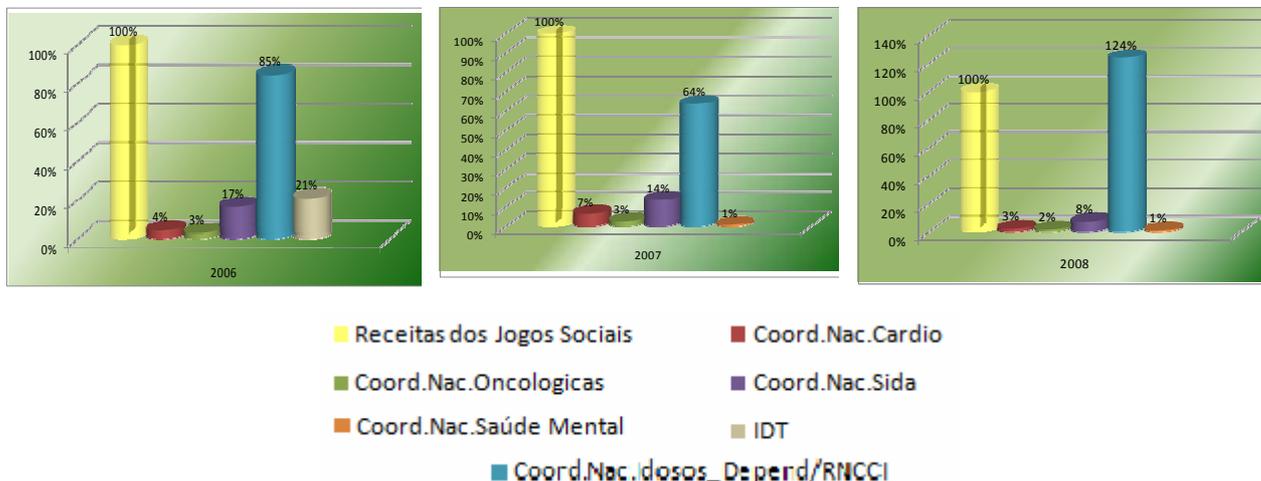
Receitas dos Jogos Sociais	2007	2008
Saldo transitado do ano Anterior (n-1)	149.965.421,24	118.945.112,30
Transferências do próprio ano (n)	94.018.707,88	78.702.305,83
Total Acumulado	243.984.129,12	197.647.418,13

Fonte: Alto Comissariado da Saúde, Maio de 2009.

Quanto à distribuição das receitas anuais dos jogos sociais pelos vários programas do PNS 2004-2010, apresenta-se a seguinte evolução:



Gráfico 1 - Distribuição das verbas dos Jogos Sociais: RNCCI vs programas do PNS 2004-2010



As dotações atribuídas à Coordenação Nacional dos Idosos, em 2006, representaram cerca de € 60 milhões (85%) dos € 70,9 milhões de receitas dos Jogos Sociais que nesse ano foram afectas ao Alto Comissariado da Saúde. Em 2007, as dotações atribuídas à RNCCI mantiveram-se no mesmo nível (€ 60 milhões), representando 64% das referidas receitas que, nesse ano, aumentaram para € 94 milhões. Em 2008, assistiu-se a um reforço significativo da dotação atribuída à RNCCI (€ 97,6 milhões).

Entre 2006 e 2008, a RNCCI beneficiou de uma dotação que se destacou substancialmente das dotações atribuídas a outros programas e, em 2008, excedeu, em 24%, as receitas anuais³¹ dos jogos sociais desse ano.

5. EXECUÇÃO FINANCEIRA DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

5.1. Planeamento, Orçamentação e Execução

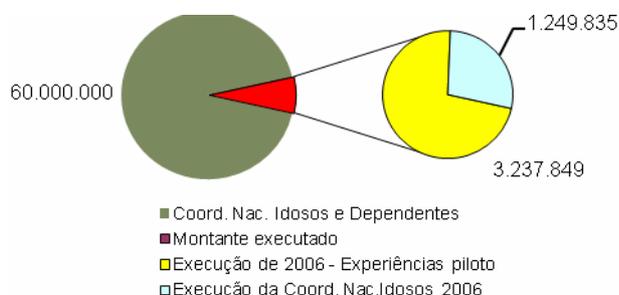
- **Ministério da Saúde/UMCCI**

No âmbito da implementação do PNS de 2006, o Ministro da Saúde, por despacho de 29 de Março, aprovou o orçamento que lhe foi apresentado pelo Alto-Comissariado da Saúde, no qual se evidenciava uma distribuição de verbas por cada programa abrangido pelo PNS, destacando-se uma afectação de cerca de € 60 milhões destinados à Coordenação Nacional de Idosos e Dependentes. Nesse ano, essa verba representava cerca de 63% face ao montante com origem nas receitas dos jogos sociais, distribuído por outros programas do PNS.

³¹ O montante orçamentado em 2008 excedeu as receitas anuais dos jogos sociais por ter englobado saldos transitados.



Gráfico 2 - Orçamentação do PNS/Execução 2006



Fonte: Orçamento para a implementação do PNS 2006; Plano de Experiências Piloto para 2006 e UMCCI

Em Julho de 2006, a Coordenadora Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, submeteu a aprovação o orçamento do plano de implementação das experiências piloto desse ano, que na componente saúde representava o valor de € 16,2 milhões, isto é, 26,8% da verba disponível (€ 60 milhões).

No final desse ano de 2006, apenas foram pagos € 3,2 milhões aos 70 prestadores que então integravam a experiência piloto. A despesa da actividade e funcionamento da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência foi de € 1,2 milhões .

Tal como resulta do Gráfico 2, registou-se uma execução financeira global de 7,3% face à verba orçamentada pelo Alto Comissariado da Saúde para a Coordenação Nacional para os Idosos e Dependentes (€ 60 milhões). No entanto, no âmbito daquela dotação e face ao orçamentado em 2006 para as experiências piloto (€ 16,2 milhões), a referida despesa realizada representou, nesse ano, 20% do orçamento aprovado.

Recorde-se que, em meados do mesmo ano, foi instituída a RNCCI e criada a UMCCI³² que substituiu e deu continuidade à Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência³³.

Em 2007 e 2008, de acordo com os orçamentos propostos pela UMCCI e aprovados pela tutela³⁴ previram-se as seguintes verbas:

³² Pelo Dec.-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho e RCM n.º 168/2006, de 9 de Novembro.

³³ Vd. Ponto 3.

³⁴ Cfr. Despachos de 5 de Janeiro de 2007 e de 17 de Janeiro de 2008 da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde.



Quadro 3 – Orçamentação RNCCI 2007-2008

Ano	Orçamento de funcionamento da RNCCI	Orçamento de funcionamento da UMCCI	Total euros
2007	55.000.000	5.000.000	60.000.000
2008	93.050.940	4.618.500	97.669.440

Fonte: Orçamento 2007 e proposta de orçamento para 2008

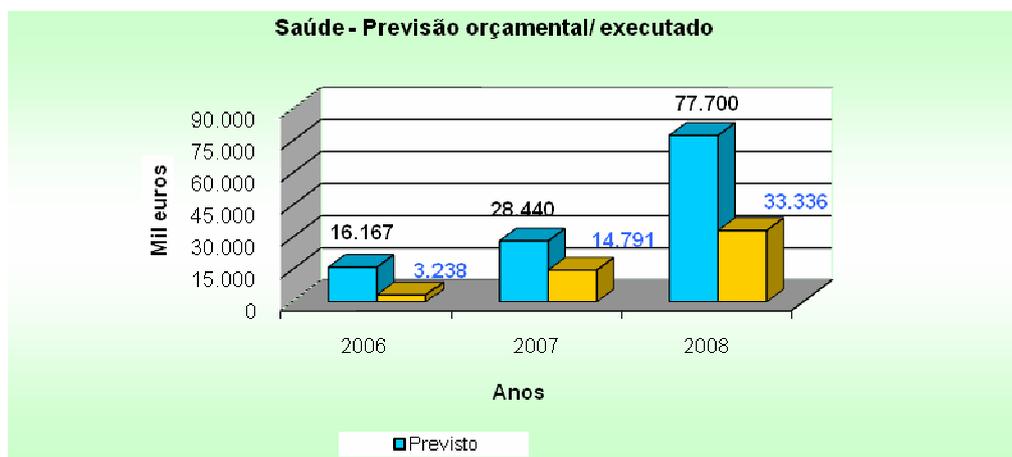
Em 2007, conferiu-se continuidade à implementação das experiências piloto, acrescentou-se uma proposta de alargamento da Rede a partir de 1 de Julho de 2007, considerando a estratégia e os rácios de cobertura³⁵ evidenciados no Plano de implementação desse ano.

Relativamente a 2008, foi elaborada uma proposta de orçamento para o período 2008-2009, tendo em conta a previsão de alargamento da Rede e uma estimativa de custos para outras respostas³⁶.

Os planos de implementação para 2007 e 2008, tendo em conta os rácios de cobertura da RNCCI para a fase I (2006-2008) e a continuidade das respostas existentes à data e o alargamento destas, previram, na componente saúde, que apenas seriam necessários € 28,4 milhões, em 2007, e € 77 milhões, em 2008.

Na componente do financiamento da saúde, destaca-se, no gráfico seguinte, a evolução dos montantes previstos e executados:

Gráfico 3 - Orçamento e execução dos planos de implementação de 2006 a 2008 - Saúde



Fonte: Planos de Implementação e UMCCI

A execução anual da RNCCI³⁷ ficou sempre aquém das expectativas enunciadas nos planos de implementação. Assim, em 2006, foram executados 20% dos encargos inicialmente previstos, 52%, em 2007 e, em 2008, cerca de 43%.

³⁵ Vd. Anexo 4 do volume II.

³⁶ Unidades de dia e promoção da autonomia; equipas de cuidados continuados integrados; equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos.

³⁷ Não inclui a execução de outras estimativas constantes da proposta de orçamento para 2008.



No total - triénio 2006-2008 - foram utilizados cerca de € 51,4 milhões (ARS), no âmbito da execução dos planos de implementação e € 2,8 milhões, no âmbito das funções da UMCCI e € 1,3 milhões relativos à Coordenação Nacional de Idosos e Dependentes.

As disponibilidades orçamentais para a RNCCI e UMCCI (€ 217,7 milhões) muito superiores às previstas nos diversos planos de implementação (€ 122,3 milhões) evidenciam inépcia organizacional por parte de quem gere o programa. Por outro lado, verificou-se que o âmbito temporal desses planos de implementação não coincide³⁸ com o ano económico subjacente à aprovação dos orçamentos anuais e que a implementação da RNCCI não tem evoluído de uma forma tão progressiva quanto o previsto³⁹.

Na componente Saúde, tal situação significa que os recursos financeiros disponíveis não foram utilizados na produção de cuidados continuados integrados, de acordo com os objectivos e metas planeados, gerando disponibilidades de cerca de € 162,2 milhões (€ 156,4 milhões na ACSS e € 5,8 milhões nas ARS) que não foram aplicadas, com oportunidade, noutros programas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Considerando como hipótese de trabalho, a título meramente exemplificativo, que a taxa social⁴⁰ de desconto nominal de 6,08%, que consta do Despacho n.º 13 208/2003 (2ª Série) da Ministra de Estado e das Finanças, publicado em 7 de Julho, é uma boa estimativa do custo de oportunidade do capital, e que a referida verba permaneceu cativa, pelo menos, durante um ano⁴¹, o desperdício financeiro comportar-se-ia em cerca de € 3,9 milhões⁴² com evidentes prejuízos para os utentes, causando entropias no sistema de difícil quantificação.

Em sede de contraditório, a UMCCI alegou que: “(...) a nossa perspectiva é diferente quanto à afirmação feita de que pelo não aproveitamento dos recursos financeiros disponíveis se geraram disponibilidades que não foram aplicadas noutros programas do Plano Nacional de Saúde. Efectivamente, os recursos financeiros existentes e ainda não utilizados continuam a ser necessários e a corresponder a prioridades estratégicas, transitando para as fases seguintes de desenvolvimento da Rede (2009-2016 (...)).”

Também o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, nas suas alegações, referiu que: “(...) Não é desejável nem útil a deslocação de verbas atribuídas por não concretização de medidas, dado que essas medidas se irão concretizar no futuro próximo”. No que se refere à recomendação resultante da observação relativa a esta matéria, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde alegou ainda que “ (...) O período de arranque de um projecto da envergadura da criação de uma nova rede de prestação de cuidados, envolve um grau de incerteza elevado quanto à forma como se irá executar, já que envolve parceiros do sector privado e social. Com o nível de execução atingido, a gestão das disponibilidades financeiras pode ser efectuada com mais

³⁸ Vg. O Plano de Implementação de 2008 foi aprovado pelos Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social a 16 de Junho desse ano.

³⁹ Vd. Quadro 3, Gráfico 2 e 3.

⁴⁰ De acordo com o “Guide to Cost-Benefit Analysis” da Comissão Europeia, de 16 de Junho de 2008, pag. 208, o EC “Working Document N.º 4” sugere uma taxa social de desconto de referência, em termos reais, para 2007-2013, de 5,5% para os países elegíveis para o Fundo de Coesão e de 3,5% para os outros. Vide, igualmente, David Evans, “Social discount rates for the European Union: new estimates” inserto em “Cost-Benefit analysis and incentives in Evaluation”, páginas 280-294, editado por Massimo Florio e publicado por Edward Elgar Publishing Limited, 2007.

⁴¹ Aplicando-se-lhe uma taxa de juro igual à dos certificados especiais de dívida a curto prazo (CEDIC) na ordem dos 3,7%.

⁴² € 162,2 milhões *(0,0608-0,037).



rigor, o que já se alcançou em 2009 . A RNCCI, foi identificda como um dos três projectos- piloto para a Orçamentação por programas, para o Orçamento de Estado de 2009, sendo o objectivo final aprimorar o processo de alocação dos recursos públicos, tornando a actuação das entidades mais clara, responsável e transparente (...).”

O Tribunal, mantém a sua posição uma vez que, não sendo, esse dinheiro necessário para a implementação da RNCCI, deveria ser utilizado em programas alternativos ou convenientemente aplicado, de modo a maximizar a sua rendibilidade numa perspectiva financeira e/ou social, revelando pouca preocupação com o planeamento e com o cumprimento dos objectivos nele enunciados.

• SEGURANÇA SOCIAL

De 2006 a 2008, o MTSS, através do financiamento proveniente das receitas dos jogos sociais, afectou à RNCCI as seguintes verbas:

Quadro 4 - Previsão de despesa do MTSS com a RNCCI

Dotação	Mil euros					
	OSS 2006	Taxa de Execução	OSS 2007	Taxa de Execução	OSS 2008	Taxa de Execução
Inicial	963	2,49%	7.500	29,84%	8.500	
Corrigida*					11.000	88,15%

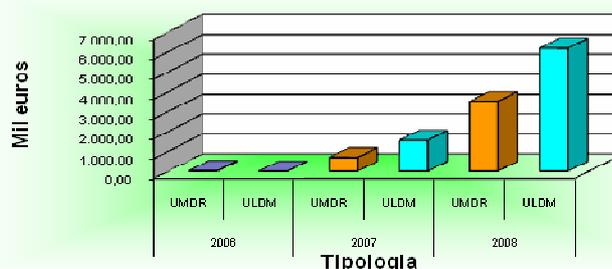
*Dotação corrigida a 31 de Dezembro

Fonte: Instituto da Segurança Social, IP.

Da relação entre o inicialmente orçamentado com a Rede e a realização da despesa, verifica-se uma fraca execução nos anos de 2006 e 2007, embora em 2008 se tenha registado uma execução de 88% tendo em conta o reforço de verba.

O referido aumento de execução financeira esteve relacionado com o desenvolvimento das unidades de internamento de média e longa duração, em 2007 e 2008, que representou no seu conjunto € 11,9 milhões⁴³, dos quais cerca de 65% financiaram os utentes das unidades de longa duração, conforme se apresenta no gráfico seguinte:

Gráfico 4 - Execução Financeira por Unidade de Internamento – Seg. Social



Fonte: ISS, IP/Sector de Apoio à RNCCI e Unidade de promoção de autonomia 2009

⁴³ Em resultado, também do aumento de preços estipulado pela Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, e pelas actualizações de preços anuais previstas naquele diploma legal.



A execução financeira realizada pela Segurança Social concentrou-se, predominantemente, nas unidades de longa duração e manutenção (ULDM), no montante de € 7,7 milhões e nas unidades de média duração e reabilitação (UMDR), com € 4,2 milhões.

De acordo com a legislação vigente,⁴⁴ o internamento em unidades de convalescença e cuidados paliativos não é participado pela Segurança Social, mas exclusivamente pela Saúde.

O Instituto da Segurança Social, IP, nas suas alegações referiu que: “ (...) Efectivamente foram vários os factores exógenos que contribuíram para o desajustamento referenciado entre o plano de necessidades de cuidados continuados integrados, a identificação de metas e a sua efectiva realização física e financeira. (...) só depois de algum tempo após a entrada em funcionamento da Rede e após análise dos primeiros resultados obtidos, é que pode ser expectável e razoável tomar medidas correctivas e/ou dinamizadoras que visem a implementação e consolidação da Rede (...)”.

• SÍNTESE DO TRIÉNIO: Saúde e Segurança Social

No conjunto das componentes da saúde e da segurança social a execução financeira relativa às unidades de internamento e equipas da Rede ficou sempre aquém do previsto no triénio (2006-2008), tendo sido despendidos € 63 milhões dos € 151 milhões (cf. Gráficos 3 e 5) previstos. Assim, a execução acumulada no final do triénio, em ambas as componentes, representou cerca de 42%.

Gráfico 5 - Previsão vs Execução: Saúde e Segurança Social

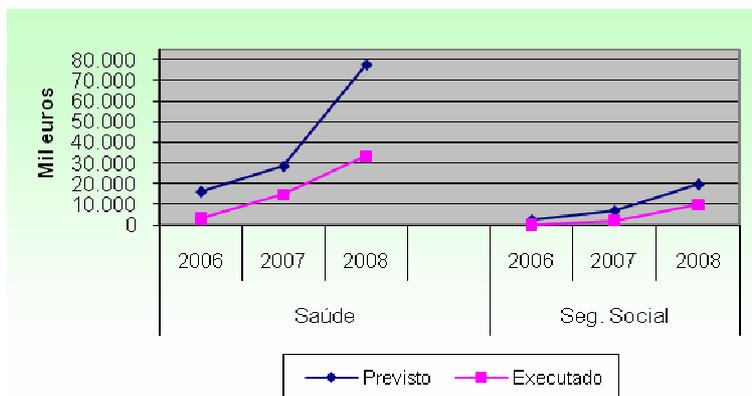
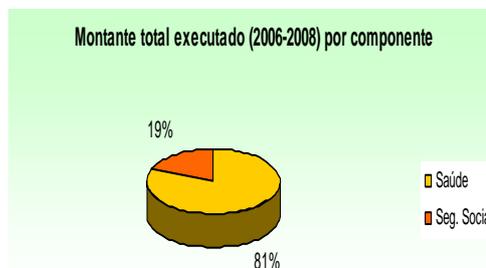


Gráfico 6 - Repartição da Execução: Saúde e Segurança Social



Fonte: ISS, IP/Sector de Apoio à RNCCI e Unidade de promoção de autonomia 2009 e UMCCI, 2009

No triénio 2006-2008, as despesas da componente saúde da RNCCI representaram 81% e as de apoio social 19% do total, tal como se demonstra no Gráfico 6 – “Repartição da Execução: Saúde e Segurança Social”.

⁴⁴ Vd. Art.º 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.



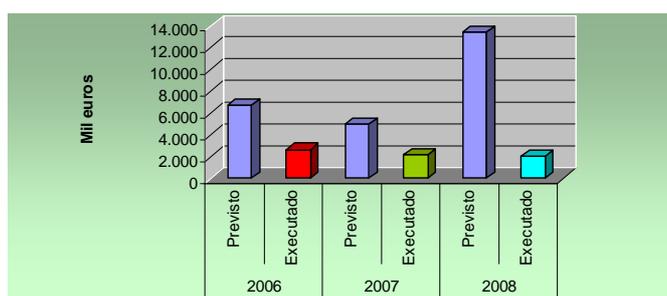
5.2. Execução Financeira Operacional

• INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS

A RNCCI resultou do estabelecimento de parcerias com instituições do sector social que já prestavam apoio na área e da reconversão/adaptação de estruturas do SNS. Assim, foram previstas verbas de investimento⁴⁵, para obras de adaptação, aquisição de equipamentos, de unidades móveis, viaturas não medicalizadas de transporte, de infra-estruturas informáticas, telecomunicações, serviços de consultadoria, de apoio ao desenvolvimento e operacionalização de sistemas de informação a instalar.

No gráfico seguinte apresenta-se a evolução dos montantes previstos e executados relativos aos investimentos realizados através das ARS, no período 2006-2008:

Gráfico 7 - Despesas de investimento previstas e executadas pelas ARS



No triénio estavam previstos cerca de € 25,2 milhões, no entanto, só foram executados € 6,9 milhões (27,4%).

Fonte; UMCCI, 2009

Entretanto, em 2008, foi criado um incentivo específico para investimentos na RNCCI, através do “Programa Modelar”, relativamente ao qual foram disponibilizados € 62,5 milhões⁴⁶. Apurou-se junto da UMCCI que, até 31 de Dezembro de 2008, ainda não tinha sido executada nenhuma verba desse programa, uma vez que as candidaturas ainda se encontravam em apreciação.

Relativamente a esta questão, a UMCCI referiu, nas suas alegações, o seguinte: “O Programa Modelar é aprovado e publicado no final de Maio 2008. Se tivermos em conta os prazos estabelecidos para fixar os avisos de abertura das candidaturas, a apresentação de propostas e análise das mesmas, acrescendo ainda o tempo necessário aos procedimentos concursais respectivos, muito dificilmente se conseguiria realizar despesa em 2008 por conta das candidaturas aprovadas. Não obstante o início de alguns projectos ter ocorrido no último trimestre de 2008, será a partir de 2009 que irão ser executadas verbas por conta do apoio financeiro a este Programa. Pelo que ilações sobre o contributo para o desenvolvimento e implementação da Rede só poderão ser tiradas posteriormente a essa data e com o fim da execução do Programa em causa”.

⁴⁵ As despesas de investimento são assumidas na íntegra pelo MS através de candidatura aprovada pela saúde XXI.

⁴⁶ Cfr. Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio – aprova o Regulamento do Programa Modelar; Despacho n.º 3986/2009, do Ministro das Finanças e da Administração Pública e Ministro da Saúde, de 23 de Janeiro de 2009, que procede à fixação (retroactiva) do montante financeiro disponível para o Programa Modelar, no ano de 2008.



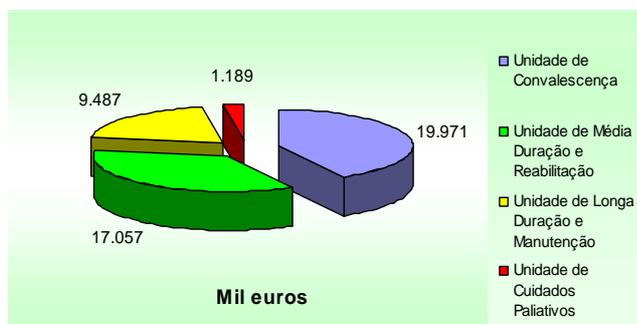
Também a ARSLVT referiu que a prorrogação do prazo para entrega de candidaturas para 30 de Setembro de 2008 e a complexidade do processo de selecção de candidaturas justificaram a não execução do Programa Modelar em 2008.

Por sua vez a ARS do Alentejo salientou que os acordos só foram celebrados em Janeiro de 2009.

• FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES E EQUIPAS DA REDE

O gráfico seguinte representa a distribuição da despesa realizada pela componente da Saúde nas várias tipologias de internamento, no triénio 2006-2008:

Gráfico 8 - Execução Financeira por Unidade de Internamento – Saúde



Fonte: UMCCI, 2009

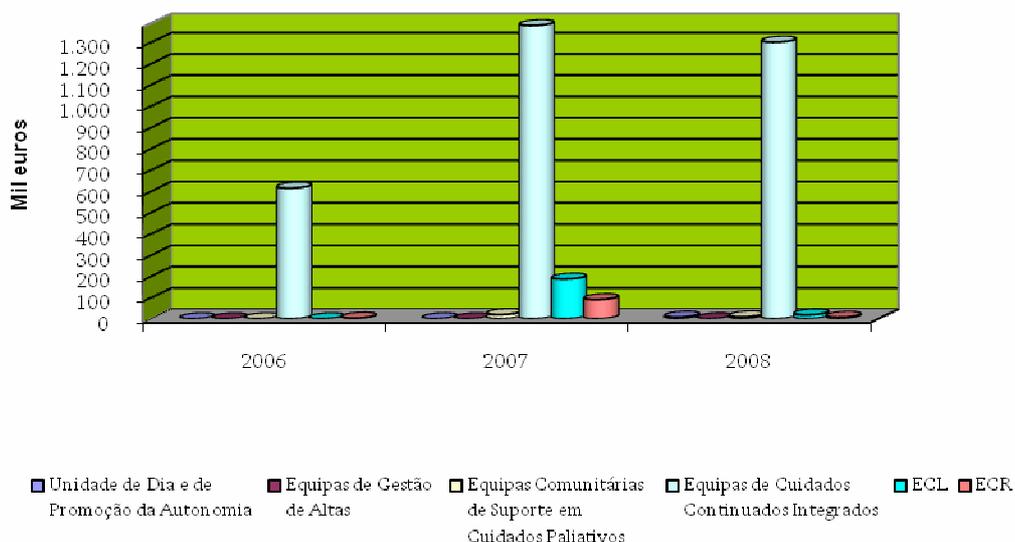
Da análise do gráfico verifica-se que:

- as unidades de convalescença representam cerca de € 20 milhões (42%);
- as unidades de média duração e reabilitação, € 17 milhões (36%);
- as unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos cerca de € 10,7 milhões, (19,9% e 2,5%, respectivamente).

Quanto aos restantes tipos de unidades e equipas (que integram a RNCCI) foram as ECCI que mais se desenvolveram ao longo do triénio, conforme se constata do gráfico seguinte:



Gráfico 9 - Execução Financeira das restantes Unidades e Equipas da Rede



Fonte: UMCCI, 2009

No triénio de 2006 a 2008, as referidas equipas representam cerca de € 3,6 milhões (7%) do valor total executado na componente saúde.

As UDPA, EGA e UCP representam uma fraca expressão financeira⁴⁷, considerando que as ARS e ECR não apuraram os custos das imputações dos profissionais de saúde afectos ao trabalho da RNCCI, o que prejudica o apuramento dos custos totais com recursos humanos afectos à Rede, dificulta o exercício de uma gestão rigorosa e transparente e contraria formalmente o que legalmente se dispôs no diploma que instituiu a RNCCI⁴⁸.

5.3. Distribuição do financiamento pelos prestadores

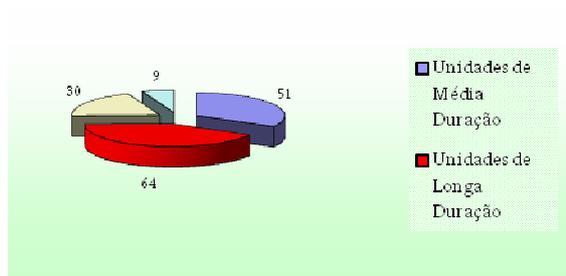
No final de 2008, a RNCCI era composta por 154 Acordos, dos quais 64 (42%) respeitavam a Unidades de Longa Duração e Manutenção, 51 (33%) a Unidade de Média Duração e Reabilitação, 30 (19%) a Unidades de Convalescença e 9 (6%) a Unidades de Cuidados Paliativos.

⁴⁷ Cerca de € 39 mil, representando 1% do valor executado relativo às unidades de dia e equipas da Rede.

⁴⁸ Cfr. n.º 2 do art.º 47.º do Dec.-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

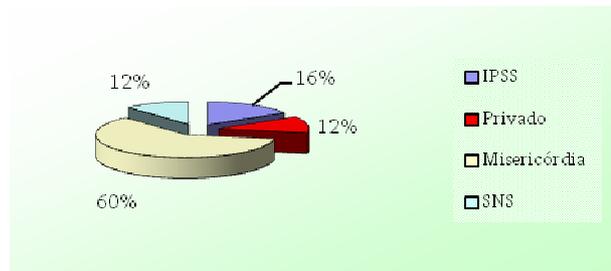


Gráfico 10 - Distribuição de Acordos celebrados por tipologia



Fonte: UMCCI, 2009. Dados reportados a 31 Dezembro de 2008.

Gráfico 11 - Distribuição de Acordos por Natureza da Entidade



As Misericórdias são as instituições que mais têm aderido à Rede, porventura devido à sua anterior implantação territorial, disponibilidade de instalações e experiência na área. Estas instituições representavam 60% do universo total, o que equivale a 93 Acordos. As restantes instituições representam 40%, sendo que as IPSS são as mais representativas com 25 unidades (16%).

6. EXECUÇÃO FÍSICA DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

6.1. Cobertura e capacidade instalada

- UNIDADES DE INTERNAMENTO

Apresenta-se no quadro seguinte a taxa de cobertura nacional da RNCCI, por 100.000 habitantes, por ano e tipologia de unidades de internamento⁴⁹:

Quadro 5 – Taxa de Cobertura Nacional por tipologia de unidades de internamento

	2006			2007			2008		
	N.º Camas	População	Taxa de Cobertura	N.º Camas	População	Taxa de Cobertura	N.º Camas	População	Taxa de Cobertura
Unidade de Convalescença	207	1 766 145	12	423	1 787 344	24	530	1 787 344	30
Unidade de Média Duração e Reabilitação	213	1 766 145	12	535	1 787 344	30	922	1 787 344	52
Unidade de Longa Duração e Manutenção	225	1 766 145	13	614	1 787 344	34	1.325	1 787 344	74

Fonte: UMCCI e Estimativas para dados populacionais 2006 e 2007 do INE para a população com 65 ou mais anos. Relativamente a 2008, foram utilizados os dados de 2007, por não estarem disponíveis dados populacionais para aquele ano.

⁴⁹ Vd. Anexo 4 do Volume II.



Quadro 6 – Variação da Taxa de Cobertura Nacional por tipologia

	2006-2007	2007-2008	2006-2008
Unidade de Convalescença	200%	125%	256%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	251%	173%	433%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	262%	218%	569%
Unidade de Cuidados Paliativos	300%	167%	500%

Fonte: UMCCI e Estimativas para dados populacionais 2006 e 2007 do INE para a população com 65 ou mais anos. Relativamente a 2008, foram utilizados os dados de 2007, por não estarem disponíveis dados populacionais para aquele ano.

Destaque-se uma evolução favorável da taxa de cobertura ao longo do triénio. Neste sentido, a variação da taxa de cobertura foi positiva em todas as tipologias, destacando-se as ULDM, com uma subida de 569%, passando de uma taxa de cobertura de 13 camas por 100 mil habitantes para 74 camas e as UCP, com uma variação positiva, isto é, passando de uma para cinco camas por 100 mil habitantes, não obstante as taxas de cobertura estarem muito aquém do planeado (cfr. Quadro 7).

Quadro 7 - Taxa de Cobertura das Unidades de Internamento (n.º de camas por 100.000 Habitantes) em 2008

Taxa de Cobertura por Cem Mil Habitantes			
Unidades	Planeado	Executado	Taxa de Execução
UC	144	30	21%
UMDR	160	52	33%
ULDM	400	74	19%
UCP	48	5	10%

As taxas de cobertura atingidas pelas unidades de internamento ficaram bastante aquém das metas estabelecidas nos planos de implementação para o triénio 2006-2008.

Fonte: Planos de Implementação e UMCCI, 2009

Nas UC a taxa de cobertura atingiu as 30 camas por cem mil habitantes quando estava planeado atingir, no final de 2008, 144 camas, o que corresponde a uma taxa de execução de 21%. Nas UMDR, a taxa de execução ficou-se pelos 33%, sendo de 19% nas ULDM e 10% nas UCP.

A UMCCI, no âmbito do seu contraditório, alegou que *“O número de camas a implementar e as taxas de cobertura nacional previstas para cada uma das tipologias de unidades de internamento traduzem rácios que foram calculados com base nas necessidades previstas da população. A experiência, entretanto adquirida, demonstra-nos que as taxas em causa não atenderam suficientemente às características na vertente da oferta disponível de cuidados, ou seja, aos recursos físicos, materiais e humanos existentes, os quais deveriam corresponder ao perfil exigido pela Rede (...) Acresce o facto de que, todas as unidades alvo de cofinanciamento pelo Programa Saúde XXI que, teoricamente, se constituíam como a base para uma execução adequada face ao planeado, revelaram-se inadequadas, mal equipadas e sem condições de segurança ou de funcionamento para integrarem a Rede, necessitando de ser adaptadas”*.

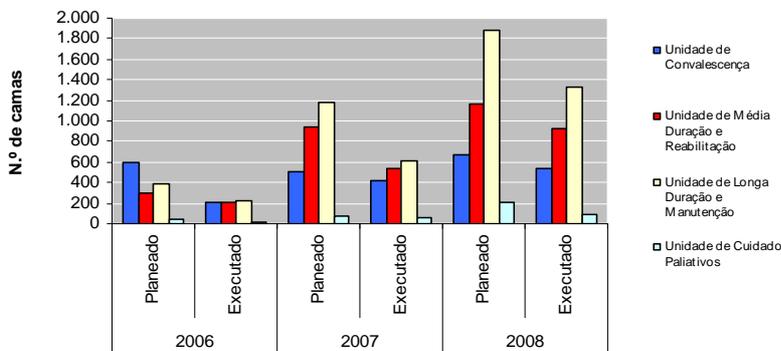


Por sua vez a ARSLVT salienta que, apesar dos esforços empreendidos, continua a ser das mais carenciadas do país em termos de capacidade instalada de unidades e lugares de internamento da RNCCI. O Programa Modelar (1 e 2) poderá ser uma forma de colmatar esta situação. No entanto, o facto do planeamento deste programa não ter considerado a necessidade de licenciamento da obra por parte dos municípios bem como a obtenção de pareceres junto de várias entidades poderá justificar os atrasos na sua execução.

