



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de
Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Volume I

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|-----------|
| FICHA TÉCNICA | 3 |
| RELAÇÃO DE SIGLAS | 4 |
| I. SUMÁRIO | 5 |
| 1. CONCLUSÕES | 6 |
| 2. RECOMENDAÇÕES | 25 |
| II. INTRODUÇÃO | 28 |
| 3. OBJECTIVOS E ÂMBITO DA AUDITORIA | 28 |
| 4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS | 28 |
| 5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES | 29 |
| 6. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO 30 | |
| 6.1 GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE..... | 31 |
| 6.2 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA CVP-SGH, S.A..... | 31 |
| 6.3 CONSELHO DIRECTIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P..... | 33 |
| 6.4 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, E.P.E..... | 33 |
| 6.5 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA PARPÚBLICA – PARTICIPAÇÕES PÚBLICAS (SGPS) S.A. | 34 |
| 7. PARECER DA PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA | 34 |
| III. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA | 35 |
| 8. BREVE CARACTERIZAÇÃO DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA | 35 |
| 9. ENQUADRAMENTO DA RELAÇÃO DO ESTADO COM A CRUZ VERMELHA PORTUGUESA 35 | |
| 9.1 INTERVENÇÃO DA PARTEST NO CAPITAL SOCIAL DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – SOCIEDADE DE GESTÃO HOSPITALAR, S.A. | 40 |
| 9.2 ANÁLISE ECONÓMICO – FINANCEIRA | 49 |
| 9.3 ACORDOS DE COOPERAÇÃO, CELEBRADOS DESDE 1998, ENTRE A ARSLVT E A CVP -SGH, S.A..... | 51 |
| 9.4 APRECIÇÃO DO PROCESSO DECISIONAL SUBJACENTE À CELEBRAÇÃO DOS ACORDOS DE COOPERAÇÃO | 52 |
| 9.5 EFEITOS FINANCEIROS DOS ACORDOS DE COOPERAÇÃO CELEBRADOS ENTRE A ARSLVT E A CVP-SGH, S.A. | 54 |
| 10. PROCESSOS DE FISCALIZAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS | 55 |
| 11. ACCÕES DE FISCALIZAÇÃO REALIZADAS POR ÓRGÃOS DE CONTROLO | 56 |
| 12. MONITORIZAÇÃO EFECTUADA PELA ARSLVT AO ACORDO | 57 |
| 12.1 PROCEDIMENTOS DE MONITORIZAÇÃO..... | 57 |
| 12.2 AUDITORIAS CLÍNICAS | 59 |
| 12.3 AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS CLÁUSULAS DO ACORDO DE COOPERAÇÃO..... | 60 |
| 12.4 QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS NO HCVP AOS UTENTES NO ÂMBITO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO | 68 |
| 12.5 INCOMPATIBILIDADES - PESSOAL MÉDICO | 71 |
| 12.6 REGIME FINANCEIRO | 71 |
| 13. EXECUÇÃO E CUSTOS DA ACTIVIDADE CONTRATADA NO ÂMBITO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO | 72 |
| 13.1 EXECUÇÃO DA ACTIVIDADE CONTRATADA | 72 |
| 13.2 CUSTOS DA ACTIVIDADE CONTRATADA | 74 |
| 14. COMPARAÇÃO DA ACTIVIDADE DO HCVP COM A DE OUTRAS ENTIDADES | 75 |
| 14.1 TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA CONSULTA E CIRURGIA | 75 |
| 14.2 TEMPO MÉDIO DE INTERNAMENTO | 77 |
| 14.3 PREÇOS PRATICADOS PELAS MISERICÓRDIAS E OUTRAS IPSS | 79 |
| 14.4 CUSTOS POR DOENTE TRATADO | 81 |
| IV. EMOLUMENTOS | 85 |
| V. DETERMINAÇÕES FINAIS | 85 |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de
Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Balanço Contabilístico do HCVP- 1997..... | 36 |
| Quadro 2 – Resultados líquidos <i>ex-ante</i> | 37 |
| Quadro 3 – Resultados líquidos <i>ex-post</i> | 37 |
| Quadro 4 - Dividendos..... | 39 |
| Quadro 5 – Rendibilidade dos dividendos | 40 |
| Quadro 6 -Estrutura accionista..... | 41 |
| Quadro 7 – Rendibilidade da PARPÚBLICA..... | 42 |
| Quadro 8 – Free Cash Flow projectado | 49 |
| Quadro 9 - Free Cash Flow verificado..... | 49 |
| Quadro 10 – Rendibilidade económica | 50 |
| Quadro 11 – Indicadores..... | 50 |
| Quadro 12 – Retribuições/Ganhos Operacionais..... | 55 |
| Quadro 13 – Resultados dos inquéritos..... | 69 |
| Quadro 14 – Número de dias entre a última consulta e a cirurgia..... | 70 |
| Quadro 15 – Número de consultas pós operatórias..... | 70 |
| Quadro 16- Actividade contratada para 2008 | 72 |
| Quadro 17- Produção de 2008 -Acordo de Cooperação | 73 |
| Quadro 18- Cirurgias não integráveis -Acordo de Cooperação..... | 74 |
| Quadro 19- Custos /Facturação –CVP- SGH, S.A. | 74 |
| Quadro 20- Tempo médio de espera da consulta -HCVP..... | 75 |
| Quadro 21 - Doentes em espera para cirurgia -HCVP..... | 75 |
| Quadro 22- Tempo médio de espera -Hospitais SNS..... | 76 |
| Quadro 23- Custos da especialidade de cirurgia cardiotorácica | 82 |
| Quadro 24 - Produção de GDH para cirurgia cardiotorácica | 83 |
| Quadro 25 - Custos da especialidade de ortopedia | 84 |
| Quadro 26 - Produção de GDH para ortopedia..... | 84 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Processo de Facturação da CVP- SGH, S.A., à ARSLVT | 58 |
| Figura 2 - Consultas..... | 73 |
| Figura 3 - MCDT | 73 |
| Figura 4 - Tempo médio de internamento (dias) – HCVP | 78 |
| Figura 5 - Tempo médio internamento (dias) de cardiotorácica – Hospitais SNS..... | 78 |
| Figura 6 - Tempo médio internamento (dias) - CHL Norte | 78 |
| Figura 7-Tempo médio internamento (dias) - CHL Ocidental..... | 79 |

Volume II – Alegações e Nota de Emolumentos

Volume III - Anexos



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de
Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

FICHA TÉCNICA

Coordenação e Controlo

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro (após 01.01.2011)
(*Licenciado em Direito*)

Abílio Pereira de Matos (até 31.12.2010)
(*Licenciado em Economia*)

Auditora-Chefe

Maria Isabel Viegas
(*Licenciada em Organização e Gestão de Empresas*)

Equipa de Auditoria

Ana Isabel Carreiro
(*Licenciada em Organização e Gestão de Empresas*)

Irene Silva Dâmaso
(*Licenciada em Gestão de Empresas*)

Maria João Libório
(*Licenciada em Gestão*)

Ana Bravo de Campos
(*Licenciada em Direito*)

Cristina Jesus Costa
(*Licenciada em Direito*)

ARRANJO GRÁFICO:
Armandino Carvalho



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de
Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

RELAÇÃO DE SIGLAS

| <i>Sigla</i> | <i>Designação</i> |
|-----------------------|---|
| <i>SICA</i> | Sistemas de Informação para a Contratualização e Acompanhamento |
| <i>ARS</i> | Administração Regional de Saúde |
| <i>ARSLVT</i> | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. |
| <i>AVC</i> | Acidente Vascular Cerebral |
| <i>CA</i> | Conselho de Administração |
| <i>CHL Central</i> | Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. |
| <i>CHL Norte</i> | Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. |
| <i>CHL Ocidental</i> | Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. |
| <i>CPA</i> | Código de Procedimento Administrativo |
| <i>CTH</i> | Consulta a Tempo e Horas |
| <i>CVP -SGH, S.A.</i> | Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. |
| <i>DGT</i> | Direção Geral do Tesouro |
| <i>EAM</i> | Enfarte Agudo do Miocárdio |
| <i>ECG</i> | Equipa Clínica e de Gestão |
| <i>ERS</i> | Entidade Reguladora da Saúde |
| <i>GDH</i> | Grupos de Diagnóstico Homogéneos |
| <i>HCC</i> | Hospital de Curry Cabral |
| <i>HCVP</i> | Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa |
| <i>HFF</i> | Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E. |
| <i>HGO</i> | Hospital Garcia de Orta, E.P.E. |
| <i>HSJ</i> | Hospital de São João do Porto, E.P.E. |
| <i>HUC</i> | Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. |
| <i>IGAS</i> | Inspecção-Geral das Actividades em Saúde |
| <i>IGF</i> | Inspecção-Geral de Finanças |
| <i>INTOSAI</i> | International Organisation of Supreme Audit Institutions |
| <i>IPÉ</i> | Investimento e Participações Empresariais, S.A. |
| <i>IPSS</i> | Instituição Particular de Solidariedade Social |
| <i>LBS</i> | Lei de Bases da Saúde |
| <i>MCDT</i> | Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica |
| <i>MS</i> | Ministério da Saúde |
| <i>MUST</i> | Monetary Unit Sampling Technique |
| <i>PA</i> | Programa de Auditoria |
| <i>PARTEST</i> | Partest - Participações do Estado, SGPS, S.A. |
| <i>PGA</i> | Plano Global de Auditoria |
| <i>RCM</i> | Resolução do Conselho de Ministros |
| <i>RSLVT</i> | Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo |
| <i>SAMS</i> | Serviço de Assistência Médico Social - Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas |
| <i>SIGIC</i> | Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia |
| <i>SNS</i> | Serviço Nacional de Saúde |
| <i>TC</i> | Tribunal de Contas |
| <i>TIR</i> | Taxa Interna de Rendibilidade |
| <i>TMRG</i> | Tempo Máximo de Resposta Garantida |
| <i>VAL</i> | Valor Actualizado Líquido |
| <i>WACC</i> | Weighted Average Cost Of Capital |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

I. SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização, aprovado pelo Tribunal de Contas para 2009, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria operacional ou de resultados - *Value for Money* - à execução do Acordo de Cooperação celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., (ARSLVT) e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. (CVP-SGH, S.A.).

Na sessão da 2ª Secção do Tribunal de Contas, de 25 de Novembro de 2009, foi deliberado solicitar parecer ao Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República sobre questões jurídicas constantes do relato de auditoria, designadamente sobre a natureza jurídica da Cruz Vermelha Portuguesa, a extensão automática à Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade Gestora Hospitalar, S.A., do estatuto e dos benefícios próprios da Cruz Vermelha Portuguesa, e a sujeição ou não dos Acordos de Cooperação ao regime jurídico da contratação pública. O referido parecer foi aprovado em sessão do Conselho Consultivo, de 3 de Março de 2011, destacando-se no presente Relatório as suas conclusões.

Nesta sequência, a auditoria, realizada em 2009, transitou para o Programa de Fiscalização de 2010, aprovado pela Resolução n.º 6/09, de 3 de Dezembro, da 2ª Secção do Tribunal de Contas, e, posteriormente, para o Programa de Fiscalização de 2011¹, desta Secção, através da aprovação em Plenário (sessão de 10 de Fevereiro de 2011) de proposta de alteração do mesmo.

O Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., visa assegurar, em **complementaridade** com os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, a prestação de cuidados de saúde a utentes da área de abrangência exclusiva da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT).

A auditoria teve como objectivo geral avaliar a execução física e financeira do Acordo de Cooperação, as medidas implementadas pela ARSLVT, no acompanhamento e no controlo do cumprimento do referido Acordo, e a análise comparativa entre os dados económico-financeiros *ex-post* e os *ex-ante*, no período de 1998 a 2008, e as perspectivas de evolução de negócio constantes do Projecto de Reestruturação da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), para o mesmo período, elaborado por um banco consultor, e do Relatório de Auditoria de uma empresa de auditoria/consultoria.

¹ Aprovado pela Resolução n.º 8/10, de 2 de Dezembro, da 2ª Secção.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

A auditoria foi realizada em conformidade com o Manual de Auditoria e de Procedimentos do Tribunal de Contas e com as normas de auditoria da *INTOSAI*, de que o Tribunal de Contas é membro.

1. CONCLUSÕES

Intervenção do Estado na Cruz Vermelha Portuguesa – cfr. pontos 9, 9.1 e 9.5

- Em 1997, face à **situação financeira** do HCVP, foi requerida a intervenção do Estado para proceder ao saneamento financeiro do hospital. Para o efeito, mandou o Ministério da Tutela² (através de uma empresa de auditoria/consultoria) e a CVP (através de um banco consultor e de outra empresa de auditoria/consultoria) realizar auditorias e estudos sobre a viabilidade económico-financeira e concomitantemente a avaliação do referido hospital.
- Na origem desta situação financeira estava uma gestão de recursos humanos que descapitalizou o HCVP, tal como se infere do contraditório exercido, em Fevereiro de 2001, pela própria CVP-SGH, S.A., no âmbito da “*Auditoria a Operações de Gestão da Carteira de Títulos do Estado*”³. Com efeito, segundo a CVP-SGH, S.A., a gestão de recursos humanos não só esteve na origem dos resultados líquidos negativos acumulados, como na degradação e obsolescência dos equipamentos médicos, infra-estruturas e, inclusive, na deterioração do valor de activos intangíveis como são a imagem e o prestígio⁴.

A gravidade da situação económico-financeira era de tal grandeza que, segundo os pontos 33 a 42 do referido contraditório, o valor do HCVP era negativo, isto é, havia comprador para o Hospital, mas a CVP tinha de despende montantes significativos na assunção de 155 contratos de trabalho existentes, ou seja, tinha de “*indemnizar pela rescisão dos seus contratos*” 155 “*trabalhadores*” *excedentários dos mais remunerados*” “*com altíssimos salários (...) com escassas habilitações*” (cerca de 1/3 dos efectivos) e liquidar o passivo corrente (cf. ponto 34).

Anote-se que as primeiras iniciativas da CVP conducentes a solucionar a situação a que havia conduzido o HCVP, foram com as companhias de seguros IMPÉRIO e MUNDIAL CONFIANÇA, “*para averiguar do seu interesse em ficar com a propriedade ou a exploração do Hospital e das condições em que o fariam*” (ver ponto 31 do contraditório da CVP de 2001 – Relatório de Auditoria n.º 08/2001 – 2.ª Secção).

² Ministério da Defesa Nacional.

³ Proc. n.º 25/00 – Audit. e Relatório de Auditoria n.º 08/2001 – 2ª Secção, publicado no sítio do TC.

⁴Cfr. ponto 49 das alegações de Fevereiro de 2001 da CVP-SGH, S.A..



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Em síntese: a situação do HCVP era crítica porque tinha custos com o pessoal excedentário e um quadro de pessoal totalmente desajustado das exigências da sua actividade e, também, por esse facto, não conseguia gerar *cash flow* (apesar dos subsídios recorrentes do Estado)⁵ para a “*realização de investimentos na substituição e actualização de equipamentos ou em obras de conservação da infra-estrutura*” – cfr. ponto 18 – e para pagar as dívidas correntes.

Apesar da situação, em boa medida, ser da responsabilidade e da forma como a CVP geriu o então seu Hospital, designadamente das confissões políticas (organizacionais) de recursos humanos prosseguidas, o Estado viu-se obrigado a acorrer à situação que, aliás, já era, segundo a CVP, previsível e em que o principal e mais valioso instrumento de intervenção foi o Acordo de Cooperação com a ARSLVT, objecto da presente auditoria.

Como iremos verificar ao longo deste relatório, a CVP depois de ter subscrito, em 1998, um Acordo Parassocial e ter celebrado, nesse mesmo ano, um Protocolo com a Tutela⁶, onde estabeleceu objectivos claros em matéria de reestruturação dos recursos humanos, não os cumpriu, apesar de algumas relevantes diligências da PARPÚBLICA para que o acatasse.

- No relatório elaborado pelo banco consultor, em 1998, (intitulado **Projecto de Reestruturação**)⁷, foram efectuadas projecções económico-financeiras para 10 anos (1998 a 2008) da actividade do HCVP e calculado o valor dessa actividade em € 25.937.490,64 (500.000 acções), correspondendo a um valor unitário de € 51,87, através do método do rendimento. Este estudo pressupunha⁸:

***Autonomização da actividade** do HCVP, em termos jurídicos, patrimoniais e financeiros, da CVP, consubstanciada na **criação da sociedade comercial CVP-SGH, S.A.**

⁵ “Ascendendo as contribuições realizadas mais recentemente a 65 mil contos, em 1985, a 10 mil contos, em 1989, a 25 mil contos, em 1993, a 29.500 contos, em 1995 e a 180 mil contos, em 1998”. Sendo que os subsídios do Estado eram despendidos no pagamento de custos de funcionamento, no fundamental, com custos com pessoal excedentário, “*com altíssimos salários (...) com escassas habilitações (...)*” nos dizeres da CVP-SGH, S.A. (ponto 24 contraditório 2001, Relatório de Auditoria nº 08/2001 – 2ª Secção) e não em quaisquer actividades humanitárias.

⁶ A tutela da CVP é exercida pelo Ministro da Defesa Nacional. O Protocolo referido foi, também, celebrado com um representante do Ministério das Finanças, ao qual compete o exercício da função accionista do Estado.

⁷ Teve por base o Relatório de Auditoria e avaliação económico-financeira do HCVP, elaborado por uma empresa de auditoria/consultoria.

$$\text{preço acção} = f(\text{acordo cooperação}_t, \overline{\text{reestruturação}}, \dots)$$

⁸

$$\text{acordo cooperação} = f(\text{capacidade instalada SNS}_t)$$

$$\therefore \text{preço acção} = f \left[f(\text{capacidade inst. SNS}_t), \overline{\text{reestruturação}}, \dots \right]$$



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

* **Reestruturação do HCVP**, com particular ênfase na reestruturação dos recursos humanos (que funcionou como uma constante nos cálculos do preço das acções).

Veja-se o que dizia a CVP-SGH, S.A., no ponto 24 do contraditório, de 1 de Fevereiro de 2001:

“No final de 1997, (...) entre serviços de enfermagem, administrativos e operacionais, havia 470 trabalhadores ao serviço do Hospital, com idades elevadas (...) com altíssimos salários (...), com escassas habilitações literárias (...).”

No ponto 27 afirma que, não obstante o HCVP ter pessoal excedentário e desqualificado, não tinha *“um corpo clínico próprio”*⁹.

* **Intervenção do Estado através:**

- Da realização de um **Acordo de Cooperação** entre o Ministério da Saúde (na figura da ARSLVT) e a CVP-SGH, S.A., válido por cinco anos, automaticamente renovável, por períodos de 2 anos, para a prestação de cuidados clínicos aos utentes do SNS;
- Da compra pela PARTEST (actual PARPÚBLICA) do seguinte portefólio:
 - (i) 225.000 acções (45%), com valor nominal unitário de € 5,00, adquiridas a € 51,87 cada, perfazendo um investimento total de € 11.671.870,79; e
 - (ii) Uma opção de venda Americana sobre a CVP (que a subscreveu) de 10% das acções adquiridas, com uma maturidade de 5 anos e cujo preço de exercício está descrito no ponto 2 da cláusula 9ª do Acordo Parassocial;
 - (iii) A estes dois activos havia, ainda, que adicionar o direito contingente descrito no ponto 4. da citada cláusula.

Tendo a CVP ficado em carteira com 54,97% (274.850) das acções e uma opção de compra Americana, com uma maturidade de 10 anos, sobre as acções adquiridas pela PARTEST¹⁰, cujo preço de exercício está descrito no ponto 2. da cláusula 8ª do Acordo Parassocial.

A Equipa Clínica e de Gestão (ECG)¹¹, para além de ter ficado em carteira com 0,03% (150) do número de acções, ficou, igualmente, com a faculdade de comprar acções da CVP-SGH, S.A., ao abrigo da opção de compra estabelecida na cláusula 8ª, pelo preço desta opção fixado “no Acordo Parassocial” sob condição de que o número de acções no portefólio da ECG

⁹ Já em 3 de Agosto de 1998, no Contrato de Cessão de Exploração do HCVP se afirmava no ponto iii, dos considerandos, que *“(...) o HCVP tem um quadro de pessoal sobredimensionado relativamente às exigências da sua actividade, quer presente, quer projectada para o futuro (...)”*. No anexo à carta de 7 de Março de 2001, a PARPÚBLICA cita a CVP-SGH, S.A., quando esta aquiesce, face aos seus argumentos, em “confessar” *“a existência de um sobre custo”* face aos objectivos por incumprimento do estabelecido no Acordo Parassocial e no Contrato de Cessão de Exploração assumidos para com a PARPÚBLICA.

¹⁰ Que subscreveu esta opção de compra.

¹¹ Constituída por 11 pessoas singulares.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

não ultrapasse 150.000 acções, ou seja, 30% do capital social. Este portefólio inclui, igualmente, um não menos significativo direito a 50% dos lucros - *profit sharing* - que excedam os lucros das projecções económico-financeiras.

A condição *sine qua non* para a existência deste “negócio” foi e é, no entanto, o Acordo de Cooperação da CVP-SGH, S.A., com o Estado (na figura da ARSLVT) que, embora não o seja *de jure*¹², tem vindo a ser entendido, na prática, pela CVP-SGH, S.A., como algo assimilável a uma opção real do tipo “*Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção*”. E, como uma opção tem um subscritor, tudo indica que a ARSLVT tem sido um actor passivo nesse, eventual, entendimento.

Esta opção real (activo) subjacente a todo este “negócio” é, seguramente, a grande distância, o activo mais valioso que o integra.

Estas constatações fazem assomar duas questões pertinentes como seja a de que o Estado deva (ou não) intervir em entidades deste tipo como accionista e, concomitantemente, como assegurado do seu próprio investimento, do investimento da CVP e da ECG, assumindo, assim, eventuais erros, omissões e incumprimentos por parte da Administração da CVP-SGH, S.A., com graves consequências para o erário público e sobre a qual tem poderes muito limitados.

A outra questão está associada à avaliação dos portefólios. De entre os activos constituídos das respectivas carteiras apenas as acções foram avaliadas tendo os direitos contingentes sido ignorados. E, se foram ignorados, como tudo indica, este processo de financiamento do Estado, para além de ser parco em prudência, carece, no mínimo, de alguma dose de transparência.

Mais: vir-se-ia a constatar que este Acordo foi realizado a expensas de provável subutilização da capacidade instalada nos hospitais do SNS, - desperdício do investimento em capital fixo do Estado - nos termos declarados documentalmente pelos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Central e Ocidental.

O Projecto de Reestruturação pressupunha um objectivo de redução de efectivos de 480 para 355, em 1998, ou seja cerca de 30%, quando a PARPÚBLICA, em 7 de Março de 2001, citando a Administração da CVP-SGH, S.A., alerta para o facto, do número já atingir 510, em 2000, ou seja, em vez de ter reduzido 30% tinha aumentado 43,66% em relação ao objectivo (cerca de € 5 milhões). Note-se que, no Projecto de Reestruturação foi consignada uma verba de cerca de 1 milhão de contos para custear a

¹² O mesmo entendimento tem a CVP-SGH, S.A., *vide* ponto 43 do contraditório de 2001, Relatório de Auditoria nº 08/2001 – 2ª Secção.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

redução do pessoal excedentário e estudos e projectos. No Balanço *ex-ante* figura a verba de 1.013,6 milhares de contos em imobilizado incorpóreo, a partir de 1999. Sublinhe-se que a reestruturação dos recursos humanos constituía uma determinante fonte de criação de valor para a CVP-SGH, S.A., e estava decidida no Protocolo e no Acordo Parassocial representando uma fracção muito significativa do “valor intrínseco” das acções.

Tendo por base o valor do negócio apurado, em 1998, no Projecto de Reestruturação elaborado por um banco consultor, e no relatório de Auditoria realizado por uma empresa de auditoria/consultoria, o Estado concretizou a sua intervenção através da **aquisição de 45% no capital social** da CVP-SGH, S.A., tendo pago por cada acção **€ 51,87**, um preço que agrega **€ 46,87** ao valor facial da acção (€ 5,00), ou seja uma valorização em cerca de 937,40%, o que perfez um total de **€ 11.671.870,79**¹³.

¹³ O *pricing* das acções tem subjacente, no fundamental, o valor do Acordo de Cooperação para a CVP-SGH, S.A.. Assim, o valor das acções deriva ou tem subjacente o valor do referido Acordo – que, neste caso, toma o lugar do activo real – e não o *fair value* do HCVP de *per se*. Parte substancial do valor das acções da CVP-SGH, S.A., incorpora ou é constituído pelo valor do Acordo de Cooperação (o valor da reestruturação dos recursos humanos acabou, por razões de incumprimento, por ter, igualmente, muita relevância) e este, evidentemente, independe da CVP-SGH, S.A.. Sendo assim, os direitos contingentes da CVP e da ECG, bem como os do Estado (na figura da PARPÚBLICA) que constavam do Protocolo e do Acordo Parassocial têm como activo subjacente o “valor intrínseco” do Acordo de Cooperação, que é objecto da presente Auditoria.

Dada a aleatoriedade e a volatilidade do valor do Acordo de Cooperação, designadamente da sua renovação, estes direitos contingentes tinham valor. E, tinham muitíssimo mais valor para a CVP do que para o Estado (na pessoa jurídica da PARPÚBLICA). Estas opções reais embutidas no plano de saneamento (ou projecto de reestruturação) deviam, salvo explicação convincente em contrário, ser consideradas pelo banco consultor e pela empresa de auditoria/consultoria na avaliação do HCVP, tanto mais que a própria PARPÚBLICA estava declaradamente interessada em que a CVP e, eventualmente, a ECG exercessem as respectivas opções de compra. Era essa, aliás, a expectativa da PARPÚBLICA, como facilmente se pode inferir da proposta de revisão do Acordo Parassocial, anexo ao contraditório de Setembro de 2009.