• N.º DE CAMAS

O número de camas em unidades de internamento da RNCCI situava-se, em 2008, nas 2.870 camas, significando uma evolução de cerca de 76% face a 2007 (1.627 camas). No fim de 2006, apenas estavam disponibilizadas 658 camas⁵⁰.

Gráfico 12 - N.º de Camas Planeadas e Executadas



Fonte: UMCCI, 2009

Quadro 8 - Camas Planeadas vs Executadas

Ano	Planeado	Executado
2006	1329	658
2007	2718	1627
2008	3912	2870

Observe-se que a execução da implementação do número de camas esteve sempre aquém do planeado durante o triénio. Assim, em 2006, foi executado 50% do planeado, 60% em 2007 e 73% em 2008.

No plano de implementação de 2007⁵¹, previam-se 2.718 camas para esse ano e 2.444 camas para 2008 que, a terem sido concretizadas dotariam a Rede de 5.162 camas, número equivalente às metas definidas para a primeira fase do plano de implementação da RNCCI (período 2006-2008).

Apesar de conhecida a meta de 5.162 a atingir no final do triénio, verificou-se que o plano de implementação de 2008 inscreveu 4.034 camas, reduzindo, desse modo a meta estabelecida em 2007, em cerca de 1.128 camas. No final do ano de 2008, a UMCCI readequou o planeamento estabelecido no início desse ano para 3.912 camas⁵², tendo em conta o nível de execução até aí alcançado.

⁵⁰ Vd. Anexo 5 do Volume II.

⁵¹ Plano de Implementação 2007 aprovado pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e pelo Secretário de Estado da Segurança Social a 25/09/2007.

⁵² Plano de Implementação 2008 aprovado pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a 23/12/2008 e a 29/12/2008 pelo Secretário de Estado da Segurança Social.



No âmbito do seu contraditório, a UMCCI referiu que “(...) sendo os planos de implementação o reflexo das necessidades de cuidados de saúde ao nível dos cuidados continuados, apurados por cada uma das regiões, as previsões iniciais não tiveram em conta os condicionalismos inerentes à oferta de cuidados neste sector”

A UMCCI referiu, ainda, que a baixa execução física ficou a dever-se ao atraso no início da prestação de cuidados continuados em virtude das unidades existentes não preencherem os requisitos (vg. recursos físicos, materiais e humanos) exigidos pela Rede, implicando a realização de alterações e adaptações naquelas estruturas o que também foi reiterado nas respostas das ARS. Além disso, a UMCCI referiu também a importância de vários factores exógenos que contribuíram, entretanto, para o desajustamento referenciado entre o plano de necessidades de cuidados continuados integrados, a identificação de metas e a sua efectiva realização física e financeira, considerando que a Rede integra entidades da saúde, de segurança social e privadas. Face ao que antecede, a interdisciplinaridade das matérias e natureza diferenciada dos actores, as falhas de supervisão e coordenação influenciaram a execução dos referidos Planos de Implementação.

O Tribunal não concorda com o facto da diferente natureza dos actores que integram a RNCCI poder influenciar a elaboração dos Planos de Implementação, tendo em consideração que estes constituem, apenas e só, um levantamento das necessidades de cuidados continuados de determinada população. Considerando a interdisciplinaridade das matérias e natureza diferenciada dos actores, as falhas de supervisão e de coordenação influenciaram a execução dos referidos Planos de Implementação.

Para fazer face à situação anteriormente referida a UMCCI referiu que “(...) tomou a iniciativa de desenvolver acções visando a expansão da Rede de acordo com critérios de necessidade, de equidade territorial e de garantia de qualidade, promovendo-se, assim, a convergência da execução física e financeira com o planeamento feito”. Neste sentido, a UMCCI salientou ter proposto:

- “(...) a aprovação de um regime de atribuição de apoios financeiros, visando criar incentivos à participação directa das pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos;”
- “(...) um regime excepcional de celeridade procedimental para a contratação de empreitadas de obras públicas e aquisição ou locação de bens ou serviços para projectos de instalação ou requalificação de serviços de saúde que se integrem na RNCCI;”
- “(...) a reconversão de serviços do SNS em unidades de internamento da RNCCI.”

A ARSLVT criticou a metodologia usada no planeamento, designadamente, na elaboração dos planos de implementação, tendo em conta que são elaborados rácios sem ter em conta os equipamentos existentes, não constituindo, assim, metas operacionalizáveis e avaliáveis em termos de execução física. Ainda segundo a ARSLVT “Este erro metodológico no planeamento tem graves repercussões na execução física e, conseqüentemente, financeira, justificando a baixa execução da Região de Lisboa e Vale do Tejo”.

Acresce que o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde referiu que o Ministério da Saúde, através da Unidade de Missão, já está a estudar a metodologia que permita a avaliação dos custos das Unidades Prestadoras e uma definição dos preços capaz de alcançar as metas definidas. Este trabalho foi iniciado em 2009, prevendo-se a sua conclusão até ao final deste ano. Por sua vez, a Coordenadora da Unidade de Missão referiu ter sido adjudicada a uma entidade externa a elaboração de um “Estudo sobre a sustentabilidade económica das entidades prestadoras de cuidados continuados no âmbito da RNCCI”, com o objectivo de analisar as actuais condições de funcionamento e custos efectivos, tendo em conta os preços fixados para cada uma das tipologias de internamento, cujo relatório final será apresentado até ao final deste ano.



Relativamente à implementação das unidades de internamento, as ULDM foram as que mais se desenvolveram, tendo passado de 225 camas, em 2006, para 1.325, em 2008.

As UMDR, em 2006, representavam 213 camas, tendo crescido cerca de 151% face ao período homólogo, representando, em 2007, 535 camas, e, em 2008, 922 camas.

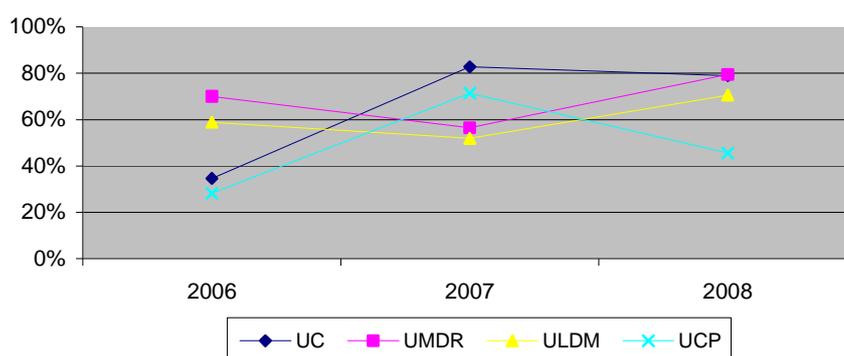
As UC duplicaram de 2006 para 2007 (423 camas), representando no fim do triénio 530 camas.

No que diz respeito às UCP, verifica-se uma fraca implementação deste tipo de unidades, face ao planeado. Apenas, em 2007, a taxa de execução registou níveis aceitáveis (71%). No final do triénio, encontravam-se em funcionamento 93 das 204 camas identificadas como necessárias no plano de implementação de 2008, o que traduz um desrespeito aos eventuais utentes, que não utilizam a Rede e poderiam beneficiar dela, por falta de diligências e não por falta de recursos financeiros.

De 2006 para 2007, as UC e as UCP foram as que mais se desenvolveram. Em termos de execução, as UC passaram de cerca de 35% para 83%, em 2008, e as UCP de 29% para 71%. Tal facto, ficou a dever-se à maior adesão das diversas entidades prestadoras de cuidados a UC e a UCP.

As restantes unidades registaram uma taxa de execução média de 54%, no período de 2006-2007, tal como resulta do gráfico seguinte:

Gráfico 13 - Taxa de execução anual por tipologia



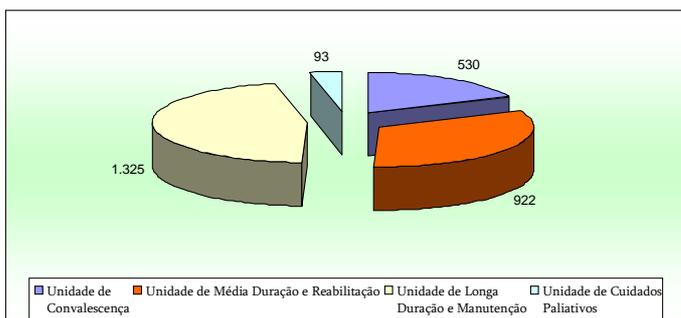
Fonte: UMCCI, 2009

Em 2008, foram as UMDR e ULDM que registaram as maiores taxas de execução, a par das UC. Relativamente às primeiras unidades tal situação resulta da evolução da Rede em termos de Acordos celebrados, que proporcionou o aumento da capacidade da Rede em termos de camas disponibilizadas face às necessidades identificadas. No que respeita às UC, registou-se uma taxa de execução de cerca de 79%, na linha do que se havia verificado em 2007.



- DISTRIBUIÇÃO DO N.º DE CAMAS POR UNIDADES DE INTERNAMENTO**

Gráfico 14 - Distribuição de Camas por Unidade de Internamento



A nível nacional verifica-se que as ULDM representam o maior número de camas, com 1.325, representando 46% do total, seguindo-se UMDR com 922 camas (32% do Total).

Fonte:UMCCI, 2009

- EQUIPAS DA Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

As necessidades de implantação da Rede em número de equipas, foram definidas nos respectivos planos de implementação anuais. Esses planos incorporam o número de camas e de equipas que não foram implementadas no ano transacto e as necessidades identificadas no próprio ano.

Assim, no quadro seguinte identificam-se as necessidades anuais de equipas a implementar, bem como, as que foram implementadas:



Quadro 9 - Previsão e implementação de Equipas na RNCCI

Tipologia	2006		2007		2008		Tx. Exec a 31/12/2008
	Previstas	Executadas	Previstas	Executadas	Previstas	Executadas	
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	7	0	14	2	15	15	100%
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos	2	2	9	2	4	17	425%
Equipas de Gestão de Altas	40	41	70	68	74	74	100%
Equipas de Coordenação Local	0	43	79	78	82	82	100%
Equipas de Cuidados Continuados Integrados	162	116	70	24	126	59	47%
Equipas de Coordenação Regional	5	5	5	4	4	5	125%
Total	216	207	247	178	305	252	83%

Fonte: UMCCI, 2009

Em 2008, encontravam-se constituídas cerca de 252 equipas face às 305 previstas, representando uma taxa de execução de cerca de 83%.

Verifica-se ainda que, em 2008, os desvios de planeamento, em relação ao executado, ascendem a 27%.

As equipas que mais se desenvolveram, no decurso do triénio, foram as EGA e as ECCI. Em 2008, estavam em funcionamento 74 EGA, 82 ECL e 59 ECCI, as quais representavam 85% do número total de equipas implementadas.

• DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DAS EQUIPAS

No final de 2008, a Região Centro foi aquela em que a implementação de Equipas da RNCCI mais se desenvolveu, apresentando um total de 68 (27%). As Regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Norte implementaram 60 e 58, respectivamente.

Nas suas alegações, a ARS Alentejo afirmou terem sido executadas, no final de 2008, as 9 Equipas de Cuidados Continuados Integrados previstas. No entanto, o Plano de Implementação previa a constituição de 12 Equipas (vg. Anexo 9 – Equipas da Rede, do Volume II do Relatório).



6.2. Produção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

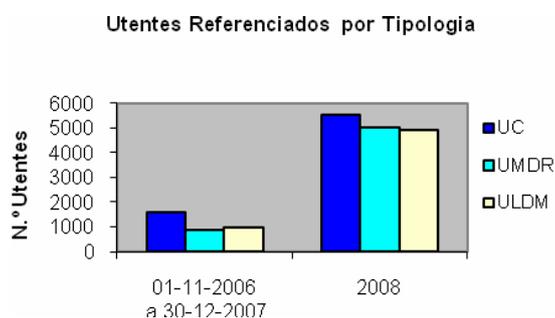
• UTENTES REFERENCIADOS POR TIPOLOGIA

Entre 2006 e 2008, a referência apresentava a seguinte distribuição de utentes por tipologia:

Quadro 10 - Utentes Referenciados por Tipologia

	Utentes Referenciados por Tipologia		
	01-11-2006 a 30-12-2007	2008	Variação
UC	1.583	5.508	348%
UMDR	874	5.010	573%
ULDM	968	4.902	506%
TOTAL	3.425	15.420	

Gráfico 15 - Utentes Referenciados por Tipologia



Fonte: UMCCI, 2009

O número de utentes referenciados para as tipologias de internamento registou um aumento significativo ao longo do triénio,. O maior acréscimo registou-se nas UMDR, com 573%, seguidas das ULDM, com 506% e de UC, com 348%.

• DOENTES ASSISTIDOS POR TIPOLOGIA

No triénio 2006-2008, foram assistidos nas unidades de internamento e pelas equipas 19.391 utentes (5.934 até Dezembro de 2007 e, 13.457, em 2008).

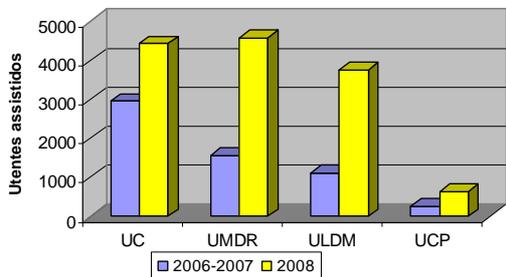
Registou-se uma grande evolução de 2007 para 2008⁵³, em termos de doentes assistidos nas unidades de internamento da Rede. Tal facto resulta do aumento do número de camas contratadas/disponíveis para 2008 e do aperfeiçoamento da aplicação dos critérios de referência por parte dos agentes responsáveis.

⁵³

Apesar de não ser possível desagregar os doentes assistidos em 2006 dos assistidos em 2007 e de não se poder estabelecer uma comparação directa com o ano de 2008, uma vez que o sistema de informação da UMCCI não continha esses dados.



Gráfico 16 - Utentes assistidos por Tipologia



Fonte: UMCCI, 2009

As UMDR e as ULDM registaram as maiores taxas de evolução. Nas UMDR foram assistidos 1.569 utentes até Dezembro de 2007, tendo passado para 4.594 utentes, em 2008. Relativamente às ULDM, estas passaram de 1.129 utentes, em 2007, para 3.781 utentes, em 2008.

Gráfico 17 - Taxa de evolução entre Novembro de 2006-Dez. de 2007 e Dez. de 2008

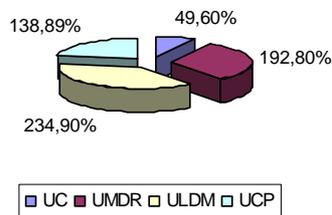
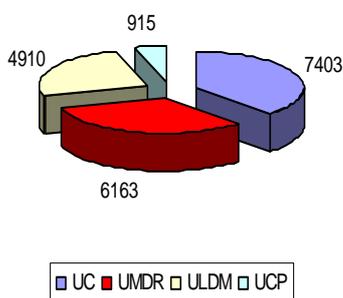


Gráfico 18 - Total de utentes assistidos por Unidades de Internamento (NOV 2006-Dez. 2008)



Fonte: UMCCI, 2009

Constata-se que as unidades de UMDR e UC assistiram cerca de 70% do total dos utentes assistidos pela RNCCI.

Realça-se, ainda, o facto, de as UCP terem atendido 915 utentes naquele período.

• DOENTES POTENCIALMENTE ASSISTIDOS

Os planos de implementação são o reflexo das necessidades de cuidados de saúde, ao nível dos cuidados continuados, apuradas por cada uma das regiões. Nesse sentido, e tendo em conta que a execução desses planos ficou aquém do desejado⁵⁴, efectuou-se um cálculo dos utentes que poderiam ter sido assistidos nas unidades de internamento, caso os planos de implementação fossem executados na totalidade⁵⁵.

Assim, em 2007, poderiam ter sido assistidos nas unidades de internamento da Rede mais 3.609 utentes e, em 2008, 4.029 utentes. A não execução plena dos planos de implementação prejudicou o eventual atendimento de mais 7.638 utentes, colocando em causa a concretização do princípio da

⁵⁴ Vd. Ponto 6.1.

⁵⁵ Vd. Anexo 10 do Volume II.



equidade no acesso, causando eventuais prejuízos aos utentes necessitados destes cuidados e não assistidos.

• DEMORA MÉDIA

O quadro seguinte reflecte a demora média por tipologia das unidades de internamento, nas várias regiões:

Quadro 11 - Demora Média nas Unidades de Internamento

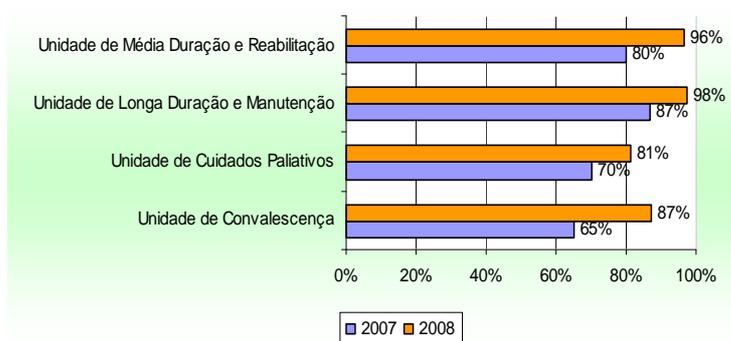
	UC		UMDR		ULDM	
	NOV 06 - DEZ 07	2008	NOV 06 - DEZ 07	2008	NOV 06 - DEZ 07	2008
NORTE	31	29	81	85	192	164
CENTRO	32	34	79	91	244	163
LVT	61	43	98	95	163	108
ALENTEJO	42	36	91	87	214	113
ALGARVE	27	32	80	74	187	102
NACIONAL	39	35	86	86	200	130

Fonte: UMCCI, 2009

Da análise dos dados referentes à demora média dos internamentos constatam-se assimetrias regionais nas unidades de internamento da RNCCI, que reflectem os diferentes níveis de desempenho das instituições prestadoras e, indirectamente, as diferenças de actuação das ECR para efeitos do controlo da aplicação dos critérios de referenciação. Esta situação poderá, também, ser consequência de diferentes níveis de desempenho da qualidade dos cuidados de saúde ministrados pelas instituições, que não estão reflectidos na avaliação desenvolvida pela UMCCI.

• TAXA DE OCUPAÇÃO

Gráfico 19 - Taxa de Ocupação



Fonte: Dados UMCCI, 2009

A taxa de ocupação média na Rede foi, em 2007, de 76%, e, em 2008, 91%.

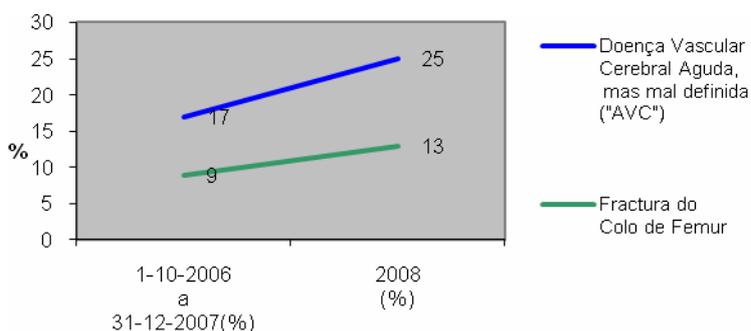
A evolução da taxa de ocupação de 2007 para 2008 poderá reflectir a melhoria da eficiência da referenciação dos utentes para ingresso na Rede.



• DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Em relação ao diagnóstico principal dos utentes que ingressam nas unidades de internamento, sem prejuízo de outros diagnósticos estatisticamente dispersos⁵⁶, os gráficos seguintes reflectem a evolução de dois indicadores de diagnóstico para cada uma das tipologias de internamento:

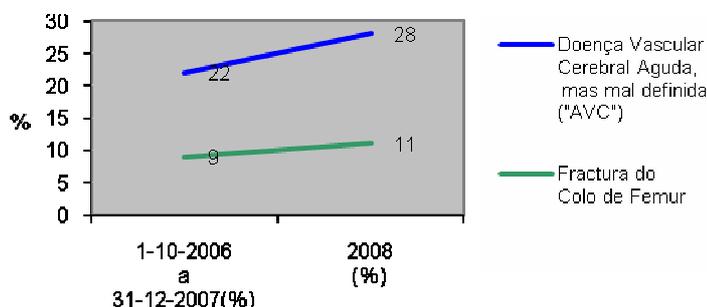
Gráfico 20 - Diagnóstico Principal nas Unidades de Convalescência



No triénio 2006-2008, verificou-se que houve um acréscimo da proporção de utentes com “Doença Cerebral Vascular Aguda” em todas as tipologias de internamento.

No que se refere aos utentes com “Fractura do Colo de Fémur”, verificou-se um aumento do seu peso relativo em todas as tipologias de internamento, à excepção da Longa Duração, em que o peso relativo deste diagnóstico se manteve.

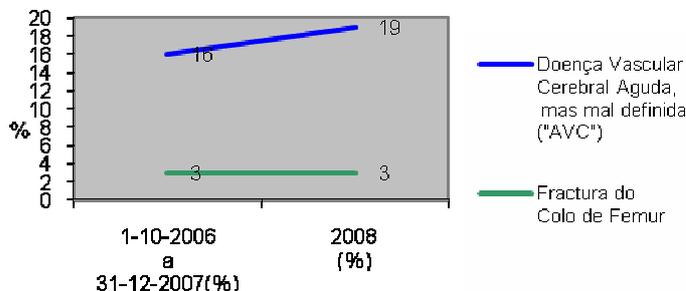
Gráfico 21 - Diagnóstico Principal nas Unidades de Média Duração



⁵⁶ Vg. Insuficiência cardíaca; quadros psicóticos orgânicos senis e pré-senis; efeitos tardios de doenças cardiovasculares cerebrais; obstrução crónica das vias respiratórias NCOP; Doença vascular cerebral NCOP ou mal definida; doença crónica do fígado cirrose; bronquite crónica; degenerações cerebrais NCOP; úlcera crónica da pele.



Gráfico 22 - Diagnóstico Principal nas Unidades de Longa Duração



Fonte: UMCCI, 2009

No ano de 2008, a Doença Vascular Cerebral Aguda Mal Definida –“AVC” representou 42% e a “Fractura do Colo do Fémur” 11% dos diagnósticos principais dos doentes que receberam cuidados continuados.

6.3. Acessibilidade e Equidade

• REFERENCIAÇÃO DE UTENTES

O número total de referenciações inclui as situações em que o mesmo utente pode receber mais do que um tipo de apoio, logo ser referenciado várias vezes para unidades da rede distintas.

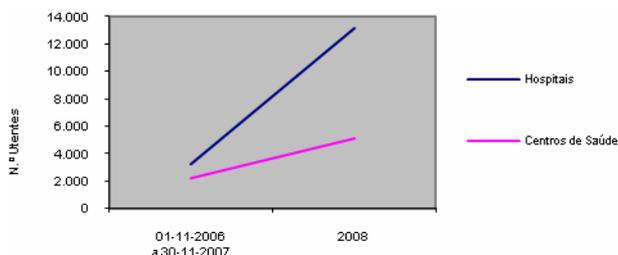
O volume de utentes referenciados pelas EGA e pelos Centros de Saúde tem vindo a aumentar significativamente ao longo do triénio, conforme se demonstra a seguir:

Quadro 12 - Utentes por Entidade Referenciadora

Unidade:N.º de Utentes

	01-11-2006 a 30-11-2007	2008	Varição
Hospitais	3.212	13.193	411%
Centros de Saúde	2.214	5.130	232%
Indeterminado	399	-	

Gráfico 23 - Utentes Referenciados por Entidade Referenciadora

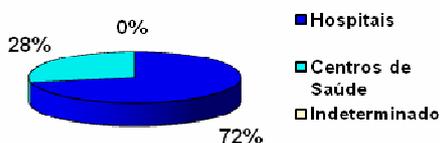


Fonte: UMCCI, 2009



Repare-se no crescimento acentuado da referenciação realizada nos hospitais pelas EGA em contraste com o crescimento moderado da referenciação feita pelos Centros de Saúde. Tal situação poderá dever-se a uma ligação estreita entre a evolução dos episódios de agudos e a necessidade de transferir estes doentes para unidades prestadoras de cuidados especializados (existentes na RNCCI) e com custos mais reduzidos.

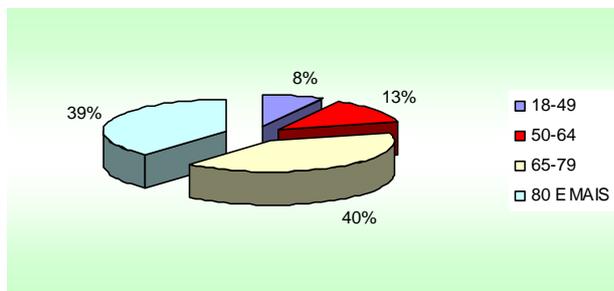
Gráfico 24 - Peso de Cada Entidade Referenciadora 2008



Ao longo do triénio, o peso dos hospitais como entidades referenciadoras subiu de 55% para 72%, mercê da descida do peso dos centros de saúde na referenciação (de 38% para 28%) e de um maior cuidado no registo destes dados (tendo em conta que a percentagem de registos indeterminados decresceu de 7% para 0%).

Fonte: UMCCI, 2009

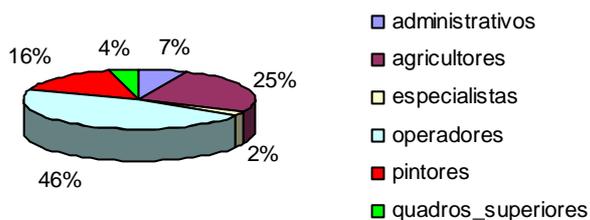
Gráfico 25 - Utentes da Rede por faixa etária 2008



Dos doentes referenciados, 14.524 utentes tinham idade superior a 65 anos. Tal como se constata no gráfico, os grupos etários dominantes são os de 65 a 79 anos com 7.454 indivíduos e o da faixa etária superior aos 80 anos com 7.070 utentes.

Fonte: UMCCI, 2009

Gráfico 26 - Utentes por grupo profissional 2008



Considerando os utentes referenciados pela sua condição profissional, verifica-se que prevalecem os operadores com 8.401 utentes, os agricultores com 5.492 utentes e os pintores (construção civil) com 2.857 utentes.

Fonte: UMCCI, 2009



Face ao que precede, a RNCCI tem recebido os grupos de população mais idosa e de grupos profissionais menos diferenciados.

Em 2007⁵⁷, a distribuição era de 54% para o sexo feminino e 46% para o sexo masculino.

• UTENTES REFERENCIADOS E UTENTES NÃO ADMITIDOS

Em relação aos utentes não admitidos, o quadro seguinte reflecte quer os números absolutos, quer a percentagem de utentes não admitidos, em 2008:

Quadro 13 - Utentes Referenciados e Não Admitidos

Tipologia	Referenciados	Não Admitidos	Percentagem de Não Admitidos
UC	5508	1811	33%
UMDR	5010	1502	30%
ULDMD	4902	3313	68%
UCP	1408	500	36%
ECCI	1495	382	26%
TOTAL	18323	7508	41%

Fonte: UMCCI, 2009

A maior percentagem de utentes não admitidos verificou-se nas ULDM, com 68%. As Unidades de Cuidados Paliativos e de Convalescença ficaram-se pelos 36% e 33%, respectivamente. A causa da não admissão prende-se com o facto de os utentes não reunirem as condições de ingresso na Rede, tendo em conta o seu estado de saúde e as suas características. Esta situação evidencia problemas ao nível da referenciação, havendo muitos utentes referenciados que não necessitam de cuidados continuados ou cujo estado de saúde não coincide com as características e factos inseridos no sistema informático, aquando da referenciação. Indicia, também, falta de rigor na referenciação, havendo utentes que são referenciados para determinada tipologia sendo, posteriormente, reencaminhados para a tipologia mais adequada à sua situação.

Trata-se de uma situação lamentável uma vez que os profissionais de saúde estão habilitados a resolver estes problemas.

• TEMPO DE ESPERA PARA O INGRESSO

O tempo de espera para o ingresso constitui um indicador relevante para o acesso à RNCCI, embora também reflecta o desempenho da coordenação e das unidades no que respeita à execução dos procedimentos de referenciação e colocação dos utentes. Nesta primeira fase 2006-2008, a UMCCI apenas recolheu dados respeitantes ao ano de 2008, pelo que não é possível comparar com

⁵⁷ Vd. Relatório de avaliação da Rede 2007 Site, 26 de Maio.



os anos anteriores, designadamente para aferir os progressos em relação aos tempos ocorridos nas “experiências piloto”.

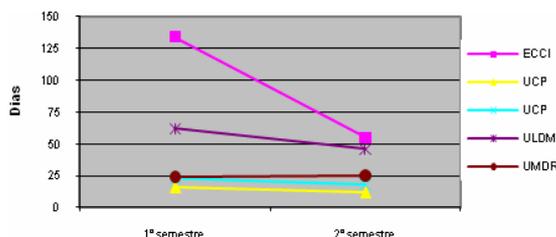
Quadro 14 - Tempo de Espera para Ingresso (2008)

Unidade: N.º dias

	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR
1º semestre	134	16	23	62	24
2º semestre	55	12	18	46	25

Fonte: UMCCI, 2009

Gráfico 27 - Tempo de Espera para Ingresso (2008)



Observe-se que o tempo de espera no 1.º semestre de 2008 revelou-se muito diferenciado e manifestamente prolongado nas ECCI (> a 4 meses) e nas UMDR (> a 2 meses).

Nas suas alegações, a ARS Alentejo referiu que o tempo de espera para as ECCI é de, no máximo, 1 ou 2 dias, se a referência ocorrer no fim-de-semana, não havendo espera se ocorrer durante a semana.

Ao longo de 2008, apesar da tendência decrescente e da redução significativa em certas tipologias (ECCI e ULDM), saliente-se que o tempo de espera nestas tipologias ainda ultrapassa um mês.

Não obstante a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, estabelecer tempos máximos de resposta para o acesso aos cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência, a mesma não contemplou especificamente os tempos de resposta máximos para as várias tipologias de cuidados continuados. No entanto, a UMCCI podia ter promovido a divulgação do tempo de espera para ingresso, por tipologia e unidade, prosseguindo, desse modo, o espírito da “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde”⁵⁸.

A inexistência de estabelecimento de tempos máximos de espera constitui uma barreira ao acesso equitativo aos cuidados continuados e dificulta a decisão do utente, no sentido de optar pela espera ou pela procura de soluções alternativas à Rede. Inviabiliza, ainda, a possibilidade de comparar as condições de acesso existentes em cada região e de desempenho das instituições relativamente ao cumprimento de tempos máximos.

No que se refere a esta matéria, a UMCCI alegou o seguinte: “Refira-se que os tempos médios de espera indicados e a percentagem de doentes referenciados não admitidos, poderão ser consequência de uma eventual desajuste na referência, devida à pressão que as entidades referenciadoras, sobretudo os hospitais, exercem para poderem dar alta aos doentes”.

Face ao exposto, será necessário estudar mecanismos de incentivo ou de penalização para que a referência seja rigorosa, de modo a não desvirtuar a demora média dos internamentos hospitalares e, em simultâneo,

⁵⁸ Cfr. Anexo n.º 2 da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro. O direito à informação do utente que consiste na informação sobre os tempos máximos de resposta a nível nacional e, em particular, de cada instituição prestadora de cuidados, bem como eventuais soluções de referência no sentido da fazer face a uma situação de incumprimento daqueles prazos.



diminuir o número de utentes não admitidos, reduzir o tempo médio de espera e evitar o ingresso de utentes em tipologias inadequadas à sua situação clínica.

Também o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde alegou que o ingresso do utente na Rede depende da existência de vaga, bem como da anuência do próprio e respectiva família, dependendo, muitas vezes, de critérios de proximidade e não de tempos de espera. Defendeu ainda que a existência de limites imperativos, em termos de tempo de espera, não pode vencer a realidade fáctica da inexistência de vaga para a tipologia de cuidados de que o doente necessita.

6.4. Resultados

Os primeiros indicadores de resultados apenas se referem ao ano de 2008, tendo em conta o registo dos dados contidos no sistema de informação da UMCCI, pelo que também não foi possível realizar uma comparação com os resultados alcançados em anos anteriores.

- **NÍVEL DE DEPENDÊNCIA FÍSICA DOS UTENTES**

Em relação ao nível de autonomia física dos utentes na admissão e na alta das unidades de internamento da Rede, os quadros e os gráficos seguintes ilustram o número de utentes e respectiva proporção tendo em conta a sua autonomia física:

Quadro 15 - Nível de Autonomia Física por N.º de Utesntes

AUTONOMIA FISICA 2008		
	ADMISSÃO	ALTA
INCAPAZ	2.480	1.113
DEPENDENTE	3.086	2.547
AUTÓNOMO	432	1.625
INDEPENDENTE	401	1.114

Fonte: UMCCI, 2009

Em regra, o nível de autonomia dos utentes altera-se em consequência dos cuidados de saúde ministrados pelas entidades que integram a Rede. Assim, através dos registos individuais dos utentes foi possível aferir a evolução do seu estado de dependência entre o momento da admissão e da alta, consoante a efectividade dos cuidados de saúde recebidos pelos utentes.



Gráfico 28 - Autonomia Física na Admissão

Gráfico 29 - Autonomia Física na Alta



Fonte: UMCCI, 2009

Ao comparar-se o nível de autonomia física dos utentes na admissão e na alta das unidades de internamento verificou-se uma diminuição de utentes dependentes de 48% para 41% e incapazes de 39% para 17%. Em consequência, houve um aumento positivo de utentes autónomos, de 7% para 25% e independentes, de 6% para 17%, que se traduz num manifesto benefício.

MOTIVO DA ALTA

No que se refere ao motivo da alta, no quadro e gráficos seguintes pode observar-se o número de doentes e a respectiva distribuição em 2006-2007 e 2008:

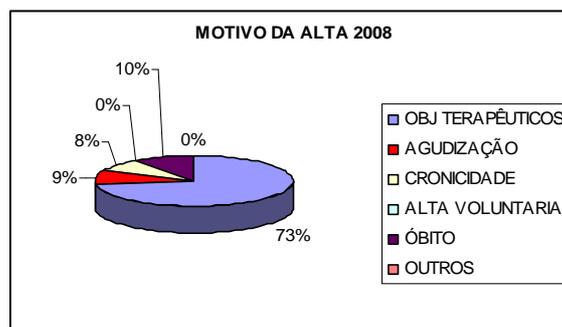
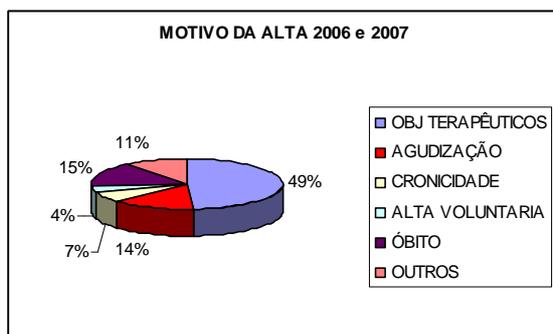
Quadro 16 - Motivo da Alta

MOTIVO DA ALTA	1-10-2006 a 30-11-2007	Distribuição %	2008	Distribuição %
OBJ TERAPÊUTICOS	2.219	49%	8.416	73%
AGUDIZAÇÃO	634	14%	1.010	9%
CRONICIDADE	317	7%	957	8%
ALTA VOLUNTARIA	181	4%	0	0%
ÓBITO	679	15%	1.165	10%
OUTROS	498	11%	0	0%

Fonte: UMCCI, 2009

Gráfico 30 - Motivo da Alta 2006 e 2007

Gráfico 31 - Motivo da Alta 2008



Fonte: UMCCI, 2009



Ao analisarem-se os dados que constam dos gráficos anteriores⁵⁹ verificou-se um crescimento do peso dos utentes que obtiveram alta pela obtenção dos objectivos terapêuticos, de 49% para 73% o que poderá indiciar uma maior eficácia dos cuidados de saúde da Rede. Verificou-se, também, uma descida dos utentes que saíram por óbito, de 15% para 10%, o que pode ser explicado pelo contributo dos cuidados continuados para o aumento dos anos de vida dos utentes. No entanto, o sistema de informação da UMCCI não tratou os dados de anos anteriores, e, por isso, inviabilizou a avaliação dos resultados alcançados pelas experiências piloto ou por comparação com outras experiências internacionais.

• DESTINO DOS UTENTES APÓS A ALTA

A continuidade de cuidados através de outras respostas adequadas e a promoção da autonomia, independência e prestação de cuidados domiciliários, pode ser aferida em função do conhecimento do destino dos utentes saídos.

Em 2007, os dados apresentados contêm limitações, uma vez que foram obtidos a partir de 2.545 utentes saídos com destino identificado. No que diz respeito ao ano de 2008, não foram considerados os óbitos e os dados relativos às unidades de cuidados paliativos. Os gráficos seguintes ilustram o destino após alta, por tipologia de internamento:

Gráfico 32 - Destino dos utentes com Alta – Nov. 2006 a Nov. de 2007

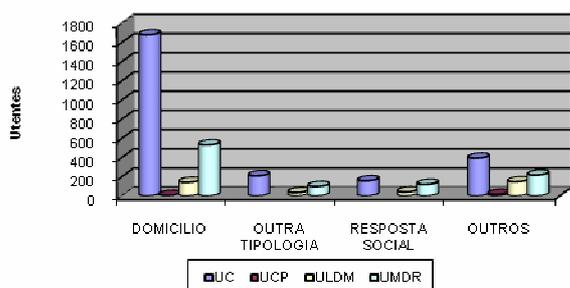
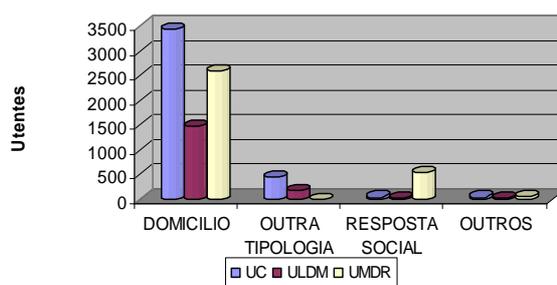


Gráfico 33 - Destino dos utentes com Alta 2008



Fonte: UMCCI, 2009

A maioria dos utentes da RNCCI com identificação de alta tiveram como destino o domicílio, em ambos os anos. Dos utentes saídos das UC, 69% teve como destino o domicílio, em 2007 e 87%, em 2008. Das restantes unidades sobressaem as UMDR que, em 2007, registaram uma taxa de 55%.

⁵⁹ Relativamente aos utentes por alta voluntária e outros motivos, não existem dados para 2008.



No que diz respeito ao ano de 2008, todas as unidades de internamento⁶⁰ registaram taxas superiores a 80% para o destino domicílio.

Em 2007, em média, cerca de 10% dos utentes saídos das tipologias de internamento identificadas nesse ano tiveram como destino outras tipologias da Rede. Em 2008, dos doentes saídos das UC e ULDM, 11% tiveram como destino outras tipologias da Rede, o que revela que parte do universo dos utentes internados nas unidades da RNCCI prosseguem, no âmbito da Rede, a utilização continuada dos cuidados prestados pelas várias tipologias.

- **ÚLCERAS DE PRESSÃO E UTILIZAÇÃO DE CADEIRA DE RODAS⁶¹**

No final do ano de 2008, registou-se uma prevalência de cerca de 22% de utentes com úlceras de pressão ou seja 2.916 utentes, o que resulta de uma evolução qualitativa favorável do primeiro para o segundo semestre desse ano.

Relativamente ao uso de Cadeiras de Rodas, de 5.869 utentes da Rede com registo válido na admissão e na alta, verificou-se que 2.730 utentes usavam cadeira de rodas no momento de ingresso na rede e que na alta esse número diminuiu para os 1.263 utentes, registando-se uma redução de cerca de 54% ao longo do ano, o que reflecte um incremento qualitativo relevante.

6.5. Execução Financeira da Região Centro

Quadro 17 - Transferido vs Executado na ARS Centro

Unidade: Euros

	REGIÃO CENTRO		
	Transferido	Executado (pago)	Percentagem de Execução
2006	3.177.231,71	2.199.192,63	69,22%
2007	5.274.934,00	4.186.591,19	79,37%
2008	13.468.960,00	10.548.001,39	78,31%
	21.921.125,71	16.933.785,21	

Fonte: ACSS, 2009

⁶⁰ Desconhecem-se os dados das UCP.

⁶¹ A utilização de cadeiras de rodas e úlceras de pressão constituíram, em 2008, dados que deram origem a indicadores de qualidade dos cuidados prestados nas unidades de internamento.



No que concerne às verbas transferidas da ACSS para a ARS Centro e por esta executadas, no período de 2006 a 2008, os montantes transferidos totalizaram € 21,9 milhões, tendo sido pagos pela ARS Centro cerca de € 17 milhões.

No ano de 2007 registou-se o maior grau de execução (79%), considerando que foi o ano de implementação e de expansão da Rede. A percentagem de execução mais baixa verificou-se em 2006 (69%), devido aos atrasos iniciais na execução do plano de implementação e por ainda estarem a ser corrigidos e aperfeiçoados os métodos e suportes de faturação.

No que se refere às verbas despendidas por unidade de internamento, registaram-se os seguintes valores:

Quadro 18 - Verbas despendidas por unidade de internamento

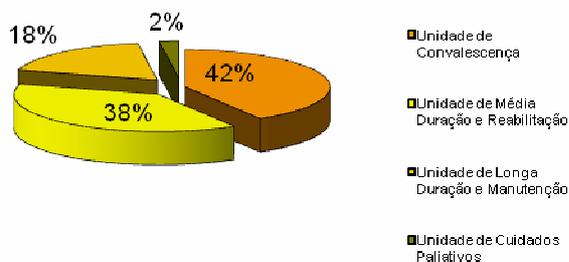
Unidade: Euros

REGIÃO CENTRO				
Tipologia	2006	2007	2008	Total por Tipologia
Unidade de Convalescença	2.199.192,63	2.521.337,03	2.242.362,10	6.962.891,76
Unidade de Média Duração e Reabilitação	0,00	1.150.506,70	5.268.982,17	6.419.488,87
Unidade de Longa Duração e Manutenção	0,00	415.565,77	2.672.213,86	3.087.779,63
Unidade de Cuidados Paliativos	0,00	0,00	362.464,40	362.464,40
Total	2.199.192,63	4.087.409,50	10.546.022,53	16.832.624,66

Fonte: UMCCI, 2009



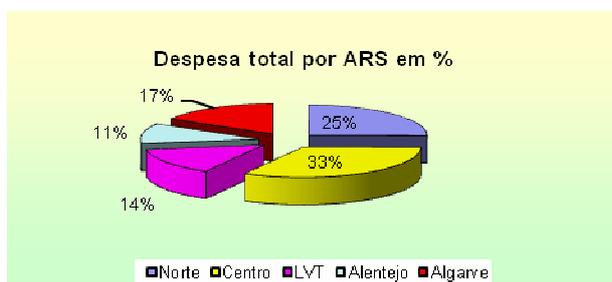
Gráfico 34 - Distribuição de Verbas despendidas por Unidade de Internamento



As unidades de convalescência absorveram 42% dos montantes despendidos com as unidades de internamento, em consequência do preço por utente ser superior nesta tipologia e por ter originado pagamentos em todos os anos do triénio 2006-2008. As unidades de cuidados paliativos são as que apresentam uma percentagem de verbas despendidas mais baixa em resultado quer da reduzida dimensão destas unidades no contexto da Rede, quer pelo atraso na sua implementação.

Os montantes despendidos com as unidades de internamento, no triénio 2006-2008, totalizam € 16,8 milhões, correspondendo cerca de € 6,9 milhões às unidades de convalescência, € 6,4 milhões às unidades de média duração e reabilitação, € 3 milhões às unidades de longa duração e manutenção e, por último, € 362 mil às unidades de cuidados paliativos.

Gráfico 35 – Comparação da Despesa da ARSC com outras ARS



No final do triénio, constatou-se que a ARS Centro foi a que realizou mais despesa e alcançou a maior execução financeira face a outras regiões de dimensão significativa, nomeadamente a ARSLVT e a ARS do Norte.



6.6. Execução Física da Região Centro

• COBERTURA E CAPACIDADE REGIONAL INSTALADA

Quadro 19 - Capacidade Instalada: Previsão e Execução

Tipologia	2006			2007			2008		
	Plano	Executado	Execução %	Plano	Executado	Execução %	Plano	Executado	Execução %
Unidade de Convalescença	223	76	34%	140	86	61%	167	106	63%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	77	99	129%	269	230	86%	348	327	94%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	148	155	105%	287	227	79%	610	424	70%
Unidade de Cuidados Paliativos	8	0	0%	24	24	100%	46	24	52%
Total	456	330	72%	720	567	79%	1.171	881	75%

Fonte: UMCCI, 2009

Da análise do quadro supra destacam-se as baixas taxas de execução ao nível das UC, designadamente, 34% em 2006, 61% ,em 2007 e 63%, em 2008.

No que se refere às UCP, não houve qualquer execução em 2006, apesar de estarem previstas 8 unidades desta tipologia. No entanto, em 2007, a implementação destas unidades atingiu 100% do planeado, baixando para metade no ano seguinte.

Relativamente às UMDR e ULDM, em 2006, superaram as expectativas, implementando mais camas do que o inicialmente planeado. Nos anos seguintes, as taxas de execução ficaram aquém do planeado, embora, no caso das UMDR, as taxas de execução sejam elevadas.

• COBERTURA REGIONAL POR CAMAS

Relativamente à cobertura regional das unidades de internamento, os quadros seguintes contêm as taxas de cobertura das várias regiões incluindo a Região Centro, para uma população com idade igual ou superior a 65 anos:



Quadro 20 - Taxa de Cobertura das Unidades de Convalescença por Regiões

Região	N.º Camas por 100.000 Habitantes Idade >/ 65 anos		
	2006	2007	2008
Norte	16	31	38
Centro	21	23	29
LVT	2	12	18
Alentejo	4	33	33
Algarve	24	52	62
Total	12	24	30

Quadro 21 - Taxa de Cobertura das Unidades de Média Duração e Reabilitação

Região	N.º Camas por 100.000 Habitantes Idade >/ 65 anos		
	2006	2007	2008
Norte	9	23	43
Centro	27	62	89
LVT	3	11	32
Alentejo	18	50	80
Algarve	33	53	57
Total	12	30	52

Quadro 22 - Taxa de Cobertura das Unidades de Longa Duração e Manutenção

Região	N.º Camas por 100.000 Habitantes Idade >/ 65 anos		
	2006	2007	2008
Norte	11	26	68
Centro	42	62	115
LVT	0	12	38
Alentejo	8	72	98
Algarve	0	92	186
Total	13	34	74

Quadro 23 - Taxa de Cobertura das Unidades de Cuidados Paliativos

Região	N.º Camas por 100.000 Habitantes Idade >/ 65 anos		
	2006	2007	2008
Norte	0	3	5
Centro	0	7	7
LVT	2	2	5
Alentejo	0	0	7
Algarve	0	0	0
Total	1	3	5

Fonte: UMCCI e Estimativas para dados populacionais 2006 e 2007 do INE.

Relativamente a 2008, foram utilizados os dados de 2007, por não estarem disponíveis dados populacionais para aquele ano.

Ao comparar-se a Taxa de Cobertura das unidades de internamento da Região Centro com a nacional verificou-se que esta região tem taxas de cobertura superiores à nacional em todas as tipologias, salvo nas UC (em 2007 e 2008) e UCP (em 2006).

Relativamente às Unidades de Cuidados Paliativos, em 2006 não estava em funcionamento qualquer unidade desta tipologia na Região Centro, existindo apenas duas unidades na região de LVT, o que resultou numa taxa de cobertura nacional de uma cama por 100 mil habitantes.

Quadro 24 - Camas Planeadas vs n.º de Camas Implementadas no triénio 2006-2008 por Região

Ano	Regiões	Planeado	Executado	Tx. Execução
2006	Norte	454	202	44%
	Centro	456	330	72%
	LVT	204	44	22%
	Alentejo	100	37	37%
	Algarve	115	45	39%
2007	Norte	940	468	50%
	Centro	720	567	79%
	LVT	552	242	44%
	Alentejo	317	191	60%
	Algarve	189	159	84%
2008	Norte	1401	877	63%
	Centro	1171	881	75%
	LVT	737	600	81%
	Alentejo	332	266	80%
	Algarve	271	246	91%

Fonte: UMCCI, 2009

A taxa de implementação de camas na Região Centro em média situou-se nos 75%, no período 2006-2008, tendo finalizado o triénio com 881 camas em funcionamento quando o previsto era de 1.171 camas.

Em 2006, a Região Centro implementou 330 camas, correspondendo a uma taxa de execução de 72%. No que diz respeito às restantes Regiões, estas registaram taxas de execução baixas, distinguindo-se a região Norte com 44%, significando 202 camas em funcionamento quando estavam previstas 454 camas, revelando erros de programação.

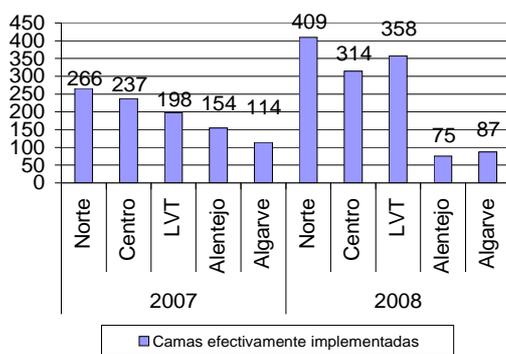


Relativamente aos anos de 2007 e 2008, a Região Centro implementou o maior número de camas, embora não tenha registado a maior taxa de implementação. No período anteriormente referido, foi a Região do Algarve que registou as maiores taxas de implementação, nomeadamente 84% e 91%.

A UMCCI pronunciou-se nos seguintes termos: “ (...)Constata-se que a situação mais grave de disparidade entre o planeado e o executado situa-se em Lisboa e é devida à inexistência de parceiros sociais na Rede, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e IPSS que intervenham neste âmbito. Contribuiu, também, para tal situação, a limitação aos financiamentos comunitários por parte desta Região e o custo muito elevado dos terrenos e imóveis para investimento nesta área, por parte de entidades privadas com ou sem fins lucrativos (...) Esta situação será ultrapassada a curto e médio prazo, mercê do Programa Modelar (...) bem como a cedência de 15 terrenos na cidade de Lisboa pela respectiva autarquia à ARSLVT”..”.

Do ponto de vista da ARSLVT, esta situação está, também, relacionada com a crescente procura que acompanha a evolução demográfica e epidemiológica, com a elevada densidade populacional desta região e com a crescente preocupação da ARSLVT em divulgar a RNCCI, de modo a assegurar a equidade no acesso aos cuidados.

Gráfico 36 - Variação de Camas efectivamente implementadas



Fonte: UMCCI, 2009

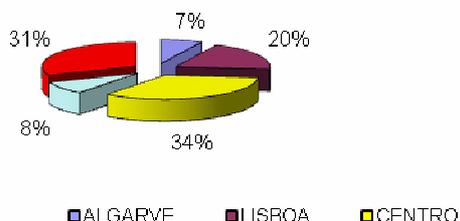
Em termos de criação efectiva de número de camas, verifica-se que foi a Região Norte, aquela em que houve um maior desenvolvimento da Rede, tendo criado, de 2006 para 2007, 266 camas e, de 2007 para 2008, 409 camas. Em termos de aumento efectivo de número de camas, a Região Centro implementou 237 camas em 2007 e 314 camas em 2008.

Das restantes Regiões sobressai a ARSLVT que passou de 198 camas, em 2007, para 358 camas, em 2008.

A ARS Norte, nas suas alegações, informa que assumiu uma estratégia de concentração nas tipologias em que a procura mais se acentuava, procurando, assim, privilegiar a implementação dessas tipologias.



Gráfico 37 - Acordos Celebrados por Região



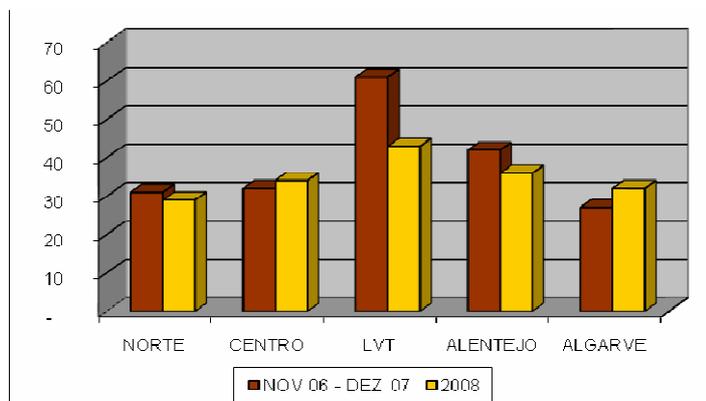
Fonte: UMCCI, 2009

Até 2008 tinham sido celebrados, ao todo, 154 Acordos, tendo a Região Centro celebrado 52 Acordos e a Região Norte, 48. A Região de Lisboa e Vale foi responsável por 30 Acordos e as restantes regiões por 24 Acordos.

- DEMORA MÉDIA NAS UNIDADES DA REGIÃO CENTRO**

Relativamente à demora média na Região Centro, os gráficos seguintes permitem comparar a situação nas várias tipologias, por região:

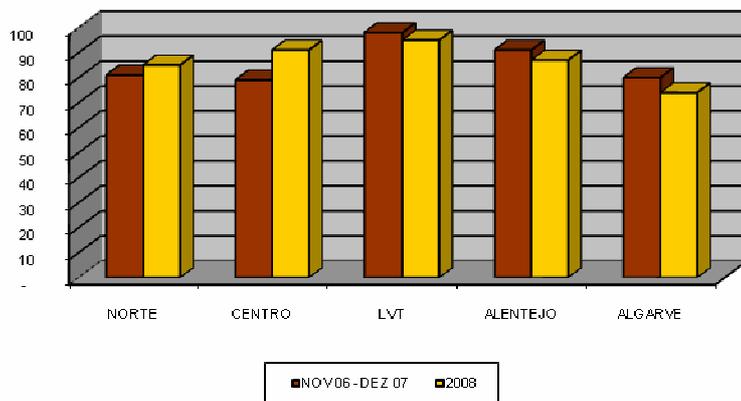
Gráfico 38 - Demora Média nas Unidades de Convalescença



Nas unidades de convalescença, a demora média tem registado níveis intermédios, tendo as regiões LVT e Alentejo demoras médias superiores e as regiões Norte e Algarve demoras inferiores. Verificou-se, também, um ligeiro acréscimo da demora média na Região Centro, de 2006-2007 para 2008.



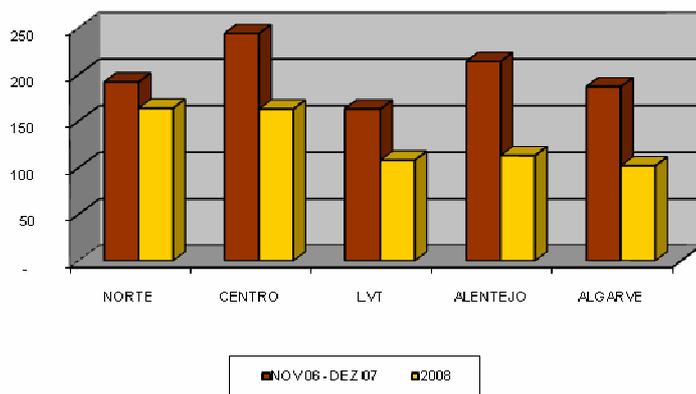
Gráfico 39 - Demora Média nas Unidades de Média Duração



Fonte: UMCCI, 2009

As UMDR, na Região Centro, tinham, no período 2006-2007, a demora média mais baixa a nível nacional, tendo perdido essa posição em 2008, passando a ser a região com a segunda demora média mais elevada em 2008. Tal situação poderá dever-se a falhas na referência, bem como à casuística dos utentes deste tipo de unidades que é mais complexa, o que provoca uma aumento do período de internamento.

Gráfico 40 - Demora Média nas Unidades de Longa Duração



Fonte: UMCCI, 2009

Relativamente às Unidades de Longa Duração, verificou-se uma descida acentuada da demora média na Região Centro, passando de 244 dias, em 2006-2007, para 163 dias em 2008. Assim, a demora média da Região Centro deixou de ser a mais elevada, passando para a segunda posição em 2008, o que indicia uma maior eficiência destas unidades na prestação de cuidados de saúde⁶².

⁶² Cfr. Relatório do TC n.º 16/09, 2.ª Secção - "Auditoria à intervenção da Agências/Departamentos de Contratualização".



6.7. Internamento Hospitalar vs Implementação das Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região Centro

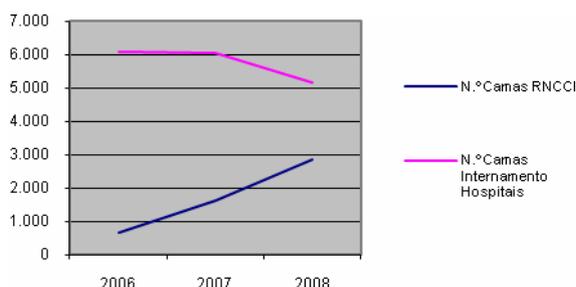
A implementação da RNCCI pressupõe a integração e continuidade de cuidados de saúde com a prestação de cuidados hospitalares e primários. Neste sentido, desenvolveu-se uma análise que conjuga a capacidade e produção do universo dos hospitais da área de influência da ARS do Centro⁶³ com a implementação de unidades de internamento da RNCCI na mesma região, no triénio 2006-2008, pressupondo que a articulação adequada entre a prestação de cuidados hospitalares e unidades e serviços de cuidados continuados potencia a optimização da utilização dos recursos públicos afectos ao SNS.

Por outro lado, nos cuidados hospitalares, a referenciação de doentes para as unidades de internamento da RNCCI evita e previne o internamento na mesma unidade hospitalar de utentes com situações clínicas muito distintas, obrigando à coabitação e tratamento indiferenciado, no mesmo espaço físico, de doentes com patologias em estado agudo, que condicionam a sua autonomia, com outros que ainda possuam um razoável grau de autonomia ou que a tenham transitoriamente perdido.

• CAPACIDADE HOSPITALAR

A lotação dos hospitais, em número de camas, diminuiu ao longo triénio, de 6.075 para 5.155 camas, tal como se ilustra no gráfico seguinte:

Gráfico 41 - Capacidade Hospitalar e RNCCI



Fonte: ACSS, 2009

Observe-se que a diminuição mais acentuada, cerca de 17%, ocorreu de 2007 para 2008. Esta diminuição de 873 camas hospitalares pode estar associada à implementação da RNCCI, embora não tenha sido recolhida evidência de que tenha ocorrido uma conversão total de camas hospitalares em camas de unidades de cuidados continuados, visto que, de 2007 para 2008, foram implementadas 1243 camas na RNCCI na Região Centro.

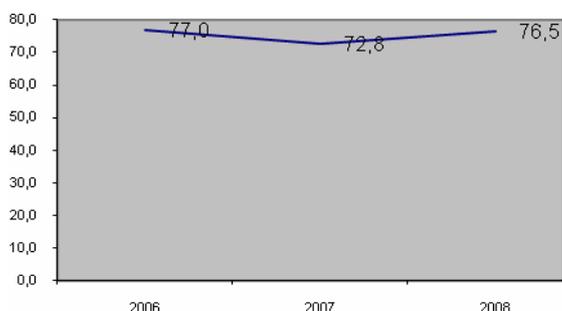
No seu contraditório, a ARS Centro manifestou a sua concordância acerca da sobredimensão da capacidade hospitalar da Região Centro, tendo aquela ARS tomado medidas no sentido de adequar a lotação dos hospitais às reais necessidades, nomeadamente, em sede de contratualização, embora sustente que se trata de "(...) um processo demorado, sujeito a avanços e recuos, guiado por critérios técnicos e por preocupações de eficiência e razoabilidade na gestão de recursos".

⁶³ Vd. Anexo 11 do volume II. Fonte dos dados: ACSS, I.P., Março/Junho de 2009.



- **TAXA DE OCUPAÇÃO**

Gráfico 42 - Taxa de Ocupação



Fonte: ACSS, 2009

A taxa de ocupação desceu ligeiramente, de 2006 para 2007, voltando, em 2008, ao nível de 2006.

A capacidade hospitalar poderá continuar a estar sobredimensionada, uma vez que a taxa de ocupação, em 2008, se situava nos 76,5%, apesar da diminuição significativa do número de camas (de 6.075, em 2006, para 5.155, em 2008).

- **REFERENCIAÇÃO**

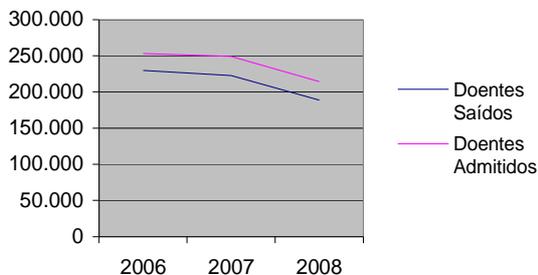
Dos utentes saídos dos hospitais da região centro apenas 1,17% são referenciados pelas EGA para a RNCCI.

- **DOENTES ADMITIDOS E DOENTES SAÍDOS DOS HOSPITAIS DA REGIÃO CENTRO**

Ao longo do triénio verificou-se uma diminuição dos utentes admitidos e saídos nos hospitais da região Centro:



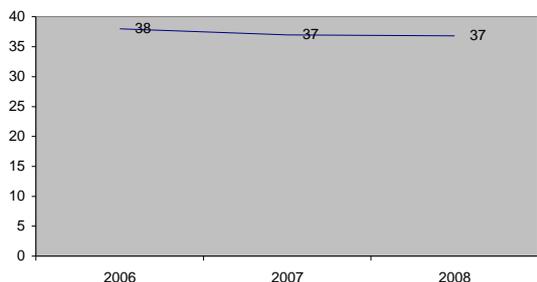
Gráfico 43 - Doentes Admitidos e Doentes Saídos dos hospitais



Fonte: ACSS, 2009;

Esta situação poderá dever-se a um maior esforço das unidades hospitalares em tratar, em regime de ambulatório, situações que, outrora, requeriam o internamento do utente. O facto da descida do número de utentes saídos se processar em paralelo com a dos utentes admitidos não permite concluir que a criação da RNCCI tenha provocado um impacto significativo nesta variável, o que se infere pela tendência paralela e decrescente das curvas que representam os doentes admitidos e os doentes saídos dos hospitais, o que contrasta com a tendência crescente do número de camas da RNCCI.

Gráfico 44 - Doentes Saídos por Cama- hospitais



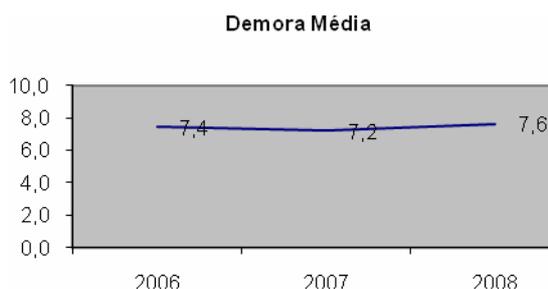
Fonte: ACSS, 2009

No que se refere aos utentes saídos por cama, verificou-se nos hospitais um ligeiro decréscimo, entre 2006 e 2007-2008.

Este decréscimo poderá estar relacionado com o excesso de capacidade hospitalar, tendo em conta que a diminuição do número de utentes saídos não foi acompanhada pela correspondente redução da capacidade hospitalar, tal como acima já se evidenciou.

• DEMORA MÉDIA DO INTERNAMENTO

Gráfico 45 - Demora Média nos hospitais



Fonte: ACSS, 2009

O surgimento da Rede não teve influência na demora média dos internamentos hospitalares, tendo em conta que esta decresceu de 2006 para 2007, voltando a crescer de 2007 para 2008.



O facto da demora média ter aumentado entre 2007 e 2008, ano em que a Rede consolidou a sua implantação, permite concluir que a criação da Rede não terá provocado impactos significativos na descida da demora média dos internamentos hospitalares, por via da gestão de altas, integração e continuidade dos cuidados aos utentes hospitalizados.

7. AVALIAÇÃO DO CONTROLO INTERNO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

7.1. UNIDADE DE MISSÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A coordenação da Rede tem sido desempenhada a nível nacional por uma Unidade de Missão (UMCCI), sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local, que são asseguradas por 5 equipas coordenadoras regionais (ECR) e por 82 entidades coordenadoras locais (ECL).

Tal como resulta dos níveis de execução financeira e física apurados em sede de auditoria, a UMCCI revelou, nos instrumentos que submeteu à aprovação da Tutela, um desajustamento entre a identificação das necessidades, definição de metas e capacidade de realização.

Sublinhe-se que estes desajustamentos desencadearam a aprovação, em finais de 2008, de um documento de “planeamento”, designado de alteração do plano de implementação, no qual se ajustaram os objectivos à execução previsivelmente ocorrida.

Apesar do constatado, de facto, a RNCCI foi identificada pelo “Grupo Técnico para a Implementação da Orçamentação por Programas (GTIPOP) como um dos projectos-piloto para a orçamentação por programas para o Orçamento de Estado de 2009 (Capítulo VI), no qual se incluiu uma previsão plurianual até ao ano de 2012 que envolve no total € 1.077 milhões. A orçamentação por programas permitirá de uma forma antecipada e transparente associar a despesa pública aos resultados, através da definição de objectivos, indicadores (físicos e financeiros) e metas (mensuráveis) que possibilitam avaliar o desempenho dos executantes/gestores do programa. No entanto, a prossecução dessas possibilidades dependerá do ajustamento entre as necessidades, disponibilidades e os níveis de execução realmente alcançáveis.



• SISTEMA DE INFORMAÇÃO

O desenvolvimento do sistema de informação ainda não se encontrava concluído⁶⁴, salientando-se a impossibilidade de reconstituição fíavel do histórico dos dados, o que inviabilizou a comparação com experiências piloto realizadas entre 2005 e meados de 2007.

Ainda não tinha sido desenvolvida, no sistema de informação, a produção de indicadores que possibilitassem a aferição dos anos de vida ganhos pelos utentes da RNCCI, bem como a determinação de QALY's, por exemplo, nem a integração da informação de natureza económico-financeira, designadamente a que respeita ao tratamento dos custos relevantes, directos e indirectos, incorridos por tipologia de unidades e equipas, região ou utentes.

Tal situação não propiciou a possibilidade de realização de comparações com outras experiências internacionais, designadamente com a existente na Catalunha (Espanha)⁶⁵ – vd. ponto 3.3.

Até ao final do primeiro trimestre de 2009, o sistema de informação gerido pela UMCCI, em fase de exploração, já permitia monitorizar, ao nível da execução física, a produção, acesso e resultados, determinados por alguns indicadores de efectividade (vg. grau de dependência; utilização de cadeiras de rodas; motivos das altas, destino dos utentes pós-alta). No entanto, a UMCCI não dispunha de um manual de desenvolvimento e exploração do sistema, de modo a que se pudessem verificar os controlos instituídos no próprio sistema e se confirmassem as respectivas garantias de auditabilidade dos dados inseridos.

• ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO

Incumbe à UMCCI fazer cumprir os regulamentos de segurança e qualidade nos estabelecimentos da Rede, em estreita articulação com os organismos competentes⁶⁶. As unidades e equipas da Rede estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a auto-avaliação anual e a avaliação externa da iniciativa da ECR⁶⁷. Na Região Centro, entre 2006 e 2007, ocorreram visitas periódicas às várias unidades de prestadores envolvidas, em virtude do acompanhamento permanente e necessidade de recolha de dados para o sistema informático da Rede, contudo, a ECR não produziu relatórios formais e específicos que evidenciassem as verificações e a avaliação dos requisitos de segurança e qualidade.