Assim, na proposta de adenda ao Acordo Parassocial, de 3 de Agosto de 1998, anexo ao officio da PARTEST datado de 10 de Maio de 2000, nos pontos 1 e 4 da Cláusula 8ª, a PARTEST propõe que a opção de compra da CVP sobre a PARTEST se, “converta” numa opção de venda da PARTEST sobre a CVP, de forma a assegurar-se que as acções detidas pela PARTEST fiquem na posse da CVP até ao final dos primeiros 10 anos e a preservar o valor do investimento.

Mais: se analisarmos o preço de exercício da opção de venda da PARTEST sobre a CVP fácil é constatar que não há qualquer intuito lucrativo da sua parte. Na verdade, o preço de exercício definido no nº 2 da Cláusula 9ª do Acordo Parassocial é igual ao preço de compra mais o “preço do tempo” majorado de um pequeno prémio de risco de 0,5% abatido dos dividendos e assimiláveis, eventualmente recebidos, o que significa, grosso modo, que o Estado se satisfazia com o equivalente financeiro do preço de compra das acções no momento do exercício da opção de venda, ou seja, com a recuperação do investimento *stricto sensu*, não se alcançando minimamente onde pretendeu chegar a CVP-SGH, S.A., ao fazer a diabolização do accionista público (PARTEST) nas alegações constantes dos pontos 67 a 70 do contraditório de 2001 – Relatório de Auditoria n.º 08/2001, 2.ª Secção.

A CVP-SGH, S.A., não ignora que o dinheiro despendido pelo Estado no saneamento financeiro do HCVP tem um custo de oportunidade. O Estado para obter fundos tem que colocar dívida no mercado que é tomada por investidores nacionais e estrangeiros, arcando, concludentemente, com os encargos da dívida interna e externa. Não tem, portanto, sentido falar de qualquer objectivo de lucro (ou de mais valias) por parte do Estado, até porque a opção de compra da CVP sobre a PARTEST obstaculizava qualquer hipótese nesse sentido. Esta proposta de adenda recolocaria o Acordo Parassocial no são (mas, ao tempo, não era, tão pouco, uma proposta que se colocasse à CVP) e só desacertou por intempestiva, compreendendo-se que a CVP não tivesse querido “trocar” um direito contratual (activo) por uma obrigação (passivo).



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Este *pricing* tem lapsos relevantes. O banco consultor pressupôs que a concessão tinha uma vida infinita ($n = \infty$) quando a vida da concessão é de 25 anos. Este “erro” não é negligenciável, uma vez que, de *per se*, sobreavaliou as acções em mais de 20%¹⁴. Como é consabido, as concessões têm uma vida finita prevista no contrato de concessão, pelo que não se alcança este descuido do banco consultor. Este, eventual, lapso adquire gravidade acrescida, uma vez que é do conhecimento generalizado dos profissionais de *valuation* que parte substancial de uma sociedade/empresa está no Valor Terminal¹⁵.

Para além disto, apesar de identificar a opção de compra da CVP e da ECG e a opção de venda da PARPÚBLICA, o banco consultor ignorou-as na determinação do valor da CVP-SGH, S.A., sabendo que estas opções alteram o valor dos portefólios das partes, o que evidencia lapsos e lacunas excessivas não negligenciáveis.

Se os estudos tivessem sido mais metódicos e atentos, provavelmente, verificar-se-ia que as partes foram tratadas de forma desigual e que o Estado saiu prejudicado. Mais: se a isto juntarmos a parte fulcral do valor deste “negócio”¹⁶ que foi e é o Acordo de Cooperação infere-se que o Estado foi imprudente nestas negociações.

A dificuldade do Estado Português em negociar acordos com instrumentos derivados é manifestada, quer no Acordo Parassocial, quer na proposta de adenda àquele.

Se a CVP tivesse exercido a sua opção de compra sobre a PARPÚBLICA, ganhava a CVP e a ECG, e a PARPÚBLICA recuperaria o investimento, com lucro ou mais-valias de zero ou na vizinhança de zero.

O incumprimento do Acordo Parassocial, por parte da CVP, fez abortar os objectivos com que as partes se haviam comprometido (cfr. carta e anexos da PARPÚBLICA, de 07 de Março de 2001).

É um facto que a “blindagem” que foi propiciada à CVP-SGH, S.A., pelo Protocolo e Acordo Parassocial, através dos direitos contingentes, conjugada com o poder de decisão que lhe foi contratualmente “oferecido” deixou de fora a margem de intervenção necessária à preservação do valor do investimento do Estado, neste Hospital. Este facto já tinha sido aventado na Auditoria a Operações de Gestão da Carteira de Títulos do Estado (Relatório de Auditoria n.º 08/2001 – 2.ª Secção). No entanto, o activo mais valioso foi e é o apelidado Acordo de Cooperação da CVP-SGH, S.A., com a ARSLVT que tem funcionado na prática - não *de jure* – como uma espécie de “seguro de vida” que em derivados reais pode ser designado por “Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção” e cujo valor é análogo ao de uma opção de venda Americana. É nesta opção real que está quase toda a fonte de valor do “negócio”, a parcela restante está na redução do pessoal excedentário e na admissão de pessoal qualificado. Como é bom de ver os “seguros de vida” tal como as opções reais (opção de venda) têm um preço elevado e não é crível que o alegado “desconto” de 10%, mesmo que fosse real (preços de eficiência económica), o que está por provar, fosse suficiente para custear o “prémio de seguro” ou seja o preço da referida opção real.

Quanto à outra fonte principal de geração de valor – a reestruturação dos recursos humanos – a CVP-SGH, S.A., incumpriu claramente o estipulado no Protocolo e no Acordo Parassocial fazendo-se despercebida quanto ao facto de os postos de trabalho não se inventarem e de não ser pelo facto de haver dinheiro “fresco” que passa a existir (ou se cria) um posto de trabalho.

Mais: a CVP-SGH, S.A., insiste em continuar a depender do Estado, pelo que seria, eventualmente, de reequacionar o seu estatuto no sistema de saúde.

¹⁴ O Valor Terminal também designado por Valor de Continuidade foi sobreavaliado inexplicavelmente em 34,242%, ou seja, o Valor Terminal medido no ano de 2008, passa de 10.648 para 7.001,92 milhões de escudos (para $n=25$ anos)

¹⁵ Tom Copeland/Tim Koller/Jack Murrin – *Valuation*, Cap.12; 3.ª Edição, 2000, Cap.12; John Niley & Sons, 2000.

¹⁶ No que diz respeito à Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção, as projecções feitas pelo banco consultor salientavam “(...) que a evolução financeira do Hospital, nomeadamente no que diz respeito à sua capacidade de proceder ao reembolso do endividamento financeiro e de distribuição dos dividendos, está dependente da



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Se o “valor intrínseco” era de € 51,87 por acção, este valor seria certamente diferente para a CVP e para a PARPÚBLICA e, conseqüentemente, o valor dos respectivos portefólios. Esta situação não foi tida em consideração pelo banco consultor e a PARPÚBLICA só se manifestou em Março de 2001.

Este preço, mesmo que tivesse sido uma óptima estimativa do *fair price* das acções da CVP-SGH, S.A., foi, claramente, mistificador do *fair value* das acções da CVP-SGH, S.A., para a PARTEST.

Com efeito, independentemente de outras considerações, o banco consultor e a empresa de auditoria/consultoria ignoraram, sem qualquer explicação, os restantes direitos contingentes (activos) adquiridos pelas partes sobre o mesmo activo real. Estranha-se, por isso, que a PARPÚBLICA, mesmo que não tenha sido chamada a participar na definição do preço, afirme, acriticamente, que este foi definido com base “*em estudos realizados por entidades credíveis e que este corresponde ao valor actual do Projecto, tal como calculado pelos consultores*” depois de ter afirmado que “*difícilmente a PARTEST registará uma perda com o negócio*”. É evidente que este tipo de afirmações cauciona o preço calculado pelos consultores e definido pelo Governo. Não é crível que a PARTEST/PARPÚBLICA tivesse feito este tipo de afirmações sem ter tido conhecimento da substância do trabalho dos consultores.

- A CVP-SGH, S.A., procedeu à **distribuição de dividendos** em 2003, 2004, 2005, 2007 e 2008, ou seja, 5 dividendos em 10 possíveis.
- A CVP-SGH, S.A., remunerou a CVP pela cessão de exploração em 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008, não obstante ter tido prejuízo, em 2006.
- De referir que não obstante o **crescimento do valor contabilístico das acções (*book value*)¹⁷** ao longo do período, o mesmo é substancialmente inferior ao preço de compra das acções pela PARTEST (actual PARPÚBLICA).
- O **Valor Actualizado Líquido (VAL) *Standard ex-post***, na óptica dos accionistas, determinado a partir dos dividendos actualizados ao custo de oportunidade de capital próprio, **de 13,27%, corresponde a € - 24.412.349,78.**
- A **Taxa Interna de Rendibilidade (TIR) *ex-post***, na óptica dos accionistas, medida a partir dos dividendos distribuídos ao longo do período em análise, foi cerca de -23,5%¹⁸.

celebração, a curto prazo, de um Protocolo entre HCVP e a ARSLVT. Com efeito, só um nível de actividade como o estimado nas projecções efectuadas é que permitirá a normalização do passivo financeiro do Hospital nos cinco primeiros anos de actividade, prazo mínimo de duração em que se encontrará em vigor o referido Protocolo.” cfr. pág. 40.

¹⁷ Cfr. Quadro nº 4-ponto 9.

¹⁸ TIR calculada tomando o Valor Terminal ou de Continuidade como um *Cash inflow*, o que pressupõe que os fluxos financeiros, entre 2008 e 2022, são actualizados e/ou reinvestidos ao custo de oportunidade do capital aplicável.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

- No **Acordo Parassocial**, celebrado entre a PARTEST (actual PARPÚBLICA) e a CVP, em 3 de Agosto de 1998, previa-se a **opção de compra** desta sobre parte ou a totalidade das acções adquiridas pelo accionista público. A opção de compra podia ser exercida durante os primeiros dez anos, o que não veio a ocorrer. Na verdade, a opção de compra só se exerce se o valor das acções for superior ao preço de exercício de onde se pode intuir ser líquido que o entendimento, por certo fundamentado, da própria CVP era a de que o *fair price* das acções da CVP-SGH, S.A., era inferior ao esperado e/ou de que as acções tinham sido vendidas pela CVP à PARPÚBLICA por um preço excessivo mesmo presumindo lucro zero para o Estado. O que, aliás, é confirmado pela CVP-SGH, S.A., no contraditório datado de 22 de Setembro de 2009, quando afirma que o Estado adquiriu “*uma posição accionista relevante na sociedade (...) a preço superior ao de mercado (...)*”.

Depois de, em 24 de Janeiro de 2001, a PARPÚBLICA ter afirmado que ao invés do que acontecia com participações financeiras em outras empresas, na CVP-SGH, S.A., “*difícilmente a Partest registará uma perda com este negócio*”, em carta datada de 7 de Março de 2001, anexa ao contraditório, vem dizer o óbvio, ou seja, que a opção de compra só tem valor se o seu valor for superior ao preço de exercício e que tal só acontecerá se a CVP der cumprimento ao estipulado no Acordo Parassocial, no fundamental ao “*projecto de reestruturação do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa que integra a vertente da reestruturação dos recursos humanos*”, já que a “*A CVP domina a gestão do hospital (...)*” e a PARPÚBLICA não dispunha de instrumentos para obrigar a CVP a cumprir os “*objectivos definidos em 1998 e a que as partes – Estado (PARPÚBLICA) e a CVP – se vincularam*”.

De facto, houve “*o incumprimento dos pressupostos do Protocolo celebrado com o Estado e do Acordo Parassocial celebrado com a PARTEST/PARPÚBLICA*” que a CVP pretende justificar com o seu estatuto e natureza, o que, neste particular, não procede, muito pelo contrário.

Por seu lado, o **accionista público**, durante os primeiros cinco anos de vigência do Acordo Parassocial, podia exercer a **opção de venda** até 10% das acções à CVP, ou a quem essa indicasse, ao preço de entrada, **capitalizado** à taxa LISBOR a um ano, acrescida de meio ponto percentual, deduzido da soma de eventuais dividendos e reservas distribuídas, actualizada à mesma taxa.

A opção de venda conferia ao Estado o direito de, durante o prazo previsto, decidir vender ou não aquelas acções, recaindo sobre a CVP (caso o Estado exercesse a sua opção de venda) a obrigação de as comprar nas condições acordadas. Não existe, no entanto, qualquer evidência de o accionista público ter ponderado o **exercício efectivo da opção de venda**, o que, não podendo ser recusado pela CVP, **consubstanciaria um acto de boa gestão dos dinheiros públicos**, uma vez que as acções foram adquiridas por um preço superior ao valor das acções verificado em



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

cada momento do período em que a PARPÚBLICA poderia (e deveria) ter exercido a opção de venda. Assim, poderá considerar-se que o Estado (na figura da PARPÚBLICA) não ponderou o custo de oportunidade do investimento envolvido nesta opção de venda.

- Sendo seguro que a PARPÚBLICA não deixou de monitorizar o valor do seu investimento em acções desta sociedade, a mesma, ao não ter concretizado a renegociação do Acordo Parassocial, nem viabilizado a alienação parcial das acções, não acautelou devidamente o interesse público quanto ao investimento realizado na CVP-SGH, S.A.. Com efeito, a PARPÚBLICA comprou e pagou esta opção de venda com uma maturidade de cinco anos (é irrelevante a forma como o fez) e desbaratou este activo, que, em rigor, deveria estar, inclusive, registado na sua contabilidade, por, apesar de possuir toda a informação para o fazer, não ter exercido, tempestivamente, a opção de venda – um activo da PARTEST (actual PARPÚBLICA) como outro qualquer.
- As acções da CVP-SGH, S.A., foram avaliadas, em 2001, para efeitos de aumento do capital social da IPE, em **€ 8,39¹⁹**, ou seja, por um valor que sugere uma perda potencial de **€ 43,48 (cerca de 83,8%)**, e, em 2003, para efeitos de reposição da carteira de participações sociais detidas pela PARPÚBLICA, em **€ 35,56**, o que se traduz numa perda potencial de **€ 16,31 (-31,5%)**.
- A partir do final do décimo ano (Agosto de 2008), o Estado, através da PARTEST (actual PARPÚBLICA), pode vender livremente as suas acções, nos termos do Acordo Parassocial, mas tal revela-se, neste momento, uma impossibilidade (racional) dado o elevado preço a que a CVP lhe vendeu as acções. Deste facto, ter-se-á apercebido, e bem, a PARPÚBLICA, quando, já em Maio de 2000, enviou uma proposta de revisão do Acordo Parassocial à CVP-SGH, S.A..
- Os custos operacionais *ex-post* da sociedade hospitalar, no período compreendido entre 1999 e 2008, foram sempre superiores aos valores *ex-ante*.
- Entre os anos de 1998 a 2008, a ARSLVT, no âmbito dos Acordos de Cooperação celebrados com a CVP-SGH, S.A., pagou um total de **€ 198.508.992,00**, pelos cuidados de saúde prestados a utentes do SNS.
- Os pagamentos efectuados nesse período, no âmbito dos Acordos de Cooperação, representaram, em média, 52% do total dos proveitos operacionais da CVP-SGH, S.A., verificando-se que estes Acordos foram decisivos para subtrair o HCVP à situação de insolvência a que tinha sido conduzido.
- A partir de 2004, independentemente de ter lucro ou prejuízo, a CVP-SGH, S.A., pagou à CVP, o valor correspondente a 1,5% (compensação pelo contrato de cessão

¹⁹ 225.000 x € 8,39 = € 1.887.750.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

de exploração) da facturação anual em conformidade com o previsto no clausulado do Acordo Parassocial, totalizando, entre 2004 e 2009, o montante de € 2.897.137,30. Estes pagamentos começaram a ser feitos apesar de a PARPÚBLICA, em carta de 9 de Março de 2001, anexa ao contraditório, propor “que a CVP prescindia da remuneração da cessão de exploração (...) até estar negociado um novo acordo parassocial.” Esta proposta, da PARPÚBLICA, radicou no incumprimento dos objectivos de reestruturação dos recursos humanos por parte CVP-SGH, S.A., que esta aceitou “e que definiu o preço pago pela participação”, como se pode ler na carta, de 7 de Março de 2001, anexa ao contraditório, dirigida à Tutela. Note-se, que os referidos pagamentos foram efectuados contra a vontade declarada pela PARPÚBLICA face ao incumprimento do Acordo em matéria de redução de pessoal excedentário e à exangue prestação económico-financeira quando aferida pelas projecções com base nas quais tinham sido avaliadas as acções vendidas à PARTEST/PARPÚBLICA. De facto, parte significativa do valor das acções vendidas pela CVP à PARTEST/PARPÚBLICA tinha sido delapidada pelo incumprimento do Acordo Parassocial.

Análise económico-financeira – cfr. ponto 9.2

- No **Projecto de Reestruturação do HCVP** o valor de avaliação da sua actividade ascende a **€ 25.937.490,64**, tendo por base um **WACC de 10,46%**, ou seja **€ 51,87 por cada acção**.
- A **Taxa Interna de Rendibilidade (TIR) ex-ante**, obtida a partir dos *Free Cash Flow* projectados, é de **37,39%**.
- Os **Free Cash Flow ex-post** não acompanharam os valores projectados, tendo-se constatado que o valor de avaliação da actividade do HCVP, correspondeu a **€ -14.448.658,48** e a um valor por acção de **€ -28,90**.
- Na impossibilidade de calcular a **Taxa Interna de Rendibilidade (TIR) ex-post** dos *Free Cash Flow* verificados, dado constituírem uma série de *Cash Flow* não convencionais, recorreu-se à **abordagem de Teichroew** preconizada por Copeland (2005)²⁰, tendo-se obtido uma **taxa de rendibilidade ex-post** de **-82,3%**.
- Constatou-se que as **rendibilidades económicas²¹ anuais ex-ante**, para os dez anos²², que deram origem à Taxa Interna de Rendibilidade (TIR), obtidas através dos *Free*

²⁰ Vide, Copeland, Weston and Shasti, 2005, “Financial Theory and Corporate Policy”, Pearson Education, Fourth Edition (International Edition).

²¹ O cálculo da TIR a partir das taxas de rendibilidade económica contabilísticas foi inspirado na tese de doutoramento de J. Barreau, defendida em 1974 na Universidade Panthéon – Sorbonne, “Relation entre le taux de rentabilité interne et le rendement comptable”, Vide, igualmente, Brealy & Myers.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Cash Flow do Projecto de Reestruturação do banco consultor, foram substancialmente superiores comparativamente às *ex-post* no mesmo período.

| Indicadores | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Rendibilidade Económica <i>ex-ante</i> | 16,2% | 36,3% | 30,3% | 39,4% | 41,0% | 38,1% | 35,6% | 33,1% | 31,5% | 30,0% | 28,3% |
| Rendibilidade económica <i>ex-post</i> | 0,6% | 4,1% | 18,8% | 12,6% | 10,3% | 7,9% | 7,7% | 5,8% | -2,3% | 6,9% | 10,6% |

Assim, a média aritmética simples das referidas rendibilidades económicas anuais previsionais para o período considerado foi de 33,16%, enquanto que a média das rendibilidades económicas anuais verificadas foi de 7,24%. Tal disparidade nas rendibilidades só pode ter origem no incumprimento do Acordo Parassocial apontado pela PARPÚBLICA e numa gestão económico-financeira pouco rigorosa, já que o Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., nunca deixou de estar presente.

- Os indicadores de solvabilidade e autonomia financeira mostram que a CVP-SGH, S.A., apresenta um equilíbrio financeiro medíocre, em que o rácio de endividamento é cerca de 74%, em 2008, revelador, no mínimo, de algum afogo financeiro e evidente imaturidade.
- Anote-se que o rácio de endividamento do SEE, em 2008, é de 63% e dos hospitais do SNS (SPA+SEE) é de 66%.

De facto, a autonomia financeira estava muito aquém do desejável, sendo recomendável diligenciar no sentido de que o Estado não venha a ser chamado novamente para sanear o passivo da CVP-SGH, S.A.. Com efeito, no contraditório a postura da CVP-SGH, S.A., é de que o Estado tem de cobrir os seus défices independentemente da sua origem. Rememore-se que a situação de insolvência a que o HCVP tinha sido conduzido teve origem em confessos erros de gestão de recursos humanos que levaram o então HCVP a endividar-se durante anos sucessivos junto de fornecedores e outros credores e a malbaratar subsídios do Estado, para pagar os “altíssimos salários” do pessoal excedentário, nos dizeres da CVP-SGH, S.A., e a protelar *ad eternum* os investimentos de substituição e outros investimentos necessários ao regular funcionamento do hospital. O nível de endividamento, significativamente maior do que o dos hospitais do SNS, deve ser monitorizado com

$$\begin{aligned}
\text{TIR} &= \sum_{t=1}^n \pi_t \times c_t \\
\pi_t &= \frac{I_{t-1} \times (1 + \text{TIR})^{-(t-1)}}{\sum_{t=1}^n I_{t-1} \times (1 + \text{TIR})^{-(t-1)}} \\
c_t &= \frac{\text{RAJI}_t}{I_{t-1}} \\
t &= 1, 2, \dots, n
\end{aligned}$$

Ct= Rendibilidade económica

I= Investimento em Capital Fixo (ICF) + Investimento em Capital Circulante Líquido (ICCL).

RAJI= Resultado Antes de Juros e Impostos

TIR= Taxa Interna de Rendibilidade.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

maior rigor e o Estado deve exercer sobre a CVP-SGH, S.A., uma real vigilância para que os níveis de endividamento não o obriguem a mais uma intervenção de desfecho, no mínimo, de eficácia discutível.

A administração da CVP-SGH, S.A., também, não deve invocar a natureza e o estatuto da CVP²³ e a diabolização do lucro e do mercado para obter vantagens. Não é por uma organização ter por objectivo o lucro que produz e coloca a sua produção no mercado a um preço superior ao preço de uma instituição sem fins lucrativos ou similar. Está provado que o mercado, quando funciona (ou deixa de funcionar), é mais rigoroso que qualquer entidade fiscalizadora. Neste caso, o então HCVP, exactamente porque se julgava (e julga) imune ao risco de falência (ver contraditório de 2001 – Relatório n.º 8/2001- 2.ª Secção), deu-se ao “luxo” de incorrer em sobrecustos anos a fio os quais, em última instância, foram pagos pelo Estado. O mínimo que se pode exigir nestes casos - que envolvem dinheiros públicos - é a transparência que é exigida ao comum das organizações.

Aliás, já em 2001, a PARPÚBLICA²⁴ afirmava a necessidade de um corte nos custos excessivos por forma a contrabalançar os resultados, que por razões de incumprimento imputáveis à CVP, registavam “*uma redução superior a 200.000 contos²⁵ (um terço) por ano dos valores constantes do projecto*” conforme carta de 9 de Março de 2001, anexa ao contraditório. Rememore-se que, tal como afirmado pela PARTEST “*as projecções de resultados*” “*definiu o preço pago pela participação*” e estas “*não irão ser cumpridas*”. Tendo em consideração a não redução dos custos, regista-se, assim, uma perda do “valor intrínseco” das acções, face ao projectado, em cerca de 37% (€ 19,2 por acção).

Apreciação do processo decisional subjacente à celebração dos Acordos de Cooperação – cfr. pontos 9.3 e 9.4

- **Os Acordos de Cooperação** com a CVP-SGH, S.A., **não foram precedidos** de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objectivos de assistência pretendidos pelo Estado e de uma Análise Custo-Benefício na óptica macroeconómica/social/colectividade ou que garantisse uma gestão racional dos dinheiros públicos.

²³ Sobre a “(...) eventual extensão automática à CVP-SGH, S.A., do estatuto e dos benefícios próprios das instituições particulares de solidariedade social, regalia concedida por lei à CVP, para a prossecução dos seus fins humanitários, em especial na áreas da saúde”, o parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República, solicitado por deliberação da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 25 de Novembro de 2009 (cfr. ponto 7 do presente Relatório), conclui que “*Os benefícios próprios das instituições particulares de solidariedade social legalmente atribuídos à Cruz Vermelha Portuguesa não são extensíveis à Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., sociedade comercial cujo capital social é maioritariamente detido por aquela.*”

²⁴ Em Março de 2001, em carta dirigida ao Vice-Presidente da CVP - SGH, S.A..

²⁵ € 997.595,80.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

- **Não foram realizados**, em sede de Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde, **estudos** económico-financeiros de sustentabilidade à celebração dos referidos Acordos, designadamente quanto ao aproveitamento da capacidade instalada (oferta) no sector público e quanto ao cumprimento dos princípios da economia, eficiência e eficácia da despesa. **Não foram igualmente efectuadas análises comparativas** entre os custos resultantes desses Acordos e os custos da contratualização com os hospitais do SNS (contratos-programa).
- Sendo a única forma de introduzir a escassez de recursos nas decisões, a ausência dos referidos estudos e análises, pressupõe que os recursos a afectar à Saúde são ilimitados. Tal procedimento é sempre injustificado e injustificável, em particular na situação económica a que o país chegou.

Monitorização do Acordo de Cooperação – cfr. ponto 12

- Foi efectuada, periodicamente, pela ARSLVT, a **monitorização do Acordo de Cooperação** celebrado em 2008, à totalidade da actividade contratada e do valor contratualizado, nas especialidades de cirurgia cardiotorácica, oftalmologia, ortopedia, cirurgia vascular e urologia, esta última, a partir de Novembro de 2008. O Acordo de Cooperação tem por objecto a prestação de cuidados de saúde em cirurgia, em cirurgia de ambulatório, e em consultas das especialidades e outros actos clínicos constantes de anexos ao referido Acordo.
- A ARSLVT **exerceu as competências** que lhe estão atribuídas no âmbito do acompanhamento e controlo do Acordo de Cooperação, através da **análise mensal da facturação** remetida pela CVP-SGH, S.A., e da realização de **auditorias clínicas** à produção dos cuidados de saúde.
- Em 2008, a ARSLVT não utilizou a faculdade constante do Acordo de Cooperação, não tendo realizado qualquer **auditoria ou inspecção** às condições **de funcionamento do Hospital**.