No âmbito do contraditório, a ARS Centro considerou que aqueles relatórios deveriam resultar de auditorias que, "(...) de acordo com a arquitectura de repartição de responsabilidades do sistema, foram efectuadas

⁶⁴ O aplicativo informático desenvolvido pela UMCCI entrou em funcionamento em Janeiro de 2008. Suportado em plataforma Web o registo da actividade assistencial, proporcionando a partilha de informação entre os vários intervenientes da Rede, para os quais foram definidos diferentes níveis de acesso.

⁶⁵ Vd. Produção da Rede Nacional de Cuidados Continuados I.

⁶⁶ Vd. Alínea d) do n.º 2 da RCM n.º 168/2006, de 18 de Dezembro.

⁶⁷ Vd. Art.º 39.º do Dec.-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.



através da UMCCI (...) Só durante 2009 é que a UMCCI considerou adequado descentralizar as actividades de acompanhamento e auditoria, as quais passaram a ser assumidas pelas ARS”.

Tal observação não prejudica o reparo respeitante à inexistência de relatórios formais e específicos que evidenciassem as verificações de visitas que foram efectivamente realizadas.

A UMCCI procedeu à contratação externa de consultores para realizarem uma avaliação, a nível nacional, e a realização de visitas técnicas às Unidades da RNCCI. Essas visitas vieram a ocorrer, apenas no ano de 2008, tendo sido realizadas 242, que envolveram 47 ECL (57%) e 98 unidades prestadoras (76%)⁶⁸.

Nos termos do relatório de acompanhamento de Março de 2009⁶⁹ produzido pela consultora⁷⁰, sublinha-se que os resultados reportados ao ano de 2008 apuraram uma média de cumprimento global dos requisitos⁷¹ de cerca de 82%. O quadro seguinte sintetiza os pontos fortes e pontos fracos identificados:

Quadro 25 – Pontos Fortes e Fracos das Unidades de Internamento-2008

Pontos fortes	
✓	Gestão do processo de cuidados e da informação (95,4%)
✓	Segurança, instalações, equipamentos e dispositivos (95,2%)
✓	Controlo de Infecção e gestão de resíduos (91,6%)
✓	Direitos do utente e promoção da autonomia (90,2%)
Pontos fracos	
–	Avaliação da satisfação e dos resultados (44,4%)
–	Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos (61,6%)
–	Processo de acolhimento (77,4%)

Fonte: UMCCI, Abril 2009; Relatório de Acompanhamento produzido por BIQ Consulting, Março 2009

Face ao que antecede, constata-se a necessidade de intensificar a acção das estruturas coordenadoras da RNCCI, para a detecção e prevenção dos pontos fracos supra identificados e manutenção e melhoria dos níveis de cumprimento evidenciados nos pontos fortes. Além disso, importará internalizar as práticas de controlo e avaliação realizadas pelos consultores para que

⁶⁸ Vd. Anexo 12 do Volume II.

⁶⁹ Este relatório teve por objectivos o acompanhamento às unidades de internamento da RNCCI, e visou a avaliação do cumprimento dos acordos e a utilização dos recursos das unidades.

⁷⁰ BIQ Consultores de Engenharia Industrial, Lda..

⁷¹ Foram considerados 11 requisitos: 1- Processo de acolhimento; 2 - Acesso e continuidade de cuidados e serviços; 3 - Informação e comunicação à/ao utente; 4 - Direitos da/do utente e promoção da autonomia; 5 - Recursos humanos; 6 - Cuidados e serviços à/ao utente; 7 - Segurança, instalações, equipamentos e dispositivos; 8 - Controlo de infecção e gestão de resíduos; 9 - Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos; 10 - Gestão do processo de cuidados e da informação; 11 - Avaliação da satisfação e dos resultados.



sejam convertidas em manuais internos que possam ser aplicadas pelos técnicos das ECR, dando cumprimento à iniciativa que legalmente lhes foi conferida.

Na suas alegações, a Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados referiu estar a ser elaborado, pela Unidade de Missão, um manual de procedimentos a ser adoptado pelas ARS.

• REGULAMENTAÇÃO E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

A elaboração e actualização de normas técnicas e guias de boas práticas para a prestação de cuidados continuados integrados constituem uma incumbência da UMCCI⁷² que foi realizada ao longo do triénio, designadamente nos domínios da admissão, mobilidade e alta dos utentes; consentimento informado; processo individual de cuidados; transporte de doentes; facturação; sistema de informação e controlo da infecção.

7.2. CONTROLO INTERNO (Administrativo e Contabilístico) da ARS Centro

A ARS Centro não procedeu à criação de um centro de custos, para efeitos de imputação dos custos incorridos com a RNCCI, em cumprimento do legalmente prescrito no diploma que instituiu a RNCCI, em 2006⁷³. Tal situação, além de irregular, é censurável do ponto de vista das boas práticas de gestão e prejudica a transparência da utilização dos recursos afectos à RNCCI na Região Centro.

A ARS Centro alegou já estar regularizada esta situação, tendo salientado que sempre dispôs de um centro de custos para os cuidados continuados, admitindo, porém, não estar esse centro de custos individualizado. No entanto, a ARS Centro já procedeu à criação desse centro de custos, por tipologia e por prestador.

Também as restantes ARS (Lisboa e Vale do Tejo, Norte, Alentejo e Algarve) referiram, nas suas alegações, disporem já de um centro de custo para os cuidados continuados, por tipologia.

No sentido de testar os controlos exercidos pela ARS do Centro ao nível da execução financeira, designadamente, do pagamento de facturação das unidades de internamento⁷⁴, foram recolhidas duas amostras do universo de facturação daquelas unidades, relativamente aos anos de 2007 e 2008, de 64 e 14 elementos, respectivamente⁷⁵.

⁷² Vd. Alínea e) do ponto 2 da RCM n.º 168/2006, de 18 de Dezembro.

⁷³ Cfr. N.º 2 do artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

⁷⁴ Vd. Anexo 13 do Volume II.

⁷⁵ Os universos de facturação de 2007 e 2008 eram compostos por 1.058 e 2.888 facturas, respectivamente.



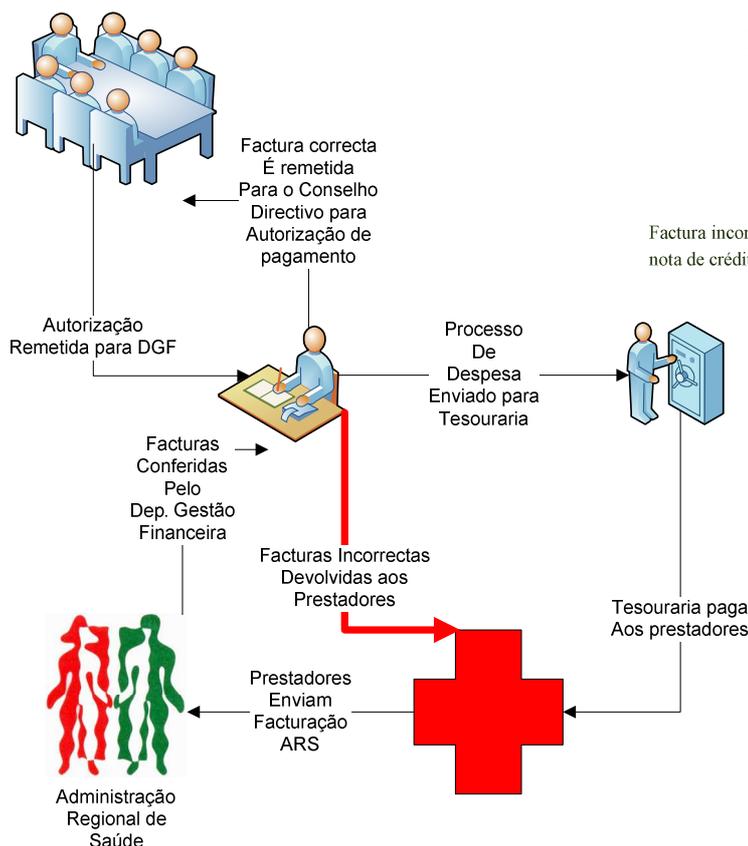
Figura IV – Circuito de Conferência da Facturação da ARSC

As facturas são enviadas pelos prestadores à ARSC.

O Departamento de Gestão Financeira da ARS Centro procede à conferência das facturas, pelos seguintes itens:

- Identificação do utente e respectivos números de cartão do SNS e de beneficiário da Segurança Social;
- Data de admissão e alta na unidade;
- Identificação de eventuais terceiros pagadores;
- Valor da factura.

Factura incorrecta: a ARSC solicita ao prestador a emissão de uma nota de crédito.



No que se refere à facturação de 2007, foram detectadas incorrecções em 11 dos 64 processos de despesa analisados, o que representa cerca de 17%. As incorrecções perfazem o montante de € 12.885,39, pagamentos indevidos, estando discriminadas no quadro seguinte:



Quadro 26 - Processos de despesa: Montantes Irregulares

Unidade: Euros

N.º de Factura	Período	Tipologia	Montante	Entidade	Observações	Data de Pagamento	Montante Incorrectamente Pago
372	Agosto de 2007	Convalescença	20.740,00 €	Santa Casa da Misericórdia de Guarda	Esta factura contém 1 utente beneficiário da ADSE.	05-12-2007	1.700,00 €
204	Julho de 2007	Média Duração	16.080,66 €	Santa Casa da Misericórdia do Fundão	Esta factura contém 2 utentes beneficiários da ADSE e um da ADMG.	05-11-2007	412,92 €
298	Outubro de 2007	Média Duração	15.923,52 €	Santa Casa da Misericórdia de Fundão	A factura inclui um utente da ADSE.	05-12-2007	1.623,78 €
94	Março de 2007	Média Duração	18.640,30 €	ADFP - Centro Social Comunitário de Miranda do Corvo	A factura contém uma utente da ADSE e um utente da EDP.	16-11-2007	2.061,06 €
3109	Agosto de 2007	Média Duração	22.890,06 €	Casa de Repouso de Coimbra	A factura inclui uma utente da ADSE.	30-12-2007	1.623,78 €
3110	Setembro de 2007	Média Duração	22.313,88 €	Casa de Repouso de Coimbra	A factura inclui dois utentes da ADSE.	30-12-2007	2.147,58 €
204	Março de 2007	Longa Duração	4.129,20 €	ADFP - Centro Social Comunitário de Miranda do Corvo	Esta factura contém 2 utentes beneficiários da ADSE.	25-10-2007	412,92 €
299	Outubro de 2007	Longa Duração	5.421,90 €	Santa Casa da Misericórdia de Fundão	Esta factura contém 2 utentes beneficiários da ADSE.	05-12-2007	734,58 €
235	Agosto de 2007	Longa Duração	5.334,45 €	Santa Casa da Misericórdia de Fundão	Esta factura contém 2 utentes que são beneficiários da ADSE.	05-12-2007	1.084,39 €
2315	Outubro de 2007	Longa Duração	19.606,29 €	Cáritas Diocesana de Coimbra	A factura inclui uma utente da ADSE.	18-02-2008	542,19 €
2426	Dezembro de 2007	Longa Duração	19.903,62 €	Cáritas Diocesana de Coimbra	A factura inclui uma utente da ADSE.	18-02-2008	542,19 €
TOTAL							12.885,39 €

O pagamento de dias de internamento de utentes de subsistemas configura uma eventual infracção financeira reintegratória, nos termos dos n.ºs 1 e 4, do art.º 59.º e também uma eventual infracção financeira sancionatória, nos termos do art.º 65.º, n.º 1, alínea b), da LOPTC, dado não ter havido uma contraprestação efectiva pelos montantes pagos, uma vez que os dias de internamento referentes àqueles utentes são facturados pelas instituições aos subsistemas.

Relativamente à amostra de facturação de 2008, não foram encontradas quaisquer incorrecções.

A ARS Centro alegou que “(...) os serviços financeiros da ARS Centro desenvolveram um trabalho de reavaliação dos pagamentos efectuados com o objectivo de detectar e corrigir eventuais irregularidades. (...) Alguns pagamentos de dias de internamento a utentes de subsistemas já se encontravam regularizados à data dos trabalhos de auditoria (...), encontrando-se os restantes em fase de regularização (...)” Mais referiu que os serviços financeiros estão a proceder a uma reavaliação de todos os pagamentos efectuados desde o início da implementação da RNCCI.

Nesse sentido, ofereceu prova da regularização dos pagamentos às unidades prestadoras de cuidados continuados onde se tinham verificado os erros que haviam conduzido ao pagamento de dias de internamento de beneficiários de subsistemas encontrando-se assim o procedimento por responsabilidade financeira reintegratória extinto, nos termos do n.º 1 do art.º 69.º da LOPTC.



A ARSLVT enumerou os erros que tem encontrado na facturação enviada pelos prestadores, a saber:“

- Número total de dias de internamento incorrecto;
- Preenchimento incompleto das Listas Nominativas;
- Falta de Informação sobre os dias de reserva de vaga;
- Informações discrepantes entre a facturação e os Mapas Diários de Internamentos e Vagas que são enviados pelas Unidades a esta ECR, para gestão de vagas e validação da facturação”.

Mais referiu que, perante estas irregularidade, adoptou uma postura proactiva, tendo dado formação e orientado os profissionais das entidades prestadoras, responsáveis pela área financeira.

Solicitados os acordos que serviram de base contratual entre as instituições e a ARS Centro, após a respectiva análise, foram detectados vários acordos/contratos susceptíveis de sujeição à fiscalização prévia do Tribunal de Contas⁷⁶ e que a ela não tinham sido sujeitos. A lista destes acordos/contratos e os valores contratuais referentes a cuidados de saúde constam do quadro seguinte:

Quadro 27 - Lista dos Acordos sem Fiscalização Prévia do TC

Unidade: Euros

Entidade	Tipologia	Data de Celebração	Valor Cuidados Saúde
SCM Guarda	Convalescença	27-09-2007	559.980,00
SCM Idanha-a-Nova	Convalescença	27-09-2007	559.980,00
Assoc. Fernão Mendes Pinto	Convalescença	06-11-2006 Adenda: 28/05/07	439.824,00
Assoc. Fernão Mendes Pinto	Convalescença	27-09-2007	933.300,00
Hospital Cantanhede	Convalescença	14-05-2007	695.721,60
SCM Leiria	Convalescença	20-12-2007	497.760,00
SCM Mealhada	Média Duração	15-10-2007	383.421,60
SCM Mealhada	Média Duração	Adenda:14-06-2008	429.621,84
Assoc. Fernão Mendes Pinto	Média Duração	27-09-2007	
		Adenda:10/10/07	362.993,40
		Adenda:14/06/08	410.445,00
SCM Águeda	Média Duração	27-09-2007	
		Adenda: 15/10/07	447.849,00
SCM Batalha	Média Duração	11-10-2007	460.105,92
		Adenda: 14/06/08	517.076,64
Naturidade	Média Duração	14-06-2008	587.358,00

Na tipologia de Convalescença a ARS do Centro foi a única entidade pública contratante. Na tipologia de internamento de Média Duração os Acordos/Contratos envolveram a ARS do Centro, I.P e o Instituto da Segurança Social I.P.

⁷⁶

Nos termos da alínea b) do n.º 1 e n.º 2 do art.º 46.º da LOPTC. Os valores a partir dos quais os acordos estariam sujeitos a fiscalização prévia do TC constam dos OE para cada ano, sendo os seguintes: **2006** - € 321.920;**2007** - € 326.750;**2008** - € 333.610.



A contratualização com os prestadores de cuidados continuados das unidades de internamento realizou-se ao abrigo de um regime especial previsto no Dec.-Lei n.º 100/2006, de 6 de Junho⁷⁷, que afasta o regime geral de aquisição de bens e serviços (Dec.-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho).

Para efeitos de execução financeira dos supra referidos acordos/contratos, a ARS do Centro realizou o pagamento de € 4,9 milhões⁷⁸.

A não submissão a fiscalização prévia do Tribunal de Contas dos contratos mencionados no Quadro 27 consubstancia uma infracção financeira sancionatória, nos termos da alínea h) do n.º 1 do artigo 65.º da LOPTC, uma vez que o valor de cada um deles superou os montantes a partir dos quais os contratos estariam sujeitos a fiscalização prévia, nos anos de 2007 e 2008.

O Conselho Directivo da ARS Centro, no âmbito do contraditório, alegou que : “É um facto que a ARS do Centro não enviou para fiscalização prévia os acordos e protocolos referidos no relatório. Dito isto há que pedir a atenção desse Tribunal para o conjunto de circunstâncias que compõem a moldura desse comportamento e cujo grau de desculpabilização esse tribunal certamente reconhecerá. Desde logo o facto de estes acordos funcionarem sempre com base em preços predefinidos (...) e que por esta razão “ (...) a sujeição a visto é uma questão que levanta dúvidas. Aliás, não é por acaso que, tanto quanto sabemos nenhuma ARS enviou para fiscalização prévia qualquer acordo ou protocolo. Era entendimento comum e consensual entre as ARS e a UMCCI a dispensa de visto prévio do Tribunal de Contas (...)”.

Por seu lado, a ARSLVT, no seu contraditório, referiu que os acordos celebrados com as entidades prestadoras têm por base a minuta disponibilizada pela UMCCI, facto também salientado e circunstanciado pela ARS Norte nos seguintes termos: *“Esta Região, de acordo com as orientações nacionais recebidas, não submeteu os contratos susceptíveis de sujeição à fiscalização prévia do Tribunal de Contas. Com efeito, existia o entendimento de que a especificidade dos Cuidados Continuados Integrados dispensaria estes contratos do procedimento em causa”.*

Importará esclarecer que não existindo disposição legal que excepcione estes acordos/contratos à sujeição ao visto do TC, o dever pelo cumprimento das obrigações legais incumbe às entidades públicas contratantes, no caso em apreço às ARS, independentemente das orientações emanadas da UMCCI.

8. EVENTUAIS INFRACÇÕES FINANCEIRAS SANCIONATÓRIAS

Considerando as circunstâncias associadas ao início da implementação da RNCCI em 2007, e que as eventuais infracções financeiras sancionatórias, referidas no ponto 7.2, teriam sido praticadas a título de negligência por parte dos responsáveis e que os mesmos ainda não tinham sido objecto de quaisquer recomendações, neste âmbito, por parte do Tribunal de Contas ou de outros órgãos de controlo interno, encontram-se reunidos os pressupostos para a relevação dessas eventuais

⁷⁷ Cfr. Ainda Dec.-Lei n.º 5/2007, de 8 de Janeiro e Dec.-Lei n.º 48/2008, de 13 de Março.

⁷⁸ Vd. Anexo 14 do Volume II.



responsabilidades financeiras sancionatórias, 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.

9. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

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

IV. EMOLUMENTOS

Nos termos dos arts. 1º, n.ºs 1 e 2 do art.º 10º e art.º 11º, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio⁷⁹, são devidos emolumentos, no montante de € 7.716,00, sendo € 1.716,50 suportados pela UMCCI e € 5.999,50 pela ARS do Centro, IP, em conformidade com as Notas de Emolumentos apresentadas no ponto 2. do Volume III.

V. DETERMINAÇÕES FINAIS

Propõe-se que o presente relatório, volumes I, II e III, seja remetido, às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde;
- Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde;
- Coordenadora da Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Presidente do Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
- Todos os responsáveis individuais notificados do Relato;
- Ao Departamento de Controlo Prévio e de Controlo Concomitante.

⁷⁹ Alterado pela Lei n.º139/99, de 28 de Agosto e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.



Tribunal de Contas

Auditoria à Rede de Cuidados Continuados Integrados

Após a entrega do Relatório às entidades supra-referidas, poderá o mesmo, juntamente com os anexos, ser colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e ser divulgado na página inicial e no site do Tribunal.

Expressa-se aos responsáveis, dirigentes e funcionários da UMCCI e da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. que contactaram com a equipa de auditoria o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta acção.

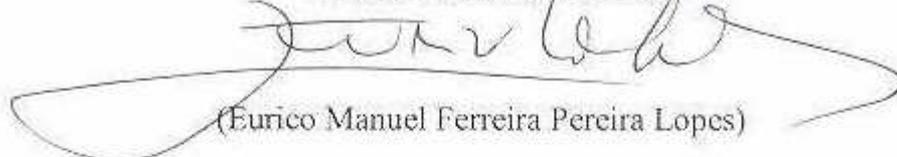
As entidades destinatárias das recomendações deverão, no prazo de seis meses, após a recepção deste Relatório, comunicar ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respectivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.

Um exemplar do presente Relatório deverá ser remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29.º, n.º 4, e 57.º, n.º 1, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.



Tribunal de Contas, em 22 de Outubro de 2009

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos



(José Manuel Monteiro da Silva)



(João Manuel Macedo Ferreira Dias)



Tribunal de Contas

Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados

Integrados

2006-2008



Relatório n.º 38/09 - 2ª S

Processo n.º 51/08 - Audit

Volume I I - Anexos



ÍNDICE

Anexo nº 1 – Tabela de Indicadores de Monitorização da Rede	3
Anexo nº 2 – Legislação Aplicável	7
Anexo nº 3 – Pagamentos efectuados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	9
Anexo nº 4 – Rácios de Cobertura da RNCCI – 1ª fase	11
Anexo nº 5 – Evolução do número de camas no triénio	13
Anexo nº 6 – Equipas nomeadas	15
Anexo nº 7 – Equipas da REDE 2006	17
Anexo nº 8 – Equipas da REDE 2007	19
Anexo nº 9 – Equipas da REDE 2008	21
Anexo nº 10 – Utentes potencialmente assistidos	23
Anexo nº 11 – Dados de produção de Hospitais da Região Centro	25
Anexo nº 12 – Instituições visitadas pelas ECL	27
Anexo nº 13 – Controlo Interno de conferência e pagamento de facturas	33
Anexo nº 14 – Pagamento de Acordos sem Fiscalização Prévia do TC	35
Anexo nº 15 – Mapa de execução referente á REDE e UMCCCI	36





Anexo nº 1 – Tabela de Indicadores de Monitorização da Rede

Lista de indicadores	
Caracterização dos utentes	<ul style="list-style-type: none">• Distribuição por faixas etárias e por género (N-total de utentes referenciados; n- n.º de utentes género feminino, n 1 - n.º de utentes género masculino; n 2 – n.º de utentes com 80 ou mais anos; n 3 – n.º de utentes com 65-79 anos; n 4 - n.º de utentes com 50 a 64 anos; n 5 . n.º de utentes com 18 a 49 anos; n 6 - n.º de utentes com idade < 18 anos; Indicador = $n/N*100$);• Distribuição por profissão (N-total de utentes referenciados; n - n.º de utentes Não qualificado; n 1 -n.º de utentes Qualificado; n 2 de utentes Intermédio; n 3 – n.º de utentes Superior; Indicador = $n/N*100$);
Referenciação	<ul style="list-style-type: none">• Distribuição por entidade referenciadora (N-total de utentes referenciados; n- n.º de utentes Centros de Saúde; n 1 - n.º de utentes Hospital; Indicador = $n/N*100$);• Distribuição de utentes por tipologia proposta para ingresso na RNCCI (N- total de utentes referenciados; n.º de utentes por tipologia de internamento e por equipa* Indicador = $n/N*100$);• Distribuição de utentes não admitidos por tipologia na RNCCI (N- total de utentes referenciados por tipologia de unidades de internamento e por equipa*; n- n.º de utentes por unidades de internamento e equipa; Indicador = $n/N*100$);
Avaliar a implementação/Produção;	Indicadores de eficiência: <ul style="list-style-type: none">• Taxa de implementação da Rede (N – total de lugares planeados por tipologia; n – total de lugares disponíveis por tipologia Indicador = $n/N*100$);• Distribuição de internamentos por tipologia (N – total nacional de utentes internados, por tipologia; n – total de utentes internados, por tipologia; Indicador: $n/N*100$);



Lista de indicadores	
	<ul style="list-style-type: none">• Taxa de ocupação por tipologia (N – total nacional de diárias de internamento possíveis, por tipologia; n – total de utentes internados, por tipologia e por região; Indicador = $n/N*100$);• Média de dias de internamento por tipologia (N – total nacional de diárias de internamento verificadas por tipologia; n – total de utentes com alta, por tipologia e por região; Indicador = $n/N*100$);
Avaliar os resultados do internamento;	Indicadores de resultados: <ul style="list-style-type: none">• Proporção de doentes entrados/doentes saídos por tipologia;• Distribuição dos utentes por motivo de alta por tipologia e por unidade (N – total de utentes com alta por unidade; n – n.º de utentes com alta por óbito por unidade; n1 – n.º de utentes com alta que atingiram os objectivos terapêuticos por unidade; n2 – n.º de utentes com alta por decisão pessoal; n3 – n.º de utentes com alta por ingresso no hospital);
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados.	Indicadores de Qualidade: <ul style="list-style-type: none">• Número de quedas durante o internamento (N – total de utentes internados; n – n.º de utentes com 4 ou mais quedas por unidade; n1 – n.º de utentes com duas a três quedas; n2 – n.º de utentes com uma queda por unidade; n3 – n.º de utentes sem quedas por unidade; Indicador = $n/N *100$);• Incidência de úlceras de pressão no internamento na unidade (N - total de utentes internados por unidade e por tipologia; n – n.º de utentes com úlceras de pressão novas no momento da avaliação por unidade e por tipologia; Indicador = $n/N *100$);• Distribuição por grau de autonomia física na admissão na unidade (N – total de utentes internados por unidade; n – n.º de utentes classificados como “incapaz” no momento da admissão por unidade; n1 – n.º de utentes classificados como “dependente” no momento da admissão por unidade; n2 – n.º de utentes classificados como “autónomo” no momento da admissão por unidade; n3 – n.º de utentes classificados como “independente” no momento da admissão por



Lista de indicadores	
	<p>unidade; Indicador = $n/N * 100$;</p> <ul style="list-style-type: none">• Distribuição por grau de autonomia física na alta da unidade (N – total de utentes internados por unidade; n – n.º de utentes classificados como “incapaz” no momento da alta por unidade; n1 – n.º de utentes classificados como “dependente” no momento da alta por unidade; n2 – n.º de utentes classificados como “autónomo” no momento da alta por unidade; n3 – n.º de utentes classificados como “independente” no momento da alta por unidade; Indicador = $n/N * 100$).

Fonte de indicadores: UMCCI, 2009

* Excepto ECL e ECR





Anexo nº 2 – Legislação Aplicável

RCM n.º 84/2005, de 7 de Abril, cria a “Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência”;

Despacho n.º 23 035/2005, de 17 de Outubro, do Ministro da Saúde, que cria a “Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência”;

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, que cria a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados;

Portaria n.º 994/2006, de 19 de Setembro, do Ministério das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, que fixa os preços para as Experiências Piloto;

Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, do Ministério das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, que define genericamente as condições de instalação e funcionamento das respectivas unidades de internamento e aprova a nova tabela de preços para o financiamento dos serviços;

Despacho Normativo n.º 12/2006 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, referente à comparticipação da Segurança Social;

Despacho Normativo n.º 34/2007 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, que estabelece os termos e condições em que a segurança social comparticipa os utentes;

Despacho n.º 17 516/2006 dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, que aprova os Projectos Piloto;

Despacho n.º 19 040/2006 dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, que aprova a criação de equipas de coordenação regional e local;

Decreto-Lei n.º 56/2006, de 15 de Março, que altera a forma de distribuição dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa;

Despacho Normativo n.º 31/2006, de 28 de Abril, que afecta parte das verbas distribuídas ao MTSS;



Dec.-Lei n.º 5/2007, de 8 de Outubro e Dec.-Lei n.º 48/2008, de 13 de Março, estabelecem o Regime de contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição ou locação de bens e serviços;

Despacho Normativo n.º 34/2007, publicado no DR. 2.ª Série, de 19 de Setembro, respeitante à comparticipação da Segurança Social;

Despacho n.º 1281/2007 dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, actualiza os Projectos-Piloto;

Despacho n.º 1408/2008 dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, que identifica as Unidades que constituem a RNCCI em Janeiro de 2008;

Portaria 376/2008, de 23/05/2008, aprova o Regulamento do Programa Modelar;

Despacho n.º 3986/2009 do Ministro das Finanças e da Administração Pública e Ministro da Saúde – Fixa o montante financeiro de € 62,5 milhões disponíveis para 2008.



Anexo nº 3 – Pagamentos efectuados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

	Pagamentos 2006		Pagamentos 2007		Pagamentos 2008		Total
	Lucro 2005	Lucro 2006	Lucro 2006	Lucro 2007	Lucro 2007	Lucro 2008	
Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social							
Instituto de gestão Financeira da Segurança Social							
Prevenção Reabilitação e apoio a deficientes		12.094.726,03	3.177.190,71	10.460.178,50	1.949.320,66	10.040.378,68	37.721.794,58
Projecto de Apoio Crianças Carenciadas		8.224.413,70	2.160.489,68	7.112.921,38	1.325.538,05	6.827.457,50	25.650.820,31
Projecto de Apoio Família/Criança		1.451.367,12	381.262,89	1.255.221,42	233.918,48	1.204.845,44	4.526.615,35
Projecto e Acções Auxiliares a Idosos em Risco		8.224.413,70	2.160.489,68	7.112.921,38	1.325.538,05	6.827.457,50	25.650.820,31
Cobertura de despesas de ISS Acção Social		44.992.380,81	11.819.149,45	38.911.864,01	7.251.472,85	37.350.208,68	140.325.075,80
Des. Prog. Medidas e Proj. Apoio Social		64.742.235,33	16.521.391,70	54.392.928,18	10.136.467,43	52.209.969,12	198.002.991,76
Combate à Pobreza e Exclusão Social		11.127.147,94	2.923.015,46	9.623.364,22	1.793.375,00	9.237.148,38	34.704.051,00
Apoio IPSS para Acção Social		13.546.093,15	3.558.453,59	11.715.399,92	2.183.239,13	11.245.224,12	42.248.409,91
Total IGFSS	40.021.243,89	164.402.777,78	42.701.443,16	140.584.799,01	26.198.869,65	134.942.689,42	548.851.822,91
Inatel	535.145,66	5.805.468,49	1525051,54	5.020.885,68	935.673,91	4.819.381,76	18.641.607,04
Total Inatel	535.145,66	5.805.468,49	1.525.051,54	5.020.885,68	935.673,91	4.819.381,76	18.641.607,04
Total Ministério do Trabalho e Solid. Social	40.556.389,55	170.208.246,27	44.226.494,70	145.605.684,69	27.134.543,56	139.762.071,18	567.493.429,95
Ministério da Saúde							
IGIFS - Acções Prev. PNS	0	70.948.027,25	30.457.499,88	63.561.208,00	18.837.866,39	59.864.439,44	243.669.040,96
Total Ministério da Saúde	0	70.948.027,25	30.457.499,88	63.561.208,00	18.837.866,39	59.864.439,44	243.669.040,96

Fonte: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa





Anexo nº 4 – Rácios de Cobertura da RNCCI – 1ª fase

TIPOLOGIA DE CUIDADOS	RÁCIOS DE COBERTURA 1ª FASE (2006-2008)
Unidade de Convalescença	1,44 camas por 1000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos
Unidade de Média Duração e Reabilitação	1,6 camas por 1000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos
Unidade de Longa Duração e Manutenção	4 camas por 1000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos
Unidade de Cuidados Paliativos	0,48 camas por 1000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos
Unidade de dia e Promoção de Autonomia	1,2 lugares por 1000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos
Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	1 equipa por 250.000 habitantes
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos	1 equipa por 150.000 habitantes
Equipa de Gestão de Altas	1 em cada hospital

Fonte: Proposta dos Planos Regionais de Implementação 2008 para o Desenvolvimento da RNCCI.





Anexo nº 5 – Evolução do número de camas no triénio

Tipologia	2006			2007			2008		
	Planeado	Executado	%	Planeado	Executado	%	Planeado	Executado	%
Unidade de Convalescença	597	207	35%	511	423	83%	671	530	79%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	304	213	70%	947	535	56%	1.160	922	79%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	382	225	59%	1.183	614	52%	1.877	1.325	71%
Unidade de Cuidados Paliativos	46	13	28%	77	55	71%	204	93	46%
Total camas	1.329	658	50%	2.718	1.627	60%	3.912	2.870	73%

Fonte: UMCCI, 2009





Anexo nº 6 – Equipas nomeadas

Equipas	Região de Saúde					Total
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	
Equipas de Gestão de Altas Nomeadas	19	14	8	5	2	48
Equipas de Coordenação Regional Nomeadas	1	1	1	1	-	4
Equipas de Coordenação Local Nomeadas	28	20	5	43	2	98
Total	48	35	14	49	4	150

Fonte: Experiências Piloto 2006 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Novembro 2006





Anexo nº 7 – Equipas da REDE 2006

Tipologia	Dados de Implementação	2006 -Norte		2006 - Centro		2006 - LVT		2006 - Alentejo		2006 - Algarve		Total 2006	
		Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física
		<u>Total</u>	Total	<u>Total</u>	Total	<u>Total</u>	Total	<u>Total</u>	Total	<u>Total</u>	Total	<u>Total</u>	Total
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	Número de Equipas Constituídas	0	0	0	0	4	0	3	0	0	0	7	0
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos	Número de Equipas Constituídas	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
Equipas de Gestão de Altas	Número de Equipas Constituídas	10	10	10	10	14	14	4	5	2	2	40	41
Equipas de Coordenação Local	Número de Equipas em Funcionamento	0	0	0	0	0	0	0	43	0	0	0	43
Equipas de Cuidados Continuados Integrados	Números de Equipas de Cuidados Continuados	82	80	28	28	6	6	44	0	2	2	162	116
Equipas de Coordenação Regional	Número de Equipas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5
TOTAL		94	92	39	39	26	22	52	49	5	5	216	207

Fonte: UMCCI, 2009





Anexo nº 8 – Equipas da REDE 2007

Tipologia	Dados de Implementação	2007 - Norte		2007 - Centro		2007 - LVT		2007 - Alentejo		2007 - Algarve		2007 - Total	
		Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física
		Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	Número de Equipas Constituídas	4	0	0	0	3	0	5	0	2	2	14	2
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos	Número de Equipas Constituídas	3	0	0	0	1	1	4	0	1	1	9	2
Equipas de Gestão de Altas	Número de Equipas Constituídas	20	23	17	12	26	26	5	5	2	2	70	68
Equipas de Coordenação Local	Número de Equipas em Funcionamento	26	26	17	17	20	20	13	12	3	3	79	78
Equipas de Cuidados Continuados Integrados	Números de Equipas de Cuidados Continuados	9	0	24	0	6	6	13	0	18	18	70	24
Equipas de Coordenação Regional	Número de Equipas	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	5	4
TOTAL		63	50	59	29	57	54	41	18	27	27	247	178

Fonte: UMCCI, 2009





Anexo nº 9 – Equipas da REDE 2008

		2008 - Norte		2008 - Centro		2008 - LVT		2008 - Alentejo		2008 - Algarve		2008 - Total	
		Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física	Plano	Execução Física
Tipologia	Dados de Implementação	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	Número de Equipas Constituídas	4	4	5	1	3	3	1	5	2	2	15	15
Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos	Número de Equipas Constituídas	3	3	0	0	1	1	0	12	0	1	4	17
Equipas de Gestão de Altas	Número de Equipas Constituídas	23	23	17	17	27	27	5	5	2	2	74	74
Equipas de Coordenação Local	Número de Equipas em Funcionamento	27	27	16	16	22	22	14	14	3	3	82	82
Equipas de Cuidados Continuados Integrados	Números de Equipas de Cuidados Continuados	13	0	30	33	40	6	12	9	31	11	126	59
Equipas de Coordenação Regional	Número de Equipas	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	5
TOTAL		71	58	68	68	94	60	33	46	39	20	305	252

Fonte: UMCCI, 2009





Anexo nº 10 – Utentes potencialmente assistidos

2007

Tipologia	Planeado	Executado	Por Executar	N.º Dias Internamento	Demora Média	N.º Utentes Potencialmente Atendidos
Unidade de Convalescença	511	423	88	32.120	39	823
Unidade de Média Duração	947	535	412	150.380	86	1.748
Unidade de Longa Duração	1.183	614	569	207.685	200	1.038
Total	2.641	1.572	1.069	390.185		3.609

2008

Tipologia	Planeado	Executado	Por Executar	N.º Dias Internamento	Demora Média	N.º Utentes Potencialmente Atendidos
Unidade de Convalescença	671	530	141	51.465	35	1.470
Unidade de Média Duração	1.160	922	238	86.870	86	1.010
Unidade de Longa Duração	1.877	1.325	552	201.480	130	1.549
Total	3.708	2.777	931	339.815	-	4.029





Anexo nº 11 – Dados de produção de Hospitais da Região Centro

Hospitais Região Centro	Doentes Saídos			N.º Transferências Internas			Doentes Admitidos			Dias Internamento			Dias Internamento de Doentes Saídos			Demora Média			Lotação Praticada			Doentes Saídos por Cama			Taxa de Ocupação		
	2006	Dezembro 2007	Dezembro 2008	2006	Dezembro 2007	Dezembro 2008	2006	Dezembro 2007	Dezembro 2008	2006	Dezembro 2007	Dezembro 2008	2006	Dezembro 2007	Dezembro 2008	2006	Dezembro 2007	Dezembro 2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Hospital Infante D. Pedro, EPE	14.834	15.697	16.558	1.669	929	889	16.505	16.626	17.447	102.348	105.044	113.217	102.347	104.543	112.668	6,4	6,7	6,8	355	354	386	42	44	45	78,4	81,2	80,3
Instituto Português Oncologia de Coimbra	5.751	6.207	6.427	2.196	4.761	5.777	7.947	10.968	12.204	41.614	45.601	46.643	41.407	45.332	46.875	7,2	7,3	7,3	180	186	186	36	34	39	71,2	69,4	68,7
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	6.802	5.421	5.767	55	68	48	6.857	5.489	5.815	43.101	39.669	40.899	42.656	39.644	40.690	6,3	7,3	7,1	157	144	144	43	38	44	75,2	75,4	77,8
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	12.170	12.572	12.739	1.655	1.365	1.400	13.825	13.937	14.139	99.884	97.043	96.999	99.556	98.966	98.140	8,2	7,7	7,6	351	346	344	36	36	37	77,6	76,8	77,2
Hospital Santo André, EPE	19.551	19.215	20.572	2.163	2.337	2.485	21.714	21.552	23.057	135.895	130.025	132.126	134.010	129.818	132.443	7,0	6,8	6,4	450	423	450	43	45	46	82,7	84,2	80,4
Hospital S. Teotónio, EPE	23.680	24.061	24.016	3.540	3.585	3.831	27.220	27.646	27.847	188.133	188.920	188.291	186.850	191.481	187.743	7,9	7,9	7,8	623	619	618	38	39	39	82,7	83,6	83,4
Hospital S. Sebastião, EPE	17.770	17.345	17.458	2.018	2.235	2.197	19.788	19.580	19.655	75.672	76.359	79.480	75.227	76.662	79.134	4,3	4,4	4,6	273	279	277	65	62	63	75,6	74,9	78,6
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	26.024	22.429	22.682	1.709	1.835	2.057	27.738	24.264	24.739	191.814	172.450	173.535	179.176	172.331	173.360	7,4	7,7	7,7	587	565	533	44	40	43	89,4	89,6	89,1
Hospitais Universidade de Coimbra, EPE	49.482	48.266	46.729	5.444	6.029	6.771	54.924	54.295	53.500	434.243	381.622	379.194	434.224	380.837	380.644	8,8	7,9	8,1	1.497	1.514	1.454	33	32	32	79,4	69,0	71,3
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	13.868	13.129	12.309	1.178	1.068	1.120	15.046	14.197	13.429	102.718	99.307	95.740	103.433	99.321	96.164	7,4	7,6	7,8	387	387	327	36	34	38	72,7	70,3	80,2
Hospital Distrital de Águeda	3.691	3.074	3.551	101	349	386	3.792	3.423	3.937	25.192	24.325	26.999	25.331	24.977	27.151	6,8	7,9	7,6	104	98	110	36	31	32	66,3	67,3	67,2
Hospital José Luciano de Castro	1.794	1.729	1.245	48	29	11	1.804	1.758	1.256	11.215	10.968	8.288	11.215	10.901	8.567	6,4	6,3	6,7	44	44	20	40	39	62	69,8	68,2	113,5
Hospital Visconde de Salreu	1.557	1.504	1.262	17	15	7	1.574	1.519	1.269	11.100	12.519	10.175	11.131	12.375	10.319	7,1	8,3	8,1	48	48	48	32	31	26	63,3	71,4	58,0
Hospital S. Miguel	2.547	2.144	1.842	3	4	4	2.550	2.144	1.846	17.001	16.631	16.262	17.168	16.573	16.201	6,7	7,8	8,8	84	70	50	30	31	37	55,4	65,0	89,0
Hospital Dr. Francisco Zagalo	2.515	2.399	1.163	16	22	5	2.531	2.421	1.168	16.603	15.196	7.412	16.895	15.366	7.466	6,4	6,3	6,4	79	79	34	32	30	34	57,6	52,7	59,7
Hospital Distrital de S. João da Madeira	4.724	3.806	3.619	52	10	13	4.778	3.816	3.632	30.118	23.067	16.887	30.641	23.642	17.387	6,4	6,1	4,7	132	132	90	36	29	40	62,6	47,8	51,4
Hospital Amato Lustano	9.907	9.608	9.567	1.388	1.392	1.068	11.295	11.000	10.635	70.473	71.144	69.728	70.550	70.874	70.004	7,1	7,4	7,3	301	301	294	33	32	33	64,1	64,7	64,9
Hospital Arcebispo João Crisóstomo	4						6			0	11							1,8			6						0,0
Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais	108		194				108		194	16.424		22.263	6.918		16.695	152,1		114,8	68	68	82	2		2	66,1		74,3
Hospital Distrital de Pombal	1.430	1.897	1.863		2		1.430	1.899	1.863	13.742	16.889	15.923	14.375	16.414	16.243	9,4	8,8	8,5	59	59	59	24	32	32	63,8	77,4	73,9
Hospital Cândido de Figueiredo	2.102	1.938	1.787	18	15	13	2.120	1.953	1.800	16.114	14.924	13.855	16.468	15.154	13.673	7,7	7,7	7,8	63	64	64	30	30	28	70,4	63,8	59,3
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	6.075	7.080	7.257	68	115	175	6.143	7.195	7.432	37.622	38.053	38.788	38.128	37.787	38.376	6,2	5,4	5,3	140	144	144	43	46	50	73,4	72,3	73,7
Hospital de Alcoobaça Bernardino Lopes de Oliveira	2.039	1.853	1.806		3	19	2.039	1.856	1.825	16.885	15.299	14.404	16.885	15.360	14.410	8,3	8,3	8,0	63	53	53	32	35	34	73,4	79,0	74,4
Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo	1.370	1.253	1.252	12	9	51	1.382	1.262	1.303	10.561	8.974	8.685	10.637	9.657	8.651	7,7	7,2	6,9	50	50	53	27	25	24	57,6	49,1	44,9
Total Região	229.768	222.627	188.431	23.350	26.173	25.868	253.118	248.800	214.299	1.708.487	1.603.829	1.441.287	1.685.230	1.608.015	1.438.865	7,4	7,2	7,6	6.075	6.028	5.155	38	37	37	77,0	72,8	76,5

Fonte: SIC (2009.06.05)

Observações:

- O número de Doentes Saídos inclui o Total de Doentes Saídos (Base + Adicional); número de doentes saídos, excluindo as transferências internas;
- O número de Transferências Internas indica o número de Doentes Saídos de um serviço de Internamento que transitam para outro serviço de internamento do hospital (alta por transferência interna do doente);
- O número de Doentes Admitidos encontrado não tem em conta os doentes que permanecem no hospital no fim do ano;
- O número de Dias de Internamento e o número de Dias de Internamento de Doentes Saídos inclui o Total de Doentes Saídos (Base + Adicional);
- Não são considerados os seguintes serviços: Berçário, Quartos Particulares, Lar de Doentes e Cuidados Paliativos na Rede;
- A Lotação de 2006 e 2007 têm como fonte de dados o Plano de Desempenho de 2008, a lotação de 2008 é a constante no Acompanhamento de Dezembro de 2008;
- Os Doentes Saídos, as Transferências e os Dias de Internamento de 2007 e 2008 têm como fonte de dados o Acompanhamento Acumulado a Dezembro, para 2006 os valores têm como fonte de dados o Plano de Desempenho de 2008 ao fecho de 2005;
- As Instituições identificadas a amarelo, deixaram de pertencer à ARS Centro em 2008, estas Instituições não estão a somar ao Total da Região em 2008.

- Demora Média = Dias de Internamento/Doentes Saídos

- Lotação Praticada = Dias de Internamento / (Lotação Praticada*12*30,4375)

- A taxa de Ocupação foi apurada de acordo com o número médio de dias por mês, considerando um período de 4 anos, com 1 ano bissexto (30,4375).

Fonte: ACSS, 2009

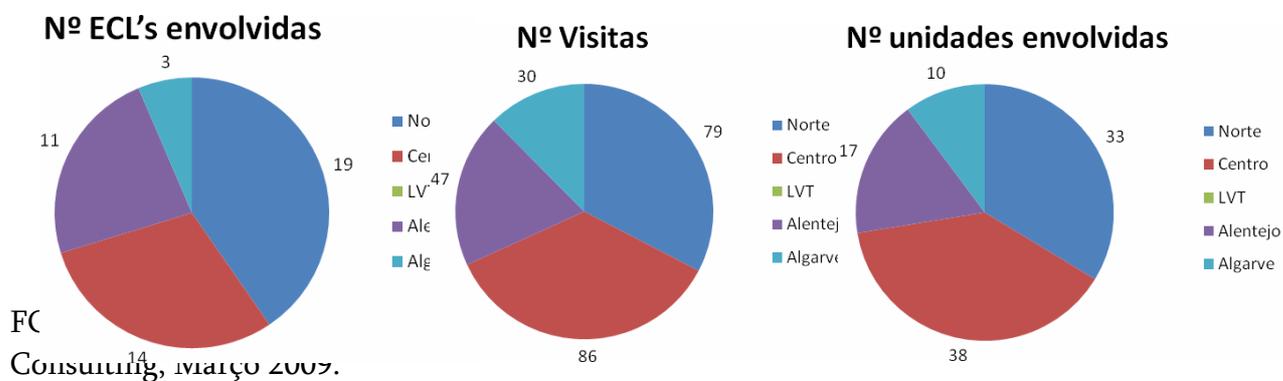




Anexo nº 12 – Instituições visitadas pelas ECL

Instituições visitadas e respectivas Tipologias e número de visitas

Região	Nº Visitas	Nº ECL	Nº Unidades Envolvidas
Norte	79	19	33
Centro	86	14	38
LVT	0	0	0
Alentejo	47	11	14
Algarve	30	3	10
TOTAL	242	47	98





Lista de Instituições visitadas e respectivas Tipologias e número de visitas

Região	Instituição	Tipologia	Nº visitas
Alentejo	A Anta - Assoc. CD Beirã	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	4
	Clínica Social Rainha St.ª/Estremoz	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	3
	Hospital Litoral Alentejano, Santiago do Cacém	Unidade de cuidados Paliativos (UCP)	1
	SCM Arronches	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	4
	SCM Évora	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	4
	SCM Ferreira do Alentejo	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4
	SCM Mértola	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4
	SCM Mora	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	4
		Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4
	SCM Odemira	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	2
		Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	2
	SCM Ponte de Sôr	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4
	SCM Santiago do Cacém	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	1
	Hosp. Espírito Santo Évora	Unidade de Convalescença (UC)	4
	CHBA Hosp. S. Paulo, Serpa	Unidade de Convalescença (UC)	4



Tribunal de Contas

AUDITORIA À REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Região	Instituição	Tipologia	Nº visitas	
Algarve	Cruz Vermelha Portuguesa/Tavira	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	4	
	Fundação António Silva Leal	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	4	
	Hospital Central Faro	Unidade de Convalescença UC	4	
	Quinta de S. Sebastião	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1	
	SCM Estômbar	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	3	
	SCM Faro	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1	
	SCM Portimão	Unidade de Convalescença UC	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	3
			Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	3
	SCM Silves	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	3	
	SCM Vila Real St.º Ant.º	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	4	

Região	Instituição	Tipologia	Nº visitas
Centro	Cáritas Diocesana Coimbra	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	4
	Casa de Repouso Coimbra	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	4
	Fernão Mendes Pinto	Unidade de Convalescença UC	2
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	Hospital A.J.C. Cantanhede	Unidade de Convalescença UC	1
		Unidade de cuidados Paliativos UCP	1
	Hospital D. Manuel Aguiar - Leiria	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	Hospital Dr Francisco Zagalo - Ovar	Unidade de Convalescença UC	1
	Irmadade Nossa Srª das Necessidades	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
	SCM Águeda	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	SCM Arganil	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1
	SCM Batalha	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1
	SCM Castro Daire	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	SCM Fundão	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	4



Tribunal de Contas

Auditoria à Rede de Cuidados Continuados Integrados

		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	4
SCM Guarda		Unidade de Convalescença UC	8
		Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	9
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	6
SCM Idanha-a-Nova		Unidade de Convalescença UC	3
SCM Mealhada		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
SCM Mortágua		Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1
SCM N.S. dos Milagres de O. de Frades		Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
SCM Santa Comba Dão		Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1
SCM Santar (Nelas)		Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
SCM Tábua		Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1
SCM Vouzela		Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
Unidade de Saúde de Coimbra - Fernão Mendes Pinto		Unidade de Convalescença UC	1
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1

Região	Instituição	Tipologia	Nº visitas
Norte	Carlton Life Residências e Serviços	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	CHVN Gaia	Unidade de Convalescença UC	2
	H.S.Martinho	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1
	Hospital Nossa Srª Conceição de Valongo	Unidade de Convalescença UC	3
	SCM Águeda	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	SCM Arouca	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	5
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	4
	SCM Castelo de Paiva	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	5
	SCM Felgueiras	Unidade de Convalescença UC	2
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	SCM Lousada	Unidade de Convalescença UC	1
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	SCM Mealhada	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	SCM Monção	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1
	SCM Murça	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
		Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
	SCM Póvoa de Lanhoso	Unidade de Convalescença UC	2



SCM Resende	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
SCM Riba de Ave	Unidade de Convalescença UC	4
	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	3
	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	4
SCM Ribeira de Pena	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
SCM S. João da Madeira	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
SCM Tarouca	Unidade de Convalescença UC	2
SCM Vila do Conde	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	2
	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	2
SCM Vila Flor	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
	Unidade de Média Duração e Reabilitação UMDR	1
Sidónio de Pinto Alves Parda	Unidade de Longa Duração e Manutenção ULDM	1
ULS Alto Minho	Unidade de Convalescença UC	6
ULS Matosinhos	Unidade de Convalescença UC	4

FONTE: UMCCI, Abril 2009, Relatório de Acompanhamento produzido por BIQ Consulting, Março 2009.





Anexo nº 13 – Controlo Interno de conferência e pagamento de facturas

Controlo Interno de Pagamento de Facturação na ARS do Centro

As facturas são enviadas pelos prestadores à ARSC, em regra, mensalmente. O Departamento de Gestão Financeira da ARS Centro procede à conferência das facturas cruzando os dias de internamento constantes da factura com os constantes do ficheiro remetido pela respectiva ECL.

No que se refere à existência de um manual de procedimentos de conferência de facturação, constatou-se que a conferência de facturação não tem por base a utilização de qualquer manual.

Genericamente, a conferência abrange os seguintes itens:

- ▶ Identificação do utente e respectivos números de cartão do SNS e de beneficiário da Segurança Social;
- ▶ Data de admissão e alta na unidade;
- ▶ Identificação de eventuais terceiros pagadores;
- ▶ Valor da factura.

Havendo elementos a corrigir, a ARSC solicita ao prestador a emissão de uma nota de crédito não sendo, em regra, a factura paga antes da recepção dessa nota de crédito.

A referida conferência é realizada pelas técnicas que integram o Departamento de Gestão Financeira, que informam sobre eventuais incorrecções que a factura contenha, informação essa que será objecto de parecer pelo Director do Departamento de Gestão Financeira e de Despacho por um membro do Conselho Directivo da ARSC.

Em seguida, a factura irá para a contabilidade e, por último lugar, para a tesouraria para pagamento.

Durante o trabalho de campo a UMCCI estava a construir um módulo compatível com a aplicação informática já existente para controlo da facturação de cada um dos prestadores o que, desde já, se releva.

No sentido de testar os controlos exercidos pela ARSC ao nível da execução financeira, designadamente, do pagamento de facturação das unidades de



internamento, foram recolhidas duas amostras do universo de facturação daquelas unidades relativamente aos anos de 2007 e 2008 de 64 e 14 elementos, respectivamente¹.

Assim, utilizou-se o método de amostragem sobre valores estratificados, relativamente à facturação dos anos de 2007 e 2008 nas tipologias de internamento, no que se refere às unidades situadas na área de influência da ARS Centro, de modo a obter uma amostra que abrangesse facturação de todas as unidades. Relativamente ao ano de 2008, face aos resultados obtidos na verificação da facturação de 2007 e à dimensão dos trabalhos de verificação, optou-se por reduzir a dimensão da amostra².

¹ Sendo os universos de facturação de 2007 e 2008 compostos por 1.058 facturas e 2.888, respectivamente.

² A extracção da amostra da facturação de 2008 baseou-se, também, em critérios de selecção do valor mais elevado, embora, sempre que a selecção de uma factura respeitasse a uma entidade já seleccionada, fosse, sempre que possível, substituída por uma factura de uma entidade que ainda não tivesse sido seleccionada. Assim, procedeu-se à selecção de quatro facturas por tipologia.



Anexo nº 14 – Pagamento de Acordos sem Fiscalização Prévia do TC

Entidade	Valor Pagamentos nos acordos que estariam sujeitos a Fiscalização
SCM Guarda	413.769,08 €
SCM Idanha-a-Nova	613.686,84 €
Assoc. Fernão Mendes Pinto	1.530.011,12 €
Hospital Cantanhede	634.093,12 €
SCM Leiria	115.287,64 €
SCM Mealhada	466.077,12 €
SCM Águeda	571.509,06 €
SCM Batalha	484.692,06 €
Naturidade	92.469,88 €
Total	4.921.595,92 €



Anexo nº 15 – Mapa de execução referente à REDE e UMCCCI

Orçamento de funcionamento RNCCI	2006 Orçamento PNS/Coordenação para os idosos... (1)	Orçamentos aprovados em Janeiro 2007 (2)	Orçamentos aprovados em Janeiro 2008 (3)	Total - Rede (4)=(2) + (3)	Total - Cordenação + Rede (5)=(1) + (2) + (3)
Montante	56.126.749,00	55.000.000,00	93.050.940,07	148.050.940,07	204.177.689,07
Transferências efectuadas pela ACSS (a)	9.199.910,52	18.652.028,00	29.366.707,00	48.018.735,00	57.218.645,52
Saldo	46.926.838,48	36.347.972,00	63.684.233,07	100.032.205,07	146.959.043,55
Montante Executado pelas ARS (b)	3.237.850,00	14.791.275,00	33.335.850,00	48.127.125,00	51.364.975,00
Saldo (a) - (b)					5.853.670,52

Unid: euros

Coordenação Nacional de Idosos e Dependentes/UMCCI	2006 Orçamento PNS/Coordenação para os idosos... (1)	Orçamentos aprovados em Janeiro 2007 (2)	Orçamentos aprovados em Janeiro 2008 (3)	Total Orçamentos REDE (4)=(2) + (3)	Total Orçamentos REDE/Coordenação (5)=(1) + (2) + (3)
Montante	3.873.251,00	5.000.000,00	4.618.500,00	9.618.500,00	13.491.751,00
Executado	1.249.835,00	260.544,00	2.546.002,00	2.806.546,00	4.056.381,00
Saldo	2.623.416,00	4.739.456,00	2.072.498,00	6.811.954,00	9.435.370,00



Tribunal de Contas

Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados

Integrados

2006-2008



Relatório n.º 38/09 - 2ª S

Processo n.º 51/08 - Audit

Volume I I I- Anexos



Índice

1	ALEGAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS.....	3
1.1	Ministra da Saúde, através do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde.....	3
1.2	Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados	6
1.3	Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde.....	17
1.4	Presidente do Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social, I.P.....	18
1.5	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.....	22
1.6	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.....	42
1.7	Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.....	49
1.8	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.....	63
1.9	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.	68
2	NOTA DE EMOLUMENTOS	71

1 ALEGAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS

1.1 Ministra da Saúde, através do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde

Ofício N.: 7252
Data: 15-09-2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

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

Sua referência
Procº nº 51/08 Audit

Sua comunicação

Nossa referência
Entº 9066

ASSUNTO: **Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.**

Em referência à V/ comunicação, datada de 4 de Agosto de 2009, para formalização da sequência dada às recomendações apresentadas no relato da auditoria supra referida, encarrega-me Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de manifestar o seu empenho na concretização das recomendações enunciadas:

Relativamente à recomendação de:

"Providenciar pela elaboração de estudos de Análise Custo-Benefício e/ou de efectividade que suportem a decisão de distribuição das receitas provenientes dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia designadamente, pelo ajustamento entre as necessidades de cuidados continuados integrados e as disponibilidades financeiras, face aos outros programas previstos no Plano Nacional de Saúde 2004-2010", cumpre esclarecer o seguinte:

- A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada em 2006 obedecendo a um plano de implementação progressivo em diversas fases, tendo por base metas definidas até 2016. Às diferentes fases correspondem planos de implementação suportados em rácios adaptados aos censos nacionais e às diferentes tipologias de prestação de cuidados continuados integrados. As disponibilidades financeiras provenientes das receitas dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia têm sido adaptadas às fases de implementação e de crescimento da Rede, tendo em conta que as verbas disponibilizadas, mesmo que não utilizadas no período previsto, pretendem dar resposta aos planos de implementação e são necessárias para esse fim. Não é desejável nem

DGTC 16 09 09 16475



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

útil a deslocação de verbas atribuídas por não concretização de medidas, dado que essas mesmas medidas se irão concretizar no futuro próximo. A concretização de implementação de unidades de cuidados continuados depende não só da celebração de acordos com promotores sociais e privados, mas também de construções e remodelações de equipamentos, por vezes morosos, que devem dar resposta a critérios e normas definidas nesta área. As estimativas com base nas projecções do INE para 2013 (2ª fase) e 2016 (3ª fase) são de 11056 e 16584 lugares em unidades de internamento e unidades de dia e promoção da autonomia. O Ministério da Saúde tem acompanhado a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados no esforço de aperfeiçoar os instrumentos económico financeiros de gestão da RNCCI.

No tocante à recomendação de:

"Providenciar pela criteriosa utilização das disponibilidades financeiras resultantes da não execução anual dos planos de implementação da RNCCI, no sentido de evitar uma sobre orçamentação e proporcionar a optimização da utilização dos recursos em Saúde, evitando desperdícios de meios financeiros disponíveis", importa considerar que:

- O período de arranque de um projecto da envergadura da criação de uma nova rede de prestação de cuidados, envolve um grau de incerteza elevado quanto à forma como se irá executar, já que envolve parceiros do sector privado e social. Com o nível de execução atingido, a gestão das disponibilidades financeiras pode ser efectuada com maior rigor, o que já se alcançou em 2009. A RNCCI, foi identificada como um dos três projectos-piloto para Orçamentação por Programas, para o Orçamento de Estado de 2009, sendo o objectivo final aprimorar o processo de alocação dos recursos públicos, tornando a actuação das entidades envolvidas mais clara, responsável e transparente. Ainda durante 2008 foi criado o Grupo de Trabalho para a implementação Piloto da Orçamentação por Programas, GTIPOP, com o Ministério das Finanças e da Administração Pública, que já mereceu uma avaliação muito positiva pelo Ministério das Finanças. Estamos agora em processo de monitorização e acompanhamento sistemático. O Ministério da Saúde, através da UMCCI tem procurado dar resposta às recomendações e correcções sugeridas.

No que toca à recomendação de:

"Promover a avaliação dos mecanismos e preços previstos para a contratualização de prestadores de cuidados continuados, de forma a que as metas, previstas no plano de implementação, possam ser alcançadas de acordo com a oportunidade estabelecida".



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

o Ministério da Saúde, ciente da necessidade de avaliar os mecanismos e preços previstos para a contratualização de prestadores de cuidados continuados, em consonância com as recomendações do Tribunal de Contas, está já a estudar, através da UMCCI, a metodologia que permita a avaliação dos custos das Unidades Prestadoras, e permitir uma definição dos preços capaz de alcançar as metas definidas. Este trabalho foi iniciado em 2009, prevendo-se as primeiras conclusões até final do corrente ano.

No que concerne à recomendação de:

"Promover a remoção de barreiras ao acesso à RNCCI, designadamente pelo estabelecimento de limites imperativos para os dias de espera para o ingresso na Rede, assim como, zelar pelo respectivo cumprimento e pela prossecução da "Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS", salienta-se que:

o Ministério da Saúde tem procurado ao longo do tempo de implementação e desenvolvimento da RNCCI, estabelecer mecanismos de melhoria de acessibilidade dos utentes. Evidência desta orientação é a própria criação da RNCCI, inexistente até 2006, o que significa que até essa data, não existia qualquer oferta que respondesse às necessidades da população. O ingresso na RNCCI é feito em função da existência de vagas nas várias unidades que integram a rede, procurando adequar a resposta desta às diferentes tipologias de necessidades de cuidados dos utentes. Por outro lado, no caso da referenciação dos hospitais para a rede, a prestação de cuidados é feita no próprio estabelecimento até ao ingresso na RNCCI, aguardando o utente que exista vaga. A admissão na rede está ainda dependente da anuência do próprio utente e família, muitas vezes dependendo de critérios de proximidade e não de tempos de espera. A existência de limites imperativos não pode vencer a realidade fáctica que é a existência de vagas na rede para tipologia de cuidados de que o doente carece. Existindo órgãos que procedem à gestão das vagas na rede de acordo com critérios clínicos e de proximidade afigura-se o cumprimento da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS na medida dos recursos disponíveis, tem vindo a aumentar de forma muito significativa.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

Teresa Oleiro

1.2 **Coordenadora da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados**



UMCCI
SAL. N° 24 DATA 15/9/09
Obs.

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

Sua referência P.n°51/08-Audit	Sua comunicação 2009.08.04	N/referência	Data 2009-09-15
--	--------------------------------------	---------------------	---------------------------

Assunto: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados/Exercício do contraditório

Em anexo e, ao abrigo do enquadramento legal constante dos artigos 13º e 87º da Lei nº 98/97 de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 48/06 de 29 de Agosto, envio as alegações que a UMCCI considerou adequadas apresentar em relação ao salientado no Relato de Auditoria, em especial, no que concerne às conclusões e recomendações à Coordenadora Nacional da UMCCI.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, apresento os meus melhores cumprimentos, *com consideração e estima pessoal*

A Coordenadora da UMCCI

(Inês Guerreiro)

DGTC 15/09/09 16447

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
Rua Gomes Freire 5 - 2º D, 1169-086 LISBOA, Tel.: 21 358 80 60, Fax.: 21 358 80 89,
E-mail: geral@umcci.min-saude.pt www.mcci.min-saude.pt



AUDITORIA À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS 2006/2008

ALEGAÇÕES DA UMCCI

Enquadramento legal: artigos 13º e 87º da Lei nº 98/97 de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 48/06 de 29 de Agosto.

No âmbito da auditoria acima identificada e, após análise atenta do Relato enviado à Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), o presente documento visa o exercício do contraditório à auditoria realizada pelo Tribunal de Contas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no triénio 2006/2008.

Em primeiro lugar – e, antes de comentar as conclusões e recomendações formuladas - refira-se que a Coordenadora Nacional concorda, genericamente, com o teor do Relato da Auditoria no que respeita à UMCCI, representando este, pelas conclusões e recomendações formuladas, um momento de reflexão autocrítica no caminho até agora percorrido, com as consequentes oportunidades de melhoria, face às fragilidades detectadas e de consolidação quanto aos aspectos considerados adequados, no caminho que ainda falta percorrer (2009/2016).

Comentários que entendemos pertinentes às conclusões formuladas:

- 1. Quanto à despesa realizada e especificamente no que se refere à implementação que tinha sido planeada para 2007-2008 (página 9 do Relato da Auditoria)**

Sendo os planos de implementação o reflexo das necessidades de cuidados de saúde ao nível dos cuidados continuados, apurados por cada uma das regiões, as previsões iniciais não tiveram em conta os condicionalismos inerentes à oferta de cuidados neste sector.

Tendo em atenção a falta de histórico nacional (a RNCCI foi criada em Junho de 2006) o planeamento inicial da Rede, no que respeita à identificação das



necessidades em matéria de continuidade de cuidados de saúde e de apoio social, foi feito com base em modelos internacionais consolidados (nomeadamente os do modelo de organização vigente no sistema de saúde da Catalunha), transferindo para a realidade nacional as metodologias aí praticadas.

Tratando-se do início da implementação da RNCCI e, atendendo às necessidades da população e à especificidade dos cuidados a prestar, considerou-se estratégico começar por definir, anualmente e de forma progressiva, metas e ratios visando a abrangência máxima da população a servir, garantindo-se a total cobertura da Rede e a universalidade e equidade no acesso aos cuidados continuados.

Constituindo um modelo de intervenção integrado por entidades da saúde, de segurança social e privadas, com diferenciados regimes jurídicos, administrativos e financeiros e, distintas culturas organizacionais, vários factores exógenos contribuíram, entretanto, para o desajustamento referenciado entre o plano de necessidades de cuidados continuados integrados, a identificação de metas e a sua efectiva realização física e financeira.

Se tivermos em conta o início de funcionamento da RNCCI e o tempo necessário para que as instituições envolvidas adoptem uma cultura integrada, convergente com a missão e objectivos da Rede, sabemos que em nenhum dos modelos adoptados a nível internacional (Gomez Baptiste, consultor da OMS) se conseguiu realizar tanto em tão pouco tempo, nem tão rapidamente pôr no terreno tantas medidas e tipologias de serviços ao mesmo tempo, especialmente atendendo a que tais entidades não estão no âmbito de intervenção directa da UMCCI, apenas sob a sua coordenação e orientação na prestação de cuidados continuados a pessoas em situação de dependência. Mais, a acrescer essa dificuldade, a UMCCI conseguiu consensualizar um Projecto comum a 2 Ministérios que têm demonstrado abordagens, formações e culturas totalmente diversas, que até 2005 não tinham conseguido trabalhar em conjunto de forma consistente e sistemática, nem definir uma política estratégica comum.



Tendo em atenção a envolvente conjuntural referida e prevendo que o grau de cumprimento do Plano de Implementação pudesse não conseguir os resultados esperados, a UMCCI, antecipadamente, tomou a iniciativa de desenvolver acções visando a expansão da Rede de acordo com critérios de necessidade, de equidade territorial e de garantia de qualidade, promovendo-se, assim, a convergência da execução física e financeira com o planeamento feito.

Neste contexto, propôs superiormente a aprovação de um regime de atribuição de apoios financeiros, visando criar incentivos à participação directa das pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos, de forma a desenvolver e consolidar a RNCCI. A proposta em causa foi aprovada, pela Portaria nº 376/08 de 23 de Maio que veio fixar o Regulamento de atribuição de apoios financeiros pelas ARS I.P. designado por Programa Modelar.

Saliente-se, igualmente, o papel activo e incentivador da UMCCI junto do Ministério da Saúde, para a aprovação, de um regime excepcional de celeridade procedimental para a contratação de empreitadas de obras públicas e aquisição ou locação de bens ou serviços para projectos de instalação ou requalificação de serviços de saúde que se integrem na RNCCI, também com o objectivo de consolidar e desenvolver a Rede. Nesta sequência veio a ser aprovado o regime excepcional e transitório previsto no Decreto-Lei nº 48/2008 de 13 de Março.

De igual forma, visando-se o desenvolvimento progressivo da Rede e como medida incentivadora à execução do Plano de Implementação, propôs-se a reconversão de serviços do SNS em unidades de internamento da RNCCI. Esta proposta veio a ser autorizada por Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde em 7 de Julho de 2008.