Realização de auditorias clínicas à actividade de 2008 – cfr. ponto 12.2

- Foram realizadas, pela ARSLVT, **auditorias clínicas** à actividade do HCVP com o objectivo de verificar, relativamente a 2008, o **cumprimento das obrigações contratuais**, apurar eventuais divergências entre os registos informáticos e os registos no processo clínico, no que concerne, entre outras, à proveniência dos doentes referenciados, a conformidade dos actos facturados e realizados e a respectiva codificação.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

- As **desconformidades** detectadas respeitam, essencialmente, a consultas sem registo no processo clínico, realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica sem informação nos processos clínicos, consultas sem assinatura do médico, episódios com alteração de GDH e episódios com erros de codificação. **As referidas situações, após contraditadas pela CVP-SGH, S.A., foram corrigidas com as respectivas repercussões em termos de facturação.**

Avaliação do cumprimento das cláusulas do Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a CVP - SGH, S.A. - cfr. pontos 12.3. e 12.4

- No biénio 2007-2008, não existiram quaisquer reclamações, por parte dos utentes, sobre os serviços prestados no âmbito do Acordo de Cooperação.
- Nos processos clínicos com referênciação pelas Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários, seleccionados na amostra, referentes às especialidades de ortopedia, cirurgia vascular, oftalmologia e urologia, não se encontrava evidenciado o cumprimento do disposto na alínea b) do n.º 11 do artigo 8.º (verificação da capacidade de resposta dos hospitais do SNS). O não cumprimento da formalidade referida anteriormente conduz a uma eventual fonte de desperdício de difícil alcance, uma vez que, a confirmar-se a capacidade instalada nas unidades hospitalares do SNS, inviabilizaria a referênciação para o HCVP.

Esta preocupação está, aliás, subjacente às três Circulares Informativas²⁶ que, em 2010²⁷, a ARSLVT divulgou junto dos Directores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde da respectiva área geográfica, reiterando os pressupostos de referênciação de utentes para o HCVP (*“Existência de presunção de necessidade cirúrgica”*; *“Não haver capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS”*²⁸) e actualizando os procedimentos a cumprir no que respeita a essa referênciação, nomeadamente no que concerne à verificação da capacidade de resposta no SNS²⁹.

²⁶ Circulares Informativas n.ºs 10924/DC/2010, de 10 de Maio, 17665/DC/2010, de 2 de Agosto, e 21481/DC/2010, de 25 de Setembro. As duas últimas constituem actualizações/alterações da primeira.

²⁷ Após o exercício do princípio do contraditório da presente auditoria. As Circulares Informativas da ARSLVT vão ao encontro das recomendações propostas no relato de auditoria, no sentido do Conselho Directivo da ARSLVT *“Proceder a diligências, junto das entidades referenciadoras, no sentido de melhorar o controlo sobre o encaminhamento e a referênciação dos utentes, de forma a evitar a assumpção de custos no âmbito do Acordo quando exista capacidade instalada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde”* e de *“Não permitir a referênciação para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa de qualquer utente, sem prévia avaliação da capacidade instalada do Serviço Nacional de Saúde, em dar satisfação ao problema de saúde”*.

²⁸ Cfr. ponto 1 da Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de Maio.

²⁹ Vide, em particular, Circular Informativa n.º 17665/DC/2010, de 2 de Agosto (que alterou o procedimento instituído pela Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de Maio).



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Nessas Circulares³⁰ afirma-se, mesmo, que:

“(...) a faculdade conferida às Unidades de Cuidados de Saúde Primários para encaminhamento directo de doentes para o HCVP ao abrigo do presente Acordo de Cooperação presta-se a que haja eventual não aproveitamento da capacidade instalada no SNS e o concomitante não cumprimento do pressuposto de apenas se dever recorrer a entidades externas quando se verifica objectivamente ausência de condições de resposta em tempo adequado, nomeadamente, dentro dos prazos estabelecidos no Regulamento do SIGIC (Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro) e na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, na qual se fixam os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para acesso a cuidados de saúde.”

E que:

*“(...) sem prejuízo das naturais preocupações em **garantir o racional aproveitamento dos recursos existentes no SNS** e a equidade no acesso, transmitem-se um conjunto de orientações no que respeita à referenciação para o HCVP pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários:*

a) (...)

*b) **O encaminhamento dos utentes apenas deve ocorrer nas situações em que se verifique efectivo défice de capacidade de resposta no SNS, isto é, quando não é possível assegurar a prestação de cuidados dentro dos tempos máximos de resposta garantidos para cirurgia.***

(...)

*O cumprimento desta premissa é indispensável para **salvaguardar a boa utilização dos recursos disponíveis nas unidades hospitalares do SNS e evitar eventuais desperdícios da capacidade instalada.***

c) (...)

d) (...).”

- Contrariamente ao estipulado no Acordo, verificou-se, também, na amostra seleccionada, que foram referenciados, pelo Centro Hospitalar de Lisboa Norte³¹, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental³² e Hospital de Garcia de Orta, quinze utentes para a especialidade cardiotorácica do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (cardiologia pediátrica e cirurgia cardíaca a adultos), **por não terem capacidade de resposta, em tempo útil, para realizarem essas cirurgias e por considerarem que algumas eram de elevado risco clínico, sem prévia avaliação da capacidade de**

³⁰ Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de Maio.

³¹ Integra os Hospitais de Santa Maria e Pulido Valente.

³² Integra os Hospitais de Santa Cruz, São Francisco Xavier e Egas Moniz.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

resposta dos restantes hospitais da Rede de Referência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

- O Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., transferiu um utente do Serviço Nacional de Saúde para o HCVP, após ter **confirmado a incapacidade de resposta do hospital de referência** de cardiologia pediátrica (Hospital de Santa Cruz), bem como o Hospital de São Francisco de Xavier com o qual o Hospital de Santa Cruz tem apoio neonatal.
- A referência de utentes para o HCVP, na especialidade de cirurgia cardiotorácica, por falta de capacidade de resolução da situação clínica, em tempo útil, pelos **Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte**, não se coaduna com a informação anteriormente remetida à Direcção-Geral do Tribunal de Contas por estes centros hospitalares, no âmbito da Auditoria Financeira ao Hospital Curry Cabral (Relatório n.º 8/2009- 2ª Secção), por terem declarado **que possuíam capacidade instalada, em 2007 e 2008, para a realização de mais 390 cirurgias cardiotorácicas/ano.**
- Assim, existindo capacidade instalada disponível nos hospitais do SNS (Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte) poder-se-á inferir, salvo prova quantificada em contrário, que, com elevado grau de verosimilhança, o SNS revela um desperdício da capacidade instalada disponível (oferta) destes hospitais na realização de mais cirurgias cardiotorácicas na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Sendo certo que os preços pagos à CVP-SGH, S.A., surgem, assim, onerados do custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa.
- Em termos gerais, ao preço cobrado pela CVP-SGH, S.A., dever-se-ia acrescentar o referido custo de oportunidade, pois só deste modo obteríamos os preços de eficiência económica correspondentes aos preços contabilísticos praticados pela CVP-SGH, S.A.³³, acrescido ao custo de oportunidade do investimento, nesta entidade, igual ao diferencial entre a taxa social de desconto e o *dividend yield* multiperíodo³⁴(que é negativo).

A “*bonificação de 10%*” sobre os preços de tabela, invocada pela CVP-SGH, S.A., é de difícil alcance. Para que haja qualquer tipo de redução de preços reais em relação aos preços de tabela do SNS é necessário que a referida percentagem fosse de tal ordem que a verba total obtida cobrisse (ou pagasse) os custos de ociosidade dos hospitais do SNS e os custos de oportunidade do investimento do Estado em acções da CVP-SGH, S.A.. À soma destes dois custos haveria, ainda, que adicionar outras vantagens dadas à CVP-SGH, S.A., como seja o preço/valor da redução do risco de

³³ O adicional ao preço praticado pela CVP-SGH, S.A., poderia ser calculado da seguinte forma:

$$\text{Custos de ociosidade hospital SNS}_i \approx \text{Custos Fixos}_i \times \frac{Q_{\text{Pleno emprego}_i} - Q_{\text{Sub-emprego}_i}}{Q_{\text{Pleno emprego}_i} \times Q_{\text{Sub-emprego}_i}}$$

³⁴ O *dividend yield* multiperíodo obtém-se calculando a TIR das acções (preço da acção *versus* dividendos).



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

mercado associado ao Acordo de Cooperação. Este pode-se estimar calculando o valor da “Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção” “embutida” no Acordo^{35e36}.

- Alguns dos utentes da especialidade de cirurgia cardiotorácica que foram intervencionados no Centro Hospitalar de Lisboa Central³⁷, pela equipa médica cirúrgica que actualmente exerce a sua actividade no HCVP, (esta equipa do Hospital de Santa Marta era chefiada pelo actual Presidente do Conselho de Administração da CVP-SGH, S.A.) continuam a usufruir de cuidados de saúde neste hospital, **sem que tenham existido novas referenciações**, por parte do **Centro Hospitalar de Lisboa Central**, após a **avaliação, nas situações subsequentes**, da sua capacidade de resposta, em tempo adequado, e dos restantes hospitais do Serviço Nacional de Saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo³⁸. O Centro Hospitalar de Lisboa Central refere que não existe nenhuma justificação técnica que fundamente que esses cuidados de saúde devam ser efectuados pela equipa que inicialmente os prestou.
- Na amostra seleccionada verificou-se que o **Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca**³⁹, também, **referenciou situações de cardiologia pediátrica** cujos doentes eram provenientes do Hospital de São João - Porto e Hospital Maria Pia - Porto, não respeitando a Rede de Referência estabelecida no Acordo de Cooperação. Estes cuidados de saúde foram facturados no âmbito do referido Acordo e objecto de análise na auditoria clínica realizada pela ARSLVT. Porém, **o valor facturado foi tido em consideração em sede de acerto de contas**, tendo o mesmo sido deduzido em pagamentos posteriores. Esta situação foi, ainda, encaminhada para a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, para os devidos efeitos.

³⁵ Há, ainda, eventualmente, a ponderar o preço da opção de compra Americana sobre 100% das acções detidas pela PARPÚBLICA, com uma maturidade de 10 anos, a qual anulava qualquer hipótese de realização de mais-valias (lucro) por parte desta. Esta opção permitia que a CVP se apropriasse legitimamente da riqueza criada pela CVP-SGH, S.A., sendo que à PARPÚBLICA bastava a recuperação do investimento das acções (equivalente financeiro do preço de aquisição no momento do exercício da opção pela CVP). Outro aspecto relevante reside no facto de a prática generalizada da indexação (100%-10% do GDH) neste tipo de Acordos ser susceptível de transmitir a ineficiência do Sector Público Empresarial e Administrativo, com pesadas heranças, ao sector privado. Ter como referência preços (administrativos) que, *a priori*, têm probabilidade de incorporar ineficiências de produção ao invés de adoptar preços de eficiência económica pode ser uma forma de aniquilar precocemente o mercado da saúde. É, também, por isso que é de todo recomendável o recurso ao mercado sem o qual é difícil ter uma ideia dos preços capazes de promover a eficiência (e competitividade) do sector da prestação de cuidados de saúde em Portugal.

³⁶E, quando a CVP-SGH, S.A., alude a hipotéticos subsídios, rememore-se que os subsídios ao investimento são devolvidos ao Estado, escalonadamente no tempo, pelo valor do subsídio multiplicado pela taxa efectiva de IRC.

³⁷ Refere-se ao Hospital de Santa Marta.

³⁸ A informação prestada pelo HCVP foi no sentido de que estes utentes necessitam de uma contínua correcção cirúrgica até à conclusão do tratamento.

³⁹ No âmbito do Acordo de Cooperação os hospitais do SNS, da Região de Saúde e Vale do Tejo podem referenciar utentes para cardiologia pediátrica do HCVP, após confirmação da incapacidade de resposta do Hospital da Região para o qual o Hospital referenciador se articula em primeiro lugar e apenas quando estiver em causa a acessibilidade dos doentes a cuidados de saúde em tempo útil, avaliada em função da sua situação clínica, (cfr. n.7 do artigo 8º do Acordo de Cooperação).



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

- O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E, (Hospital de Torres Novas) referenciou alguns doentes, para **cirurgia cardíaca a adultos** no HCVP. Embora a referenciação realizada directamente por aquele Centro Hospitalar não se enquadre no âmbito do Acordo, o mesmo avaliou previamente a capacidade de resposta do hospital da Rede de Referenciação da Região de Lisboa, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Hospital de Santa Cruz), não tendo obtido resposta em tempo útil.
- A **referenciação directa** dos utentes, pelo HCC, para o HCVP, **sem integração no Sistema de Informação de Gestão de Inscritos para Cirurgia**, contraria os princípios da equidade, imparcialidade e universalidade.
- Relativamente à referenciação para a cirurgia cardíaca, e no seguimento das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no âmbito da Auditoria Financeira ao HCC o “(...) *Conselho Directivo da ARSLVT determinou a realização de um estudo de Análise Custo-Benefício de referenciação para o HCVP*”. Em resultado das conclusões desse estudo, a ARSLVT afirma que “(...) *será reavaliada a referenciação no âmbito da cirurgia cardíaca e promovidas as medidas consideradas necessárias, por forma a não propiciar desperdícios resultantes da subutilização da capacidade instalada no SNS (...)*”.
- Não se encontra garantido o **princípio da equidade** no que concerne ao pagamento de taxas moderadoras, pelo facto dos utentes que beneficiam dos cuidados de saúde prestados no âmbito do Acordo de Cooperação não estarem sujeitos ao pagamento destas taxas contrariamente aos utentes que recorrem aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
- Em termos financeiros, no ano de 2008, não foi ultrapassado o *plafond* contratualizado, € 21.132.599,30, sendo a área de cirurgia a que absorveu o maior volume financeiro (€ 19.729.624,85).

Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados – cfr. ponto 12.4

- **Não foram identificados** quaisquer **mecanismos implementados** pela ARSLVT, em 2008, para **aferir a qualidade** dos serviços prestados nas áreas de actividade assistencial, humana e técnica abrangidas pelo Acordo.

Custos da actividade contratada – cfr. ponto 13.2

- As especialidades contratualizadas no Acordo de Cooperação, que, em 2008, apresentaram menores margens de rendibilidade para a CVP-SGH, S.A., são as de **cirurgia cardiotorácica**, 6%, e de **ortopedia**, 10%. As especialidades de **oftalmologia** e



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

cirurgia vascular, apresentaram margens de rendibilidade de 49% e 35%, respectivamente.

Preços praticados pelas Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social - cfr. ponto 14.3

- Os **preços pagos** pela ARSLVT, à CVP-SGH, S.A., **eram**, à data da realização da auditoria (2009), **superiores** aos efectivados pelas entidades do sector social e privado. Refira-se, no entanto, que os preços mais baixos eram os estabelecidos nos acordos/protocolos celebrados com as Misericórdias, ressalvando-se o facto desses preços se reportarem a 1997.
- Mantendo, ao longo dos anos, o acordo com a CVP-SGH, S.A., o Ministério da Saúde, através da ARSLVT, não indagou da existência de outras **entidades** que possam prestar parte ou até a totalidade dos cuidados de saúde, com a mesma (ou melhor) **qualidade e a preços, eventualmente, mais baixos**, negligenciando, neste caso, a **boa gestão dos dinheiros públicos** e, concomitantemente, a **sustentabilidade do SNS**.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

2. RECOMENDAÇÕES

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

2.1. Ao Ministro do Estado e das Finanças

- Diligenciar no sentido de serem implementados os instrumentos e/ ou os mecanismos de monitorização, por forma a assegurar um acompanhamento efectivo dos Protocolos e dos Acordos Parassociais e a tomar decisões tempestivas, conducentes à minimização de eventuais perdas de capital.
- Diligenciar no sentido de preservar o valor do investimento (mais valia=0) do Estado na CVP-SGH, S.A., através do reforço do peso decisório da PARPÚBLICA⁴⁰ nos órgãos sociais desta sociedade.

2.2. À Ministra da Saúde

- Alertar/sensibilizar as ARS e demais entidades que, os recursos financeiros para a Saúde, não são só escassos, como finitos, e que a única forma de introduzir esta restrição é a Análise Custo-Benefício⁴¹.
- Determinar - como instrumento de redução de custos a considerar em futuras medidas de contenção orçamental - que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar, com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS, sejam previamente objecto de uma rigorosa Análise Custo-Benefício⁴² na óptica macroeconómica/social/ colectividade.
- Reavaliar o Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., face à capacidade instalada nos Hospitais do SNS.

⁴⁰ Em 4 de Março de 2011, a Standard & Poor`s reviu em baixo o *rating* da Parpública, passando-o de «BBB/Watch Negative» para «BB+/Watch Negative». Esta decisão foi justificada com a probabilidade elevada desta empresa precisar de ajuda extraordinária por parte do Governo. Em 18 de Março de 2011, a Moody's Investors Service diminuiu, também, o *rating* da Parpública, passando de «A1/Stable» para «Baa1/Negative Outlook».

⁴¹ Método que permite fazer escolhas entre alternativas, em contexto de restrição orçamental.

⁴² Em 29 de Outubro de 2010 foi celebrado um novo Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa com vista a regular “os termos e condições em que o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa (...), articulam o acesso dos utentes do Serviço Nacional de Saúde à prestação de cuidados de saúde nas instituições e serviços pertencentes à CVP”. O referido Protocolo prevê que “O recurso a esta prestação de cuidados não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no sector público, avaliada em sede das administrações regionais de saúde e devidamente fundamentada, designadamente através de análises custo-benefício e do histórico da actividade desenvolvida pelas instituições e serviços da CVP neste domínio”. Até à presente data, não se tem conhecimento da existência de qualquer acordo e respectivos estudos, em consequência do novo Protocolo. A recomendação *supra* é extensível a outros protocolos/acordos que venham a ser celebrados, com entidades fora do perímetro de consolidação do SNS.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

- Reconsiderar o papel da CVP-SGH, S.A., no sistema de saúde, tendo em consideração o significativo engajamento financeiro do Estado, quer a nível de exploração, quer a nível de aporte de capital social, por razões de sustentabilidade do SNS.
- Providenciar no sentido de que os utentes (do SNS), que beneficiam dos cuidados de saúde no âmbito do Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., procedam ao pagamento de taxas moderadoras em moldes idênticos aos utentes do Serviço Nacional de Saúde.
- Providenciar para que, na celebração de futuros Protocolos e/ou Acordos para a prestação de cuidados de saúde, com entidades situadas fora do perímetro de consolidação do SNS, se proceda a uma pesquisa junto de entidades do sector social e/ou privado, com vista à boa gestão dos dinheiros públicos e à sustentabilidade do SNS.
- Não adoptar preços “administrativos” como preços de referência ou de aferição apriorística na negociação de preços com entidades que não façam parte do SNS.
- Proceder a uma abordagem sistémica de Protocolos e/ou de Acordos celebrados com entidades tuteladas por outros ministérios.

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

- Na celebração de futuros Protocolos e/ou Acordos, para a prestação de cuidados de saúde, com entidades situadas fora do perímetro de consolidação do SNS, proceder a uma pesquisa junto de entidades do sector social e/ou privado, com vista à boa gestão dos dinheiros públicos e à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.
- Sustentar a celebração de futuros Acordos/Protocolos com entidades privadas ou convencionadas, para a prestação de cuidados médicos, em Análises Custo-Benefício na óptica macroeconómica/social/colectividade.
- Garantir o respeito pelos princípios da equidade, imparcialidade e universalidade relativamente à referenciação dos utentes pelo HCC.
- Assegurar um acompanhamento mais eficiente, de forma a evitar a prestação de cuidados de saúde, pelo HCVP, a utentes excluídos do âmbito de referenciação do Acordo (Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo).
- Implementar medidas que permitam à ARSLVT aferir a qualidade dos serviços prestados pelo HCVP nas áreas de actividade clínica, humana e técnica.
- Proceder a diligências, junto das entidades referenciadoras, no sentido de melhorar o controlo sobre o encaminhamento e a referenciação dos utentes, de



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

forma a evitar a assumpção de custos no âmbito do Acordo quando exista capacidade instalada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

- Reavaliar, face à capacidade instalada nos hospitais do SNS, o actual Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A..
- Monitorizar e operacionalizar a aplicação dos procedimentos de referenciação dos utentes para o HCVP⁴³ e garantir o efectivo cumprimento dos respectivos pressupostos - “*existência de presunção de necessidade cirúrgica*” e “*não haver capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS*”⁴⁴.
- Implementar procedimentos que garantam que os Agrupamentos de Centros de Saúde apenas referenciem doentes no âmbito do Acordo após confirmação expressa da falta de capacidade de resposta, em tempo adequado, nos Hospitais do SNS da RSLVT.
- Providenciar no sentido de que os utentes (do SNS), que beneficiam dos cuidados de saúde no âmbito do Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., procedam ao pagamento de taxas moderadoras em moldes idênticos aos utentes do Serviço Nacional de Saúde.

2.4. Ao Presidente da PARPÚBLICA – Participações Públicas SGPS – S.A.

- Reavaliar a sua participação no capital da sociedade Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A..
- Proceder a uma monitorização tempestiva e sistemática do desempenho das participações financeiras que lhe estão confiadas.
- Promover uma revisão do Acordo Parassocial com a CVP-SGH, S.A., tendo em vista obter garantias de preservação do valor do investimento público realizado com aquisição de 45% no capital social da CVP-SGH, S.A., designadamente, através do reforço do peso de decisão nos órgãos de gestão desta sociedade.
- Proceder, em situações análogas, à contabilização dos activos derivados.

⁴³ Objecto de três Circulares Informativas da ARSLVT, em 2010, que vão ao encontro das recomendações propostas no relato de auditoria, no sentido do Conselho Directivo da ARSLVT “*Proceder a diligências, junto das entidades referenciadoras, no sentido de melhorar o controlo sobre o encaminhamento e a referenciação dos utentes, de forma a evitar a assumpção de custos no âmbito do Acordo quando exista capacidade instalada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*” e de “*Não permitir a referenciação para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa de qualquer utente, sem prévia avaliação da capacidade instalada do Serviço Nacional de Saúde, em dar satisfação ao problema de saúde*”.

⁴⁴ Cfr. ponto 1 da Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de Maio, da ARSLVT.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

II. INTRODUÇÃO

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 operacional ou de resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS.

A auditoria, realizada em 2009, transitou para o Programa de Fiscalização de 2010, aprovado pela Resolução n.º 6/09, de 3 de Dezembro, da 2ª Secção do Tribunal de Contas, e, posteriormente, para o Programa de Fiscalização de 2011⁴⁵, desta Secção, através da aprovação em Plenário (sessão de 10 de Fevereiro de 2011) de proposta de alteração do mesmo⁴⁶.

3. OBJECTIVOS E ÂMBITO DA AUDITORIA

A auditoria teve como objectivo geral avaliar a execução física e financeira do Acordo de Cooperação, as medidas implementadas pela ARSLVT, no acompanhamento e no controlo do cumprimento do referido Acordo e, ainda, a análise comparativa entre os dados económico-financeiros reais, no período de 1998 a 2008⁴⁷, e as perspectivas de evolução de negócio constantes do Projecto de Reestruturação da CVP, para o mesmo período, elaborado por um banco consultor, e do relatório de uma empresa de auditoria/consultoria.

4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adoptadas pelo Tribunal de Contas e acolhidos no seu *“Manual de Auditoria e de Procedimentos”*, tendo-se tido igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da *INTOSAI*, de que o Tribunal de Contas é membro. Foram ainda seguidos os objectivos, procedimentos e metodologias constantes do Plano Global de Auditoria (PGA) e do Programa de Auditoria (PA) superiormente aprovados.

Na fase de planeamento, procedeu-se a um estudo prévio com base nos respectivos diplomas legais, na análise do Acordo de Cooperação, relatórios de execução e relatórios de auditorias clínicas.

⁴⁵ Aprovado pela Resolução n.º 8/10, de 2 de Dezembro, da 2ª Secção.

⁴⁶ Informação n.º 03/11 – DA VI.

⁴⁷ Corresponde ao período de maturidade dos direitos estabelecidos no Acordo Parassocial.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

A fase de execução da auditoria desenvolveu-se em duas partes. Inicialmente identificaram-se os procedimentos efectuados pela ARSLVT, no que concerne ao acompanhamento sistemático e permanente da execução do Acordo de Cooperação, bem como a verificação dos procedimentos administrativos utilizados pela CVP-SGH, S.A., na gestão dos cuidados de saúde prestados aos utentes abrangidos pelo referido Acordo e respectiva facturação.

A segunda parte consistiu numa análise pormenorizada à produção de cuidados de saúde prestados, à sua codificação e respectiva facturação tendo-se procedido à realização de testes de controlo e substantivos, através dos métodos de selecção estatístico⁴⁸ e não estatístico⁴⁹, de acordo com o estabelecido no Programa de Auditoria. Realizaram-se, ainda, questionários de satisfação junto dos utentes aos quais foram prestados cuidados de saúde, em 2008, no âmbito do Acordo.

Foi também solicitada informação, nas especialidades de cirurgia cardiotorácica, ortopedia, oftalmologia, cirurgia vascular e urologia, sobre a actividade assistencial, contabilidade analítica e custos por doente/Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) cirúrgico e médico aos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Central e Ocidental e, ainda, aos Hospitais da Universidade de Coimbra, com o objectivo de se proceder a uma eventual comparação com estes elementos, junto do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP). Neste âmbito, foi ainda solicitado às cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) informação sobre acordos, protocolos ou convenções que contemplassem os mesmos GDH produzidos pelo HCVP no âmbito do Acordo.