Com as medidas entretanto tomadas e com a implementação das recomendações constantes do Relato de Auditoria, ultrapassada a fase de adaptação à realidade do país (RNCCI a funcionar desde 2007, após a fase de experiência piloto), a UMCCI considera estar-se no bom caminho para que o nível de execução do Plano de Implementação venha a conhecer franca evolução a curto prazo, apresentando resultados positivos já no decurso do



presente ano, contribuindo assim para a convergência com as metas estabelecidas.

Assim sendo, a nossa perspectiva é diferente quanto à afirmação feita de que pelo não aproveitamento dos recursos financeiros disponíveis se geraram disponibilidades que não foram aplicadas noutros programas do Plano Nacional de Saúde. Efectivamente, os recursos financeiros existentes e ainda não utilizados continuam a ser necessários e a corresponder a prioridades estratégicas, transitando para as fases seguintes de desenvolvimento da Rede (2009-2016).

A reforçar este entendimento, refira-se que só depois de algum tempo após a entrada em funcionamento da Rede e após a análise dos primeiros resultados obtidos, é expectável e razoável tomar medidas correctivas e/ou dinamizadoras que visem a implementação e consolidação da Rede. Foi isso que a Unidade de Missão já fez com as medidas propostas e é o que ainda mais irá fazer com os resultados deste relato de auditoria.

A conclusão alusiva à contratualização da prestação de cuidados com base nos preços da diária de internamento, fixados nas Portarias nº 994/2006 de 19 de Setembro e 1087-A/2007 de 5 de Setembro, sem possibilidade de negociação e diferenciação qualitativa ao nível da remuneração dos prestadores, parece-nos não se enquadrar na filosofia subjacente à fixação de preços: estes foram previstos como contrapartida dos custos reais efectivos face à exigência e à intensidade de cuidados em cada tipologia de cuidados, sendo que se em alguns casos não cobrem a totalidade dos custos, em muitos outros são superiores, o que deverá equilibrar a situação.

2. Quanto ao investimento em infra-estruturas da RNCCI (página 10 do Relato da Auditoria)

A afirmação feita de que apesar da criação do Programa Modelar não foram executadas quaisquer verbas deverá ser complementada com a seguinte informação: O Programa Modelar é aprovado e publicado no final de Maio 2008. Se tivermos em conta os prazos estabelecidos para fixar os avisos de abertura das candidaturas, a apresentação de propostas e análise das



mesmas, acrescentando ainda o tempo necessário aos procedimentos concursais respectivos, muito dificilmente se conseguiria realizar despesa em 2008 por conta das candidaturas aprovadas. Não obstante o início de alguns projectos ter ocorrido no último trimestre de 2008, será a partir de 2009 que irão ser executadas verbas por conta do apoio financeiro a este Programa. Pelo que ilações sobre o contributo para o desenvolvimento e implementação da Rede só poderão ser tiradas posteriormente a essa data e com o fim da execução do Programa em causa.

3. Quanto à capacidade instalada, e cobertura populacional e territorial (página 10 do Relato da Auditoria)

O número de camas a implementar e as taxas de cobertura nacional previstas para cada uma das tipologias de unidades de internamento traduzem rácios que foram calculados com base nas necessidades previstas da população. A experiência, entretanto adquirida, demonstra-nos que as taxas em causa não atenderam suficientemente às características na vertente da oferta disponível de cuidados, ou seja, aos recursos físicos, materiais e humanos existentes, os quais deveriam corresponder ao perfil exigido pela Rede. Neste contexto, importa referir que inicialmente nada existia, tendo sido necessário proceder a alterações e adaptações nas estruturas disponibilizadas para efeitos de prestação de cuidados continuados (internamentos dos centros de saúde, lares e hospitais).

Acresce o facto de que, todas as unidades alvo de co-financiamento pelo Programa Saúde XXI que, teoricamente, se constituíam como a base para uma execução adequada face ao planeado, revelaram-se inadequadas, mal equipadas e sem condições de segurança ou de funcionamento para integrarem a Rede, necessitando de ser adaptadas. A construção de um guião orientador de requisitos técnicos de instalações e equipamentos no âmbito da Rede, serviu de base a todas as remodelações que tiveram de ser feitas. A respectiva execução teve, ainda de se compatibilizar com os tempos necessários à realização de procedimentos concursais previstos na Lei para o sector público (centros de saúde e hospitais), ou com a respectiva boa vontade



e aceitação no caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social, em especial Misericórdias, detentoras e gestoras das instalações das Unidades de Apoio Integrado.

Refira-se aqui, igualmente, o empenho empreendido pela UMCCI junto do Ministério da Saúde para aprovar diploma que agilizasse os procedimentos concursais relativos a obras de remodelação e requalificação de serviços da Rede.

Todo este esforço regulamentar e normativo teve em vista, principalmente, garantir qualidade à prestação de cuidados, não obstante o eventual desenquadramento face aos números estimados.

Nesta linha de actuação podemos afirmar que, apesar do compromisso que representam as previsões, a UMCCI consciente da realidade conjuntural e estrutural do país, preferiu apostar numa estratégia de qualidade dos cuidados prestados, única maneira de viabilizar e consolidar a RNCCI face à sua Missão e aos objectivos estabelecidos, até pelo exemplo anterior de outras experiências, com insucesso, com pelo menos 10 anos de tentativa no país, na área da implementação de cuidados a pessoas com dependência.

Constata-se que a situação mais grave de disparidade entre o planeado e o executado situa-se em Lisboa e é devida à inexistência de parceiros sociais na Rede, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e IPSS que intervenham neste âmbito. Contribuiu, também, para tal situação, a limitação aos financiamentos comunitários por parte desta Região e o custo muito elevado dos terrenos e imóveis para investimento nesta área, por parte de entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

Esta situação será ultrapassada a curto e médio prazo, mercê do Programa Modelar (que veio fixar o Regulamento de atribuição de apoios financeiros às Instituições Privadas sem fins lucrativos pelas ARS I.P.), bem como a cedência de 15 terrenos na cidade de Lisboa pela respectiva autarquia à ARSLVT. Esta situação ficou prevista com a aprovação da Carta de Saúde da Cidade, onde pela 1ª vez são contemplados e reservados no PDM, os terrenos onde se poderão construir UCCI. A cedência do direito de superfície destes terrenos a



entidades sem fins lucrativos, permitirá a construção de unidades para a RNCCI.

4. Quanto à universalidade e equidade no acesso (página 11 do Relato da Auditoria)

Designadamente, quanto às conclusões sobre o tempo de espera, é de salientar que a RNCCI é um projecto com implementação progressiva a dez anos. Assim sendo, à data da Auditoria é normal que a oferta de cuidados ainda não seja suficiente para dar resposta cabal às necessidades da população, o que se vem a repercutir nos tempos de espera descritos. Acresce a esta situação, tudo o acima referido sobre razões conjunturais e estruturais que ultrapassam a competência e o âmbito de intervenção da UMCCI.

Refira-se que os tempos médios de espera *indicados* e a percentagem de doentes referenciados não admitidos, poderão ser consequência de uma eventual desajuste na referenciação, devida à pressão que as entidades referenciadoras, sobretudo os hospitais, exercem para poderem dar alta aos doentes. No 1.º semestre de 2009 a demora média já diminuiu significativamente e essa será a tendência à medida que a Rede se vá adaptando à procura de cuidados continuados.

A concepção do aplicativo informático "Gestcare CCI" visou, entre outras funcionalidades, a monitorização da referenciação feita na Rede, a fim de introduzir as melhorias requeridas. Este aplicativo permite a obtenção de informação referente aos tempos médios de espera para ingresso na Rede por região, tipologia e unidade. Posteriormente, essa informação é disponibilizada em Relatórios da UMCCI, que se encontram acessíveis, designadamente, na página de abertura do referido Gestcare CCI. A acessibilidade a estes dados por parte dos intervenientes, já permite a divulgação da informação junto dos respectivos utentes.

O passo seguinte à consecução de dados fiáveis será a garantia da efectivação à informação do utente, trabalho prioritário inserido nos objectivos da UMCCI.



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

5. Quanto às recomendações à Coordenadora da UMCCI (página 16 do Relato da Auditoria)

As recomendações formuladas com as quais se concorda, vêm ao encontro do nosso entendimento sobre a situação da Rede e da estratégia a adoptar. Neste sentido refiram-se as seguintes iniciativas até agora tomadas:

No início de 2009 foi constituída uma equipa financeira na UMCCI, a qual tem por missão a monitorização da vertente financeira da RNCCI, a definição dos procedimentos e instrumentos de gestão relativos ao Programa Modelar e a implementação do Piloto da Orçamentação por Programas da RNCCI, em estreita colaboração com a equipa designada pelo Ministro das Finanças e da Administração Pública (GTIPOP).

A monitorização efectuada pela equipa consistiu, logo desde o seu início, na definição dos instrumentos de recolha de informação sobre execução financeira da RNCCI, para análise trimestral da execução das despesas facturadas e efectivamente pagas pelas ARS às unidades prestadoras da RNCCI. Tal metodologia irá permitir o apuramento, ao longo do ano, dos desvios apurados face ao orçamentado, e analisar, com cada ARS, a previsão de realização de despesa até ao final do ano. Consequentemente haverá uma maior monitorização da execução orçamental prevista nos Planos de Implementação, incluindo a possibilidade de definição das necessidades financeiras de 2010 com maior rigor face ao histórico da execução apurado nos anos anteriores.

O facto desta equipa estar incumbida de implementar e acompanhar a evolução periódica dos indicadores estratégicos e operacionais, de natureza física e financeira, previstos no Piloto da Orçamentação por Programas irá permitir, também, o apuramento trimestral do custo efectivo da RNCCI. Tal medida possibilita comparar esse valor com a facturação e pagamentos efectuados pelas 5 ARS às entidades prestadores, com vista à análise dos desvios apurados e sua justificação, visando uma melhoria contínua na definição de necessidades e recursos financeiros da RNCCI. Assim, a definição do Plano de Implementação para 2010, tem duas ambições: ser elaborado e proposto à aprovação até ao final de 2009 e ser definido com base em pressupostos de cálculo mais rigorosos.



Com o objectivo de se uniformizar procedimentos sobre a recolha e tratamento da execução física e financeira, a UMCCI irá elaborar, ainda este ano, um Manual de Procedimentos a adoptar pelas ARS, conforme recomendação do relatório preliminar do Tribunal de Contas.

Paralelamente, encontra-se em fase de conclusão o "Modulo de Registo de Facturação" no aplicativo informático da RNCCI que irá permitir às ARS um maior controlo e gestão das facturas apresentadas pelas entidades prestadoras. Este Módulo irá permitir, não só uma verificação e validação da facturação mais rápida, como vai contribuir para a ocorrência de uma diminuição de inconformidades detectadas nas facturas que são enviadas pelas unidades prestadoras às ARS e aos Centros Distritais da Segurança Social.

Com os objectivos de se conseguir a acessibilidade local e em tempo real à informação da Rede por parte dos profissionais da RNCCI, bem como o do reforço da infra-estrutura central da aplicação informática "GESTCARE CCI" que suporta a Rede, encontra-se em fase de implementação um projecto designado "Sistema Integral de Acesso à RNCCI", que irá permitir:

- A monitorização da qualidade do acesso;
- O aumento de transparência no acesso aos serviços e à informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede);
- O incremento da escolha das soluções mais adequadas à diversidade que caracteriza a dependência e funcionalidade do utente;
- A fiabilidade e integridade da informação disponível.
- A maior capacidade atractiva para o estabelecimento de novas parcerias público/privadas.
- A existência de uma infra-estrutura adequada para suporte ao sistema (GESTCARE CCI), que garanta a necessária robustez, escalabilidade e "performance" já necessária hoje em dia e preparada para os próximos 3 anos.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Rua Gomes Freire 5 - 2º D, 1169-086 LISBOA, Tel.: 21 358 80 60, Fax.: 21 358 80 89,
E-mail: geral@umcci.min-saude.pt www.mcci.min-saude.pt



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Por fim, importa referir que a UMCCI partilha da preocupação relativa ao apuramento dos custos relevantes, directos e indirectos, por unidades e por tipologias visando a adequação dos preços praticados na RNCCI. Neste sentido, foi adjudicado no 2º trimestre p.p., a uma entidade externa, a elaboração de um "Estudo sobre a sustentabilidade económica das entidades prestadoras de cuidados continuados no âmbito da RNCCI", tendo em vista analisar as actuais condições de funcionamento e custos efectivos, tendo por referência os preços fixados para cada uma das diferentes tipologias de internamento. O relatório final deste estudo será apresentado até ao final do ano.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Rua Gomes Freire 5 - 2º D, 1169-086 LISBOA, Tel.: 21 358 80 60, Fax.: 21 358 80 89.

E-mail: geral@umcci.min-saude.pt www.mcci.min-saude.pt

1.3 **PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DA ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE**



Exmo. Sr.
Dr. Abílio Augusto Pereira de Matos
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência: Proc. nº 51/08 - Audit
Nossa referência: CD/SGF
ACSS-15886-09/SEP-09

ASSUNTO: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Tendo sido este Instituto notificado para se pronunciar sobre o Relato de Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2006-2008 – Processo nº 51/08 – Audit – Volume I, cumpre informar V. Ex.ª que o referido relato não nos merece quaisquer observações no que se refere às suas conclusões e recomendações.

Com os melhores cumprimentos, *em nome*

O Presidente do Conselho Directivo da ACSS, I.P.

Manuel Teixeira
(Manuel Teixeira)

DGTC 09/09/09 16124



Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Av. da República, nº 61 | Apartado 14052 | 1064-808 Lisboa CODEX | Tel: 217 925 503 | Fax: 217 925 533

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

1.4 PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DO INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

09/09/2009 12:14 FAX 213102090 TSS-CIA 001/004

Conselho Directivo - SAI.CD-59690/200 213102090

FAX  **FAX**

SEGURANÇA SOCIAL INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

CONSELHO DIRECTIVO

data • date • date 22.09.2009 Nº de páginas • Nº de pages • Nr of pages 1

de • de • from Edmundo Martinho Presidente do Conselho Directivo Tel: 21 310 20 03 Fax: 21 3102090

para • pour • to Ex.mo Senhor Auditor - Coordenador Dr. Abílio Matos Tribunal de Contas Fax: 21 7936033

assunto • objet • subject **Auditoria à RNCCI (Proc.nº 51/08 – Audit.)**

Em referência ao assunto em epígrafe, e face ao Relato da Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados recepcionado, junto se remetem a V. Exa. as alegações do Instituto da Segurança Social, IP .

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo



Edmundo Martinho
Presidente

DGTC 23/09/09 16831

Rua Rosa Araújo, nº 43 • 1250-194 LISBOA
Centro Contacto: 808 286 266 (n.º azul) • Fax: (+351) 272 240 900 • Estrangeiro: +351 272 345 313 • www.seg-social.pt

213102090

**ALEGAÇÕES DO INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P. À AUDITORIA À
REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS 2006/2008**

Após análise atenta do Relato enviado a este Instituto, o presente documento visa o exercício do contraditório à auditoria realizada pelo Tribunal de Contas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no triénio 2006/2008.

Importa referir *à priori* que este Instituto, no cômputo geral, concorda com o teor do Relato da Auditoria, sendo que este, pelas conclusões e recomendações formuladas, constitui uma oportunidade de melhoria, face às fragilidades detectadas e de consolidação da RNCCI.

Não obstante de, entretanto, também serem apresentadas alegações por parte da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), que o ISS,IP integra, tecem-se de seguida alguns comentários complementares que entendemos pertinentes às conclusões formuladas:

1. Execução dos Planos de Implementação

A metodologia de desenvolvimento da RNCCI assentou em Planos de Acção e de Implementação anuais, que permitiram operacionalizar e ajustar as metas inicialmente traçadas em função da sua viabilidade de execução. Destaca-se que a RNCCI é fruto do compromisso inter-ministerial e empenho aplicado por todos os intervenientes na sua criação e desenvolvimento, bem como das entidades promotoras e referenciadoras. A este empenho soma-se um esforço adicional de início de modelo, já que a constituição desta nova Rede implicou mudanças estruturais, funcionais e culturais, necessitando romper com alguns paradigmas existentes no sistema de saúde e de apoio social, o que terá dificultado, em determinados momentos, a concretização dos objectivos definidos para a primeira fase.

Efectivamente, foram vários os factores exógenos que contribuíram para o desajustamento referenciado entre o plano de necessidades de cuidados continuados integrados, a identificação de metas e a sua efectiva realização física e financeira,

Neste contexto, o ISS,IP em estreita articulação com a UMCCI, desenvolveu acções de sensibilização e informação junto dos Centros Distritais do ISS,IP sobre a expansão da Rede de acordo com critérios de necessidade, de equidade territorial e de garantia de qualidade, procurando, assim, promover a convergência da execução física e financeira com o planeamento feito.

213102090

Refira-se ainda que só depois de algum tempo após a entrada em funcionamento da Rede e após a análise dos primeiros resultados obtidos, é que pode ser expectável e razoável tomar medidas correctivas e/ou dinamizadoras que visem a implementação e consolidação da Rede.

2. Capacidade instalada, e cobertura populacional e territorial

O desenvolvimento da RNCCI assentou no aproveitamento de intervenções anteriores e teve como princípio a rentabilização dos recursos já destinados a unidades no âmbito de outros programas públicos. Reforça-se que o aproveitamento de recursos tem sido um critério subjacente a cada Plano de Implementação Anual da RNCCI, pelo que, sempre que se aliarem a vontade dos prestadores, a existência de necessidades de cuidados continuados e as condições para os prestar, o ISS,IP, no seio da UMCCI, promove a sua concretização.

Contudo, inicialmente pouco ou nada existia, tendo sido necessário proceder a alterações e adaptações nas estruturas disponibilizadas para efeitos de prestação de cuidados continuados, nomeadamente nas Unidades de Apoio Integrado.

Considera-se ainda que esta situação será ultrapassada a curto e médio prazo, através do Programa Modelar que veio fixar o Regulamento de atribuição de apoios financeiros às Instituições Privadas sem fins lucrativos pelas ARS I.P.

3. Universalidade e equidade no acesso

Sendo as respostas da RNCCI implementadas em três grandes fases, é de esperar que nesta primeira fase as respostas não sejam suficientes para cobrir a totalidade das necessidades existentes. No entanto, salienta-se que esta situação já existia previamente à RNCCI não sendo, portanto, uma consequência desta. Dever-se-ia também salientar o desenvolvimento obtido em relação à situação de partida e atender ao número de utentes que já pode ver as suas necessidades respondidas no âmbito do sistema público de saúde e segurança social, o qual aumentará ao longo da implementação da RNCCI.

Refira-se ainda que a demora média tem vindo a diminuir significativamente e essa será a tendência à medida que a Rede ajuste os procedimentos da referenciação e se vá adaptando à procura de cuidados continuados.

Por fim, reitera-se que as recomendações formuladas com as quais se concorda, vêm ao encontro do nosso entendimento sobre a situação da Rede e da estratégia a

213102090

adoptar. Neste sentido, considera-se pertinente referir algumas iniciativas actualmente em desenvolvimento, em estreita articulação com a UMCCI:

- Reforço da monitorização da execução orçamental prevista nos Planos de Implementação, incluindo a possibilidade de definição das necessidades financeiras de 2010 com maior rigor face ao histórico da execução apurado nos anos anteriores;
- Conclusão do "Modulo de Registo de Facturação" no aplicativo informático da RNCCI que irá permitir um maior controlo e gestão integrada das facturas apresentadas pelas entidades prestadoras;
- Desenvolvimento de um sub-sistema no Sistema de Informação da Segurança Social, designado de Sistema de Gestão do Financiamento Directo às Famílias, que terá interfaces com o "GESTCARE CCI", e que permitirá uma maior celeridade na instrução dos processos de referenciação, monitorização e facturação por parte dos profissionais do ISS,IP que integram as Equipas Coordenadoras da RNCCI;
- Optimização da aplicação informática "GESTCARE CCI" que suporta a Rede;
- Uniformização do processo de adesão e integração de unidades e equipas na RNCCI, através da elaboração de uma Manual de Adesão à RNCCI.

Em suma, se tivermos em conta o início de funcionamento da RNCCI (finais de 2006) e o tempo necessário para que as instituições envolvidas adoptem uma cultura integrada, convergente com a missão e objectivos da Rede, consideramos que em nenhum dos modelos anteriormente adoptados se conseguiu realizar tanto em tão pouco tempo.

1.5 **PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.**



ARS ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

020433 *09 09-14 13:31

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

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Proc. Nº 51/08 - Auditoria

ASSUNTO: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Tendo sido recebidas nesta ARS Centro as notificações do conteúdo do relatório proferido por esse douto Tribunal no âmbito da auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, remetido para o efeito do exercício do contraditório, nos termos da lei nº 98/97, de 26 de Agosto, vêm os notificados apresentar as suas alegações, nos termos e com os fundamentos constantes do documento que segue em anexo

Com os melhores cumprimentos *João P*

O PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO

João Pedro Travassos de Carvalho Pimentel
(Dr. João Pedro Travassos de Carvalho Pimentel)

DGTC 15 09 09 16423



Exmo Senhor
Dr. Abílio Augusto Pereira de Matos
Auditor – Coordenador
Direcção Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

ASSUNTO: Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2006 –
2008. Proc. N.º 51/08 – Audit

No âmbito dos seus poderes de fiscalização e controlo e em cumprimento do programa de fiscalização para 2009 o Tribunal de Contas realizou auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados. Relativamente ao Relatório dessa auditoria e, em especial, quanto às recomendações e conclusões e nos termos e para os efeitos dos artigos 13, 65 n.ºs 2 a 8 e 87 n.º 3 da Lei n.º 98/97 de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006 de 29 de Agosto vem o Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro, IP bem como os restantes vogais, exercer o direito de contraditório.

Ao fim de dois anos a funcionar no terreno é já possível fazer um balanço (ainda que com reservas e limitações) das vicissitudes, dos erros, das vantagens e sucessos na realização do projecto. Este relatório é um excelente documento de trabalho e ponto de partida para uma análise rigorosa e discussão séria da problemática da implementação de projectos e, no caso, da RNCCL.



Cumprindo os objectivos do contraditório os comentários de ordem geral e esclarecimentos em matérias específicas que se seguem pretendem colocar-se dentro do mesmo patamar de rigor e seriedade do relatório e, nesta medida, contribuir para clarificar algumas matérias e enquadrar, actualizar e precisar factos e á luz destes esclarecimentos arguir a desproporção das sanções propostas.

1.

E o primeiro comentário é o de que a criação e implementação da RNCCI constitui uma evolução francamente positiva do SNS e tais foram as suas repercussões que podemos classificá-lo como uma espécie de pequena e suave revolução. Pequena e suave mas com efeitos evidentes quer ao nível da reconfiguração no sistema de saúde e assistência social quer ao nível da superação de dificuldades por parte dos cidadãos. As dificuldades práticas que ainda há dois anos significava colocar um doente nestas condições são a melhor medida do sucesso da RNCCI.

Ainda não é possível, até porque a rede ainda não está inteiramente desenhada e implementada, precisar e quantificar todos os benefícios mas é possível chamar a atenção para aspectos tão importantes e tão diversificados como a diferenciação tecnológica do parque hospitalar público; a racionalização da gestão de camas de doentes agudos; os efeitos na produtividade, no emprego e nas novas profissões; a continuidade de cuidados e os ganhos em saúde; a eficiência financeira das diversas



instituições; a reconversão de hospitais com utilidade social e técnica mínima; a reabilitação de património arquitectónico; o realinhamento do perfil assistencial dos hospitais; a regulação das relações e repartição de encargos entre o sistema de saúde e a Segurança Social; a protocolarização das relações com o sector social e, principalmente, a melhoria da acessibilidade e disponibilização de cuidados continuados de qualidade aos cidadãos, com ganhos sociais, ao nível económico e de bem estar, de difícil quantificação.

Desde 2007, em 2 anos e só na ARS do Centro se tenham reconvertido quatro hospitais de nível 1 que mercê da integração na RNCCI se tornaram verdadeiros hospitais de proximidade e sofreram, nalguns casos o maior acondicionamento técnico e qualitativo da sua história, como, por exemplo, o Hospital de Cantanhede onde, neste momento, está instalada uma unidade de convalescença, com 30 camas e uma unidade de cuidados paliativos com 14 camas, tendo-se reconvertido todo o internamento do Hospital para a RNCCI.

Estas mudanças exigem e supõem um trabalho de planeamento, coordenação e reconversão de unidades que atravessa todo o parque hospitalar público e os sectores privado e social foram suportadas no âmbito regional por uma estrutura administrativa e de gestão diminuta, apoiada num sistema de informação e de controlo em desenvolvimento e por mecanismos de planeamento que todos queremos melhorar. Por tudo isto e porque o próprio tempo ainda não foi suficiente para



cumprir todas as tarefas e apurar todos os procedimentos é que, infeliz mas inevitavelmente, este suave milagre tem falhas.

Algumas destas imperfeições foram detectadas na Auditoria do Tribunal outras são mais visíveis para quem tem maior familiaridade com o sistema. Em qualquer caso estes erros, que não pretendemos escamotear, já foram ou serão sanados, e são seguramente menos e menos graves do que o que seria de esperar face á dimensão da tarefa e aos meios e tempo para a realizar.

2.

Postos estes comentários, permitimo-nos alguns esclarecimentos e precisões, relativos ás recomendações desse douto Tribunal.

Internamento hospitalar e Unidades de internamento da RNCCI

O Relatório refere que ao aumento do número de camas da RNCCI correspondeu uma diminuição da lotação praticada nos hospitais da Região Centro, mas que esta ainda está sobredimensionada. O CD concorda com esta apreciação, a tal ponto que sempre tomou como eixo fundamental da sua missão adequar a lotação dos hospitais ás reais necessidades, nomeadamente em sede de contratualização com os hospitais, e a prova está na diminuição de camas hospitalares a que o relatório se refere.

Ainda assim, não nos é possível dizer com precisão qual a medida certa do desperdício, quer por causa das flutuações da procura, dificuldades arquitectónicas dos edificios, etc. Preferimos pensar que a adequação das camas é um processo



demorado que tem de ser muito negociado com as instituições e os profissionais e que sujeito a avanços e recuos, guiado por critérios técnicos e por preocupações de razoabilidade e eficiência na gestão de recursos.

Centro de Custos

Esta recomendação de criação de um centro de custos para a diferenciação e individualização dos custos com as unidades e equipas da RNCCI tem todo o sentido e pertinência e foi já acolhida. Na realidade a ARS sempre dispôs de um centro de custos, com o código 93, para os cuidados continuados, do que não dispunha, aquando da realização da auditoria, era de centros de custos individualizados por unidades e por tipologia de cuidados (vide doc. em anexo – listagem de centros de custo). Neste momento já se providenciou a sua criação, através do desdobramento desse centro de custos e consequente reafecção das despesas processadas no ano de 2009.

Relatórios da Equipa de Coordenação da Região Centro

Quanto a este ponto, e salvo melhor opinião, o CD permite-se contestar a apreciação desse Tribunal. Todas as unidades prestadoras de cuidados continuados da região são periodicamente visitadas pela Equipa de Coordenação Regional que na sequência dessas visitas impreterivelmente elabora os respectivos relatórios de controlo interno.

Os “relatórios específicos que evidenciassem as verificações e a avaliação dos requisitos de segurança e de qualidade” a que o Relatório se refere enquadram-se no âmbito da auditoria. Estas, de acordo com a arquitectura de repartição de



responsabilidades do sistema, foram efectuados através da UMCCI, a qual fez uma aquisição, a nível nacional, das referidas auditorias.

Só durante o ano de 2009 é que a UMCCI considerou adequado descentralizar as actividades de acompanhamento e auditoria, as quais passaram a ser assumidas pelas ARS. Esta ARS, no corrente ano, já adquiriu serviços para a realização de auditorias clínicas a dez instituições da rede de cuidados continuados.

Doentes de Subsistemas

Estas irregularidades são todas relativas aos primeiros meses de funcionamento da RNCCI e ilustram exemplarmente as dificuldades de crescimento deste tipo de projectos e os desafios que impõe a uma organização tradicionalmente pouco robusta e reactiva, sendo prova disso o facto de na amostra de facturação de 2008, recolhida por esse Tribunal, não ter sido detectada qualquer irregularidade.

Não obstante os constrangimentos relatados, os serviços financeiros da ARS Centro desenvolveram um trabalho de reavaliação dos pagamentos efectuados com o objectivo de detectar e corrigir eventuais irregularidades.

É por isso um motivo de satisfação e que em alguns casos referidos, foram os próprios serviços financeiros da ARS que detectaram e prontamente solucionaram as incorrecções.

Alguns pagamentos de dias de internamento a doentes de subsistemas já se encontravam regularizados à data dos trabalhos de Auditoria desenvolvidos por esse



Tribunal, encontrando-se os restantes em fase de regularização, conforme se pode verificar pelo documento em anexo.

Não obstante o trabalho já desenvolvido pelos serviços financeiros desta ARS no sentido de detectar e corrigir eventuais irregularidades e dado o facto de ainda agora se verificar terem persistido algumas incorrecções, estão já os mesmos a proceder a uma nova reavaliação de todos os pagamentos efectuados desde o início da implementação da RNCCL.

É nosso entendimento, que dada a metodologia seguida pelos serviços financeiros desta ARS, que em regra não efectuam o pagamento de qualquer factura sobre a qual recaia uma Nota de Crédito, não se verificará qualquer prejuízo para o erário público.

Solicita-se a esse tribunal releve a configuração de infracção financeira sancionatória e reintegratória que propõe, nos termos dos artigos 65, nº 1 alínea b) e 59 nºs 1 e 4 da LOPTC, uma vez que não se verificou qualquer prejuízo para os cofres públicos.

Fiscalização Prévia

É um facto que a ARS do Centro não enviou para fiscalização prévia os acordos e protocolos referidos no relatório. Dito isto há que pedir a atenção desse tribunal para o conjunto de circunstâncias que compõem a moldura desse comportamento e cujo grau de desculpabilização esse tribunal certamente reconhecerá.



Desde logo o facto de estes acordos funcionarem sempre com base em preços pré definidos. Nestes casos não há qualquer possibilidade de a despesa do estado poder ser influenciada discricionária ou subjectivamente pela região, isto é, pela entidade que formaliza os acordos e protocolos. O próprio cabimento orçamental estava assegurado uma vez que os pagamentos se processam através de transferência e as verbas não são próprias da ARS e subordinam-se a um plano anual previamente aprovados pelos Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social.

Assim, não há qualquer possibilidade de estes acordos estarem formal ou materialmente feridos de qualquer outra irregularidade, com excepção da formalização do visto.

Acresce que talvez por esta razão, mesmo a sujeição a visto é uma questão que levantava dúvidas. Aliás, não é por acaso que, tanto quanto sabemos, nenhuma ARS enviou para fiscalização prévia qualquer acordo ou protocolo. Era entendimento comum e consensual entre as ARS e a UMCCI a dispensa de visto prévio do Tribunal de Contas. E esta leitura da lei era sustentada, exactamente porque nestes casos, o visto do Tribunal de Contas seria um exercício formal e meramente adjectivo.

É fácil verificar que não existiu de facto, nem haveria qualquer hipótese de existir, qualquer prejuízo para os cofres do estado ou qualquer beliscadura aos princípios da legalidade, boa fé, justiça e imparcialidade ou qualquer outro fundamento do estado de direito. Dir-se-ia que todo o processo administrativo decorreu na perfeição excepto



no que toca á fase complementar de fiscalização pelo Tribunal de contas. Em verdade pode dizer-se que a boa vontade, a boa fé e uma leitura particular da lei resultaram num erro involuntário e que se lamenta.

3.

Dito isto, parece-nos estarem ou esclarecidos ou corrigidos os procedimentos que suscitaram objecções ou críticas por parte desse tribunal e que foram referidos supra: sobrelotação de camas hospitalares, pagamento de diárias cobertas por subsistemas, criação de centro de custos próprio para RNCCI e elaboração de relatórios de controlo.

Em conclusão, e á luz destes esclarecimentos, permitimo-nos solicitar a relevação das infracções assinaladas e consequentes penalizações uma vez que em nenhum dos casos houve intenção de praticar a omissão (fiscalização prévia) ou o acto foi já completamente sanado (pagamentos irregulares de diárias a doentes de subsistemas) nem daí resultou dano para os cofres do Estado, assumindo-se e lamentando-se apenas mera negligência quanto á fiscalização dos serviços a que, dentro da ARS, incumbia assegurar a correcta tramitação dos procedimentos.



Resta, assim, invocar o artigo 64, n.º 2 da LOPTC e confiar que esse tribunal saberá julgar este CD não por lapsos e incorrecções pontuais ou más interpretações ocasionais antes pelo cuidado, dedicação e empenho que tem posto neste trabalho exigente, por vezes frustrante mas sempre gratificante de melhorar o SNS.

Com os melhores cumprimentos

O PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO

(Dr. João Pedro Travassos de Carvalho Pimentel)

A VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO

(Dr.ª Rosa Maria dos Reis Marques Furtado de Oliveira)

O VOGAL DO CONSELHO DIRECTIVO

(Dr. Joaquim Gomes da Silva)

O VOGAL DO CONSELHO DIRECTIVO

(Dr. Mário Rui Fernandes Pinto Ferreira)

N.º de Factura	Período	Tipologia	Montante	Entidade	Utentes Subsistemas	Data de pagamento	Montante incorrectamente pago de acordo com o Tribunal de Contas	Valor da diária (a)	N.º de dias de internamento relativos aos utentes beneficiários de Subsistemas (b)	Montante incorrectamente pago (apuramento efectuado por esta ARS) (a) *	Observações
372	Agosto de 2007	Convalescença	20.740,00	SCM da Guarda	1	05-12-2007	1.700,00 €	85,00 €	20	1.700,00 €	(a)
204	Julho de 2007	Média Duração	16.080,66	SCM do Fundão	3	05-11-2007	412,92 €	52,38 €	74	3.876,12 €	(b)
298	Outubro de 2007	Média Duração	15.923,52	SCM do Fundão	1	05-12-2007	1.623,78 €	52,38 €	31	1.623,78 €	(c)
94	Março de 2007	Média Duração	18.640,30	ADFP - Miranda do Corvo	2	15-11-2007	2.061,06 €	42,95 €	46	1.975,70 €	(d)
3109	Agosto de 2007	Média Duração	22.890,06	Casa de Repouso de Coimbra	1	30-12-2007	1.623,78 €	52,38 €	31	1.623,78 €	(e)
3110	Setembro de 2007	Média Duração	22.313,88	Casa de Repouso de Coimbra	2	30-12-2007	2.147,58 €	52,38 €	41	2.147,58 €	(f)
204	Março de 2007	Longa Duração	4.129,20	ADFP - Miranda do Corvo	2	25-10-2007	412,92 €	6,66 €	62	412,92 €	(g)
299	Outubro de 2007	Longa Duração	5.421,90	SCM do Fundão	2	05-12-2007	734,58 €	17,49 €	62	1.084,38 €	(h)
235	Agosto de 2007	Longa Duração	5.334,45	SCM do Fundão	2	05-12-2007	1.084,39 €	17,49 €	42	734,58 €	(i)
2315	Outubro de 2007	Longa Duração	19.606,29	Cáritas Diocesana de Coimbra	1	18-02-2008	542,19 €	17,49 €	31	542,19 €	(j)
2426	Dezembro de 2007	Longa Duração	19.903,62	Cáritas Diocesana de Coimbra	1	18-02-2008	542,19 €	17,49 €	31	542,19 €	(k)

Observações:

- (a) Valor a ser descontado na factura n.º 228 com data de 06.07.2009
(b) Valor a ser descontado na factura n.º 193 com data de 30.06.2009
(c) Valor a ser descontado na factura n.º 193 com data de 30.06.2009
(d) Valor já corrigido, descontado na factura n.º 542 com data de 10.01.2008, Nota de Crédito n.º 130 de 22.07.2008
(e) Valor a ser descontado na factura n.º 1577 com data de 25.08.2009
(f) Valor a ser descontado na factura n.º 1577 com data de 25.08.2010
(g) Valor já corrigido, descontado na factura n.º 542 com data de 10.01.2008, Nota de Crédito n.º 129 de 22.07.2008
(h) Valor a ser descontado na factura n.º 193 com data de 30.06.2009
(i) Valor a ser descontado na factura n.º 193 com data de 30.06.2009
(j) Valor a ser descontado na factura n.º 1 com data de 29.02.2008
(k) Valor a ser descontado na factura n.º 1 com data de 29.02.2008



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAÚDE CENTRO, IP

CENTROS DE CUSTO

Código	Designação	A/M	Unidade Obra 1	Quant. 1	Unidade Obra 2	Quant. 2
93	RNCCI	M		0		0
9301	SCM AGUEDA	A		0		0
930102	MÉDIA	A		0		0
93010201	Internamento	M		0		0
93010202	Medicamentos	M		0		0
93010203	Valor Adicional	M		0		0
930103	LONGA	A		0		0
93010301	Internamento	M		0		0
93010302	Medicamentos	M		0		0
93010303	Valor Adicional	M		0		0
9302	APB GOUVEIA	A		0		0
930202	MÉDIA	A		0		0
93020201	Internamento	M		0		0
93020202	Medicamentos	M		0		0
93020203	Valor Adicional	M		0		0
930203	LONGA	A		0		0
93020301	Internamento	M		0		0
93020302	Medicamentos	M		0		0
93020303	Valor Adicional	M		0		0
9303	ADFP MIRANDA DO CORVO	A		0		0
930302	MÉDIA	A		0		0
93030201	Internamento	M		0		0
93030202	Medicamentos	M		0		0
93030203	Valor Adicional	M		0		0
930303	LONGA	A		0		0
93030301	Internamento	M		0		0
93030302	Medicamentos	M		0		0
93030303	Valor Adicional	M		0		0
9304	SCM ARGANIL	A		0		0
930402	MÉDIA	A		0		0
93040201	Internamento	M		0		0
93040202	Medicamentos	M		0		0
93040203	Valor Adicional	M		0		0
930403	LONGA	A		0		0
93040301	Internamento	M		0		0



CENTROS DE CUSTO

Código	Designação	A/M	Unidade Obra 1	Quant. 1	Unidade Obra 2	Quant. 2
93040302	Medicamentos	M		0		0
93040303	Valor Adicional	M		0		0
9305	SCM BATALHA	A		0		0
930502	MÉDIA	A		0		0
93050201	Internamento	M		0		0
93050202	Medicamentos	M		0		0
93050203	Valor Adicional	M		0		0
930503	LONGA	A		0		0
93050301	Internamento	M		0		0
93050302	Medicamentos	M		0		0
93050303	Valor Adicional	M		0		0
9306	HOSPITAL CANTANHEDE	A		0		0
930601	CONVALESCENÇA	A		0		0
93060101	Internamento	M		0		0
93060102	Medicamentos	M		0		0
93060103	Valor Adicional	M		0		0
930604	PALIATIVOS	A		0		0
93060401	Internamento	M		0		0
93060402	Medicamentos	M		0		0
93060403	Valor Adicional	M		0		0
9307	CÁRITAS DIOCESANA DE COIMBRA	A		0		0
930703	LONGA	A		0		0
93070301	Internamento	M		0		0
93070302	Medicamentos	M		0		0
93070303	Valor Adicional	M		0		0
9308	CÁRITAS DIOCESANA DE COIMBRA ("FAROL")	A		0		0
930803	LONGA	A		0		0
93080301	Internamento	M		0		0
93080302	Medicamentos	M		0		0
93080303	Valor Adicional	M		0		0
9309	CASA DE REPOUSO DE COIMBRA	A		0		0
930902	MÉDIA	A		0		0
93090201	Internamento	M		0		0
93090202	Medicamentos	M		0		0
93090203	Valor Adicional	M		0		0



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAÚDE CENTRO, IP

CENTROS DE CUSTO

Código	Designação	A/M	Unidade Obra 1	Quant. 1	Unidade Obra 2	Quant. 2
9310	SCM CASTRO DAIRE	A		0		0
931002	MÉDIA	A		0		0
93100201	Internamento	M		0		0
93100202	Medicamentos	M		0		0
93100203	Valor Adicional	M		0		0
931003	LONGA	A		0		0
93100301	Internamento	M		0		0
93100302	Medicamentos	M		0		0
93100303	Valor Adicional	M		0		0
9311	SCM FIGUEIRO VINHOS	A		0		0
931102	MÉDIA	A		0		0
93110201	Internamento	M		0		0
93110202	Medicamentos	M		0		0
93110203	Valor Adicional	M		0		0
931103	LONGA	A		0		0
93110301	Internamento	M		0		0
93110302	Medicamentos	M		0		0
93110303	Valor Adicional	M		0		0
9312	FERNÃO MENDES PINTO	A		0		0
931201	CONVALESCENÇA	A		0		0
93120101	Internamento	M		0		0
93120102	Medicamentos	M		0		0
93120103	Valor Adicional	M		0		0
931202	MÉDIA	A		0		0
93120201	Internamento	M		0		0
93120202	Medicamentos	M		0		0
93120203	Valor Adicional	M		0		0
931203	LONGA	A		0		0
93120301	Internamento	M		0		0
93120302	Medicamentos	M		0		0
93120303	Valor Adicional	M		0		0
9313	FORNOS DE ALGODRES	A		0		0
931303	LONGA	A		0		0
93130301	Internamento	M		0		0
93130302	Medicamentos	M		0		0



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAÚDE CENTRO, IP

CENTROS DE CUSTO

Código	Designação	A/M	Unidade Obra 1	Quant. 1	Unidade Obra 2	Quant. 2
93130303	Valor Adicional	M		0		0
9314	SCM FUNDÃO	A		0		0
931402	MÉDIA	A		0		0
93140201	Internamento	M		0		0
93140202	Medicamentos	M		0		0
93140203	Valor Adicional	M		0		0
931403	LONGA	A		0		0
93140301	Internamento	M		0		0
93140302	Medicamentos	M		0		0
93140303	Valor Adicional	M		0		0
9315	SCM GUARDA	A		0		0
931501	CONVALESCENÇA	A		0		0
93150101	Internamento	M		0		0
93150102	Medicamentos	M		0		0
93150103	Valor Adicional	M		0		0
931502	MÉDIA	A		0		0
93150201	Internamentos	M		0		0
93150202	Medicamentos	M		0		0
93150203	Valor Adicional	M		0		0
931503	LONGA	A		0		0
93150301	Internamento	M		0		0
93150302	Medicamentos	M		0		0
93150303	Valor Adicional	M		0		0
9316	SCM IDANHA-A-NOVA	A		0		0
931601	CONVALESCENÇA	A		0		0
93160101	Internamento	M		0		0
93160102	Medicamentos	M		0		0
93160103	Valor Adicional	M		0		0
9317	CDE CANTANHEDE - LAGOA DE MIRA	A		0		0
931702	MÉDIA	A		0		0
93170201	Internamento	M		0		0
93170202	Medicamentos	M		0		0
93170203	Valor Adicional	M		0		0
931703	LONGA	A		0		0
93170301	Internamento	M		0		0



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAÚDE CENTRO, IP

CENTROS DE CUSTO

Código	Designação	A/M	Unidade Obra 1	Quant. 1	Unidade Obra 2	Quant. 2
93170302	Medicamentos	M		0		0
93170303	Valor Adicional	M		0		0
9318	SCM LEIRIA	A		0		0
931802	MÉDIA	A		0		0
93180201	Internamento	M		0		0
93180202	Medicamentos	M		0		0
93180203	Valor Adicional	M		0		0
931803	LONGA	A		0		0
93180301	Internamento	M		0		0
93180302	Medicamentos	M		0		0
93180303	Valor Adicional	M		0		0
9319	HOSPITAL MISERICÓRDIA DA MEALHADA	A		0		0
931902	MÉDIA	A		0		0
93190201	Internamento	M		0		0
93190202	Medicamentos	M		0		0
93190203	Valor Adicional	M		0		0
9320	SCM MORTÁGUA	A		0		0
932002	MÉDIA	A		0		0
93200201	Internamento	M		0		0
93200202	Medicamentos	M		0		0
93200203	Valor Adicional	M		0		0
932003	LONGA	A		0		0
93200301	Internamento	M		0		0
93200302	Medicamentos	M		0		0
93200303	Valor Adicional	M		0		0
9321	NATURIDADE	A		0		0
932102	MÉDIA	A		0		0
93210201	Internamento	M		0		0
93210202	Medicamentos	M		0		0
93210203	Valor Adicional	M		0		0
932103	LONGA	A		0		0
93210301	Internamento	M		0		0
93210302	Medicamentos	M		0		0
93210303	Valor Adicional	M		0		0
9322	N.º SR.º NECESSIDADES (OLIVEIRA FRADES)	A		0		0



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAÚDE CENTRO, IP

CENTROS DE CUSTO

Código	Designação	A/M	Unidade Obra 1	Quant. 1	Unidade Obra 2	Quant. 2
932202	MÉDIA	A		0		0
93220201	Internamento	M		0		0
93220202	Medicamentos	M		0		0
93220203	Valor Adicional	M		0		0
932203	LONGA	A		0		0
93220301	Internamento	M		0		0
93220302	Medicamentos	M		0		0
93220303	Valor Adicional	M		0		0
9323	SCM PENELA	A		0		0
932303	LONGA	A		0		0
93230301	Internamento	M		0		0
93230302	Medicamentos	M		0		0
93230303	Valor Adicional	M		0		0
9324	SCM SANTA COMBA DÃO	A		0		0
932402	MÉDIA	A		0		0
93240201	Internamento	M		0		0
93240202	Medicamentos	M		0		0
93240203	Valor Adicional	M		0		0
932403	LONGA	A		0		0
93240301	Internamento	M		0		0
93240302	Medicamentos	M		0		0
93240303	Valor Adicional	M		0		0
9325	SCM SANTAR	A		0		0
932503	LONGA	A		0		0
93250301	Internamento	M		0		0
93250302	Medicamentos	M		0		0
93250303	Valor Adicional	M		0		0
9326	SCM TÁBUA	A		0		0
932602	MÉDIA	A		0		0
93260201	Internamento	M		0		0
93260202	Medicamentos	M		0		0
93260203	Valor Adicional	M		0		0
932603	LONGA	A		0		0
93260301	Internamento	M		0		0
93260302	Medicamentos	M		0		0

ParTipCCus

04-Set-2009 14:39:56

6



MINISTÉRIO DA SAUDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAUDE CENTRO, IP

CENTROS DE CUSTO

Código	Designação	A/M	Unidade Obra 1	Quant. 1	Unidade Obra 2	Quant. 2
93260303	Valor Adicional	M		0		0
9327	SCM VILA NOVA DE POIARES	A		0		0
932703	LONGA	A		0		0
93270301	Internamento	M		0		0
93270302	Medicamentos	M		0		0
93270303	Valor Adicional	M		0		0
9328	SCM VOUZELA	A		0		0
932803	LONGA	A		0		0
93280301	Internamento	M		0		0
93280302	Medicamentos	M		0		0
93280303	Valor Adicional	M		0		0
9329	HOSPITAL SEIA	A		0		0
932901	CONVALESCENÇA	A		0		0
93290101	Internamento	M		0		0
93290102	Medicamentos	M		0		0
93290103	Valor Adicional	M		0		0
932904	PALIATIVOS	A		0		0
93290401	Internamento	M		0		0
93290402	Medicamentos	M		0		0
93290403	Valor Adicional	M		0		0
9330	HOSPITAL DE OVAR	A		0		0
933001	CONVALESCENÇA	A		0		0
93300101	Internamento	M		0		0
93300102	Medicamentos	M		0		0
93300103	Valor Adicional	M		0		0
9331	HOSPITAL DE ANADIA	A		0		0
933101	CONVALESCENÇA	A		0		0
93310101	Internamento	M		0		0
93310102	Medicamentos	M		0		0
93310103	Valor Adicional	M		0		0
9332	CS PADRE TOMÁS DÁQUINO - ORVALHO	A		0		0
933203	LONGA	A		0		0
93320301	Internamento	M		0		0
93320302	Medicamentos	M		0		0
93320303	Valor Adicional	M		0		0

ParTipCCus

04-Set-2009

14:39:57

7

ACSS **MINISTÉRIO DA SAUDE**
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL SAUDE CENTRO, IP

CENTROS DE CUSTO

Código	Designação	A/M	Unidade Obra 1	Quant. 1	Unidade Obra 2	Quant. 2
9333	DOCE VIVER - BRUSCOS	A		0		0
933303	LONGA	A		0		0
93330301	Internamento	M		0		0
93330302	Medicamentos	M		0		0
93330303	Valor Adicional	M		0		0
9334	SOLAR BILLADONNES	A		0		0
933402	MÉDIA	A		0		0
93340201	Internamento	M		0		0
93340202	Medicamentos	M		0		0
93340203	Valor Adicional	M		0		0
933403	LONGA	A		0		0
93340301	Internamento	M		0		0
93340302	Medicamentos	M		0		0
93340303	Valor Adicional	M		0		0

ParTipCCus

04-Set-2009

14:39:37

8

1.6

PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

ARSLVT

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



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

25810 15 09'09

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Procº nº 51/08 - Audit		Of. 1274/09 Procº nº 868/09-GJC	

Assunto: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Na sequência da Auditoria realizada por esse Tribunal de Contas à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, foi esta Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., notificada para, nos termos do artigo 13º, nº 1 e artigo 87º, nº 3 da Lei nº 98/97, de 26/08, com as alterações introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29/08, exercer o direito ao contraditório.

Em cumprimentos do mesmo, junto se enviam as suas Alegações.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo


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

mcm

DGTC 15 09'09 16454

ARSLVT

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



Ministério da Saúde

Procº nº 51/08- Audit

Alegações da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., no âmbito da Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2006-2008.

A. Nota Prévia

1. A Rede dos Cuidados Continuados preenche necessidades assistenciais por cobrir até ao presente, com expressiva relevância de carácter social;
2. A Rede dos Cuidados Continuados ganhou, porque estimulou novos agentes para a Saúde, libertando o Estado de também por si só, implementar o que idealizou de inovador;
3. A Rede dos Cuidados Continuados é a expressão última e possível de solidariedade de um país de pequenos recursos, verdadeiramente emblemática para o próprio país;

A pressão social, a necessidade imperiosa de tecnicamente solucionar a problemática dos Cuidados Continuados, pode ter levado, reconhece-se, à implementação do sistema por vezes sem responder à totalidade das exigências legais, numa expressão próxima, senão incidente, com o estado de necessidade.

B. Do Contraditório

1. Centro de Custos

A ARSLVT,IP tem criado centro de custos para Cuidados Continuados Integrados, desdobrado por tipologia de serviços. Assim,

- o centro de custos mãe tem o nº 121532;
- o centro de custos dos cuidados paliativos é o nº 12153201;
- o centro de custo convalescença é o nº 12153202,
- o centro de custo média duração é o nº 12153203,

- 
- 
- o centro de custo longa duração é o nº 12153204;
 - o centro de custo da equipa de cuidados continuados é o nº 1215321.

2. Celebração de Acordos/Contratos/Protocolos

Os Acordos/Contratos/Protocolos celebrados pela ARSLVT, IP com as entidades promotoras no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, assentam na minuta disponibilizada pela Unidade de Missão para este fim, sendo a mesma minuta sujeita às alterações necessárias à adaptação do documento, à realidade de cada entidade prestadora de Cuidados Continuados Integrados, com que se firma o mesmo.

3. Execução física

A ARSLVT, IP em particular através da sua Equipa Coordenadora Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ECR – LVT) tem definido, entre os seus objectivos prioritários, o aumento da capacidade instalada da RNCCI e tem envidado todos os esforços para a prossecução deste objectivo, efectuando e promovendo a procura activa de novos prestadores (privados, IPSS e SCM), com o envolvimento das equipas da RNCCI. A título de exemplo, já foi obtido um aumento no número total de lugares de internamento contratualizados, passando de 113 em Abril de 2007, para 774 em Abril de 2009.

Apesar de todos os esforços envidados, a Região de Lisboa e Vale do Tejo é uma das regiões mais carenciadas do País em termos de capacidade instalada de unidades e lugares de internamento da RNCCI.

A crescente procura que acompanha a evolução demográfica e epidemiológica, bem como a preocupação permanente da ARSLVT, I.P. em divulgar a RNCCI, de modo a assegurar equidade no acesso aos cuidados a todos os doentes com critérios para integração na RNCCI, explicam a insuficiência de respostas. De facto, o crescente envelhecimento da população e a tendência para o aumento da frequência de doença incapacitante, do ponto de vista da autonomia (temporária ou permanente), em grupos etários cada vez mais jovens, justificam as carências existentes.

Acresce que a RNCCI é uma resposta nacional mas o critério de proximidade continua a ter grande relevância nas opções do doente/família, sendo que a densidade populacional de Lisboa e Vale do Tejo está entre as mais elevadas do País.



As Unidades de Internamento da RNCCI da Região de Lisboa e Vale do Tejo apresentam taxas de ocupação (em todas as tipologias de cuidados) próximas dos 100% e, genericamente, superiores a 85%.



O incentivo do Estado, através do apoio financeiro a pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos (IPSS, SCM e outras), no âmbito do Programa Modelar 1, em que foram aprovadas **28 candidaturas**, correspondendo a **954 (novecentos e cinquenta e quatro) novos lugares (camas) de internamento**, permitirá reforçar as respostas de Unidades de Cuidados Continuados Integrados na Região, através da construção de raiz ou ampliação e da construção de remodelação.

Está em curso a fase de apreciação das candidaturas ao Programa Modelar 2, o que reflecte a preocupação no aumento da capacidade instalada da RNCCI.

A ARSLVT, IP através da ECR – LVT, questionou a UMCCI sobre a metodologia do planeamento utilizada para estabelecer as metas para as Regiões, na elaboração do Plano de Implementação. Foi informada de que foram aplicados os rácios (“metas técnicas”) à população estimada, com base nas projecções do INE. Considera esta ARS, que, metodologicamente, este procedimento não identifica necessidades mas também não define metas operacionalizáveis e avaliáveis em termos de execução física. Para definir metas com estes pressupostos, terão de ser considerados outros factores, como por exemplo, os equipamentos existentes com condições estruturais compatíveis com os requisitos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Este erro metodológico no planeamento tem graves repercussões na execução física e, conseqüentemente, financeira, justificando a baixa execução da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Acresce que, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, todos os Equipamentos propostos para a RNCCI são, sistematicamente, avaliados por uma equipa técnica que cumpre as orientações e a legislação vigentes aplicáveis, com rigor, inviabilizando os Equipamentos que não reúnem os requisitos. De realçar que a grande maioria das propostas consistem em Equipamentos que estão, ainda, na fase de projecto, ou seja, implicando um horizonte temporal de, pelo menos, dois anos para a conclusão da obra e início de actividade como uma Unidade da RNCCI.

Também em consequência da metodologia subjacente ao planeamento do Programa Modelar (que não considerou, entre outros, a necessidade de licenciamento de obra, por parte das autarquias, com recurso a diferentes entidades para emissão de pareceres, os quais poderão implicar alterações no projecto inicialmente aprovado pela Comissão de Apreciação, tornando-o não conforme relativamente aos requisitos previstos nos Programas Funcionais Tipo aplicáveis,



publicados em anexo ao Regulamento do Programa Modelar, essenciais à sua aprovação), a execução física e financeira estão aquém do planeado, visto que só agora (Setembro de 2009) algumas das entidades, aprovadas e com contrato celebrado em 15 de Janeiro de 2009, começam a reunir os requisitos para solicitar o apoio financeiro.

4. Execução financeira

(A execução financeira depende da **Execução física** anterior)

a) Programa Modelar

“Acresce que, em 2008, apesar da Criação do Programa Modelar, não foram executadas quaisquer verbas dos 62,5 milhões atribuídos àquele programa.” (pág. 10, Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2006-2008. Relato do Tribunal de Contas, n.º 51/80-Audit Volume I).

O Programa Modelar foi criado pela Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio. Através do Despacho n.º 45/2008, de 7 de Julho, o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde fixou o Aviso de Abertura das Candidaturas ao Programa Modelar, em anexo ao referido Despacho, do qual faz parte integrante. Este Despacho deu entrada na ARSLVT, IP no dia 14 de Julho de 2008, através do Ofício n.º 50/83, de 11-07-2008, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. A Publicitação da Abertura das Candidaturas ao Programa Modelar no Portal da ARSLVT, IP e em dois jornais nacionais de grande tiragem foi efectuada no dia 24 de Julho de 2008, ou seja, 10 (dez) dias após a recepção do Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, com início do período de formalização de candidaturas no dia seguinte ao da publicitação, durante 30 (trinta) dias úteis. O prazo de entrega de candidaturas foi prorrogado até ao dia 30 de Setembro, por determinação do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

A Comissão de Apreciação das Candidaturas ao Programa Modelar elaborou parecer fundamentado, nos termos do disposto no n.º 3 do Artigo 14.º do Regulamento do Programa Modelar, aprovado em anexo à Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio, tendo apresentado a proposta de aprovação e não aprovação de cada candidatura ao Conselho Directivo da ARSLVT, IP, no dia 13 de Janeiro de 2009, ou seja, 70 (setenta) dias úteis após o início dos trabalhos e **20 (vinte) dias úteis antes do prazo estabelecido** no n.º 4 do artigo 15.º do Regulamento (90 dias úteis) para pronúncia pela Comissão.

No dia 15 de Janeiro de 2009 foram celebrados contratos entre a ARSLVT, IP e 28 (vinte e oito) entidades seleccionadas para beneficiar de apoio financeiro no âmbito daquele Programa.

Face ao exposto, conclui-se que:

- I. A ARSLVT, IP cumpriu todos os prazos legais no âmbito do Programa Modelar, sendo alheia à prorrogação do prazo de candidaturas decidido superiormente;
- II. A ARSLVT, IP emitiu decisão final sobre as candidaturas a aprovar e a não aprovar muito tempo antes do indicado legalmente;
- III. Tendo o processo sido concluído apenas em 2009 (15 de Janeiro, data da celebração dos contratos de atribuição de apoio financeiro), altura a partir da qual se iniciaria o processo de execução financeira, a inexistência desta execução em 2008 não poderá ser imputada à ARSLVT, IP.

b) Facturação das Unidades de Internamento da RNCCI na Região de Lisboa e Vale do Tejo

"...Execução financeira...Lisboa e Vale do Tejo (15%)" (pág. 13, Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2006-2008. Relato do Tribunal de Contas, n.º 51/80-Audit Volume I)

Na ARSLVT, IP a facturação das Unidades da RNCCI é sujeita aos procedimentos específicos sobre tramitação da facturação constantes no Manual de Procedimentos da ECR – LVT, os quais foram elaborados com base no clausulado dos acordos celebrados com as entidades, a legislação vigente e as boas práticas da área financeira.

As Unidades da RNCCI têm apresentado a facturação à ARSLVT, IP com inúmeras irregularidades e não cumprindo o clausulado dos acordos celebrados, a saber:

- i. Número total de dias de internamento incorrecto;
- ii. Preenchimento incompleto das Listas Nominativas;
- iii. Falta de informação sobre os dias de reserva de vaga;
- iv. Informações discrepantes entre a facturação e os Mapas Diários de Internamentos e Vagas que são enviados pelas Unidades a esta ECR, para gestão de vagas e validação da facturação.

Perante estas irregularidades, identificadas desde Abril de 2007 (data de início de actividade da ECR), a ECR – LVT adoptou uma estratégia proactiva, tendo promovido formação sobre tramitação da facturação, reuniões e apoio técnico personalizado aos profissionais das Unidades responsáveis pela área financeira. O impacte da metodologia implementada foi variável e dependente da capacidade organizacional das Unidades.

Não é passível de pagamento a facturação que apresente incorrecções (que se repercutem no valor total a pagar), sob pena de a ARSLVT, IP incorrer em acções ilícitas, por erro grosseiro.

Do exposto, considera-se que:

- I. A RNCCI tem verbas atempadamente disponíveis para efectuar os pagamentos, nos prazos definidos nos acordos celebrados;
- II. Os pagamentos em atraso, imputáveis às Unidades, serão regularizados quando a facturação cumprir o clausulado dos acordos celebrados;
- III. A baixa execução financeira decorre da necessidade de regularização da facturação por parte das Unidades, acautelando situações de pagamento indevido.

C. Nota Final

O Relato para o qual pediram V. Exas o contraditório desta Administração Regional de Saúde, é, indiscutivelmente, um elemento de análise muitíssimo importante uma vez que, possibilitou uma análise crítica desta ARS à melhoria efectiva na implementação da RNCCI.

E em face disso, e mais uma vez reconhecendo o extraordinário interesse e mérito do Relato, importa tomar as Recomendações nele formuladas, como sendo procedimentos a seguir, o que se assume inteiramente nas diversas variáveis que foram identificadas.

O Presidente do Conselho Directivo


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

1.7 PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

48366 14 SET 2009

Ex.mo Senhor
Auditor Coordenador
Dr. Abílio Augusto Pereira de Matos
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 Lisboa

Assunto: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

REGISTADO COM A/R

Sua referência
Proc. 51/08 - Audit

DATA

Nossa referência
Gabinete Jurídico

DATA

Tendo sido notificada nos termos e para os efeitos dos artigos 13º e 87º da *Lei nº 98/97, de 26 de Agosto*, com as alterações que lhe foram introduzidas pela *Lei nº 48/2006, de 29 de Agosto*, vem esta ARS deduzir as suas alegações referentes ao salientado no relato de auditoria supra identificado:

I. Do Plano Nacional de Saúde 2004-2010

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi aprovada em 2003, sendo constituída por *"todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida"*¹.

Pretendeu-se garantir um regime de complementaridade e estreita articulação com a rede de prestação de cuidados primários e com os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde.

Esta foi a estratégia adoptada perante a constatação da inadequação dos cuidados face às

¹ Decreto-Lei 281/2003, de 8 de Novembro – Cria a Rede de Cuidados Continuados (revogado pelo Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho)

necessidades dos idosos, insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e da independência e falta de ambiente que as propiciem, procurando-se adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas daqueles utentes.

Com efeito, a diminuição da mortalidade e natalidade, o progressivo aumento da esperança média de vida e o aumento de pessoas vítimas de acidentes ou com patologias de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes, criaram novas necessidades de cuidados de saúde em situação de dependência, exigindo uma forte componente de apoio psico-social, a que se deu a designação de cuidados continuados. Estes factores foram determinantes para o reconhecimento da necessidade de continuar a investir num nível intermédio de cuidados, entre o nível de actuação dos centros de saúde e o nível de actuação hospitalar (passando por unidades adequadas de internamento, por unidades de dia de reabilitação global e unidades móveis de prestação de cuidados domiciliários).

Pretendeu-se, assim, actuar ao nível da colmatação da lacuna existente na sociedade e relativa à escassez de respostas adequadas que satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde decorrentes de situações de dependência resultantes de doença de evolução prolongada e garantir a continuidade entre as acções preventivas, terapêuticas e correctivas, de acordo com um plano individual e cuidados para cada utilizador.

II. Implementação Nacional

Para a correcta implementação do Plano traçado foi necessário, em primeira instância, conhecer a verdadeira dimensão das necessidades tendo em vista, nomeadamente, o desenvolvimento de um plano de operacionalização da Rede que se veio a definir (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho) e a definição de metas de cobertura da população. Estes elementos foram organizados considerando a projecção da população residente, de acordo com informação disponibilizada pelo INE, que apresentou quatro cenários de evolução demográfica, baseados em diferentes evoluções das componentes fecundidade, mortalidade e migrações.

Considerando que as respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais, definiu-se como objectivo o desenvolvimento de acções mais próximas das pessoas em situação de dependência, o investimento no desenvolvimento de cuidados de longa duração, a promoção e distribuição equitativa das respostas no território, e a qualificação e humanização da prestação de cuidados.

Foi neste contexto que surgiram as diversas tipologias de cuidados, assentes em parcerias públicas, sociais

² Cfr. Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro

³ Cfr. Relatório da Comissão de Acompanhamento e Monitorização (CAM) elaborados na sequência da implementação do Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro e Relatórios das UAI, que atestam as insuficiências existentes ao nível dos cuidados continuados, bem como a urgência da alteração da estrutura deste nível de cuidados

⁴ Cfr. "Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde em 2005", Departamento de Consolidação e Controlo de Gestão, Junho 2006, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)

⁵ Cfr. Portaria nº 376/2008 de 23 de Maio

e privadas, em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social, e baseadas num modelo de intervenção integrada e articulado que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social.

E foi também neste contexto que se revelou a necessidade de criar uma estrutura de missão (UCCI) para a condução e lançamento do projecto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de implementação de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social, responsável pela condução e operacionalização da implementação efectiva deste nível de cuidados, com atribuições, nomeadamente, ao nível da coordenação da Rede, da elaboração e proposta de aprovação dos planos estratégicos anuais e plurianuais para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados em Portugal e da proposta de celebração de contratos com as entidades prestadoras da Rede.

III. Da Região Norte

Execução Física da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Ponto 6 do Relato do TC)

Cobertura e Capacidade Instalada (Ponto 6.1 do Relato do TC)

- **Equipas da Rede**

No contexto supra sumariamente descrito, existiam na Região Norte 27 equipas coordenadoras locais (ECL) – em final de 2008 (sendo certo que actualmente esse número já é superior), as quais actuam articuladamente com a Equipa Coordenadora Regional (doravante designada ECR), assegurando o acompanhamento e avaliação da Rede a nível local - nos termos superiormente definidos. Ciente da sua importância para o sucesso da Rede, a Região Norte privilegiou a constituição destas Equipas Coordenadoras Locais (constituídas no mínimo por um médico, um enfermeiro e um assistente social), afectando um profissional de enfermagem dedicado exclusivamente à sua actividade. Desta forma, ver-se-á facilitada a validação da referenciação de utentes na Rede, com ganhos de sustentabilidade da respectiva estrutura.

Foram constituídas 27 equipas hospitalares (23 equipas de gestão de altas - EGAS e 4 intrahospitalares de suporte em cuidados paliativos - EISCP) e, em 2009, 9 equipas de cuidados continuados integrados - ECCI (uma vez que apenas em 2008 foram definidas pela Unidade de Missão as orientações para a sua implementação).

Neste âmbito, verificou-se a necessidade de adiar para 2009 a constituição das ECCI, em virtude do indispensável escalonamento de prioridades face à escassez de recursos humanos (estas equipas são pluridisciplinares, integrando médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de serviços social, entre outros). Com efeito, a implementação da Rede coincidiu temporalmente, com a reforma empreendida nos Cuidados de Saúde Primários, e com a reorganização dos Centros de Saúde existentes em Agrupamentos de Centros de Saúde², no âmbito dos quais se

encontram previstas as Unidades de Cuidados na Comunidade dotadas de recursos vocacionados para os cuidados de proximidade. Assim, foi assumido como opção gestionária, dar prioridade, nesta fase, ao investimento no crescimento das unidades de internamento, por serem reconhecidas e identificadas, nesta área, as carências nacionais no momento que precedeu a implementação da RNCCI³.

Sem prescindir, refira-se, que as taxas de visitação domiciliária existentes na Região Norte em 2004/2005, ao nível dos cuidados de enfermagem já garantia níveis de cobertura bastante satisfatórios, conforme reconhecido pelo IGIF e por um estudo comparativo realizado entre os países da OCDE, em 2005/2006, o que veio fundamentar aquela referida opção⁴.

Significa isto, o cumprimento praticamente a 100%, do objectivo definido ao nível da constituição de equipas de acompanhamento.

A ECR acompanha o funcionamento e a qualidade dos cuidados prestados, os processos realizados e os resultados obtidos, bem como a eficácia da articulação de cada unidade com outros recursos de saúde e ou sociais existentes, avalia periodicamente todas as unidades da sua área de influência, procurando implementar procedimentos de melhoria contínua no âmbito da respectiva gestão de qualidade.

A este propósito, a ECR actua em permanente articulação e sob orientação da Unidade de Missão.