A fim de se efectuar uma análise comparativa entre os *Free Cash Flow* da CVP-SGH, S.A., e as projecções elaboradas pelo banco consultor, no período de 1998 a 2008, foram solicitados os Relatórios e Contas da sociedade e o estudo/projecções do referido banco.

5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

No decurso da auditoria não foram observadas, de um modo geral, situações condicionantes ao normal desenvolvimento do trabalho, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários dos respectivos serviços da ARSLVT e da CVP-SGH, S.A..

⁴⁸ MUST – Monetary Unit Sampling Technique.

⁴⁹ Critérios pré-estabelecidos.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

6. 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 13º e 87º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto⁵⁰ o relato foi enviado às seguintes entidades:

- × Ministro do Estado e das Finanças;
- × Ministra da Saúde;
- × Presidente do Conselho de Administração da Cruz Vermelha Portuguesa - Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.;
- × Presidentes dos Conselhos Directivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Norte, do Centro, do Alentejo, e do Algarve;
- × Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Norte e Ocidental;
- × Presidente do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.;
- × Presidente da PARPÚBLICA – Participações Públicas SGPS – S.A..

Das entidades a quem foi enviado o relato não apresentaram alegações:

- ❖ Ministro do Estado e das Finanças;
- ❖ Presidentes dos Conselhos Directivos das Administrações Regionais de Saúde do Algarve, do Alentejo, do Centro e do Norte;
- ❖ Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

A fim de dar expressão plena ao princípio do contraditório, as respostas das entidades a quem foi enviado o relato são apresentadas integralmente no Volume II do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, e 60º, n.º 3, do Regulamento da 2.ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 3/98-2.ª Secção, de 4 de Junho⁵¹, com as alterações introduzidas pela Resolução n.º 2/2002-2.ª Secção, de 17 de Janeiro⁵², e pela Resolução n.º 3/2002-2.ª Secção, de 5 de Junho⁵³.

Sem prejuízo do que antecede, procedeu-se à introdução de uma síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam, destacando-se, desde já, os seguintes aspectos:

⁵⁰ Este diploma foi objecto de alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 87-B/98, de 31 de Dezembro, 1/2001, de 4 de Janeiro, 48/2006, de 29 de Agosto, e 35/2007, de 13 de Agosto.

⁵¹ Publicado na 2.ª Série do DR em 19 de Junho de 1998.

⁵² Publicado na 2.ª Série do DR em 2 de Fevereiro de 2002.

⁵³ Publicado na 2.ª Série do DR em 5 de Junho de 2002.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

6.1 Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde

Nas alegações apresentadas, o Secretário de Estado Adjunto da Saúde, informa que “(...) acolhe a (...). recomendação quanto à necessidade de efectuar análises custo-benefício que sustentem a celebração de acordos com entidades não pertencentes ao SNS, o que, crê-se, deverá ser objecto de intervenção legislativa.”. Refere, ainda, que ao concretizar-se essa intenção legislativa, “(...) terá de ser devidamente ponderada a óbvia contradição entre a CBA e a opção de esgotar a capacidade instalada do sector público”. Como é do conhecimento do Senhor Secretário de Estado da Saúde não há nem pode haver qualquer tipo de contradição entre “a Análise Custo-Benefício - CBA e a opção de esgotar a capacidade instalada no sector público” uma vez que a CBA não escolhe entre sectores (público ou privado) mas sim a opção que garanta a melhor afectação de recursos no plano Nacional.

Alega, ainda, que neste “(...) caso específico a celebração do protocolo fundou-se na manifesta necessidade clínica e ética de garantir, em complementaridade, a rápida acessibilidade aos doentes da região a uma unidade de elevado nível de diferenciação como é a da CVP-SGH, S.A.” A questão que aqui se coloca prende-se, desde logo, com a génese do Acordo que, ao ser de complementaridade converteu-se, na maioria das situações analisadas, em principal e única escolha na referenciação. Obviamente que as duas situações são passíveis de coexistirem, desde que o recurso à complementaridade se faça em função da capacidade instalada disponível das unidades hospitalares do SNS, ficando, assim, salvaguardado o interesse público, excluindo-se, como é evidente, todos os casos em que o preço praticado pela CVP-SGH, S.A., seja inferior ao custo variável de produção suportados pelos hospitais do SNS.

6.2 Conselho de Administração da CVP-SGH, S.A.

Em sede de contraditório, o Conselho de CVP-SGH, S.A., não obstante considerar que as acções ou omissões evidenciadas no relato não lhe são imputadas, mas sim à ARSLVT, apresenta as alegações fundamentando a sua defesa num “(...) relevante interesse directo e pessoal no esclarecimento e apreciação dos referidos factos e juízos do Relato”.

As alegações e respectiva apreciação constam, em síntese, dos pontos específicos do relatório (cfr. pontos 11.4, 11.5 e 13.1), sempre que foram consideradas relevantes, tendo dado origem a algumas alterações no texto dos capítulos específicos.

No entanto, tendo em conta o conteúdo de alguma matéria versada nas alegações que não se relacionam directamente com a execução da auditoria, nem com as conclusões e recomendações formuladas no âmbito da mesma, mas sim com procedimentos internos conducentes ao desenvolvimento da auditoria, importa esclarecer o seguinte:



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Relativamente à questão sobre o objectivo geral da auditoria, referenciado nos pontos I e II. 3 do Relato, a CVP-SGH, S.A., vem dizer que “(...) o mencionado Relato - para além dos factos, dos juízos, das premissas e das conclusões que interessam ao objecto da auditoria, tal como foi delimitado pela referida Resolução n.º 7/08 - se debruça sobre muitos outros aspectos de facto e de direito, directa e instrumentalmente irrelevantes para a avaliação (...)”. Referindo, ainda, que “Os exemplos desse excesso da auditoria realizada em relação ao objecto que lhe havia sido fixado abundam ao longo do Relato (...)”.

Ora, esta afirmação é de todo inadequada e demonstra um desconhecimento não só quanto aos princípios fundamentais e garantias de independência do Tribunal de Contas, com particular incidência no princípio do autogoverno (cfr. n.º 3, do art.º 7º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto⁵⁴) como também, no que respeita aos serviços de apoio técnico do Tribunal de Contas, mormente, a Direcção Geral do Tribunal de Contas, sua organização e estrutura (cfr. n.º 1, do art.º 30º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto e Decreto-Lei n.º 440/99, de 2 de Novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 184/2001, de 21 de Junho).

É da competência do plenário geral do Tribunal de Contas, aprovar o programa das acções de fiscalização e controlo para um período de três anos, cabendo ao plenário da 2ª Secção a aprovação do respectivo programa anual onde consta, designadamente, as auditorias a realizar por Área de Responsabilidade (cfr. n.º 1, do art.º 37º e alínea e), do art.º 40º, ambos da Lei n.º 98/97).

No programa de fiscalização anual, para além de estarem definidas as linhas de orientação estratégica e os objectivos sectoriais, estão enumerados e caracterizados os projectos e acções, a identificação das entidades a auditar, a tipologia e o horizonte temporal das respectivas auditorias.

A execução do programa de fiscalização é da responsabilidade do Departamento de Auditoria, que tem por incumbência elaborar dois instrumentos orientadores de trabalho - o Plano Global e o Programa de Auditoria, aprovados pelo Juiz Conselheiro da Área. O planeamento da auditoria é um processo dinâmico (com recolha e análise de diversa informação e documentação) que culmina com a elaboração do respectivo plano onde se definem o(s) objectivo(s) geral(ais) e os objectivos específicos, os quais podem ser alvo de

⁵⁴ Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 87-B/98, de 31 de Dezembro, a Lei n.º 1/2001, de 4 de Janeiro, a Lei n.º 55-B/2004, de 30 de Dezembro, a Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto (que republicou a Lei n.º 98/97) e a Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

alterações e ajustamentos, quando pela sua relevância se considerem fundamentais para a realização da acção.

Por último, não se pode dissociar a dupla intervenção do Estado na CVP-SGH, S.A., quer no âmbito da prestação de cuidados de saúde, através da celebração dos Acordos com o Ministério da Saúde, quer na sua qualidade de accionista público na sociedade gestora.

Atentos os esclarecimentos prestados, não procedem as afirmações anteriormente transcritas.

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

Em sede de contraditório, reconhece o Conselho Directivo da ARSLVT, que as conclusões constantes da presente auditoria irão “(...) permitir à ARSLVT uma melhor gestão do presente Acordo, nomeadamente com a promoção e implementação de medidas para aferir a qualidade dos cuidados de saúde prestados no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), o acompanhamento mais rigoroso do cumprimento das cláusulas contratuais, com especial atenção para a referenciação”. Lamenta-se que não se tenha referido a Análise de Custo-Benefício na óptica macroeconómica/social/colectividade que deve sempre preceder este tipo de acordos e sem a qual não há (ou não dando) garantia de boa gestão de dinheiros e demais recursos públicos.

6.4 Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.

Em sede de contraditório, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, acolhe, na generalidade, as recomendações vertidas no relato de auditoria, reconhecendo a importância da matéria exposta no mesmo, tendo adoptado já algumas medidas de gestão no que respeita às regras de referenciação estabelecidas no Acordo de Cooperação, bem como quanto ao aproveitamento da sua capacidade instalada.

Neste sentido, esclarece que “(...) procedeu já, em consonância com as recomendações da presente auditoria, nos dois estabelecimentos que o integram (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente) à promoção e implementação de diversas medidas tendentes ao integral cumprimento das regras de referenciação previstas no Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa a saber: (...) Sensibilização dos responsáveis dos serviços competentes para as regras do Acordo de Cooperação com o “HCVP” na referenciação de doentes, salientando e reforçando a importância da sua correcta execução, tendo em vista o aproveitamento da capacidade instalada e disponível dos hospitais do SNS e o evitamento de custos financeiros decorrentes do desperdício dessa



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

capacidade.” e, ainda que “(...) foi dado especial enfoque à obrigatoriedade de consulta prévia dos restantes hospitais da rede para avaliação da sua capacidade de resposta e de fundamentação escrita da decisão de referenciação.”

Regista-se, com apreço, as medidas adoptadas pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E., quanto à referenciação, as quais são construtivas e orientadas para a eficiência e eficácia do sistema.

6.5 Conselho de Administração da PARPÚBLICA – Participações Públicas (SGPS) S.A.

Face ao conteúdo das alegações apresentadas pela PARPÚBLICA – Participações Públicas (SGPS) S.A., conclui-se que, na generalidade, esta entidade concorda com as conclusões e as afirmações vertidas no relato de auditoria, apresentando, no entanto, novos factos cuja apreciação consta em síntese do ponto 9.1 do relatório.

7. PARECER DA PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA

Na sessão da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 25 de Novembro de 2009, foi deliberado solicitar parecer ao Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República sobre questões jurídicas constantes do relato de auditoria, designadamente sobre a natureza jurídica da Cruz Vermelha Portuguesa, a extensão automática à Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade Gestora Hospitalar, S.A., do estatuto e dos benefícios próprios da Cruz Vermelha Portuguesa, e a sujeição ou não dos Acordos de Cooperação ao regime jurídico da contratação pública.

O referido parecer foi aprovado em sessão do Conselho Consultivo, de 3 de Março de 2011, destacando-se no presente Relatório (ponto 9.4.) as suas conclusões.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

III. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

8. BREVE CARACTERIZAÇÃO DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

A Cruz Vermelha Portuguesa é uma pessoa colectiva de direito privado e de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos, sendo ainda, uma instituição humanitária não governamental, de carácter voluntário e de interesse público, conforme o disposto no artigo 3º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 281/2007, de 7 de Agosto, que aprovou o estatuto da CVP. Em 1965 foi instalado o HCVP.

9. ENQUADRAMENTO DA RELAÇÃO DO ESTADO COM A CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Em 1997, a situação a que o HCVP havia sido conduzido era financeiramente insustentável, cfr. Quadro 1, consequência de sucessivos prejuízos verificados em anos anteriores⁵⁵. Esgotadas as várias tentativas encetadas pela direcção do HCVP, junto de entidades privadas (nomeadamente companhias de seguros), no sentido de averiguar do potencial interesse destas em ficarem com a propriedade ou exploração do hospital, foi, nesse ano de 1997, pedido ao Estado apoio para que este procedesse ao saneamento financeiro do HCVP. Na verdade, a insubsistente situação financeira do HCVP comprometeu a sua alienação no mercado por se mostrar invendável.

Na origem desta situação financeira estava uma gestão de recursos humanos que descapitalizou o HCVP, tal como se infere do contraditório exercido, em Fevereiro de 2001, pela própria CVP-SGH, S.A., no âmbito da “*Auditoria a Operações de Gestão da Carteira de Títulos do Estado*”. Com efeito, segundo a CVP-SGH, S.A., a gestão de recursos humanos não só esteve na origem dos resultados líquidos negativos acumulados, como na degradação e obsolescência dos equipamentos médicos, infra-estruturas e, inclusive, na deterioração do valor de activos intangíveis como são a imagem e o prestígio⁵⁶.

A gravidade da situação económico-financeira era de tal grandeza que, segundo os pontos 33 a 42 do referido contraditório, o valor do HCVP era negativo, ou seja, havia comprador para o Hospital, mas a CVP tinha de despender montantes significativos na assunção de 155 contratos de trabalho existentes ou seja, tinha de “indemnizar pela rescisão dos seus contratos” 155 “trabalhadores” excedentários dos mais remunerados “com altíssimos salários (...) com escassas habilitações” (cerca de 1/3 da força de trabalho) e liquidar o passivo corrente (cf. ponto 34).

⁵⁵ O HCVP registou um prejuízo de € 1.496.000, em 1993, € 673.000, em 1994, € 374.000, em 1995 e € 1.621.000, em 1996 (cfr. Volume II do Relatório de Auditoria n.º 08/2001 – 2ª Secção, do Tribunal de Contas.)

⁵⁶Cfr. ponto 49 das alegações.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Em síntese: a situação do HCVP era crítica porque tinha custos com o pessoal excedentário e tinha um quadro de pessoal totalmente desajustado das exigências da sua actividade e, também, por esse facto, não conseguia gerar *cash flow* (apesar dos subsídios recorrentes do Estado)⁵⁷ para a “*realização de investimentos na substituição e actualização de equipamentos ou em obras de conservação da infra-estrutura*” – cfr. ponto 18 – e para pagar as dívidas correntes.

Nesse sentido, o Ministério da Tutela⁵⁸ (através de uma empresa de auditoria/consultoria) e a CVP (através de um banco consultor em parceria com outra empresa de auditoria/consultoria) mandaram realizar auditorias e estudos sobre a viabilidade económico-financeira do HCVP, os custos do eventual saneamento, bem como as alternativas existentes para o necessário apoio do Estado.

Resultou da auditoria de avaliação económico-financeira realizada pela empresa de auditoria/consultoria do Ministério da Tutela, ao ano de 1997, o ajustamento do Balanço e da Demonstração de Resultados do HCVP, que serviu de base às projecções elaboradas pelos consultores da CVP (banco e empresa de auditoria/consultoria), do qual se pode verificar que, em 31 de Outubro de 1997, o valor dos capitais próprios era de -127,1*10⁶ escudos⁵⁹.

Quadro 1 – Balanço Contabilístico do HCVP- 1997⁶⁰

Unid.: milhares euros

| Activo | | Capital Próprio e Passivo | |
|----------------------|---------------|----------------------------------|---------------|
| Imobilizado | | Capital Próprio | |
| Imobil. Incorpóreo | 5 | Reservas | 13.856 |
| Imobil. Corpóreo | 9.784 | Resultados Transitados | -12.467 |
| | | Resultados Líquidos | -1.106 |
| Circulante | | Total Cap. Próprio | 283 |
| Existências | 282 | Passivo | |
| Dívidas de terceiros | 3.851 | Dívidas a terceiros | 11.848 |
| Disponibilidades | 3 | Provisões | 292 |
| Acrés.Diferimentos | 8 | Acrés.Diferimentos | 1.510 |
| | | Total Passivo | 13.650 |
| Total Activo | 13.933 | Total Cap.Próp. e Passivo | 13.933 |

Fonte: Auditoria de Gestão ao HCVP, realizada por empresa de auditoria/consultoria, em 1997

O relatório elaborado pelo banco consultor, intitulado Projecto de Reestruturação, consistiu no cálculo de projecções económico-financeiras do hospital, por um período de

⁵⁷“Ascendendo as contribuições realizadas mais recentemente a 65 mil contos, em 1985, a 10 mil contos, em 1989, a 25 mil contos, em 1993, a 29.500 contos, em 1995 e a 180 mil contos, em 1998”. Sendo que os subsídios do Estado eram aplicados no pagamento de custos de funcionamento, designadamente, custos com pessoal excedentário.

⁵⁸ Ministério da Defesa Nacional.

⁵⁹ € 633.972,13.

⁶⁰ Balanço Contabilístico, a preço de mercado segundo a CVP, (ver ponto 42 do contraditório de 2001 – Relatório de Auditoria n.º 08/2001 – 2.ª Secção) o valor dos capitais próprios era substancialmente negativo.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

10 anos, 1998 a 2008⁶¹, tendo por base determinados pressupostos que reflectiam os objectivos com os quais os responsáveis pela gestão do hospital, se haviam comprometido.

O quadro seguinte transcreve as projecções efectuadas quanto aos resultados líquidos esperados para o período de 1998 a 2008.

Quadro 2 – Resultados líquidos *ex-ante*

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| R. Operacionais | -247,4 | 1.530,8 | 6.059,3 | 6.269,9 | 7.344,8 | 8.013,2 | 8.155,8 | 8.300,5 | 8.331,9 | 8.479,6 | 8.628,7 |
| R. Financeiros | -268,8 | -524,2 | -609,0 | -382,0 | -168,5 | -145,1 | -140,6 | -132,7 | -122,2 | -108,7 | -91,3 |
| Res. Antes de Impostos | -516,2 | 1.006,6 | 5.450,3 | 5.887,8 | 7.176,2 | 7.868,0 | 8.015,1 | 8.167,3 | 821,0 | 8.370,8 | 8.537,4 |
| R. Líquidos | -516,2 | 812,5 | 3.292,0 | 3.556,4 | 4.334,5 | 4.752,0 | 4.841,3 | 4.933,1 | 4.958,5 | 5.055,8 | 5.156,6 |

Unid: Milhares euros
Fonte: "Projecto de Reestruturação" elaborado por banco consultor

Os resultados operacionais, financeiros e líquidos realmente obtidos pela CVP-SGH, S.A., constantes dos relatórios e contas são os que se encontram reflectidos no quadro seguinte.

Quadro 3 – Resultados líquidos *ex-post*

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|---------|---------|
| Res. Operacionais | 177,0 | 580,8 | 1.626,4 | 1.853,7 | 1.545,5 | 1.973,4 | 1.949,0 | -4.583,3 | -1.702,7 | 1.568,9 | 3.487,6 |
| R. Financeiros | -22,2 | -156,9 | -127,7 | -193,9 | -319,6 | -409,5 | -462,9 | -160,9 | -16,0 | 56,8 | -430,3 |
| Res. Extraordinários | -148,6 | -178,6 | 730,8 | -87,6 | 100,8 | -87,8 | -348,2 | 5.741,7 | 1.235,7 | -86,3 | -969,9 |
| Res. antes de Impostos | 6,2 | 245,3 | 2.229,5 | 1.572,2 | 1.326,7 | 1.476,1 | 1.137,9 | 997,5 | -483,0 | 1.539,4 | 2.087,4 |
| R. Líquidos | 3,6 | 207,2 | 1.431,4 | 1.003,6 | 896,4 | 942,8 | 783,3 | 749,1 | -348,7 | 1.098,9 | 1.585,7 |

Unid: Milhares euros
Fonte: Relatórios e contas de 1998 a 2008

Comparando os dois quadros anteriores verifica-se que os resultados líquidos reais são substancialmente inferiores aos projectados. Com efeito, o somatório dos resultados líquidos reais é inferior ao dos projectados em cerca de 80%, o que revela que os objectivos que enformaram e cientificaram o plano de saneamento foram reiteradamente violados (tal como é afirmado pela PARPÚBLICA contra a sua vontade por esta não ter instrumentos para fazer cumprir o acordo e/ou os pressupostos do Acordo Parassocial ou mesmo o próprio Acordo).

Destaca-se o ano de 2005 que apesar de apresentar resultados operacionais negativos elevados, € -4.583,378,58, a sociedade hospitalar obteve um resultado líquido do exercício de € 749.117,34, à custa de ganhos extraordinários provenientes do acerto do valor da produção, resultante da actualização dos preços praticados entre 2000 e 2003, nos termos do contrato entre a CVP-SGH, S.A., e a ARSLVT⁶².

⁶¹ Tomando por base as demonstrações financeiras do ano de 1997 que resultaram da auditoria de avaliação económico-financeira do HCVP, realizada por uma empresa de auditoria/consultoria.

⁶² Cfr. Relatório e Contas de 2005 da CVP-SGH, S.A..



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Consta do relatório elaborado pelo banco consultor um projecto destinado à recuperação do HCVP que consistia essencialmente na melhoria e na extensão da gestão do hospital, que assentava nas seguintes vertentes:

1. Autonomização da actividade do HCVP, em termos jurídicos, patrimoniais e financeiros, da CVP, consubstanciada na criação da sociedade comercial CVP-SGH, S.A.;
2. Intervenção do Estado através:
 - Da realização de um **Acordo de Cooperação** entre o Ministério da Saúde (na figura da ARSLVT) e CVP-SGH, S.A., válido por cinco anos, automaticamente renovável, por períodos de 2 anos, para a prestação de cuidados clínicos aos utentes do SNS;
 - Da compra pela PARTEST (actual PARPÚBLICA) do seguinte portefólio:
 - (i) 225.000 acções (45%), com valor nominal unitário de € 5,00, adquiridas a € 51,87 cada, perfazendo um investimento total de € 11.671.870,79 (por um preço cerca de **10 vezes superior** ao do respectivo valor nominal); e
 - (ii) Uma opção de venda Americana sobre a CVP (que a subscreveu) de 10% das acções adquiridas, com uma maturidade de 5 anos e cujo preço de exercício está descrito no ponto 2. da cláusula 9ª do Acordo Parassocial;
 - (iii) A estes dois activos havia, ainda, que adicionar o direito contingente descrito no ponto 4. da citada cláusula.

Tendo a CVP ficado em carteira com 54,97% (274.850) das acções e uma opção de compra Americana, com uma maturidade de 10 anos, sobre as acções adquiridas pela PARTEST⁶³, cujo preço de exercício está descrito no ponto 2. da cláusula 8ª do Acordo Parassocial.

A CVP-SGH, S.A., criada em Maio de 1998 pela CVP e pela ECG do HCVP, teve como objectivo social a gestão e exploração do hospital e foi dotada com o capital social de cerca de € 2.500.000,00, representada por 500.000 acções com o valor nominal de € 5,00 cada acção. A CVP participou em 99,97% e a ECG (composto por 11 accionistas individuais) em 0,03% do capital social da sociedade⁶⁴.

A ECG, para além de ter ficado em carteira com 0,03% (150) do número de acções, ficou, igualmente, com a faculdade de comprar acções da CVP-SGH, S.A., ao abrigo da Opção de Compra estabelecida na cláusula 8ª, pelo preço desta Opção fixada “no Acordo

⁶³ Que subscreveu esta opção de compra.

⁶⁴ Cfr. Relatório n.º 08/2001- 2ª Secção do Tribunal de Contas.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Parassocial” sob condição de que o número de acções no portefólio da ECG não ultrapasse 150.000 acções (30% no total das acções). Este portefólio inclui, igualmente, um direito a parte dos lucros que excedam as projecções económico-financeiras, já que as projecções não foram nem podiam ter sido um mero exercício académico.

A condição *sine qua non* para a existência deste “negócio” foi e é, no entanto, o Acordo de Cooperação da CVP-SGH, S.A., com o Estado (na figura da ARSLVT) que, embora não o seja *de jure*, tem vindo a ser entendido, na prática, pela CVP como algo assimilável a uma opção real do tipo “Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção”. E, como uma opção tem um subscritor, tudo indica que a ARSLVT tem sido passiva nesse, eventual, entendimento.

Esta opção real (activo) subjacente a todo este “negócio” é, seguramente, a grande distância, o activo mais valioso que o integra.

Foi celebrado, ainda, o Contrato de Cessão de Exploração do HCVP entre a CVP e a CVP-SGH, S.A., pelo prazo de 25 anos, através do qual a CVP cedeu à CVP-SGH, S.A., a exploração do estabelecimento do HCVP, ficando aquela obrigada a gerir o HCVP por forma a assegurar a manutenção e o desenvolvimento da actividade deste no sector da saúde.

No que respeita aos dividendos, no período de 1998 a 2008, verifica-se do quadro seguinte que a CVP-SGH, S.A., procedeu à **distribuição de dividendos** em 2003, 2004, 2005, 2007 e 2008, ou seja, 5 dividendos em 10 possíveis.

Quadro 4 - Dividendos

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|------------|------------|---------|------------|------------|
| Dividendos | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 188.555,06 | 156.672,32 | 149.823,47 | 0,00 | 274.729,88 | 475.701,24 |
| Preço de compra das acções | 51,87 | 51,87 | 51,87 | 51,87 | 51,87 | 51,87 | 51,87 | 51,87 | 51,87 | 51,87 | 51,87 |
| Nº de acções | 500.000 | 500.000 | 500.000 | 500.000 | 500.000 | 500.000 | 500.000 | 500.000 | 500.000 | 500.000 | 500.000 |
| Dividendo por acção | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,38 | 0,31 | 0,30 | 0,00 | 0,55 | 0,95 |
| Dividend Yield* | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,73% | 0,60% | 0,58% | 0,00% | 1,06% | 1,83% |
| Book Value** | 5,00 | 5,41 | 8,39 | 10,10 | 11,61 | 13,69 | 14,62 | 15,40 | 14,02 | 16,22 | 18,51 |

* Rendibilidade do dividendo por acção

** Valor contabilístico da acção

Fonte: Relatórios e Contas do HCVP, 1998-2008.

De referir que não obstante o crescimento do valor contabilístico das acções (*book value*) ao longo do período, o mesmo é substancialmente inferior ao preço de compra das acções pela PARTEST (actual PARPÚBLICA).



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

O quadro seguinte evidencia a rendibilidade gerada pelos dividendos ao longo do período em análise.

Quadro 5 – Rendibilidade dos dividendos

Unid: euros

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Dividendo p/acção | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,38 | 0,31 | 0,30 | 0,00 | 0,55 | 0,95 |
| Valor Terminal | | | | | | | | | | | 8,78 |
| Sub-total | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,38 | 0,31 | 0,30 | 0,00 | 0,55 | 9,73 |
| Factor de actualização | 1,13 | 1,28 | 1,45 | 1,65 | 1,86 | 2,11 | 2,39 | 2,71 | 3,07 | 3,48 | 3,94 |
| | -51,874981 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,18 | 0,13 | 0,11 | 0,00 | 0,16 | 2,47 |
| VAL | -48,82 | | | | | | | | | | |
| TIR | -23,5% | | | | | | | | | | |
| VA* | 3,05 | | | | | | | | | | |

* Preço da acção pelo Dividend Valuation Model

Fonte: Balanço e Demonstração de Resultados de 1998 a 2008.

O Valor Actualizado Líquido (VAL) *Standart ex-post* na óptica dos accionistas determinado a partir dos **dividendos actualizados** ao custo de oportunidade do capital próprio, **de 13,27%⁶⁵, corresponde a € - 24.412.349,78⁶⁶.**

A Taxa Interna de Rendibilidade (TIR) *ex-post* na óptica dos accionistas medida a partir dos dividendos distribuídos, ao longo do período em análise, foi cerca de **-23,5%**. As Taxas Internas de Rendibilidade foram calculadas tomando o Valor Terminal como um *cash inflow* o que significa que o pressuposto da taxa de actualização e/ou do investimento entre de 2008 e 2022 é o respectivo custo de oportunidade aplicável

9.1 Intervenção da PARTEST no capital social da Cruz Vermelha Portuguesa-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.

No mencionado relatório Projecto de Reestruturação elaborado pelo banco consultor, foi efectuada a avaliação da actividade do HCVP, assente numa série de pressupostos que reflectiam as perspectivas de evolução do negócio em consonância com a seguinte metodologia:

- ⊗ Projecção dos *cash flow* desde 1998 a 2008;
- ⊗ Determinação do custo médio ponderado do capital (*WACC*) para actualização dos *cash flows* futuros e,
- ⊗ Determinação do valor residual do HCVP no final do período da projecção.

⁶⁵ Taxa respeitante ao custo de oportunidade do capital próprio considerada no Projecto de Reestruturação do HCVP, de Fevereiro de 1998.

⁶⁶ €-48,82 x 500.000 acções.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Como resultado da aplicação do método do rendimento, a **actividade do HCVP** foi, em 1997, **avaliada em € 25.937.490,64**. Com base nesta avaliação foi proposto, no estudo elaborado pelo banco consultor, a compra por parte do Estado (PARTEST, actual PARPÚBLICA) de **45% das acções** representativas do capital social da CVP-SGH, S.A., ou seja, **225.000 acções**.

Esta aquisição concretizou-se em 3 Agosto de 1998, através do contrato de compra e venda realizado entre a CVP e a então PARTEST, passando a CVP-SGH, S.A., a apresentar a seguinte estrutura accionista.

Quadro 6 -Estrutura accionista

| Accionistas | N.º de Acções detidas | Valor nominal/Acção | Capital detido | Unid: Euros |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | | | % de capital detido |
| CVP | 274.850 | 5 | 1.374.250 | 54,97% |
| Partest (actual Parpública) | 225.000 | 5 | 1.125.000 | 45,00% |
| Grupo Clínico | 150 | 5 | 750 | 0,03% |
| Total | 500.000 | | 2.500.000,00 | 100,00% |

Fonte: Relatório n.º8/2001 -2ªSecção, do TC

A compra das 225.000 acções por parte da PARTEST (actual PARPÚBLICA) representou um **encaixe para a CVP, de € 11.671.870,79⁶⁷**, tendo cada acção sido adquirida por **€ 51,87**, um preço superior ao valor nominal (€ 5,00/acção) em cerca de **937,4%**. Este montante, segundo o Projecto de Reestruturação elaborado pelo banco consultor, seria canalizado na sua totalidade para a liquidação do passivo financeiro (que, em 1996, ascendia a € 13.650,000,00), com vista à viabilização e relançamento do hospital e ao equilíbrio financeiro do HCVP.

Ou seja, o Estado (actual PARPÚBLICA) pagou pela participação de 45% no capital social da CVP-SGH, S.A., **€ 11.671.870,79**, sendo que em termos contabilísticos essa participação corresponde a **€ 1.125.000,00**.

Relativamente ao preço das acções, a PARPÚBLICA, em sede de contraditório, vem referir que “(...) a então PARTEST não teve qualquer intervenção na definição do preço das acções da CVP-SGH (...)”.

De acordo com o modelo de avaliação de dividendos o valor de cada acção corresponde a € 3,05, conforme se verifica no quadro seguinte.

⁶⁷ Cfr. Contrato de Compra e Venda entre a Cruz Vermelha Portuguesa e a PARTEST – Participações do Estado, S.A..



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Quadro 7 – Rendibilidade da PARPÚBLICA

| Unid:euros | |
|------------------------------|---------------|
| PARPÚBLICA | |
| N.º Acções | 225.000 |
| Valor aquisição (1998) | 11.671.871 |
| Preço/ acção | 51,874981 |
| Preço/acção - DVM* | 3,05 |
| Menos valia potencial | -48,82 |

* Dividend Valuation Model

Fonte: Relatório e Contas do HCVP, 1998-2008.

Tendo em consideração que a PARPÚBLICA pagou pelas acções da CVP-SGH, S.A., € 11.671.870,79, verifica-se uma menos valia potencial de € -10.985.557,40⁶⁸.

À data da aquisição do capital social da CVP-SGH, S.A., foi, pela PARTEST, celebrado um Acordo Parassocial com a CVP, com o objectivo de regular as relações entre os dois accionistas maioritários da sociedade e de estabelecer um esquema que possibilitasse a diminuição progressiva da participação do Estado no capital social da sociedade de gestão hospitalar⁶⁹.

No Acordo Parassocial previa-se a opção de compra por parte da CVP ao accionista público sobre parte ou a totalidade das acções adquiridas por este. A opção de compra podia ser exercida durante os primeiros dez anos⁷⁰.

Quanto à matéria constante do parágrafo anterior, esclarece a PARPÚBLICA que “(...)a PARTEST (...) não teve intervenção na negociação do Acordo Parassocial...”, esclarecendo, ainda, que “ a intervenção da PARTEST nesta fase surge na sequência das orientações do accionista único, emitidas sem o prévio acordo da Administração da PARTEST”.

Por seu lado o accionista público, durante os primeiros cinco anos de vigência do Acordo Parassocial, podia exercer a opção de venda até 10% das acções à CVP, ou a quem essa indicasse, ao preço de entrada, capitalizado à taxa LISBOR a um ano, acrescida de meio ponto percentual, deduzido da soma de eventuais dividendos e reservas distribuídas, actualizada à mesma taxa.

⁶⁸ €-48,82 x 225.000 acções.

⁶⁹ Cfr. Relatório n.º 08/2001- 2ª Secção do Tribunal de Contas.

⁷⁰ Em 2000 (ofício n.º 903846, de 10 de Maio) ainda surgiu, por parte da PARTEST, a apresentação de uma proposta de revisão do acordo Parassocial, em que (cfr. n.º1 da cláusula 8ª) “Durante os primeiros dez anos de vigência do presente acordo parassocial, a CVP terá uma opção de compra sobre a PARTEST, de parte ou da totalidade das acções por esta detidas no capital social da Sociedade, obrigando-se, até ao final dos primeiros dez anos de vigência, a adquirir a totalidade das acções detidas pela PARTEST”. Salienta-se que, segundo informação da PARPÚBLICA, esta proposta de acordo não chegou a ser concretizada.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

A opção de venda conferia ao Estado o direito de, durante o prazo previsto, decidir vender ou não aquelas acções, recaindo sobre a CVP a obrigação de as comprar nas condições acordadas. Por isso, a preocupação da PARPÚBLICA quanto à degradação do valor das acções, manifestada por escrito aos intervenientes no Acordo, por considerar que a opção de compra só tem significado se o valor das acções for superior ao valor pago pela PARPÚBLICA.

Não existe qualquer evidência de o **accionista público ter ponderado o exercício efectivo da opção de venda**, o que, não podendo ser recusado pela CVP, consubstanciaria um acto de boa gestão dos dinheiros públicos, uma vez que as acções foram adquiridas por um preço muito superior ao valor das acções verificado durante o período em que a PARPÚBLICA poderia (e deveria) ter exercido a opção de venda.

Sendo certo que a PARPÚBLICA não deixou de monitorizar o valor do seu investimento em acções da Sociedade, não se compreende porque não tenha exercido o referido direito, mesmo sendo apenas de 10% das acções.

Também a opção de compra não foi exercida pela CVP.

A partir do final do décimo ano (Agosto de 2008), o Estado, através da PARTEST (actual PARPÚBLICA), **pode vender livremente as suas acções**, nos termos do Acordo Parassocial, mas tal revela-se problemático dado o elevado preço a que comprou as acções. Deste facto, ter-se-á apercebido, e bem, a PARPÚBLICA, quando, já em Maio de 2000, enviou uma **proposta de revisão do Acordo Parassocial à CVP**, sendo apenas de censurar a falta de persistência desta na concretização da proposta formulada.

Sobre esta questão, vem a PARPÚBLICA dizer que *“Em 7 de Março de 2001, já com a denominação social de PARPÚBLICA, foi remetida à Secretaria de Estado do Tesouro e Finanças uma carta e vários anexos em que se dava conta do incumprimento dos pressupostos do Protocolo celebrado com o Estado, bem como o Acordo Parassocial celebrado com a PARTEST/PARPÚBLICA (...). Nesta carta, o Presidente da PARPÚBLICA concluiu que “é assim indispensável renegociar o acordo parassocial para não desvalorizar a participação” e propõe adiante que “ neste contexto e caso não haja oposição da Secretaria de Estado, iremos propor à CVP a revisão para o acordo parassocial, tendo em vista obter garantias de recuperação do investimento, - através da CVP ou do mercado – considerando a realidade da estrutura de custos”.*

Num desses anexos, a PARPÚBLICA afirma que *“(...) O Protocolo assenta no reconhecimento, pelas partes, da indispensabilidade da reestruturação da unidade hospitalar, e na obrigação de cooperação activa na execução do projecto delineado e*



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT,I.P., e a CVP-SGH, S.A.

descrito no Protocolo e nos documentos nele integrados e aceites pelas partes. (...)”. De acordo com informações recentes provenientes da Administração da CVP-SGH, “ (...) o quadro de pessoal estimado, em 1998, para 2000 e seguintes, ascendia a cerca de 350 trabalhadores, verificando-se que este actualmente ascende a cerca de 510 trabalhadores. (...) Em consequência, verificou-se no ano 2000 um desvio negativo, no que diz respeito aos custos com pessoal, relativamente às estimativas de 1998 constantes do projecto assumido no Protocolo, traduzido numa redução do resultado de exploração da ordem dos 671 milhões de escudos e do resultado líquido em cerca de 304,6 milhões de escudos. (...) O não cumprimento das metas que se vincularam as partes no Protocolo, designadamente a CVP na qualidade de accionista maioritária da CVP-SGH (54,97% de acções) e principal executora do plano de reestruturação do Hospital da Cruz Vermelha, resulta de uma alteração de estratégia relativamente à reestruturação do quadro de pessoal. A justificação adiantada em documento recente é a de que “tendo presente o impacto social de uma medida de reestruturação deste tipo, optou-se por uma política gradual de redução de trabalhadores através da reforma, o que deverá prolongar a existência de um sobrecusto face às estimativas iniciais nos próximos 4 anos”.

Na referida carta, o Presidente da PARPÚBLICA alerta para o facto de o nível previsto quanto aos resultados anuais poderem não vir a ser atingidos, justificando esse desvio não pelas receitas mas sim pelo aumento dos custos, fundamentalmente devido à falta de redução de pessoal. Efectivamente, o Projecto de Reestruturação pressupunha uma redução de efectivos de 480 para 355, em 1998, ou seja cerca de 30%, quando a PARPÚBLICA, em 7 de Março de 2001, citando a Administração da CVP-SGH, S.A., alerta para o facto de o número já atingir 510, em 2000. Note-se que, no Projecto de Reestruturação foi consignada uma verba de cerca de 1 milhão de contos para custear a redução do pessoal excedentário e estudos e projectos. No Balanço *ex-ante* figura a verba de 1.013,6 milhares de contos em imobilizado incorpóreo (cerca de € 5 milhões), a partir de 1999. Sublinhe-se que a reestruturação dos recursos humanos constituía uma importante fonte de criação de valor para a CVP-SGH, S.A., e estava decidida no Protocolo e no Acordo Parassocial e representava uma fracção significativa do “valor intrínseco” das acções ou seja, o objectivo em termos de número de efectivos já tinha sido ultrapassado em 43,66%.

Tendo por base o valor do negócio apurado, em 1998, no Projecto de Reestruturação elaborado pelo banco consultor, e no relatório de Auditoria realizado pela empresa de auditoria/consultoria, o Estado concretizou a sua intervenção através da **aquisição de 45% no capital social** da CVP-SGH, S.A., tendo pago por cada acção **€ 51,87**, um preço que agrega **€ 46,87** ao valor facial da acção (€ 5,00), ou seja uma valorização em cerca de 937,40%, o que perfez um total de **€ 11.671.870,79**.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Este *pricing* tem lapsos relevantes. O banco consultor pressupôs que a concessão tinha uma vida infinita ($n = \infty$) quando a vida da concessão é de 25 anos. Este “erro” não é negligenciável, uma vez que, de *per se*, sobreavaliou as acções em mais de 20%. Como é consabido, as concessões têm uma vida finita prevista no contrato de concessão, pelo que não se alcança este descuido do banco consultor.

Para além disto, apesar de identificar a opção de compra da CVP e da ECG e a opção de venda da PARPÚBLICA, o banco consultor ignorou-as na determinação do valor da CVP-SGH, S.A., sabendo que estas opções alteram o valor dos portefólios das partes, o que evidencia lapsos e lacunas excessivas que não se podem negligenciar.

Se os estudos tivessem sido mais metódicos e atentos, provavelmente, verificar-se-ia que as partes foram tratadas de forma desigual e que o Estado saiu prejudicado. Mais: se a isto juntarmos a parte fulcral do valor deste “negócio” que foi e é o Acordo de Cooperação infere-se que o Estado foi imprudente nestas negociações.

Se o “valor intrínseco” era de € 51,87 por acção, este valor seria certamente diferente para a CVP e para a PARPÚBLICA e, conseqüentemente, o valor dos respectivos portefólios. Esta situação não foi tida em consideração pelo banco consultor e a PARPÚBLICA só se manifestou, em Março de 2001.

Este preço, mesmo que tivesse sido uma óptima estimativa do *fair price* das acções da CVP-SGH, S.A., foi, claramente, mistificador do *fair value* das acções da CVP-SGH, S.A., para a PARTEST.

Com efeito, independentemente de outras considerações, o banco consultor e a empresa de auditoria/consultoria ignoraram, sem explicação, os restantes direitos contingentes adquiridos pelas partes sobre o mesmo activo real. Estranha-se, por isso, que a PARPÚBLICA, mesmo que não tenha sido chamada a participar na definição do preço, afirme, acriticamente, que este foi definido com base “*em estudos realizados por entidades credíveis e que este corresponde ao valor actual do Projecto, tal como calculado pelos consultores*” depois de ter afirmado que “*dificilmente a PARTEST registará uma perda com o negócio*”. É evidente que este tipo de afirmações cauciona o preço calculado pelos consultores e definido pelo Governo. Não é crível que a PARTEST/PARPÚBLICA tivesse feito este tipo de afirmações sem ter tido conhecimento da substância do trabalho dos consultores.

Por tudo isto, a PARPÚBLICA responsabiliza a CVP de não ter cumprido o Acordo Parassocial, nomeadamente quanto à redução de custos com pessoal, pondo, desde logo, em causa o impacto desta situação no valor das acções.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Mais alega que “Subsequentemente, o Presidente da PARPÚBLICA remeteu à Presidência da Cruz Vermelha Portuguesa uma carta em que propunha a renegociação do Acordo Parassocial, bem como as linhas mestras que deveriam orientar as alterações ao Acordo. (...)” Nessa carta a PARPÚBLICA refere que “É hoje claro que as projecções de resultados não irão ser cumpridas, havendo uma redução superior a 200.000 contos (...) por ano dos valores constantes do projecto. Esta situação obriga a repensar as soluções encontradas e traduzidas no acordo parassocial e no contrato de cessão de exploração do hospital pela CVP, de modo a salvaguardar o equilíbrio financeiro da nossa intervenção. (...)”.

Avocando, assim, a redução de 200.000 contos (€ 997.595,80) por ano dos valores constantes do projecto, regista-se então uma desvalorização das acções, face ao projectado, em cerca de 37% (€ 19,2 por acção)⁷¹.

Com o objectivo de não desvalorizar a participação do Estado na CVP-SGH, S.A., a PARPÚBLICA na renegociação do Acordo Parassocial, em 2001, propunha ainda a necessidade da CVP prescindir do direito contratual de receber do hospital uma compensação pela cessão de exploração equivalente a 1,5%. Esta proposta não foi acolhida pela CVP, tendo-se confirmado que, a partir de 2004, a CVP-SGH, S.A., pagou a CVP o montante corresponde a 1,5% da facturação anual em conformidade com o previsto no clausulado do Acordo Parassocial (cfr. cláusula décima terceira), totalizando, entre 2004 e 2009, o valor de € 2.897.137,30.

Não obstante a PARPÚBLICA ter acompanhado e avaliado a evolução negativa dos resultados anuais da CVP-SGH, S.A., e, em consequência dessa avaliação, ter proposto a revisão do Acordo Parassocial⁷², a verdade é que, por inacção do Estado, não foi concretizada essa revisão, o que pôs em risco a recuperação do investimento.

Aliás, nas alegações apresentadas pela CVP-SGH, S.A., em 2001, no âmbito da auditoria do Tribunal de Contas a Operações de Gestão da Carteira de Títulos do Estado (Relatório n.º8/2001-2.ª Secção) já era referido que os interesses da PARPÚBLICA (à data PARTEST) eram nomeadamente o “de cumprir o seu dever estatutário de acorrer às operações

71

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| DASH FLOWS | | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 | 997.595,79 |
| Factor de Capitalização | | 1,10 | 1,22 | 1,35 | 1,49 | 1,64 | 1,82 | 2,01 | 2,22 | 2,45 | 2,70 | 2,99 |
| VA | 6.010.512,06 | | | | | | | | | | | |
| VA | 5.441.347,14 | | 817.606,87 | 740.183,66 | 670.092,03 | 606.637,73 | 549.192,22 | 497.186,51 | 450.105,48 | 407.482,78 | 368.896,23 | 333.963,64 |
| Coefficiente de Perpetuação | | | | | | | | | | | | 12,37 |
| Perpetuidade | | | | | | | | | | | | 12.340.253,97 |
| Coefficiente de Actualização | | | | | | | | | | | | 2,89 |
| Perpetuidade Actualizada | | | | | | | | | | | | 4.127.177,25 |
| Valor | 9.575.015,26 | | | | | | | | | | | |
| Valor Unitário | 19,15 | | | | | | | | | | | |
| Desvalorização | | 40,41% | | | | | | | | | | |
| Desvalorização s/1998 | | 36,92% | | | | | | | | | | |

⁷² Cfr Doc. N.º 4 em anexo às alegações apresentadas pela PARPÚBLICA.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

accionistas do interesse (...) do seu accionista, do Estado” e “de, satisfazendo os desígnios (...) do Estado, sacrificar nessas operações o mínimo possível em termos financeiros e de risco (...).” Mais referia que “(...). A PARTEST receberá oportunamente pelas acções um preço baseado no que pagou, acrescido de um juro, ou ficará livre para as negociar no mercado. (...).”

Ainda nas alegações apresentadas no âmbito da auditoria acima mencionada, reconhece a PARPÚBLICA (à data PARTEST) a credibilidade das entidades que realizaram o estudo que deu origem ao projecto, referindo que “(...) o Governo definiu o preço a pagar à CVP, o qual corresponde ao valor actual do projecto, tal como calculado pelos consultores. (...)” e que todos os intervenientes na gestão do hospital “(...) estão empenhados em conseguir por via da gestão concretizar o modelo que os consultores idealizaram, ou melhor, criar valor e serviço que sejam referenciais e que possibilitem no futuro à PARTEST ceder a posição a empresas, mesmo públicas, mais especializadas nos cuidados de saúde ou à própria CVP”.(...).”

Esclarece, ainda, a PARPÚBLICA que “Sobre a carta remetida à Secretaria de Estado recaiu o Despacho n.º 355/2001-SETF, do Secretário de Estado do Tesouro e Finanças, de 9 de Março de 2001, do seguinte teor: Visto com apreço. A PARPÚBLICA suscita nesta nota uma questão relevante que deveria ser discutida com a CVP. Contudo, dada a eventual transferência para o IPE da participação da CVP-SGH não deverão ser encetadas negociações”. Acrescentando que “(...) a participação detida pela PARPÚBLICA na CVP-SGH foi transmitida para a IPE – Investimentos e Participações Empresariais, S.A. no final de Maio desse ano, ou seja, menos de três anos após a sua aquisição à Cruz Vermelha Portuguesa, em cumprimento das orientações do Estado, que incumbiu a PARPÚBLICA de realizar parte do aumento do capital social da IPE com entradas em espécie, nomeadamente a participação detida na CVP-SGH (...).”

“Após a aceitação, pela Cruz Vermelha Portuguesa, da transmissão à IPE da posição detida pela PARPÚBLICA na CVP-SGH, foi também transferida a posição detida pela PARPÚBLICA do Acordo Parassocial (...).”

Face a este contexto, a PARPÚBLICA conclui que “a participação da CVP-SGH foi transmitida à IPE menos de três anos depois da aquisição, tendo-se mantido nesta empresa até à sua extinção e posteriormente transitado para o Estado/DGT, período em que se esgotou o prazo correspondente aos primeiros cinco anos de vigência do Acordo Parassocial. Por este motivo, a PARPÚBLICA não voltou a ter oportunidade de exercer a opção de venda de 10% da participação que, desde Maio de 2001, até Fevereiro de 2004, integrou o património do IPE e do Estado (Direcção-Geral do Tesouro),” informando que, em 31 de Dezembro de 2003, através do Despacho n.º 2500/2003-SETF, do Secretário de



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Estado e Finanças “(...) foi determinado à Direcção-Geral do Tesouro que transferisse para a PARPÚBLICA a participação de 45% do capital social da CVP-SGH, pelo valor de € 8 Milhões (...).”, a que corresponde um valor unitário de € 35,56.

Esclarecendo que “A opção de venda de 10% da participação deixou de poder ser exercida ainda antes de a PARPÚBLICA readquirir a participação. Por outro lado, a alienação à CVP, por iniciativa exclusiva desta no exercício da sua opção de compra, com a possibilidade de recuperar o investimento realizado continuou a ser inviável por falta de interesse da CVP (...).”

As acções da CVP-SGH, S.A., foram avaliadas, em 2001, para efeitos de aumento do capital social da IPE, em € 8,39⁷³, ou seja, por um valor que sugere uma perda de € 43,48 (cerca de 83,8%), e, em 2003, para efeitos de reposição da carteira de participações sociais detidas pela PARPÚBLICA, em € 35,56, o que se traduz numa perda de € 16,31 (-31,5%).

As flutuações verificadas no valor das acções do accionista Estado na CVP-SGH, S.A., ao longo desses cinco anos (1998-2003), evidenciam uma atitude passiva por parte do Estado ao não ter exercido atempadamente a sua opção de venda.

Tendo em conta a informação prestada pela alegante e a evolução dos factos, é possível aferir que não foi devidamente acautelado, por parte do Estado, o interesse público quanto ao investimento realizado na CVP-SGH, S.A., na medida em que a PARPÚBLICA não conseguiu concretizar a renegociação do Acordo Parassocial nem viabilizar a alienação das acções, justificada pela PARPÚBLICA pelos processos de transferência das acções para o IPE e, posteriormente, para a DGT.

A PARPÚBLICA entra em contradição quando argumentou nas alegações apresentadas em 24 Janeiro de 2001, no âmbito da auditoria do Tribunal de Contas a Operações de Gestão da Carteira de Títulos do Estado, que a intervenção do Estado na aquisição das acções da CVP-SGH, S.A., era um negócio “rentável” e, posteriormente, em 7 de Março de 2001 manifestou, ao Secretário de Estado da Saúde e à própria sociedade, a sua preocupação relativamente ao incumprimento dos pressupostos do Acordo de Cooperação celebrado com o Estado e do Acordo Parassocial celebrado com a PARPÚBLICA, e a consequente implicação na participação do Estado no capital social da CVP-SGH, S.A..

⁷³ 225.000 x € 8,39 = € 1.887.750.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

9.2 Análise Económico – Financeira

O Projecto de Reestruturação do HCVP, de 16 de Fevereiro de 1998, previa que no período de 1998 a 2008 (e seguintes) o valor de avaliação da actividade do HCVP ascendesse a € 25.937.490,64, tendo por base um *WACC*⁷⁴ de 10,46%, ou seja € 51,87 por cada acção, obtido a partir dos *Free Cash Flow* planeados.