A ECR encontra-se fortemente empenhada na implementação da Rede na Região e, designadamente, na aplicação do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade empreendido pela UMCCI. Efectivamente, a UMCCI incumbiu uma entidade privada de efectuar Auditorias Clínicas a uma amostra das unidades da Rede em cada Região de Saúde, a qual decorre actualmente nesta Região.

Acresce, que a Região Norte, por sua iniciativa, considerou pertinente o desenvolvimento de um instrumento de avaliação destinado especificamente à melhoria contínua da qualidade (com indicadores de estrutura e processo que anteriormente não eram objecto de análise), abrangendo todas as unidades da Região. Assim, criou um processo de auditoria que se encontra actualmente em curso, no sentido de melhor avaliar e comparar os processos de desenvolvimento das unidades que se encontram em funcionamento, bem como ajudar os diferentes parceiros a implementar projectos de melhoria contínua que permitam a prossecução dos objectivos de qualidade almejados.

Esta Auditoria (em virtude da análise e possibilidades que comporta), trará inúmeros benefícios a breve trecho, nomeadamente ao nível das recomendações e medidas de melhoria contínua a que será possível aceder com a sua aplicação, com ganhos ao nível do estudo comparativo, quer de unidades, quer de estruturas (independentemente de se tratar de unidades do SNS, do sector social ou do sector privado), possibilitando estabelecer, a título exemplificativo, eventuais diferenças entre sectores de actividade.

• Unidades de Internamento

Rua de Santa Catarina, 1208B
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

A prestação de cuidados continuados integrados, nesta Região, almejando a concretização do Plano Nacional, encontra-se assegurada, actualmente, por 60 **Unidades de internamento** (distribuídas pelos distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu), sendo que 12 se destinam à convalescença, 21 dão cobertura a situações de média duração e reabilitação, 25 de longa duração e manutenção e 2 de cuidados paliativos.

• **Número de Camas**

A um nível mais concreto e conforme evidenciado no Relato em resposta, o número de camas concretizadas por tipologia na Região Norte ficou um pouco aquém daquelas que haviam sido planeadas para 2007 e 2008.

Contudo, há que salientar a taxa de crescimento acentuada que se verificou de 2007 para 2008 e que importou em 29,22% para as unidades de convalescença, 46,31% nas unidades de Média duração e reabilitação, 62,02% nas unidades de longa duração e manutenção e 44,44% nas unidades de cuidados paliativos.

Em 2008, foi possível a esta Região perceber as tipologias em que a procura mais se acentuava, constatando-se que as tipologias de média e longa duração eram as mais utilizadas. Daí que se tenha privilegiado a implementação destas tipologias, que, até 31 de Agosto de 2009, cresceram 34,41% e 31,26%, respectivamente, em detrimento da convalescença que, não obstante a menor procura e a ausência de lista de espera, apresenta, ainda assim, um crescimento de 6,01%.

Refira-se que, em termos reais, entre o final de 2008 e 4 de Setembro de 2009, esta Região celebrou mais 12 acordos, que acresceram aos 48 que já havia outorgado, correspondendo este acréscimo a um total de 1.215 camas.

Em 2008 foi lançada a Regulamentação da atribuição de apoios financeiros pelas ARS a pessoas colectivas sem fins lucrativos que pretendam realizar investimentos com vista à sua integração na Rede⁵. As candidaturas a este Programa decorreram em duas fases, sendo que a primeira se encontra em fase de execução e a 2ª em fase de apreciação de candidaturas. Este Programa permitirá aumentar consideravelmente o número de camas existentes na Região, encontrando-se esta ARS, conforme seguidamente se demonstra, em condições de antecipar que a meta estabelecida em número de camas até 31 de Dezembro de 2012 (3110), tem todas as condições para ser alcançada.

Acordos celebrados 04/09/2009	Camas existentes a 07/09/2009	Acordos Programa Modelar	1ª fase do Programa Modelar	2ª Fase do Programa Modelar*	Meta de camas previstas para 2012
60	1215	33	760 camas	47 candidaturas	3110

(*) Fase de apreciação de candidaturas

Produção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Ponto 6.2 do Relato do TC)

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

- **Taxas de Ocupação**

Também no que se refere às **taxas de ocupação** da Rede são evidentes os progressos relativamente ao que se encontra reflectido no Relato em resposta.

Com efeito, actualmente (até 21 de Agosto de 2009), esta ARS orgulha-se de poder referir que a taxa de ocupação mais baixa que possui ascende a 77% nas unidades de convalescença, sendo certo que as Unidades de Média Duração e Manutenção se encontram ocupadas a 85%, as de Longa Duração a 88% e os Cuidados Palliativos a 89%.

Acessibilidade e Equidade (Ponto 6.3 do Relato do TC)

- **Tempos de espera para o Ingresso**

Relativamente à **monitorização dos tempos de espera**, refira-se que a mesma assenta numa plataforma informática cuja gestão pertence à UMCCI.

Os perfis de acesso das diferentes equipas que constituem a estrutura da Rede (ECR/ECL/EGA/ECCI/Prestadores) são determinadas por aquela estrutura de Missão, a quem compete a atribuição dos níveis de acesso à referida Plataforma.

Saliente-se que a Região Norte apenas teve acesso a esta ferramenta informática em Março de 2008 (até este momento a informação era remetida directamente pelas ECL, trimestralmente, à UMCCI). Contudo, até à data da elaboração do presente contraditório, a ECR não tem ainda acesso directo e sistemático aos indicadores de gestão da Rede que lhe permitam a extracção desta informação baseada nos dados de referênciação.

Para além do exposto, para o não cumprimento a 100% do planeado, concorreram outros factores.

Na verdade, no decurso dos anos de 2007 e 2008, diversos constrangimentos impediram o grau de concretização desejado por todos os intervenientes deste processo, obstaculizando ultrapassar os níveis de execução pretendidos em 2007 e em 2008, nomeadamente o facto de se tratar de uma nova linha de prestação de cuidados no país.

O modelo de organização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi adaptado e desenvolvido pela primeira vez em 2006, a partir da referência espanhola nesta área, com resultados bastante satisfatórios, mas inovadores face à realidade existente em Portugal e na Região, quer na perspectiva das Instituições envolvidas, quer dos parceiros candidatos à Rede.

Os processos de admissão dos candidatos a Parceiro na Rede obedecem a uma rigorosa avaliação, efectuada pelo Conselho Directivo desta ARS e pela ECR, de forma personalizada, por um lado, e por via administrativa, através da entrega de diversa documentação, por outro lado.

Não obstante alguma indefinição no que ao regime do processo de selecção e avaliação de candidaturas se refere, a região Norte estabeleceu uma série de procedimentos tendo em vista a selecção dos futuros Parceiros na Rede. Contudo, este processo penaliza a celeridade de implementação da Rede e é dificultado pelo exigente processo de candidatura, o qual se inicia com a formalização da sua disponibilidade, junto da ARS, para integrar a prestação de cuidados na RNCCI. Posteriormente, é-lhes agendada uma reunião para apresentação presencial do seu

projecto ao Conselho Directivo da ARS, onde participa o Vogal competente na área em causa, bem como elementos da ECR, que analisam a pertinência e adequação do projecto apresentado em face das necessidades identificadas para o local da estrutura, sendo disponibilizada toda a documentação existente sobre a matéria.

Nos casos em que a estrutura física já exista, participam também na referida reunião elementos do Departamento de Instalações e Equipamentos (DIE) que avaliam a adequação da estrutura aos fins pretendidos e colaboram na reformulação e adequação das mesmas, caso se mostre necessário, com observância das recomendações sobre instalações para cuidados continuados da Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (posteriormente substituída pelo Programa Funcional contido em anexo à Portaria 376/2008 de 23 de Maio). Este factor constitui uma dificuldade muito relevante no sucesso, por parte dos candidatos, da conclusão do procedimento prévio à abertura da Unidade e que ultrapassa a acção das ARS (de facto, por vezes, os problemas que supervenientemente surgem no decorrer das obras, atrasam em vários meses ou anos, a conclusão da obra e a abertura da unidade). Estas situações determinam a necessidade de acompanhamento de entidades durante vários anos, através da realização de várias visitas por parte da saúde (através dos serviços desta ARS – Conselho Directivo, ECR e DIE) e justifica-se pelo facto de as instalações propostas terem servido outras valências no passado, carecendo de profundas reformulações, obras de grande dimensão, envolvendo montantes pecuniários consideráveis. Este facto, naturalmente, motivador de atrasos na abertura das unidades, não poderá ser imputado, reitera-se, às ARS e respectivas equipas.

Refira-se, a título meramente ilustrativo, que em regra, cada unidade candidata à Parceria no âmbito da Rede é vistoriada 4 vezes (sendo que, conforme já referido, determinadas situações, em virtude de especificidades várias, exigem um acompanhamento ainda mais próximo).

O momento da abertura da Unidade é sempre precedido de uma reunião técnica onde participam os seus profissionais (director técnico, director clínico e enfermeiro responsável), elementos da ECR e da ECL da área de influência da Unidade, disponibilizando-se o acordo-tipo a celebrar – nos termos definidos pela Unidade de Missão, revendo-se toda a legislação sobre a matéria e actualização das orientações difundidas sobre CCI.

A postura de exigência supra descrita relativamente às condições de qualidade e segurança das instalações, obviamente, teve reflexos na execução dos Planos de Implementação definidos. No entanto, desde o início da implementação da Rede, a Região considerou imprescindível a existência de um processo pedagógico que acompanhasse o desenvolvimento desta Rede prestadora de cuidados, dos quais não havia experiência no País, reconhecendo que as primeiras unidades representariam um papel fundamental para marcar qualitativamente as unidades que se seguissem. Os efeitos da referida postura de exigência fizeram-se sentir já em 2009, com ganhos em saúde, de acordo com os objectivos preconizados.

Controlo Interno (Ponto 7.2 do Relato do TC)

Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são repartidos pelos sectores

da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados de saúde prestados.

Esta ARS, em particular, dispõe de um Centro de Custos que traduz a realidade Regional e que evidencia toda a despesa referente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, diferenciada por tipologia de internamento (convalescença, média e longa duração) e natureza da despesa (internamento e medicação).

O financiamento das diferentes entidades, independentemente da sua natureza, encontra-se devidamente individualizado e acessível através de um centro de custos próprio, que diferencia todas as despesas que lhes estão associadas.

Relativamente à execução financeira, refira-se que os valores transferidos para esta ARS para fazer face aos encargos com a Rede de Cuidados Continuados (pela Administração Central do Sistema de Saúde) são regularmente utilizados. Ou seja, a ARS efectua uma estimativa das verbas que prevê serem necessárias (fazendo sentido prever uma margem que lhe permita acorrer a um mês extraordinário de facturação, evitando assim os pedidos de reforço constantes), mas não prolonga as suas previsões por vários exercícios económicos, procurando apenas acorrer às despesas que tem ou terá num espaço temporal relativamente curto e solicitando reforços sempre que as verbas disponíveis se encontrarem praticamente utilizadas.

Assim, a realização de despesa por esta ARS é correspondente ao acompanhamento da execução física dos diferentes projectos.

Por outro lado, em virtude da extinção de diversos acordos celebrados entre o SNS e diversos subsistemas (cfr. cópia em anexo das Circulares Informativas nºs 4/2006 e 5/2006 do IGIF, bem como Circular Informativa nº 8 da ACSS), esta ARS, reconhecendo a inexistência de terceiros responsáveis pelo pagamento no âmbito da Rede Nacional (entendimento que veio a ser corroborado pelo respectivo Gabinete Jurídico, que salientou que aqueles doentes não poderiam deixar de ser considerados utentes do SNS - excepto por motivo particular que se desconheça -, tendo direito aos cuidados prestados no âmbito deste), regularizou o pagamento de situações pontuais detectadas junto dos prestadores e que se referiam a períodos anteriores.

No caso específico da ADSE, não foram identificados pagamentos indevidos, uma vez que no âmbito deste subsistema, a facturação é realizada directamente pelo prestador junto daquela entidade, de acordo, aliás, com as orientações veiculadas pela ACSS e pela UMCCI (que determinaram que este subsistema fosse, inclusivamente, expurgado do sistema).

Conforme supra já descrito, a Equipa de Coordenação Regional da Região Norte produz relatórios específicos que evidenciam, em cada momento, as verificações e a avaliação dos requisitos de segurança e de qualidade das Unidades existentes na sua área geográfica de influência.

Esta Região, de acordo com as orientações nacionais recebidas, não submeteu os contratos susceptíveis de sujeição à fiscalização prévia do Tribunal de Contas. Com efeito, existia o entendimento de que a especificidade dos Cuidados Continuados Integrados dispensaria estes contratos do procedimento em causa.

Este entendimento não expressa menor consideração pelo Tribunal de Contas, antes o cumprimento das orientações recebidas.

Perante o exposto, assume-se desde já o compromisso de remeter todos os contratos celebrados previamente e susceptíveis de sujeição à fiscalização prévia desse Tribunal, caso seja esse o entendimento manifestado, sendo certo que já se encontram em preparação os procedimentos necessários ao envio dos contratos que agora iniciam a sua produção de efeitos.

IV. Conclusões

1. A Região Norte vem assumindo uma postura de forte empenho na implementação da RNCCI, manifestado na permanente colaboração estabelecida com todos os intervenientes do Programa, bem como através das iniciativas individuais empreendidas no âmbito do mesmo (designadamente elaboração de estudos de diagnóstico relativos ao cálculo das necessidades – para os anos 2006 a 2008 e desenvolvimento de instrumentos de avaliação destinados à melhoria contínua da qualidade);
2. No âmbito da implementação da Rede, esta ARS actuou sempre no escrupuloso cumprimento das orientações estratégicas nacionais, e, nomeadamente, de acordo com os Planos de Implementação anuais publicados por despacho de Sua Excelência, o Secretário de Estado da Saúde, que determina as entidades com as quais será contratualizada a prestação de serviços;
3. A implementação das unidades da RNCCI encontra-se condicionada, entre outros factores, à vontade de adesão dos Parceiros e ao cumprimento dos requisitos técnicos que lhes são exigidos em sede de candidatura, verificando-se que a lei se mostra exigente face às suas expectativas (factor que é evidente na análise das taxas de execução, as quais, em consequência, são prejudicadas);
4. Na prossecução dos compromissos assumidos no desenvolvimento da Rede, esta Região, até 4 de Setembro de 2009, já outorgou 60 contratos.
5. Não obstante o número de camas implementadas até 2008 se encontrar ainda ligeiramente aquém do previsto, devem salientar-se as assinaláveis taxas de crescimento verificadas de 2007 para 2008 e 2009, bem como as previsões estimadas até 2012 e que permitem concluir pelo cumprimento, num futuro próximo, das metas estabelecidas;
6. As taxas de ocupação da Rede na Região Norte são muito satisfatórias.
7. À Região Norte não foi ainda disponibilizado o acesso directo e sistemático aos indicadores de gestão da Rede.
8. A Região Norte dispõe de um Centro de Custos próprio que traduz a realidade Regional e evidencia todas as despesas referentes à RNCCI por tipologia de internamento e em função da sua natureza;
9. O financiamento das diferentes Unidades encontra-se individualizado e acessível através de um centro de custos próprio que diferencia todas as despesas que lhe são associadas;
10. A realização de despesa pela Região Norte no âmbito da RNCCI corresponde ao acompanhamento da execução física dos diferentes projectos, inexistindo verbas que transitem ao longo de vários exercícios económicos;
11. Não foram identificados pagamentos indevidos que não estejam regularizados;
12. De acordo com as orientações nacionais decorrentes da natureza dos contratos celebrados ao

abrigo da RNCCI, esta Região de Saúde não submeteu os contratos outorgados à fiscalização prévia do Tribunal de Contas, motivo pelo qual se propõe regularizar a situação, por não ter sido intenção da ARS furtar-se ao controlo do Tribunal, ou, por qualquer forma, ao exame da legalidade e do cabimento orçamental dos contratos em causa, relativamente aos quais não se lhe suscitam quaisquer dúvidas.

Com os melhores cumprimentos,

Conselho Directivo

ISABEL OLIVEIRA
Vogal do C. A.

OP

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

Doc. nº1

N.º: 4/2006 IGIF
Data: 14-Dez-06

CIRCULAR INFORMATIVA

Assunto: Extinção do Protocolo entre o Ministério da Saúde e a PT -ACS

O Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a PT -ACS foi extinto com efeitos a 30 de Outubro de 2006.

A extinção do Protocolo não significa qualquer restrição no acesso às prestações de saúde dos beneficiários dos planos de saúde geridos por aquela entidade.

Neste contexto, devem as Administrações Regionais de Saúde, através dos Centros de Saúde, realizar as alterações das entidades responsáveis nos mesmos termos em que se tem vindo a proceder.

Assim sendo, é admissível a inscrição ou alteração da situação de beneficiário da PT -ACS, desde que seja comprovada, nos termos gerais, o direito de ser beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, de outro subsistema ou de um seguro de saúde.

IGIF 14 de Dezembro de 2006

O Presidente do Conselho de Administração

Manuel Teixeira

[Handwritten signature]

Doc. nº 3
(fls 1/2)



Nº 8
DATA: 12/12/2008
CIRCULAR INFORMATIVA
PARA: ARS e Serviços e Estabelecimentos integrados no SNS

ASSUNTO: Caducidade do Protocolo entre o Ministério da Saúde e os Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

O Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o SAMS dos Bancários do Sul e Ilhas cessa os seus efeitos em 1 de Janeiro de 2009.

A extinção do Protocolo não significa qualquer restrição no acesso às prestações de saúde dos beneficiários daquele subsistema.

Neste contexto, devem as entidades que prestam cuidados de saúde primários realizar as alterações das entidades responsáveis no sistema de informação respectivo.

Assim sendo, devem as entidades que prestam cuidados de saúde primários identificar os beneficiários do SAMS do Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas como beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, desde que seja comprovado, nos termos gerais, a condição de beneficiário do Serviço Nacional de Saúde e alterar a menção do terceiro responsável caso o beneficiário seja beneficiário de outro subsistema. No caso dos beneficiários das Regiões Autónomas devem ser identificadas as entidades financeiras responsáveis como Terceiros Pagadores.

Os restantes serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde devem identificar, a partir de 1 de Janeiro de 2009, os utentes assistidos que sejam até essa data beneficiários do SAMS dos Bancários do Sul e Ilhas, e a entidade financeira responsável pelo pagamento da assistência prestada (SNS) deve ser identificada como SNS na aplicação informática onde estão registados os actos que são facturados, caso não exista um terceiro pagador, nos termos da alínea b) do n.º 2 da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde. As unidades de saúde devem ainda identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, caso relativamente a estes beneficiários exista um terceiro responsável.

N.º: 5/2006 IGIF
Data: 21-Dez-06

CIRCULAR INFORMATIVA

Assunto: Extinção do Protocolo entre o Ministério da Saúde e os CTT – Correios de Portugal, SA

O Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e os CTT – Correios de Portugal, SA, foi extinto com efeitos a 31 de Dezembro de 2006.

A extinção do Protocolo não significa qualquer restrição no acesso às prestações de saúde dos beneficiários dos planos de saúde geridos por aquela entidade.

Neste contexto, devem as Administrações Regionais de Saúde, através dos Centros de Saúde, realizar as alterações das entidades responsáveis nos mesmos termos em que se tem vindo a proceder.

Assim sendo, é autorizada a alteração da situação de beneficiário do regime de protecção de saúde dos CTT – Correios de Portugal, SA, desde que seja comprovada, nos termos gerais, o direito de ser beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, de outro subsistema ou de um seguro de saúde.

IGIF 21 de Dezembro de 2006

O Presidente do Conselho de Administração

Manuel Teixeira

[Handwritten mark]



Doc. n.º 3 (fls 2/2)

A partir de 1 de Janeiro de 2009 os actuais beneficiários dos SAMS do Sindicato do Sul e Ilhas devem identificar-se perante os serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde através da apresentação do cartão de utente ou do cartão do cidadão. Os beneficiários, não titulares de outros subsistemas e ainda não inscritos no SNS, devem proceder à sua inscrição como utente do SNS. Caso os utentes estejam inscritos e tenham cartão do qual conste a letra S, deverão proceder, até 30 de Abril 2009, à substituição do mesmo.

Caso subsistam dúvidas quanto à identificação dos utentes, a instituição deve verificar, mediante acesso remoto, na base de dados do Registo Nacional de Utentes, a situação de beneficiário do SNS.

O Presidente do Conselho Directivo

[Handwritten signature]

(Manuel Teixeira)



1.8 PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I.P.

RESA SATDA 24 09'09 15257



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

Sua referência: *Proc. N.º 51/08-audit* Sua comunicação de: 04-08-2009

Assunto: *Relatório elaborado pelo Tribunal de Contas relativo à Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2006-2008*

Exmo. Sr. Director Geral

De acordo com o solicitado no V. Ofício n.º 12380, de 04 de Agosto de 2009, informa-se que após análise do relatório da "auditoria à RNCCI 2006-2008" efectuada pelo Tribunal de Contas importa realçar alguns aspectos que são determinantes para uma eventual tentativa de compreensão do mesmo. Ou seja, a auditoria efectuada, pese embora outros pressupostos, incidiu numa única região do país (região Centro) existindo no relatório extrapolações para as restantes regiões, que não traduzem as especificidades da região Alentejo.

Propõe-se então as seguintes alterações:

DESPESA REALIZADA
(pág. 9)

1º e 2º parágrafos
Sublinha-se o facto de que apenas a Saúde apresenta na despesa duas vertentes, a de funcionamento e a de investimento, e que no período em apreço existiram outras fontes de

Na resposta é favor indicar as nossas referências.



Ministério da Saúde

DGTC 25 09'09 16932

Rua do Cícloso, 18 - Apartado 2027 | 7001-901 Évora
Tel. 266 758 770 Fax. 266-735 868
e-mail: ars@arsalentejo.min-saude.pt



financiamento, nomeadamente o Fundo Social Europeu, sendo a despesa da região Alentejo referente somente a 25%, podendo explicar os eventuais "erros de planeamento" que segundo o texto do relatório "estão evidenciados" e se "traduzem nomeadamente nos 25% da dotação global de € 217,7 milhões". Também deve realçar-se que os acordos com as entidades parceiras pressupõem que o início de actividade está intimamente ligado com a capacidade de resposta de cada uma destas entidades, o que influencia o desenvolvimento de cada processo e a respectiva execução financeira.

4º parágrafo

Na região Alentejo a taxa de execução financeira global é de 41,2% no triénio 2006/2008, existindo uma evolução positiva, ao contrário do que se encontra descrito no relatório, e conforme pode ser constatado na seguinte tabela:

			GLOBAL
2006	2007	2008	41,2%
0,05%	31,55%	51,18%	

Na resposta é favor indicar as nossas referências

INVESTIMENTO EM INFRA-ESTRUTURAS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

(pág. 10)

Relativamente às despesas do PROGRAMA MODELAR, os acordos só foram assinados em Janeiro de 2009, não podendo existir execução financeira, no momento em que o relatório foi elaborado.

CAPACIDADE INSTALADA, COBERTURA POPULACIONAL, TERRITORIAL E PRODUÇÃO

(pág. 10 e 11)

1º parágrafo

A implementação e constituição de equipas da RNCCI têm como base as referências populacionais de cada região, existindo necessariamente diferenças não só relativas ao



Na resposta é favor indicar as nossas referências

número como também ao modelo, o que condiciona algumas vezes a execução.

Na região Alentejo, a taxa de implementação (134,34%) foi inflacionada pela entrada em funcionamento de lugares nas ECCI. De qualquer forma a existência de lugares na região Alentejo seria sempre superior à nacional e "à execução física de 56%" referida no relatório do TC.

2º parágrafo

Até 31 de Dezembro de 2008 a região Alentejo implementou a totalidade das 9 ECCI previstas, tendo atingido assim uma taxa de execução de 100%.

UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NO ACESSO

(pág. 12)

2º parágrafo

Na região Alentejo, o tempo de espera para as ECCI é imediato e nunca "o cerca de mês e meio". Poderá existir 1 ou 2 dias de espera se contarmos com referenciações que ocorram durante o fim-de-semana.

EXECUÇÃO FINANCEIRA

(pág. 13)

1º parágrafo

Ao contrário do referido no relatório (11%) a taxa de execução global para o triénio é de 41.2%. Após análise não se encontra termos comparativos ou justificativos para o valor de 11%.

ANEXOS

ANEXO 12. Instituições visitadas pelas ECL

(pág. 27)

Na região Alentejo existiam ao período a que reporta o relatório **14** unidades e **não 17**



como está referido.

(pág. 28)

A tabela "lista de instituições visitadas e respectivas tipologias e números de visitas" está incorrecta, quanto ao nome de algumas instituições e número de visitas efectuadas, sendo a seguinte a versão correcta:

REGIÃO	INSTITUIÇÃO	TIPOLOGIA	Nº VISITAS
ALENTEJO	ADCB A ANTA, Beirã	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	4
	CSRSANTA, Estremoz	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	3
	HLALENTEJANO, Santiago Cacém	Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)	1
	SCM ARRONCHES	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	4
	SCM ÉVORA	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	4
	SCM FERREIRA DO ALENTEJO	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4
	SCM MÉRTOLA	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4
	SCM MORA	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	4
	SCM MORA	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4
	SCM ODEMIRA	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	2
	SCM ODEMIRA	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	2
	SCM PONTE DE SOR	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	4
	SCM SANTIAGO CACÉM	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	1
	HESPIRITO SANTO, Évora	Unidade de Convalescência (UC)	4
	CHBA, HS. PAULO, Serpa	Unidade de Convalescência (UC)	4

Na resposta é favor indicar as nossas referências

(pág. 29)

Referem a existência de uma unidade na região Centro com o nome ADCB A ANTA,



Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

Beirã. Esta unidade pertence à região Alentejo.

RECOMENDAÇÕES

(pág.17)

A ARSA Alentejo:

Possui um centro de custos próprio para os CCI, estando prevista a sua organização por tipo de serviço;

Observa o disposto na legislação para a celebração de acordos/contratos/protocolos com as entidades prestadoras de CCI;

Cumprir as regras definidas de forma a assegurar a inexistência de pagamentos indevidos a subsistemas ou terceiros pagadores;

Irà diligenciar no sentido de dar cumprimento à V recomendação de serem remetidos em tempo oportuno os contratos sujeitos a visto do TC.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Rosa Valente de Matos
Presidente do Conselho Directivo

Na resposta é favor indicar as novas referências

1.9 **PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.**



09:18:38

Cuidados Continuados

289889989

p.1

289889989

Administração Regional de Saúde do
Algarve, I.P.



Ministério da Saúde

IF

Exmo. Sr.

Dr. Abílio Augusto Pereira de Matos

Auditor - Coordenador da

Direcção Geral do Tribunal de Contas

Av.ª Barbosa du Bocage, 61

1069-045 Lisboa

LI

FI

FI

Sua Referência:

Sua Comunicação:

Nossa Referência:

ECRCCI Algarve_15_Setembro_09

Assunto: Auditoria à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. vem pelo presente responder à solicitação efectuada por V.ª Exa. no sentido de proceder às explicitações entendidas por convenientes e adequadas às vossas referências, em distintos pontos do relato, no que diz respeito à implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região do Algarve.

1. CONCLUSÕES.

- Despesa realizada – É referido que, ao nível da Saúde, ocorreu baixa execução financeira (pág. 9).

Importa salientar que apenas o sector da Saúde tem por despesa a vertente de funcionamento mais a vertente de investimento. A taxa de execução financeira no sector da Saúde foi de 19% em 2006 (primeiro ano das experiências piloto), de 62,78% em 2007 e de 50,29% em 2008.

No que se refere ao funcionamento não se pode descuar que, no pressuposto dos protocolos com entidades terceiras, nomeadamente IPSS, o respectivo início encontra-se bastante dependente da capacidade destas iniciarem a actividade de prestação de cuidados. No que se refere ao investimento, é de salientar que ocorreram atrasos na execução financeira dado que a conversão de unidades do SNS (Internamentos dos Centros de Saúde) para a RNCCI, implicou o desenvolvimento de procedimentos administrativos para a aquisição de bens e serviços, inevitavelmente morosos, que se traduziram em atrasos de execução relativamente à planificação inicial.

- Investimento em infra-estruturas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – É referido que não foram executadas verbas do programa MODELAR (pág. 10)

Os acordos no âmbito do Programa MODELAR foram assinados em Janeiro de 2009, pelo que não podia existir execução financeira até porque após aprovação, grande maioria, senão a totalidade dos projectos, tiveram que desenvolver vários procedimentos prévios à fase de construção.

- Distribuição da despesa de funcionamento das Unidades e Equipas da Rede – Refere a maior presença das Misericórdias e das IPSS nos acordos (pág. 10)

Natural, tendo em consideração o protocolo celebrado com a União das Misericórdias Portuguesas. Todavia, à data da publicação do DL 101/06, de 6 de Junho, apenas uma Misericórdia prestava este tipo de cuidados, concretamente Santa Casa da Misericórdia de Portimão. Por outro lado, na Região do Algarve observa-se, nesta altura, um manifesto interesse das entidades privadas.

289889989

- Capacidade instalada, cobertura populacional, territorial e produção – É referida a baixa execução física das metas estabelecidas (pág. 10). Acresce o facto de o Algarve apresentar o menor número de equipas da RNCCI (pág. 11)

Para além da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ser em 2008 um projecto com apenas dois anos de vida, para além dos condicionantes do decurso dos procedimentos, importa referir a necessidade de se adequar as unidades de internamento, quer física, quer funcionalmente, à nova produção legislativa.

Com segunda observação refira-se que a constituição de equipas da RNCCI tem por referência a realidade populacional de cada região, pelo que não é susceptível de análise comparativa entre Regiões. O Algarve representa cerca de 4% dos utentes do SNS e uma execução de 8%. Por outro lado, importa referir que, do que nos é possível saber, o modelo de equipa de cuidados continuados integrados domiciliários no Algarve não se replica pelas demais regiões, pelo que, mais uma vez, entendo não ser susceptível de análise comparativa.

- Universalidade e equidade no acesso – Apresenta tempo de espera de cerca de mês e meio nas ECCI (pág. 12).

A realidade do Algarve não se reflecte nestes números, dado que o tempo médio para início da prestação de cuidados é quase imediatamente ultrapassando os 5 dias.

- Produção das Unidades e Equipas de RNCCI – Taxas de ocupação podiam ter maior eficiência (pág. 12).

A análise das taxas de ocupação no Algarve permite-nos identificar que as ULDM persistem em cerca de 97% de ocupação, imediatamente seguidas das UMDR com 95%, sendo que as UC são aquelas que apresentam menor taxa de ocupação, mas acima 91%.

- Controlo interno da Administração Regional de Saúde do Centro – Inexistência de centro de custos para a RNCCI e de relatórios da ECRCCI e, ainda, pagamento indevido de dias de internamento a utentes de subsistemas (pág. 15).

A ARS Algarve, I.P. criou desde o início centros de custos específicos para cada unidade e equipa da RNCCI.

Quanto aos dias de internamento a utentes de subsistemas, tem sido uma preocupação desta ECRCCI procurando sempre identificar a sua existência e imputar os respectivos pagamentos à entidade competente.

SÍNTESE DO TRIÉNIO: Saúde e Segurança Social

- Diferenciação entre execução financeira da Saúde e da Segurança Social (pág. 31).

A Saúde, para além das verbas de funcionamento, inclui verbas de investimento, a componente que sofreu maior atraso.

- Investimento e Equipamentos – Refere que não foi executada qualquer verba do MODELAR (pág. 32)

Reforça-se que o MODELAR fechou candidatura no término de 2008 e, tendo em consideração a necessidade de um conjunto de procedimentos por parte das entidades, nomeadamente elaboração de projectos de especialidades, aquisição de equipamentos ou outros, muito dificilmente se verificaria execução ainda neste ano.

- Tempo de espera para ingresso – Refere um período superior a 4 meses para ingresso nas ECCI (pág. 46)

Relativamente à Região do Algarve esta análise não espelha minimamente a realidade existente dado que a admissão é quase imediatamente se verificando situações que suplantem os 5 dias, e estes apenas em casos excepcionais.

Com os melhores cumprimentos,



Dr. Rui Lourenço
Presidente do Cons. Diretivo

Largo do Carmo, 3 - 8000-148 Faro

Telefone: 289889900 fax: 289889989 I. P.

Email: ecrcci@arsalgarve.min-saude.pt
<http://www.arsalgarve.min-saude.pt>



2 NOTA DE EMOLUMENTOS

EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS

(D.L. n.º 66/96, de 31.5)

Sector de Auditoria: Departamento de Auditoria VI.2

Proc.º n.º 51/08-Audit

Relatório n.º38/2009 – 2.ª S

Entidade fiscalizada: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados

Entidade devedora: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados

Regime jurídico: AA

AAF

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	473		€ 41.761,17
- 1% s/ Receitas Próprias (b)				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 41.761,17
Emolumentos				
Limite mínimo (VR)				€ 1.716,50
Emolumentos a pagar				€ 1.716,50

a) cf. Resolução n.º 4/98 – 2ªS

Consultores externos

(Lei n.º 98/97 – art.º 56º)

- Prestação de serviços	
- Outros encargos	
Total a suportar pela entidade fiscalizada	

O Coordenador da Equipa de Auditoria



3 NOTA DE EMOLUMENTOS

EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Sector de Auditoria: Departamento de Auditoria VI.2

Proc.º nº 51/08-Audit
Relatório nº 38/2009 – 2.ª S

Entidade fiscalizada: Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

Entidade devedora: Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

Regime jurídico: AA

AAF

Input box for Regime jurídico: AA

Input box for Regime jurídico: AAF with 'X' checked

Unid: Euros

Table with columns: Descrição, BASE DE CÁLCULO (Custo Standard a), Unidade Tempo, Receita Própria / Lucros, Valor. Rows include: Acções fora da área da residência oficial, Acções na área da residência oficial, 1% s/ Receitas Próprias (b), 1% s/ Lucros, Emolumentos calculados, Emolumentos Limite máximo (VR), Emolumentos a pagar.

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

Consultores externos

(Lei nº 98/97 – artº 56º)

Table for external consultants with rows: Prestação de serviços, Outros encargos, Total a suportar pela entidade fiscalizada.

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Handwritten signature of the Auditor Coordinator