A *TIR* obtida a partir dos mesmos *Free Cash Flow ex-post* é de 37,39%, conforme se verifica no quadro seguinte.

Quadro 8 – Free Cash Flow projectado

Unid:milhares euros

| Free Cash Flow : | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| EBIT*(1-Tc) | | 925 | 3.660 | 3.787 | 4.436 | 4.840 | 4.926 | 5.013 | 5.032 | 5.122 | 5.212 |
| DA | | 1.462 | 1.964 | 1.953 | 909 | 449 | 519 | 592 | 667 | 744 | 824 |
| Cash Flow Potencial | | 2.387 | 5.624 | 5.740 | 5.345 | 5.289 | 5.445 | 5.605 | 5.699 | 5.865 | 6.035 |
| Δ CCL | 713 | 2.912 | 3.611 | 225 | 84 | 200 | 204 | 210 | 215 | 222 | 228 |
| Cash Flow Real | 713 | 5.299 | 9.235 | 5.966 | 5.429 | 5.489 | 5.649 | 5.815 | 5.915 | 6.087 | 6.263 |
| ICF | 5.547 | 2.378 | 748 | 499 | 1.361 | 1.404 | 1.449 | 1.495 | 1.543 | 1.593 | 1.644 |
| | | 91 | | | | | | | | | |
| Rec. ICCL | | | | | | | | | | | 8.825 |
| Valor Terminal Cap. Fix. | | | | | | | | | | | 9.576 |
| Compl. p/ Perpetuidade | | | | | | | | | | | 33.160 |
| Free Cash Flow | -6.260 | -2.813 | 1.265 | 5.016 | 3.901 | 3.686 | 3.793 | 3.900 | 3.941 | 4.051 | 55.725 |
| TIR | 37,39% | | | | | | | | | | |

Fonte: Projecto de Reestruturação da CVP de Fevereiro de 1998

Porém, decorrido aquele período, constatou-se que os *Free Cash Flow verificados*⁷⁵ ficaram muito aquém dos valores projectados. O estudo do banco consultor avaliou a actividade do hospital em € 25.937.490,64, sendo que esse valor foi na realidade de € -14 448.658,48, conforme mostra o quadro seguinte.

Quadro 9 - Free Cash Flow verificado

Unid:milhares euros

| Free Cash Flow : | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|---------------|
| EBIT*(1-Tc) | 17 | 340 | 1.513 | 1.127 | 1.112 | 1.204 | 1.102 | 870 | -337 | 1.058 | 1.912 |
| DA | 218 | 1.031 | 2.063 | 1.335 | 1.660 | 1.861 | 2.742 | 7.070 | 2.137 | 2.241 | 1.325 |
| Cash Flow Potencial | 234 | 1.371 | 3.576 | 2.462 | 2.772 | 3.065 | 3.844 | 7.940 | 1.800 | 3.299 | 3.237 |
| Δ CCL | 713 | 2.457 | 235 | 630 | 1.988 | 7.154 | -2.545 | 5.873 | 2.053 | 1.207 | 167 |
| Cash Flow Real | -479 | -1.086 | 3.341 | 1.832 | 784 | -4.089 | 6.389 | 2.067 | -252 | 2.093 | 3.070 |
| ICF | 5.547 | 3.591 | 4.812 | 2.229 | 1.589 | 3.281 | 1.819 | 339 | 257 | 2.651 | 3.494 |
| Valor Terminal | | | | | | | | | | | -5.248 |
| Free Cash Flow | -6.026 | -4.677 | -1.470 | -397 | -805 | -7.371 | 4.570 | 1.728 | -509 | -559 | -5.672 |

Valor actual -14.449

Fonte: Balanço e Demonstração de Resultados de 1998 a 2008

⁷⁴ *WACC*- Weighted Average Cost of Capital – Custo médio ponderado do capital.

⁷⁵ Os *Free Cash Flow verificados* foram calculados com base nos mapas de origem e aplicação de fundos, elaborados a partir das demonstrações financeiras, cfr. Anexo D do Volume III.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Pelo método do *Discount Cash Flow* (DCF) apurou-se um valor por acção de €-28,90, resultando numa menos valia potencial de €-22,98 por acção.

Na impossibilidade de calcular a TIR dos *Free Cash Flow* verificados, dado constituírem uma série de *Cash Flow* não convencionais, recorreu-se à **abordagem de Teichroew** preconizada por Copeland (2005)⁷⁶ tendo-se obtido uma taxa de rendibilidade de -82,3%.

O quadro seguinte reflecte a rendibilidade económica anual projectada para os dez anos⁷⁷ correspondente à TIR obtida através dos *Cash Flow* do Projecto de Reestruturação do **banco consultor**, verificando-se que **as projecções foram substancialmente inflacionadas** face aos resultados verificados, no período em análise.

Quadro 10 – Rendibilidade económica

| Indicadores | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Rendibilidade Económica ex-ant* | 16,2% | 36,3% | 30,3% | 39,4% | 41,0% | 38,1% | 35,6% | 33,1% | 31,5% | 30,0% | 28,3% |
| Rendibilidade económica ex-post** | 0,6% | 4,1% | 18,8% | 12,6% | 10,3% | 7,9% | 7,7% | 5,8% | -2,3% | 6,9% | 10,6% |

* Cálculo baseado no Projecto de Reestruturação de 1998.

** Cálculo baseado nas demonstrações económico-financeiras.

As rendibilidades previsionais oscilaram entre 16,2% e 41% e as verificadas entre - 2,3% e 18,8%, sendo que a média aritmética simples das rendibilidades previsionais para o período considerado foi de 33,16%, enquanto que a média das verificadas foi de 7,24%. Tal disparidade nas rendibilidades só pode ter origem no incumprimento do Acordo Parassocial apontado pela PARPÚBLICA e numa gestão económico-financeira pouco rigorosa, já que o Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e CVP-SGH, S.A., nunca deixou de estar presente.

Da análise das demonstrações financeiras de 1998 a 2008, obteve-se os seguintes indicadores:

Quadro 11 – Indicadores

| Indicadores | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Autonomia Financeira | 23% | 20% | 23% | 21% | 22% | 20% | 23% | 25% | 24% | 25% | 26% |
| Liquidez Geral | 0,82 | 1,04 | 0,93 | 1,07 | 1,21 | 1,75 | 1,67 | 1,94 | 2,23 | 2,14 | 2,28 |
| Solvabilidade | 29% | 25% | 29% | 26% | 28% | 25% | 30% | 34% | 31% | 33% | 36% |
| Endividamento | 77% | 80% | 77% | 79% | 78% | 80% | 77% | 75% | 76% | 75% | 74% |

Fonte: Balanço e Demonstração de Resultados de 1998 a 2008.

⁷⁶ Vide, Copeland, Weston and Shasti, 2005, "Financial Theory and Corporate Policy", Pearson Education, Fourth Edition (International Edition).

⁷⁷ O cálculo da TIR a partir das taxas de rendibilidade económica contabilísticas foi inspirado na tese de doutoramento de J. Barreau, defendida em 1974 na Universidade Panthéon- Sorbonne, "*Relation entre le taux de rentabilité interne et le rendement comptable*".



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Os indicadores de solvabilidade e autonomia financeira mostram que a CVP-SGH, S.A., apresenta um equilíbrio financeiro medíocre, sendo que o rácio de endividamento é de cerca de 74%, em 2008. De facto, a autonomia financeira está aquém do desejável, sendo recomendável diligenciar no sentido de que o Estado não venha a ser chamado novamente para sanear o passivo da CVP-SGH, S.A..

Aliás, já em 2001, a PARPÚBLICA afirmava a necessidade de um corte nos custos excessivos de forma a contrabalançar os resultados, que por razões de incumprimento imputáveis à CVP, registavam “*uma redução superior a 200.000 contos*”⁷⁸ (um terço) por ano dos valores constantes do projecto” conforme carta de 9 de Março de 2001, anexa ao contraditório. Rememore-se que, tal como afirmado pela PARTEST “*as projecções de resultados*” “*definiu o preço pago pela participação*” e estas “*não irão ser cumpridas*”. Tendo em consideração a não redução dos custos, regista-se, assim, uma perda do “valor intrínseco” das acções, face ao projectado, em cerca de 37% (€ 19,2 por acção).

9.3 Acordos de Cooperação, celebrados desde 1998, entre a ARSLVT e a CVP -SGH, S.A.

Em **Junho de 1998**, foi celebrado o primeiro Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., regulando as condições em que o HCVP asseguraria a prestação de cuidados de saúde cirúrgicos aos utentes do SNS na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT), em áreas cirúrgicas onde se geravam grandes listas de espera, sendo o acordo válido por 5 anos automaticamente renováveis, por períodos de 2 anos.

Em **Mai de 2004**, por despacho do Ministro da Saúde, foi autorizada a renegociação e renovação do mencionado Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., tendo em vista a contratualização com esta sociedade.

O **novo Acordo de Cooperação**, entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., é assinado em **Março de 2005**, mantendo-se dentro do âmbito dos anteriores, ou seja, a prestação de cuidados de saúde pelo HVCP a doentes da RSLVT, nas áreas de cirurgia, ambulatório, internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, nas valências de cirurgia cardiotorácica, ortopedia, cirurgia vascular e oftalmológica⁷⁹.

O Acordo de Cooperação, celebrado para o ano de 2005, era válido por um período de um ano, prevendo a possibilidade da sua prorrogação por períodos iguais, até ao prazo

⁷⁸ € 997.595,80.

⁷⁹ O Acordo de 2 de Março de 2005 incluía, também, a valência de otorrinolaringologia que deixou de constar do respectivo objecto a partir do aditamento de 08.11.2006.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

máximo de três anos. A vigência deste contrato cessou a 31 de Dezembro de 2007, sem possibilidade de prorrogação.

Este Acordo foi objecto de dois aditamentos, o primeiro, em Março de 2006, que alterou a cláusula relativa à possibilidade de prorrogação do contrato⁸⁰, o segundo, datado de 8 de Novembro de 2006, alterou o objecto, condições de acesso e procedimentos de referenciação, produção contratada e forma de cálculo da retribuição.

Em **Junho de 2008**, foi celebrado um novo Acordo de Cooperação⁸¹ entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., com efeitos a 1 de Janeiro de 2008, válido por um período de um ano automaticamente prorrogável por períodos iguais até ao máximo de três anos, para a prestação de cuidados de saúde de cirurgia cardíaca, ortopedia, cirurgia vascular, oftalmologia e urologia, a utentes do SNS da área de abrangência exclusiva da RSLVT.

9.4 Apreciação do processo decisional subjacente à celebração dos Acordos de Cooperação

Em sessão da 2ª Secção do Tribunal de Contas, de 25 de Novembro de 2009, foi deliberado solicitar parecer ao Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República sobre questões jurídicas constantes do relato de auditoria, designadamente sobre a natureza jurídica da Cruz Vermelha Portuguesa, a extensão automática à Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade Gestora Hospitalar, S.A., do estatuto e dos benefícios próprios da Cruz Vermelha Portuguesa, e a sujeição ou não dos Acordos de Cooperação ao regime jurídico da contratação pública.

O referido parecer foi aprovado em sessão do Conselho Consultivo, de 3 de Março de 2011, transcrevendo-se de seguida as suas conclusões sobre a matéria:

“(…)

6.ª Os benefícios próprios das instituições particulares de solidariedade social legalmente atribuídos à Cruz Vermelha Portuguesa não são extensíveis à Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar,

⁸⁰ Conforme solicitado pelo Tribunal de Contas durante a apreciação do contrato.

⁸¹ Pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 82/2008, de 30 de Abril, publicada no Diário da República, 1ª série, nº 98, de 21 de Maio, foi autorizada a realização da despesa com a aquisição de serviços de prestação de cuidados de saúde, a doentes da área de abrangência exclusiva da RSLVT, no montante de € 21.132.599, delegando, com faculdade de subdelegação, na Ministra da Saúde a competência para o procedimento e selecção da entidade prestadora destes serviços. Por Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 27 de Maio de 2008, foi autorizada a celebração de contrato, por ajuste directo, com a CVP-SGH, S.A., para a prestação de cuidados de saúde.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

S.A., sociedade comercial cujo capital social é maioritariamente detido por aquela;

7.ª Os acordos de cooperação para a prestação de cuidados de saúde celebrados entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., sendo regulados pelas disposições conjugadas das Bases XII, n.º 3, XXVII, n.º 3, alínea e), e XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, pelo artigo 37.º, n.ºs 1, alínea c), e 2 do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, não estão sujeitos a concurso público prévio.

8.ª Face ao disposto nos n.ºs 5 a 7 do artigo 5.º do Código dos Contratos Públicos, os acordos dessa natureza que venham a ser celebrados entre as referidas entidades deverão obedecer às disposições constantes dos artigos 49.º (especificações técnicas) e 78.º (anúncio da adjudicação) e dos Capítulos VIII (habilitação) e IX (caução) do Título II da Parte II do Código, bem como às normas constantes do Código do Procedimento Administrativo e aos princípios gerais da actividade administrativa.”

Sobre as observações constantes do relato de auditoria nesta matéria, o Conselho de Administração da CVP-SGH, S.A., apresentou alegações que constam na íntegra no Volume II, para o qual se remete.

A ARSLVT não realizou quaisquer estudos económico-financeiros que sustentassem a celebração destes Acordos, não acautelando o interesse público, o que contraria o disposto na Base XII, n.º 3, da Lei de Bases da Saúde, no sentido de que podem ser contratadas a entidades privadas prestações de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custo, no artigo 6º, n.º2, do Decreto-Lei n.º 97/98, aplicável também ao sector social, que estabelece que a celebração de convenções não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no sector público, avaliada em sede de Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde, e o princípio da execução do orçamento das despesas nos termos do qual nenhuma despesa pode ser autorizada sem que satisfaça o princípio da economia, eficiência e eficácia.

Sendo a única forma de introduzir a escassez de recursos nas decisões, a ausência de estudos económico-financeiros pressupõe que os recursos a afectar à Saúde são ilimitados. Tal procedimento é sempre injustificado e injustificável, em particular na situação económica a que o país chegou.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

A ARSLVT também não procedeu a uma avaliação efectiva da capacidade instalada dos hospitais da rede do SNS, aquando da celebração do primeiro acordo e subsequentes, nem efectuou uma análise comparativa entre os custos resultantes desses Acordos e os custos da contratualização com os referidos hospitais (contratos-programas).

Relativamente a esta matéria, a ARSLVT esclarece que a avaliação de necessidades foi feita “(...) com base na lista de inscritos para cirurgia e da lista de espera para primeira consulta nos hospitais do SNS, (...)”. A verdade é que a avaliação de necessidades efectuada pela ARSLVT, apenas com base nas listas de espera a determinada data (cirurgia e consulta), não foi eficaz para estimar a efectiva capacidade instalada dos hospitais do SNS, uma vez que as listas de espera têm um efeito dinâmico. Como alternativa, a ARSLVT poderia, através do Departamento de Contratualização, ter negociado um aumento nas linhas de produção da actividade cirúrgica e consulta, conseguindo, assim, obter por parte das unidades hospitalares uma resposta mais sustentada.

Em 29 de Outubro de 2010, o Ministério da Saúde celebrou um novo Protocolo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa com vista a regular “o acesso dos utentes do Serviço Nacional de Saúde à prestação de cuidados de saúde nas instituições e serviços pertencentes à CVP”. O referido Protocolo prevê que “O recurso a esta prestação de cuidados não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no sector público, avaliada em sede das administrações regionais de saúde e devidamente fundamentada, designadamente através de análises custo-benefício e do histórico da actividade desenvolvida pelas instituições e serviços da CVP neste domínio”⁸². Até à presente data, não se tem conhecimento da existência de qualquer acordo e respectivo estudo, em consequência do novo Protocolo.

9.5 Efeitos financeiros dos Acordos de Cooperação celebrados entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A.

Desde 1998, data em que foi celebrado o primeiro Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., até 2008, as transferências efectuadas pela ARSLVT para a CVP-SGH, S.A., totalizaram € 198.509.992,00.

Aquando da celebração do Acordo de Cooperação para o ano de 2005, constatou-se uma significativa redução do “*plafond*” financeiro contratualizado, na ordem dos 74% (em 2004, a retribuição foi de € 30.301.159,00, enquanto que, em 2005, foi de € 17.396.433,00). Esta redução deveu-se ao facto de só a partir de 2005 o Acordo de

⁸² O que consubstancia o acolhimento parcial de uma recomendação constante do relato que foi submetido ao princípio do contraditório em Setembro de 2009.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Cooperação estabelecer um “*plafond*” financeiro anual, pelos cuidados de saúde contratualizados nas áreas da cirurgia e em consultas das valências e outros actos clínicos acordados.

Quadro 12 – Retribuições/Ganhos Operacionais

Unid.: Euros

| Anos | Transferências da ARSLVT (1) | Proveitos Operacionais da CVP-SGH,SA (2) | (3)= (1)/(2) |
|--------------|------------------------------|--|--------------|
| 1998 | 3.091.809 | 7.202.874 | 43% |
| 1999 | 10.918.925 | 25.064.715 | 44% |
| 2000 | 19.924.701 | 32.484.208 | 61% |
| 2001 | 20.520.776 | 35.933.879 | 57% |
| 2002 | 19.778.127 | 37.329.881 | 53% |
| 2003 | 20.651.592 | 39.736.188 | 52% |
| 2004 | 30.301.159 | 40.565.130 | 75% |
| 2005 | 17.396.433 | 36.504.729 | 48% |
| 2006 | 17.396.433 | 35.140.932 | 50% |
| 2007 | 17.396.436 | 40.300.889 | 43% |
| 2008 | 21.132.599 | 45.516.572 | 46% |
| Total | 198.508.992 | | |

Fonte: Relatórios e Contas da CVP-SGH,SA e informação da ARSLVT

As retribuições financeiras, efectuadas pela ARSLVT têm um peso significativo na actividade do HCVP, em média 52%, verificando-se que estes Acordos foram importantes na reposição e manutenção do **equilíbrio de exploração**, uma vez que contribuíram significativamente para os resultados operacionais da CVP-SGH, S.A..

10. PROCESSOS DE FISCALIZAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS

❖ Relatório de Auditoria n.º 8/2001-2ª S.

Da Auditoria a Operações de Gestão de Carteira de Títulos do Estado realizada pelo Tribunal de Contas, em 2001, destaca-se a seguinte conclusão:

“(…) a celebração, ao mesmo tempo do Acordo entre a CVP-SGH, S.A., e a ARSLVT, foi vital para o aumento do volume de negócios da sociedade privada, com benefícios evidentes para os seus accionistas privados, maioritário e minoritário, também contribuiu para diminuir, mas não eliminar, o risco evidente associado à injeção de capital, por parte da PARTEST, na Sociedade Gestora do HCVP, que, aliás, continua a ser substancial.”



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

❖ Processos de Fiscalização Prévia

Os acordos celebrados entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., em 2003 e 2005, foram sujeitos a fiscalização prévia, tendo os mesmos sido visados⁸³. O Acordo de Cooperação celebrado em **26 de Junho de 2008**, e com efeitos a 1 de Janeiro de 2008, foi remetido pela ARSLVT, para fiscalização prévia, tendo sido visado tacitamente, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 85º da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto.

11. ACÇÕES DE FISCALIZAÇÃO REALIZADAS POR ÓRGÃOS DE CONTROLO

❖ Relatório da Inspeção-Geral da Saúde

A Inspeção-Geral de Saúde, em articulação com a Inspeção-Geral de Finanças, realizou, em 2003, uma auditoria às relações financeiras do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com CVP-SGH, S.A., tendo “numa perspectiva de manutenção do Acordo de Cooperação com o HCVP” recomendado à ARSLVT o seguinte:

- ⊙ *“Assegure a adequada formalização de eventuais alterações substantivas que venham a ocorrer ao contrato (...)”;*
- ⊙ *“Desenvolva diligências junto das entidades referenciadoras, no sentido de melhorar o controlo sobre o encaminhamento e a referenciação dos utentes (...) por forma a evitar a assumpção de custos indevidos para o SNS”;*
- ⊙ *“(...) continuidade do trabalho já desenvolvido com vista a garantir a avaliação e acompanhamento sistemático do Acordo (...)”;*
- ⊙ *“(...) exigir as garantias devidas para salvaguarda do cumprimento contratual.”*

No decurso da presente auditoria, confirmou-se que foram introduzidos, pela ARSLVT, juntamente com a CVP-SGH, S.A., alguns procedimentos no sentido de dar cumprimento às recomendações resultantes da referida auditoria, nomeadamente quanto à referenciação dos utentes das Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários para o HCVP e quanto ao acompanhamento da execução física e financeira do Acordo de Cooperação.

⁸³ Processo n.º 1826/03 – visado em 4.09.2003; Processo n.º 2347/03 – visado em 13.11.2003; Processo n.º 868/05 – visado em 5.04.2006, com produção de efeitos após a data da concessão de Visto Prévio do Tribunal de Contas.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

12. MONITORIZAÇÃO EFECTUADA PELA ARSLVT AO ACORDO

12.1 Procedimentos de monitorização

Em resultado do levantamento dos procedimentos de monitorização efectuados no âmbito do Acordo de Cooperação, constatou-se que a ARSLVT:

- ☐ Procede, periodicamente, à monitorização da execução do Acordo, quer ao nível de quantidades contratadas, quer ao nível de valor contratualizado, através da análise às bases de dados da produção mensal, dos relatórios de execução mensal elaborados pela CVP-SGH, S.A., e da respectiva facturação;
- ☐ Exerce também as competências que lhe estão atribuídas no âmbito do acompanhamento e controlo do Acordo de Cooperação, quanto à realização de auditorias clínicas à produção dos cuidados de saúde. Porém, não existe evidência⁸⁴ de as Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários, procederem a uma avaliação da capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde antes de as mesmas referenciem para o HCVP;
- ☐ Acompanha as necessidades de acesso às primeiras consultas referenciadas pelas Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários⁸⁵ da RSLVT, efectuando uma avaliação da capacidade de resposta do HCVP⁸⁶;
- ☐ Efectua o acompanhamento dos desvios relevantes entre a procura expressa pelas Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários e a actividade contratada por especialidade, para que não seja ultrapassada a produção/retribuição financeira do Acordo.

No seguimento destas auditorias foram propostas pela ARSLVT medidas correctivas⁸⁷ desconhecendo-se, à data da presente auditoria, se as mesmas foram aceites pela CVP-SGH, S.A..

⁸⁴ Os processos clínicos da amostra não continham qualquer documento que demonstrasse que as Unidades de Cuidados de Saúde Primários tivessem efectuado uma consulta prévia da capacidade de resposta em tempo útil aos hospitais do SNS da RSLVT.

⁸⁵ O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, veio criar os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Os centros de saúde deixam de estar sujeitos ao diploma que os rege (Decreto-Lei n.º 157/99), a partir da sua integração num ACES.

⁸⁶ Esta preocupação resulta do facto de o número de doentes em espera e a capacidade de resposta do HCVP estar balizada pelo volume de produção contratada que se esgota quando atinge o valor financeiro máximo previsto no Acordo. Nas situações em que existe a necessidade de ajustar a procura à oferta disponível é suspensa temporariamente a referenciação da especialidade que estiver em causa, até que seja possível garantir de novo o acesso à prestação de cuidados de saúde em tempo considerado adequado.

⁸⁷ Designadamente, validar, por auditoria interna, os episódios efectuados, nomeadamente a codificação; melhorar a organização dos processos clínicos, separando de forma clara os episódios de internamento e de ambulatório, assim como os registos médicos dos de enfermagem; incluir em todos os processos clínicos a nota/relatório referente a cada episódio e folha de relatório operatório.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

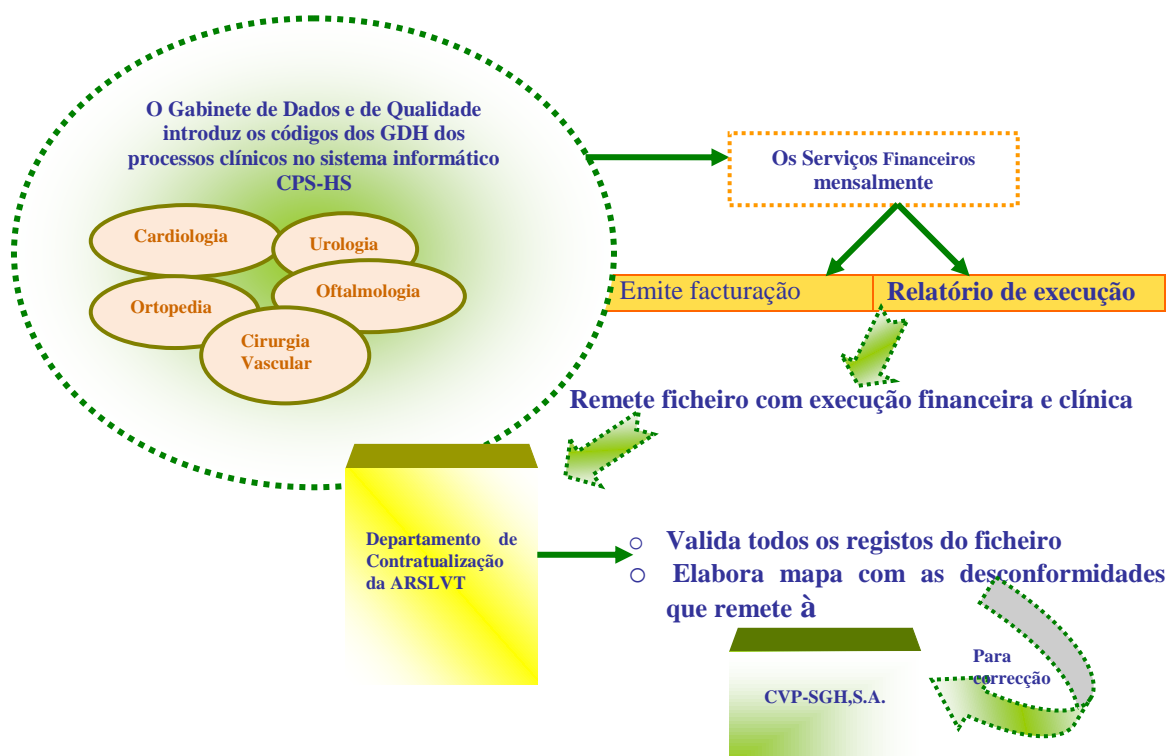
Sobre a matéria em apreço, informa a ARSLVT que “(...) a generalidade das medidas identificadas foi acolhida, estando nesta altura já ultrapassada parte das questões suscitadas”.

No que respeita à **verificação das condições de funcionamento** do Hospital nas áreas abrangidas pelo Acordo, verificou-se que a ARSLVT, não efectuou, em 2008, auditorias ou inspecções através de entidades externas.

Já no que diz respeito à realização de auditorias ou inspecções quanto às condições de funcionamento do HCVP, refere a ARSLVT que “(...) o Conselho Directivo irá promover” oportunamente “a execução de uma auditoria às condições de funcionamento (...) nas áreas mais relevantes (...)”. Como tal, regista-se com apreço a iniciativa do Conselho Directivo da ARSLVT sobre esta matéria.

A figura seguinte evidencia, de forma resumida, o papel desempenhado pela ARSLVT e pela CVP-SGH, S.A., relativamente ao acompanhamento executado no âmbito do Acordo e o processo de facturação, desde a introdução dos códigos dos GDH até à correcção das desconformidades detectadas.

Figura 1 - Processo de Facturação da CVP- SGH, S.A., à ARSLVT





Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

12.2 Auditorias Clínicas

No âmbito do Acordo são realizadas auditorias clínicas à produção dos cuidados de saúde prestados, tendo, em 2009, sido efectuadas **3 auditorias clínicas** pela ARSLVT, à produção de 2008, com os seguintes objectivos:

1. Constatar a coerência entre os registos informáticos e os registos no processo clínico, quanto à:
 - × Conformidade dos actos facturados e data da sua realização;
 - × Evidência no processo clínico de documento comprovativo da referência para o HCVP;
 - × Proveniência do doente.

Foram objecto desta auditoria 292 processos (correspondendo a 1239 actos do ambulatório) abrangendo todas as especialidades dos Acordo, tendo sido detectadas desconformidades em 112 processos (38,4%), das quais se destacam:

- × Consultas sem registo no processo clínico;
- × Realização de MCDT sem informação no processo clínico;
- × Consultas sem assinatura do médico;
- × Documento de referenciação incompleto (identificação do utente ou ausência de visto do Director da Unidade Prestadora de Cuidados de Saúde Primários).

2. Constatar a coerência entre os registos informáticos e os registos no processo clínico, quanto a:
 - × Procedimentos clínicos efectuados;
 - × Registo de morbilidades geradoras de internamentos;
 - × Complicações cirúrgicas geradoras de internamento;
 - × Conformidade da codificação.

Esta auditoria abrangeu 159 processos de todas as especialidades do Acordo, correspondendo a 226 episódios de internamento e de ambulatório, dos quais foram identificadas 42 desconformidades (18,6%), nomeadamente:

- × Episódios com alteração de GDH;
- × Episódios com erros de codificação;
- × Episódios com falhas no registo clínico.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

3. Esclarecer a proveniência de doentes referenciados para consulta de cardiologia pediátrica ou cirurgia cardíaca.

Refere-se que existiam 18 processos relativos a doentes identificados pelo HCVP como tendo sido referenciados pelo Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, sendo a verdadeira proveniência destes utentes do Hospital São João - Porto e Hospital Maria Pia - Porto não respeitando a rede de referência estabelecida no Acordo de Cooperação. Estes cuidados de saúde foram facturados no âmbito do referido Acordo e objecto de análise na auditoria clínica realizada pela ARSLVT. Porém, o valor facturado foi tido em consideração em sede de acerto de contas, tendo o mesmo sido deduzido em pagamentos posteriores. Esta situação foi, ainda, encaminhada para a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, para os devidos efeitos.

12.3 Avaliação do cumprimento das cláusulas do acordo de cooperação

Com o objectivo de avaliar o cumprimento do disposto nas cláusulas do Acordo de Cooperação, em vigor em 2008, designadamente no que respeita ao acesso dos utentes, condições e procedimentos de referência, garantia de qualidade e recursos humanos, procedeu-se à realização de testes de controlo e substantivos, tendo para o efeito sido seleccionada uma amostra de processos clínicos (203 processos) com base no ficheiro informático da produção dos cuidados de saúde prestados no ano de 2008.

Da análise efectuada aos processos clínicos da amostra seleccionada verificou-se o seguinte:

1. O HCVP assegura, no âmbito do Acordo, o acesso equitativo dos utentes da rede de referência da RSLVT, permitindo uma gestão e avaliação integrada de todo o processo de referência e marcação das primeiras consultas de especialidade hospitalar.
2. A referência efectuada pelas Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários estava documentada com o respectivo título de referência (cfr. n.º 1 do artigo 8º) e respeitava às especialidades de ortopedia, cirurgia vascular, oftalmologia e urologia (cfr. n.º 11 do artigo 8º), porém, em clara violação da alínea b) do n.º 11 do artigo 8º (falta de verificação da capacidade de resposta dos hospitais do SNS). Note-se que a falta deste procedimento conduziria à inviabilização da referência para o HCVP, de forma a evitar desperdícios da capacidade instalada do SNS. Refira-se, também, que alguns desses títulos de referência não evidenciavam a data de recepção no HCVP.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Em 2010, a ARSLVT divulgou, junto dos Directores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde da respectiva área geográfica, três Circulares Informativas⁸⁸ sobre a referenciação dos utentes para o HCVP, pelas quais reiteraram-se os pressupostos de referenciação (*“Existência de presunção de necessidade cirúrgica”*; *“Não haver capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS”*⁸⁹) e actualizaram-se os procedimentos a cumprir no que respeita à referenciação, nomeadamente no que concerne à verificação da capacidade de resposta no SNS⁹⁰⁻⁹¹.

Na Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de Maio afirma-se, mesmo, que:

“(…) a faculdade conferida às Unidades de Cuidados de Saúde Primários para encaminhamento directo de doentes para o HCVP ao abrigo do presente Acordo de Cooperação presta-se a que haja eventual não aproveitamento da capacidade instalada no SNS e o concomitante não cumprimento do pressuposto de apenas se dever recorrer a entidades externas quando se verifica objectivamente ausência de condições de resposta em tempo adequado, nomeadamente, dentro dos prazos estabelecidos no Regulamento do SIGIC (Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro) e na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, na qual se fixam os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para acesso a cuidados de saúde.”

E que:

“(…) sem prejuízo das naturais preocupações em garantir o racional aproveitamento dos recursos existentes no SNS e a equidade no acesso, transmitem-se um conjunto de orientações no que respeita à referenciação para o HCVP pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários:

e) (…)

⁸⁸ Circulares Informativas n.ºs 10924/DC/2010, de 10 de Maio, 17665/DC/2010, de 2 de Agosto, e 21481/DC/2010, de 25 de Setembro.

⁸⁹ Cfr. ponto 1 da Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de Maio.

⁹⁰ Vide, em particular, Circular Informativa n.º 17665/DC/2010, de 2 de Agosto (que alterou o procedimento instituído pela Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de Maio).

⁹¹ As Circulares Informativas da ARSLVT vão ao encontro das recomendações propostas no relato de auditoria, no sentido do Conselho Directivo da ARSLVT *“Proceder a diligências, junto das entidades referenciadoras, no sentido de melhorar o controlo sobre o encaminhamento e a referenciação dos utentes, de forma a evitar a assumpção de custos no âmbito do Acordo quando exista capacidade instalada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde”* e de *“Não permitir a referenciação para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa de qualquer utente, sem prévia avaliação da capacidade instalada do Serviço Nacional de Saúde, em dar satisfação ao problema de saúde”*.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

f) O encaminhamento dos utentes apenas deve ocorrer nas situações em que se verifique efectivo défice de capacidade de resposta no SNS, isto é, quando não é possível assegurar a prestação de cuidados dentro dos tempos máximos de resposta garantidos para cirurgia.

(...)

O cumprimento desta premissa é indispensável para salvaguarda a boa utilização dos recursos disponíveis nas unidades hospitalares do SNS e evitar eventuais desperdícios da capacidade instalada.

g) (...)

h) (...)”.

3. A referenciação para cirurgia cardíaca apenas foi efectuada por hospitais conforme o estipulado no nº 2 do artigo 8º, não se tendo verificado qualquer referenciação para esta especialidade por parte das Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários.
4. Os Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Ocidental, e o Hospital Garcia de Orta, E.P.E, referenciaram utentes para a especialidade cardiotorácica⁹² (cardiologia pediátrica e cirurgia cardíaca a adultos), contrariando o disposto no artigo 8º.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E, sobre a questão em apreço, alega que “(...) *Das situações analisadas verifica-se que a maior parte dos doentes transferidos do “CHLN”, para o “HCVP” em 2008 são doentes que, por opção própria, e não do “CHLN”, preferiram receber assistência neste último hospital em regime privado, e não ao abrigo do Acordo de Cooperação.*” Refere ainda que “(...) *Noutro caso, terá sido feita consulta prévia aos restantes hospitais da rede, com omissão do dever de emissão do título de referenciação, o que, salvo o devido respeito, será de menor relevância, atendendo ao dever de garantir efectiva e eficientemente os cuidados de saúde adequados ao doente referenciado, que, neste como nos restantes casos, impedia sobre o CHLN*”.

Tal afirmação não corresponde à verdade dos factos, uma vez que os documentos probatórios recolhidos no âmbito da auditoria demonstram o contrário. Na verdade, desses documentos consta a decisão de transferir o doente para o HCVP por falta de capacidade de resposta do CHLN uma vez que este não garantia a realização dos cuidados de saúde de forma efectiva e eficiente.

⁹² Cfr. Quadro 1 do Anexo B.





Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

5. O Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., transferiu um utente do Serviço Nacional de Saúde para cardiologia pediátrica do HCVP, após ter confirmado a incapacidade de resposta do hospital de referência.
6. O HCVP recebeu doentes do Hospital Reynaldo dos Santos e do Hospital de Torres Vedras referenciados pelo HCC, não existindo necessidade de prévia avaliação da capacidade de resposta dos Hospitais da Região, na área da cirurgia cardíaca a adultos, conforme o disposto no n.º 3 do artigo 8.º do Acordo de Cooperação.
7. Os doentes de cirurgia cardíaca pediátrica foram referenciados pelos hospitais da área de influência da ARSLVT, de acordo com o n.º 10 do artigo 8.º.
8. O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E, (Hospital de Torres Novas) referenciou alguns doentes, para cirurgia cardíaca a adultos, para o HCVP. Embora a referência realizada directamente por aquele Centro Hospitalar não se enquadre no âmbito do Acordo, o mesmo avaliou previamente a capacidade de resposta do CHLO (Hospital de Santa Cruz), verificando-se, também, que o SAMS encaminhou situações pediátricas para o HCVP contrariando o referido artigo (cfr. Quadro 2 do Anexo B).

Face ao exposto conclui-se, da amostra seleccionada, que:

-  Os processos clínicos dos utentes referenciados pelas Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários não evidenciavam quaisquer diligências efectuadas no que concerne à verificação da capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS da RSLVT, contrariando o disposto na alínea b) do n.º 11 do artigo 8.º.
-  A referência efectuada pelos hospitais sem a especialidade cardiotorácica para o HCVP, designadamente o Hospital Garcia de Orta, E.P.E.⁹³, deveu-se, na sua

⁹³ Nas propostas de cirurgia para o HCVP constam, entre outros, as seguintes justificações – **Processo n.º 96108120**: “(...) Propôs-se a doente para cirurgia para o Hospital de Santa Maria, (...) que a recusou por elevado risco cirúrgico. (...) Por se discordar da avaliação realizada, propõe-se a doente para o HCVP.”, **Processo n.º 394483**: “(...) Foi contactado o Hospital de Santa Maria que mostrou indisponibilidade de realizar cirurgia de revascularização miocárdica em tempo clinicamente aceitável para este doente. Nesse sentido, contactou-se o HCVP tendo-se acordado a transferência do doente hoje para cirurgia cardíaca amanhã”, **Processo n.º 404436** – “ (...) Foi contactada a cirurgia cardiotorácica do Hospital de Santa Maria, que recusou o doente por falta de vagas. Contactou-se o HCVP (...) que aceitou a doente, pelo que se transfere.”, **Processo n.º 97139292**: “(...) Foi proposta para cirurgia cardíaca para o Hospital de Santa Maria e recusada por apresentar gradientes transvalvulares aórticos baixos (...) mantém-se o diagnóstico de Estenose aórtica grave em doente sintomático pelo que se propõe para cirurgia de substituição valvular aórtica para o vosso centro cirúrgico.”, **Processo n.º 96129962**: “(...) Propôs-se para cirurgia de revascularização do miocárdio no Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de Santa Maria. A doente foi recusada a 26/11/2008 por



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

maioria, ao facto de os Centros Hospitalares de Lisboa Central, Norte e Ocidental⁹⁴, não terem capacidade de resposta em tempo útil para realizarem essas cirurgias, e em alguns casos por considerarem que eram de elevado risco.

- ❏ O Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., transferiu um utente do Serviço Nacional de Saúde para o HCVP, após ter confirmado a incapacidade de resposta do hospital de referência de cardiologia pediátrica (CHLO - Hospital de Santa Cruz), bem como o Hospital de São Francisco de Xavier com o qual o Hospital de Santa Cruz tem apoio neonatal.

No âmbito da Auditoria Financeira ao HCC (Relatório n.º 8/09- 2ª Secção), o CHLN (Hospital de Santa Maria) e o CHLC (Hospital de Santa Marta), declararam **que possuíam capacidade instalada, em 2007 e 2008, para a realização de mais 390 cirurgias cardiotorácicas/ ano**⁹⁵.

Assim, existindo capacidade instalada disponível nos hospitais do SNS (Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte) poder-se-á inferir, salvo prova quantificada em contrário, que, com elevado grau de verosimilhança, o SNS revela um desperdício da capacidade disponível (oferta) destes hospitais na realização de mais cirurgias cardiotorácicas na RSLVT. Sendo certo que os preços pagos à CVP-SGH, S.A., surgem, assim, onerados do custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa.

Confrontados, na presente auditoria, com esta situação o CHLN (Hospital de Santa Maria) confirmou efectivamente ter reencaminhado para o HCVP, em 2008, 34 utentes para consulta e 3 utentes para intervenção cirúrgica.

Em sede de contraditório, a CVP-SGH, S.A., expressa a sua indignação quanto às conclusões do Relato em matéria de capacidade disponível dos hospitais do SNS,

apresentar extenso hematoma na loca do CDI (...). Dado o risco clínico muito elevado (...) contacta-se o HCVP para reavaliação da situação e eventual cirurgia.”

⁹⁴ O Hospital de São Francisco Xavier referenciou doentes para o HCVP com as seguintes justificações: **Processo n.º 2820991**: “(...) Dada a clara indicação cirúrgica e emergência da situação, contactei Hospital Santa Cruz (...) que não a aceitou por impossibilidade de vaga. (...) Contactei o H. Santa Marta recusou a paciente por impossibilidade material de a receber. (...) Transfere-se para o HCVP”.

⁹⁵ Nas alegações apresentadas pelo CHLC no âmbito da Auditoria Financeira ao HCC, o Conselho de Administração informou que “*Relativamente ao ano 2009, em 31 de Janeiro, a lista de espera para cirurgia, incluindo cirurgia cardíaca de adultos e pediátrica e cirurgia torácica, era de 136 doentes, encontrando-se prevista a realização de 1520 cirurgias, o que corresponde a um acréscimo de 309 cirurgias face às 1211 realizadas em 2008. Deste acréscimo, 200 cirurgias serão cardíacas de adultos e pediátricas, desde que o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Alfredo da Costa passem a referenciar para este Centro Hospitalar os doentes que actualmente enviam para o HCVP*” e que daquelas 200 cirurgias cardíacas “40 a 45 serão cirurgias cardíacas pediátricas e as restantes, cirurgias cardíacas de adultos, nomeadamente aquelas que actualmente estão a ser referenciadas do Hospital de Curry Cabral para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa”.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

referindo que *“Será muito estranho que tantas e diversas vontades políticas conviessem nesse pressuposto, como fundamento da necessidade de celebração ou renovação dos Acordos de Cooperação com a CVP-SGH, se não estivessem absolutamente certos (...) da incapacidade e (ou) indisponibilidade destes para a prestação célere e de qualidade de cuidados de saúde cirúrgico-cardiorácicos por todos os que os procuravam”*.

Apesar de esta matéria ter sido tratada com clarividência, considera-se ainda ser conveniente esclarecer o seguinte: Os Acordos de Cooperação celebrados entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A., sempre tiveram por objectivo a complementaridade da prestação de cuidados de saúde em relação aos hospitais do SNS. Como tal, essa prestação deveria ser “accionada” apenas nos casos em que os hospitais do SNS assumissem a sua falta de capacidade de resposta face à procura, e, assim, estar-se-ia a cumprir o objectivo do Acordo. Esta situação torna-se, ainda mais proeminente nos casos de urgência/emergência de doentes do foro da cirurgia cardíaca, para os quais foram criadas as Vias Verdes (EAM e do AVC), dotando os hospitais do SNS de meios próprios de forma a dar resposta a esses casos.

Para além do mais, o contributo do HCVP prende-se não com a redução das listas de espera do SNS (cirurgia e consulta), como fazem as unidades prestadoras de cuidados de saúde do sector social e privado com quem a ARSLVT tem vindo a celebrar acordos/convenções com o objectivo de reduzir as listas e o tempo de espera, mas com o aumento da lista de espera ao não incluir no SIGIC os doentes referenciados para o HCVP.

Os utentes provenientes do CHLC (Hospital de Santa Marta), da especialidade de cirurgia cardiorácica, foram na sua maioria operados inicialmente nesse hospital pela equipa cirúrgica que trabalha actualmente no HCVP. Por estes doentes necessitarem de contínua correcção cirúrgica até à conclusão do tratamento são aceites no HCVP sem a respectiva avaliação efectuada pelo CHLC (Hospital de Santa Marta).

Nas alegações apresentadas o CHLC concorda com o descrito no parágrafo anterior, referindo no entanto que *“(...) não existe nenhuma justificação técnica que fundamente que tais tratamentos ou observações devam ser efectuados pela equipa que os iniciou (...). Acresce que o HSMARTA, sendo Centro de Referência Nacional, para a Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca, com todas as capacidades técnicas, médicas e cirúrgicas, para o tratamento de doentes com cardiopatias dos 0 anos à idade adulta (...), não se vislumbra qualquer necessidade de recurso a esses tratamentos noutros Centros com menor capacidade”*.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT,I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Esclarece ainda “(...) que, em nenhum momento, o HSMARTA foi questionado pela ARSLVT sobre a possibilidade de existirem incapacidades técnicas que justificassem a continuação do tratamento destes doentes no HCVP”. Para além disso, vem alegar que é “De estranhar (...) que seja referido como médico responsável pela referênciação o Dr. Maymone Martins, clínico que nunca trabalhou neste CHLC, E.P.E.”.

Sobre esta matéria, reconhece-se que os doentes deverão ser reencaminhados para reavaliação para o CHLC - Hospital de Santa Marta, como Centro de Referência Nacional para Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca, no entanto, essa obrigatoriedade não deverá ocasionar conflito de interesses, entre a obrigatoriedade e o direito de opção do doente, pondo em causa o princípio de liberdade de escolha.

- ❏ O HFF referenciou para o HCVP, situações de cardiologia pediátrica cujos doentes eram provenientes do Hospital de São João - Porto e Hospital Maria Pia -Porto, contrariando o disposto no Acordo de Cooperação.
- ❏ O SAMS encaminhou indevidamente doentes para o HCVP, uma vez que o Acordo de Cooperação não abrange a referênciação por parte de entidades privadas de saúde.

Quanto a este último ponto, a ARSLVT dá conhecimento que “No acerto de contas do ano de 2008 (...) já se encontra reflectida a dedução correspondente aos cuidados de saúde prestados a 3 doentes referenciados pelo Hospital do SAMS, no valor de 4.739,76 Euro”.

Conclui-se, também, que o presente Acordo de Cooperação, apesar de contribuir, para a resolução do problema das listas de espera nas especialidades contempladas, não permite o cumprimento dos seguintes princípios:

- Ⓢ Equidade e imparcialidade – no que respeita à acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, existe um tratamento desigual entre os utentes referenciados pelo HCC (e outros hospitais) e, ainda, pelas unidades de saúde da RSLVT para as especialidades estabelecidas no Acordo, dos restantes não referenciados para o HCVP.
- Ⓢ Refira-se ainda, que os utentes abrangidos pelo Acordo de Cooperação não pagam a taxa moderadora pelos cuidados de saúde prestados no âmbito do Acordo de Cooperação (consulta, MCDT e internamento), diferentemente do que acontece com os utentes que recorrem aos cuidados de saúde prestados pelos hospitais do SNS.
- Ⓢ Universalidade - uma vez que os utentes referenciados para o HCVP não são integrados no Sistema de informação e Gestão de Inscritos para Cirurgia.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Em sede de contraditório, alega a ARSLVT que “(...) sendo a referência determinada pelos médicos de medicina geral e familiar e estando este Conselho Directivo absolutamente convicto de que são conhecedores dos termos pelos quais se rege o Acordo de Cooperação, particularmente dos pressupostos e procedimentos subjacentes ao encaminhamento dos utentes para o HCVP, nada leva a crer que houve violação da alínea b) do n.º 11 do artigo 8º (...), reafirmando, ainda, que “(...)apesar de não constar nos documentos de referência auditados (...) a evidência de quaisquer diligências efectuadas no sentido de avaliar a capacidade de resposta no SNS, não se pode inferir que este requisito não foi tido em consideração no momento da referência”.

Sendo verdade que é da responsabilidade dos médicos dos Centros de Saúde, dentro da sua autonomia profissional, avaliarem a situação clínica do cada doente e responderem de uma forma célere, não deixa de ser menos verdade que também a estes profissionais cabe o dever de zelar pelo cumprimento dos princípios da equidade e da imparcialidade.

A informação que a ARSLVT apresenta nas suas alegações sobre os dados recolhidos nos sistemas de informação para a contratualização e acompanhamento (SICA) e Consulta a Tempo e Horas (CTH), demonstra que os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para os doentes inscritos nestes sistemas são superiores aos que se registam na referência dos doentes para o HCVP, mantendo-se, desta forma, a desigualdade no tratamento dos doentes nas mesmas patologias inscritos no SIGIC.

Apesar de o Conselho Directivo da ARSLVT considerar “(...) que a capacidade de resposta do SNS é actualmente insuficiente para dar cumprimento aos TMRG definidos para cirurgia programada (...) o que fundamenta o recurso ao HCVP (...)”, vem dizer que “(...) acolhe (...) as recomendações no sentido de melhorar o controlo sobre a referência dos utentes, de forma a evitar desperdícios de recursos quando exista capacidade instalada dos hospitais do SNS”.

Relativamente à referência para a cirurgia cardíaca, e no seguimento das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no âmbito da Auditoria Financeira ao HCC⁹⁶, o “(...) Conselho Directivo da ARSLVT determinou a realização de um estudo de Análise Custo-Benefício de referência para o HCVP”. Em resultado das conclusões desse estudo, a ARSLVT afirma que “(...) será reavaliada a referência no âmbito da cirurgia cardíaca e promovidas as medidas consideradas necessárias, por forma a não propiciar desperdícios resultantes da subutilização da capacidade instalada no SNS (...)”.

⁹⁶ Cfr. Relatório n.º 8/2009 – 2ª Secção.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Quanto ao não pagamento de taxas moderadoras pelos utentes que têm beneficiado dos cuidados de saúde prestados no âmbito do Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., o “(...) Conselho Directivo da ARSLVT reconhece essa lacuna no clausulado do Acordo, pelo que para o efeito irá contactar a CVP- Sociedade Hospitalar, S.A., no sentido de ser implementada a sua cobrança (...)”.

12.4 Qualidade dos cuidados de saúde prestados no HCVP aos utentes no âmbito do Acordo de Cooperação

Apesar de se ter verificado que a ARSLVT procedeu a um acompanhamento das obrigações contratuais da CVP-SGH, S.A., constatou-se que não realizou, em 2008, uma avaliação sobre a qualidade dos serviços prestados nas áreas de actividade assistencial, humana e técnica abrangidas pelo Acordo, não tendo sido identificados quaisquer mecanismos implementados pela ARSLVT para aferir a qualidade dos referidos serviços prestados.

Sobre esta matéria vem a CVP-SGH, S.A., referir que parece “(...) haver nessa exigência alguma duplicação em relação ao controlo e acompanhamento que as equipas da ARSLVT faziam (...) nas quais se incluíam (...) auditorias clínicas à produção dos cuidados de saúde (...)” e ainda “(...) que a aferição da qualidade dos serviços prestados (...) não se faz solicitando a cada um dos milhões de utentes declaração e respostas a questionários sobre as condições do seu tratamento, mas, muito mais eficientemente, pela negativa, em função das queixas apresentadas pelos utentes – e que, directa ou indirectamente, constariam do registos hospitalares”.

Esta apreciação peca, não só pela interpretação distorcida da recomendação quanto à realização de auditorias à qualidade dos cuidados de saúde prestados, mas também, pela falta de rigor na terminologia utilizada. Quando se recomenda à ARSLVT que efectue uma avaliação da qualidade desses cuidados, é pressuposto que essa avaliação seja direccionada efectivamente à qualidade, não devendo para o efeito ser confundida com as auditorias realizadas à execução física do Acordo (produção), para além disso, deve-se ter em atenção que produção não é sinónimo de qualidade. Mais, pretender avaliar a qualidade dos serviços prestados pela CVP-SGH, S.A., somente pela inexistência de reclamações/queixas é manifestamente insuficiente considerando que, por variadíssimas razões, a reclamação não é ainda um instrumento utilizado com frequência pelos utentes.

Aliás, a recomendação formulada quanto à avaliação da qualidade dos serviços prestados nas áreas de actividade assistencial, é acolhida pela ARSLVT que nas suas alegações informa que o “(...) Conselho Directivo irá tomar medidas com vista a avaliar o desempenho do hospital nestas vertentes.” Referindo ainda que “(...) irá definir um



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

conjunto de indicadores para monitorização e avaliação da qualidade dos serviços de natureza assistencial (...). Regista-se com apreço as medidas a implementar nestas áreas com o objectivo de aferir a qualidade dos serviços prestados no HCVP.

Para avaliar o grau de satisfação dos utentes com os serviços prestados no HCVP, procedeu-se à análise da evolução do número de reclamações apresentadas por estes, no biénio 2007-2008, bem como a sua tipologia, não se tendo identificado qualquer reclamação sobre os serviços prestados no âmbito do Acordo.

Ainda, no decurso da auditoria foi elaborado um questionário nominal com 12 perguntas e remetido a 203 utentes seleccionados previamente e de forma aleatória com o objectivo de avaliar a qualidade e aferir o grau de satisfação dos utentes quanto aos cuidados de saúde prestados, em 2008, no HCVP no âmbito do Acordo de Cooperação. Dos inquéritos enviados responderam 45% dos utentes.

Os questionários pretenderam, essencialmente, avaliar a satisfação do utente relativamente ao serviço prestado pela equipa médica, confirmar a ocorrência de complicações pós-operatórias e/ou reinternamento e recolher opinião dos inquiridos quanto à aceitação de, no futuro, poderem vir a ser intervencionados no HCVP.

No que se refere à satisfação do utente relativamente ao serviço prestado pela equipa médica, **97%** considerou boa, **2%** aceitável e **1%** insatisfatória.

Na questão sobre a existência de complicações pós-operatórias, da necessidade de reinternamento e se, no geral o problema de saúde ficou resolvido, obteve-se o seguinte resultado:

Quadro 13 – Resultados dos inquéritos

| Complicações pós-operatórias | Reinternamento | Problema de saúde resolvido |
|------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| 81% - Não 19% - Sim | 90% - Não 10% - Sim | 84% - Sim 16% - Não |

As complicações pós-operatórias ocorreram com mais incidência na especialidade de cirurgia cardiotorácica, enquanto os reinternamentos ocorreram com maior incidência nas especialidades de ortopedia e oftalmologia.

Relativamente à forma como correu a cirurgia, **66%** considerou muito boa, **31%** bem, **2%** mal e **1%** não responderam.

Quanto à forma como os utentes foram tratados no internamento, **90%** considerou boa, **6%** aceitável e **4%** não responderam.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT,I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Relativamente à questão se aceitariam ser intervencionados novamente no HCVP, **97%** dos inquiridos responderam afirmativamente, **1%** responderam negativamente e **2%** não responderam.

No quadro seguinte encontra-se reflectido o tempo de espera entre a última consulta e a realização da cirurgia.

Quadro 14 – Número de dias entre a última consulta e a cirurgia

| Entre 8 a 15 dias | Entre 15 a 30 dias | Mais de 30 dias | Não responderam |
|-------------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| 47% | 25% | 11% | 17% |

Em relação à questão sobre se o número de observações efectuadas pelo médico durante o internamento foi o adequado, **93%** dos utentes responderam afirmativamente, **1%** responderam negativamente e **6%** não responderam.

O quadro seguinte reflecte de forma percentual o número de observações/consultas efectuadas pelo médico, aos utentes, após a cirurgia realizada no HCVP.

Quadro 15 – Número de consultas pós operatórias

| 1 Consulta | 2 Consultas | 3 ou mais Consultas | Não responderam |
|------------|-------------|---------------------|-----------------|
| 7% | 21% | 71% | 1% |

Das respostas dos inquiridos, observa-se que **99%** obtiveram pelo menos uma observação/consulta, após a cirurgia, dos quais **71%**, 3 ou mais consultas. O maior número de observações/consultas efectuadas pelo médico, após a cirurgia, verificou-se na especialidade de cirurgia cardiotorácica e de ortopedia.

Face ao exposto conclui-se, em termos gerais, que os cuidados de saúde prestados no HCVP aos utentes do SNS no âmbito do Acordo de Cooperação são bons. Alguns dos inquiridos referem que os recursos humanos afectos à prestação dos cuidados de saúde tiveram um bom desempenho.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

12.5 Incompatibilidades - Pessoal médico

Encontra-se previsto no n.º1 do artigo 10º que o pessoal médico a exercer actividade no HCVP nas áreas clínicas abrangidas pelo Acordo não pode manter actividade simultânea em estabelecimentos do SNS.

Porém, no decurso da auditoria, detectou-se a existência de uma médica a exercer funções em cirurgia cardiotorácica no HCVP, exercendo funções, em simultâneo, de consultora de cardiologia pediátrica no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, desde 1 de Junho de 1996 a 12 de Maio de 2009, como prestadora de serviços. Nos processos clínicos analisados constatou-se ainda que os utentes provenientes do Hospital de São João -Porto (situações pediátricas) eram reencaminhados para o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, sendo a documentação clínica enviada em nome pessoal dessa médica. Esta situação subverte o estipulado no Acordo no que respeita à definição da área de influência (RSLVT)⁹⁷ quanto à cirurgia cardíaca pediátrica.

Face ao exposto, considera-se que não foi garantido o princípio da legalidade quanto ao impedimento do exercício de funções em simultâneo no HCVP e em estabelecimentos do SNS, nem o princípio da transparência, dado que alguns dos doentes referenciados pelo Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca para o HCVP não são doentes da área geográfica de RSLVT.

12.6 Regime Financeiro

No que concerne ao cumprimento do disposto nas cláusulas do Acordo de Cooperação, quanto à produção e retribuição a CVP-SGH, S.A., em 2008, não ultrapassou o estabelecido no Acordo contrariamente ao sucedido em 2007, uma vez que o valor total facturado excedeu o “*plafond*” financeiro máximo anual contratado em cerca de € 710.379,89⁹⁸.

Dos processos clínicos seleccionados, constatou-se que os cuidados de saúde prestados aos utentes se encontravam facturados de acordo com os critérios definidos no artigo 13º do Acordo de Cooperação.

⁹⁷ Conforme o estabelecido no n.º10 do artigo 8 do Acordo de Cooperação.

⁹⁸ Em 2007 o valor total facturado (€ 18.106.813,08) pela CVP-SGH, S.A., foi superior em € 710 379,89 face ao volume financeiro máximo anual contratado (€ 17.396.433), contrariando o disposto no n.º 1 do artigo. 12º do Acordo de Cooperação. A ARSLVT não procedeu ainda ao pagamento do valor excedentário estando a aguardar parecer jurídico sobre esta matéria.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Os cuidados de saúde prestados no âmbito do acordo, no ano de 2008, foram facturados ao preço estabelecido na Portaria n.º110-A/2007, de 23 de Janeiro, deduzido do montante de 10%.

Em 2008, a retribuição devida à CVP-SGH, S.A., foi repartida por doze prestações mensais de igual valor, sendo que a ARSLVT pagou 90% do valor apurado mensalmente.

O controlo financeiro efectuado pela ARSLVT é baseado em documentos remetidos pela CVP-SGH, S.A., nomeadamente mapas de cálculo e retribuição devida face à actividade realizada no mês anterior, com discriminação do saldo apurado face aos duodécimos processados e relatório global de execução do Acordo no ano anterior, para efeitos do processo de acerto de contas, cumprindo o estabelecido no artigo 15º do Acordo.

Importa referir que até à data da realização da presente auditoria não se encontrava nomeado pela Ministra da Saúde o Controlador Financeiro tal como indica o nº 5 do referido artigo do Acordo.

13. EXECUÇÃO E CUSTOS DA ACTIVIDADE CONTRATADA NO ÂMBITO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO

13.1 Execução da actividade contratada

Atendendo à procura expressa, consubstanciada na estimativa da produção para o ano de 2008, a ARSLVT contratualizou **46.870** actos médicos e cirúrgicos com a CVP-SGH, S.A., nas especialidades de ortopedia, oftalmologia, urologia, cirurgia cardiotorácica e cirurgia vascular. Salienta-se, que a área da consulta foi onde se verificou uma maior contratualização (30 180 consultas).

Quadro 16- Actividade contratada para 2008

| Actividade Contratada 2008 | | |
|-------------------------------|--------|----------------------|
| | Qtd | Valor € |
| Cirurgia | 5.250 | 19.729.624,85 |
| Consulta | 30.180 | 814.846,50 |
| MCDT | 11.440 | 588.127,95 |
| Total | | 21.132.599,30 |

Fonte: Acordo de Cooperação

O valor contratualizado, para 2008, foi de € 21.132.599,30, sendo a área de cirurgia a que absorveu o maior volume financeiro (€ 19.729.624,85).

O quadro 17 indica os registos de actos médicos realizados e facturados no âmbito do Acordo e constantes do ficheiro de 2008.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Quadro 17- Produção de 2008 -Acordo de Cooperação

| Especialidades | Número de actos médicos | | | | | Total |
|-------------------------|-------------------------|--------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| | Consultas | GDH | | MCDT | Cateteris mos | |
| | | Cirurgico | Médico | | | |
| Cirurgia cardiotorácica | 1.919 | 455 | 42 | 1.875 | | 4.291 |
| Ortopedia | 8.957 | 1.329 | 34 | 252 | | 10.572 |
| Oftalmologia | 11.985 | 3.066 | | 8.088 | | 23.139 |
| Cirurgia vascular | 5.358 | 1.470 | 4 | 1.546 | 217 | 8.595 |
| Urologia | 65 | 7 | 2 | 12 | | 86 |
| Total | 28.284 | 6.327 | 82 | 11.773 | 217 | 46.683 |

Fonte: Base dados da produção realizada em 2008, no âmbito do Acordo de Cooperação.

As consultas de oftalmologia (42%), ortopedia (32%) e cirurgia vascular (19%) são as mais expressivas no total das consultas contratualizadas (cfr. figura 2). Note-se que o número reduzido de actos de urologia deve-se ao facto de a sua produção se ter iniciado em Novembro de 2008.

Figura 2 - Consultas
Consultas

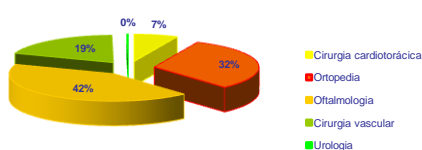
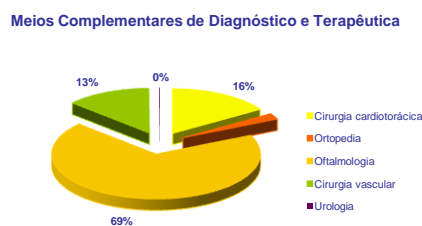


Figura 3 - MCDT



Quanto aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, destaca-se a especialidade de oftalmologia com cerca de 69%.

Relativamente aos cuidados de saúde prestados a beneficiários de subsistemas, verificou-se que a ARSLVT procede à facturação aos subsistemas, apenas no final do ano. A facturação relativa aos cuidados de saúde prestados, em 2008, a beneficiários dos subsistemas irá ocorrer após as correcções de actos clínicos e outros resultantes das auditorias de monitorização, realizadas, em 2009, pela ARSLVT⁹⁹.

No que se refere ao disposto no nº 5 do artigo 13º foram identificadas cirurgias não integráveis na actividade prevista no objecto do Acordo, não tendo ultrapassado os 5% da produção cirúrgica prevista para cada especialidade, conforme se demonstra no quadro seguinte:

⁹⁹ No decurso da presente auditoria ainda não se encontravam efectuadas as correcções resultantes das desconformidades identificadas nas auditorias de monitorização realizadas pela ARSLVT.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Quadro 18- Cirurgias não integráveis -Acordo de Cooperação

| Especialidade | Produção Prevista | N.º de cirurgias classificadas no âmbito do n.º 5 do art.13º | |
|-------------------------|-------------------|--|------------|
| | | Limite máximo 5% | Realizadas |
| Cirurgia cardiotorácica | 400 | 20 | 14 |
| Ortopedia | 1300 | 65 | 48 |
| Oftalmologia | 3000 | 150 | 6 |
| Urologia | 550 | 27,5 | 3 |
| Cirurgia Vascolar | 1395 | 69,75 | 13 |

13.2 Custos da actividade contratada

A comparação dos custos da actividade contratada, para o ano de 2008, no âmbito do Acordo de Cooperação, com os valores facturados relativos a essa produção, encontra-se evidenciada no quadro seguinte:

Quadro 19- Custos /Facturação –CVP- SGH, S.A.

| Especialidade | Qtd.Episódios | Total de Custos | Custo Médio | Facturação | Unid:euros |
|-------------------------|---------------|-----------------|-------------|------------|-------------------|
| | | | | | Rendibilidade (%) |
| Cirurgia Cardiotorácica | 456 | 5.031.155 | 11.033 | 5.355.732 | 6% |
| Cirurgia Vascolar | 1465 | 1.688.488 | 1.153 | 2.580.221 | 35% |
| Oftalmologia | 2336 | 2.453.329 | 1.050 | 4.788.408 | 49% |
| Ortopedia | 1.291 | 6.323.861 | 4.898 | 7.052.093 | 10% |
| Urologia | 9 | 114.918 | 1.658 | 11.700 | -28% |

Fonte:Contabilidade de custos do HCVP

Da análise do quadro *supra* conclui-se que as especialidades com menores margens de rendibilidade são as de cirurgia cardiotorácica, 6%, e de ortopedia, 10%, contrariamente às especialidades de oftalmologia e cirurgia vascular, com margens de rendibilidade de 49% e 35%, respectivamente.

A especialidade de urologia regista uma margem negativa na ordem dos 28%, por ter sido iniciada em finais do ano de 2008.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

14. COMPARAÇÃO DA ACTIVIDADE DO HCVP COM A DE OUTRAS ENTIDADES

14.1 Tempo médio de espera para consulta e cirurgia

■ No Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa nas especialidades do Acordo

Através do mapa mensal de controlo da lista de espera para consulta da especialidade apurou-se o tempo médio de espera entre a 1.^a e a última consulta (prévia à cirurgia) para as especialidades objecto do Acordo, conforme consta do quadro seguinte:

Quadro 20- Tempo médio de espera da consulta - HCVP

| Especialidade | Tempo médio a 31.12.08 |
|---------------|------------------------|
| Ortopedia | 7 a 15 dias |
| Urologia | 20 dias |
| C.Vascular | 30 dias |
| Oftalmologia | 30 dias |
| Cardiorácica | 0 dias |

Fonte: Gabinete de Dados e Qualidade do HCVP

A especialidade de cirurgia cardiorácica não tem lista de espera para consulta, uma vez que a maioria dos doentes desta especialidade realiza as primeiras consultas nos hospitais que efectuam a sua referência, contrariamente às especialidades de cirurgia vascular, oftalmologia e ortopedia.

Da observação do Quadro 21 verifica-se que as especialidades com maior número de doentes em espera para cirurgia são as especialidades de oftalmologia e cirurgia vascular, sendo que a oftalmologia é a única que apresenta doentes com tempo de espera superior a dois meses e doentes com indicação cirúrgica ainda não agendada.

Quadro 21 - Doentes em espera para cirurgia - HCVP

| Especialidade | N.º doentes com cirurgia agendada* | | | N.º doentes sem cirurgia agendada |
|---------------|------------------------------------|-------------|------------|-----------------------------------|
| | <30 Dias | 1 a 2 meses | >2 Meses | |
| Ortopedia | 58 | 0 | 0 | 0 |
| Urologia | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C.Vascular | 120 | 0 | 0 | 0 |
| Oftalmologia | 212 | 258 | 105 | 52 |
| Cardiorácica | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 390 | 258 | 105 | 52 |

Fonte: Gabinete de Dados e Qualidade do HCVP

Sobre a matéria versada no parágrafo anterior a CVP-SGH, S.A., alega que “*O juízo formulado peca no entanto por inexactidão*”. Discorda-se desta afirmação, porquanto não foi formulado qualquer juízo de valor sobre o tempo de espera para cirurgia dos doentes



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

sem cirurgia agendada, e mais, os dados constantes dos Quadros 20 e 21 foram fornecidos pelo Gabinete de Dados e Qualidade do HCVP no decurso da auditoria.

■ Nos hospitais da Rede de Referenciação da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Com o objectivo de responder de uma forma mais eficaz às necessidades emergentes de cuidados especializados, foram criadas redes de referenciação para determinadas áreas médico-cirúrgicas.

As normas orientadoras para a implementação da Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica¹⁰⁰, foram elaboradas com base nos documentos respeitantes à Rede de Referenciação de cirurgia cardiotorácica, a cardiologia de intervenção e à Rede de cardiologia médico-cirúrgica de pediatria.

A arquitectura da rede define a localização das Unidades e Serviços de cardiologia, hemodinâmica diagnóstica e de intervenção, cardiologia pediátrica médico-cirúrgica, cirurgia cardiotorácica e transplantes.

Na RSLVT os hospitais de referenciação na área de cirurgia cardiotorácica são os CHLN (Hospital de Santa Maria), CHLC (Hospital de Santa Marta) e CHLO (Hospital de Santa Cruz).

Assim, procedeu-se a uma comparação dos tempos médios de espera para cirurgia cardiotorácica nos hospitais da rede de referenciação, tendo esta análise sido alargada às restantes especialidades do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, S.A.

Refira-se que os tempos médios de espera foram apurados com base na lista do Sistema de Informação de Gestão de Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), a 31 de Dezembro de 2008, fornecida pela ACSS, I.P, obtendo-se a informação constante do quadro seguinte.

Quadro 22- Tempo médio de espera -Hospitais SNS

| | C. H. Lisboa Central | | CH Lisboa Norte | | CH Lisboa Ocidental | |
|-------------------------|----------------------|-------------|-----------------|-------------|---------------------|-------------|
| | Média Dias | N.º Doentes | Média Dias | N.º Doentes | Média Dias | N.º Doentes |
| Cirurgia Cardiotorácica | 193 | 164 | 83 | 63 | 128 | 192 |
| Ortopedia | 205 | 1163 | 228 | 946 | 435 | 1276 |
| Oftalmologia | 79 | 898 | 71 | 1019 | 81 | 317 |
| Cirurgia Vasculuar | 111 | 780 | 143 | 627 | 127 | 134 |
| Urologia | 178 | 714 | 115 | 591 | 388 | 653 |

Fonte: Siglic

¹⁰⁰ Aprovada por Despacho da Ministra da Saúde, em 8 de Outubro de 1999, e pelo Ministro da Saúde, em 18 de Julho de 2001.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

O CHLC destaca-se com um maior tempo médio de espera de inscritos para cirurgia na especialidade cardiotorácica (193 dias), assim como em relação ao número de doentes em espera (164 doentes), seguindo-se o CHLO com 128 dias de espera e 192 doentes.

Relativamente às restantes especialidades verifica-se que os tempos médios de espera mais expressivos são os de ortopedia, seguidos de urologia e cirurgia vascular.

Desta análise conclui-se que os tempos médios de espera para cirurgia no HCVP, nas diversas especialidades, são inferiores aos tempos médios de espera registados nos três Centros Hospitalares objecto de análise. Relativamente à especialidade de cirurgia cardiotorácica o HCVP não registava tempo de espera¹⁰¹, contrariamente ao tempo máximo de espera nacional (LIC) que a 31.12.2008 era de 132 dias¹⁰² com uma média de 835 doentes.

Relativamente ao tempo médio de espera para cirurgia, o CHL Central vem alegar que *“(...) a comparação entre os tempos de espera para cirurgia cardiotorácica entre o HCVP e os Hospitais públicos não pode ser feita nestes moldes: a comparação devia ser feita apenas para os doentes a aguardar cirurgia cardíaca, eventualmente até por diagnóstico”*.

Sobre este assunto, convém esclarecer que não obstante se concordar com as alegações apresentadas sobre a metodologia utilizada para a contagem do tempo médio de espera para cirurgia não ser idêntica nos hospitais públicos e no HCVP, foram consideradas para a contagem desse tempo as datas da decisão para cirurgia e da intervenção cirúrgica. Assim, mantêm-se as conclusões vertidas no relato, uma vez que o critério utilizado para o apuramento do tempo médio foi similar ao utilizado para os hospitais públicos (SIGLIC).

14.2 Tempo médio de internamento

Face às alegações apresentadas pela ARSLVT, quanto aos tempos médios de internamento, no ano de 2008, confirmaram-se os respectivos tempos médios pelo que se procedeu às devidas correcções no texto.

No que concerne ao tempo médio de internamento no HCVP, verificou-se que a cirurgia vascular foi a especialidade que registou uma média de 1,5 dias de internamento.

¹⁰¹ Uma vez que os doentes com indicação para esta cirurgia são apresentados em reunião médico cirúrgica entre o HCC e HCVP sendo marcadas as cirurgias de imediato.

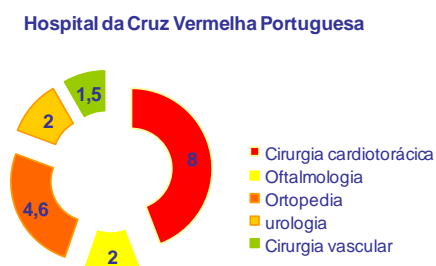
¹⁰² Informação da base de dados (SIGIC) remetida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Figura 4 - Tempo médio de internamento (dias) – HCVP

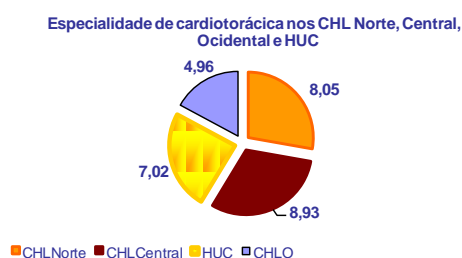


A oftalmologia tem um tempo médio de internamento relativamente baixo (2 dias), dado que das 3.076 cirurgias realizadas, 3.065 foram efectuadas em ambulatório, não necessitando de internamento, sendo apresentada a mesma média de dias de internamento para a especialidade de urologia. Nas especialidades de cirurgia cardiotorácica e ortopedia o tempo médio de internamento foi, em 2008, de 8 dias e 4,6 dias, respectivamente.

Verificou-se ainda que o tempo médio de codificação dos actos médicos no internamento é de 27 dias no HCVP.

Solicitada informação aos hospitais da rede de referência da RSLVT e aos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), sobre o tempo médio de internamento (referente ao ano de 2008) na especialidade de **cirurgia cardiotorácica** obteve-se os seguintes indicadores:

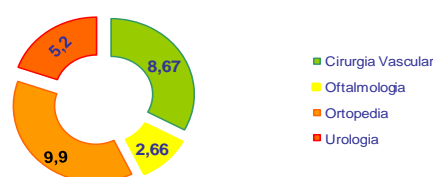
Figura 5 - Tempo médio internamento (dias) de cardiotorácica – Hospitais SNS



Os tempos médios de internamento mais baixos na actividade de cirurgia cardiotorácica registaram-se no CHLO (5 dias) e nos HUC (7 dias), enquanto que os CHLN e CHLC apresentam 8 dias e 9 dias, respectivamente.

O HCVP apresenta o mesmo tempo médio de internamento na especialidade cardiotorácica (8 dias) que o CHLN. Relativamente à demora média de internamento das outras especialidades obteve-se apenas informação relativa ao CHLN.

Figura 6 - Tempo médio internamento (dias) - CHL Norte



Confrontando os tempos médios de internamento registados no HCVP com este Centro Hospitalar, verifica-se que são inferiores nas especialidades de ortopedia (8 dias), oftalmologia (2 dias) e urologia (2 dias). A especialidade de cirurgia vascular no

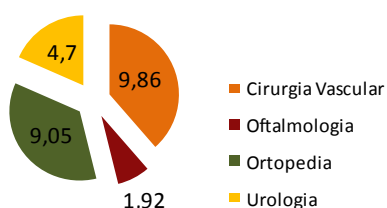


Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

HCVP regista um tempo médio de internamento (1,5 dias) bastante inferior ao do CHLN (9 dias).

Figura 7-Tempo médio internamento (dias) –
CHL Ocidental



A especialidade de oftalmologia é a que apresenta o menor tempo médio de internamento, 2 dias, relativamente às restantes especialidades. As especialidades de cirurgia vascular e ortopedia têm praticamente os mesmos dias de internamento, 9 dias.

Conforme se verifica, os tempos médios de internamento registados no HCVP são inferiores em todas as especialidades aos registados no CHLO.

14.3 Preços praticados pelas Misericórdias e outras IPSS

O desequilíbrio existente entre a necessidade crescente da prestação de cuidados de saúde e a escassez dos recursos disponíveis no sector público para responder satisfatoriamente às reais necessidades dos utentes do SNS, conduz a que o Ministério da Saúde (MS), através das ARS, recorra a entidades do sector social e privado para a prestação de serviços de saúde.

Neste âmbito, o MS tem vindo a celebrar ao longo dos anos (há mais de 10 anos) acordos e convenções com várias entidades, nomeadamente com as Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com o objectivo de colmatar a falta de resposta atempada aos utentes do SNS.

De entre estas entidades encontra-se a CVP-SGH, S.A., com quem o MS, através da ARSLVT, tem mantido desde 1998 o Acordo de Cooperação e Complementaridade nas especialidades de cirurgia cardiotorácica, oftalmologia, ortopedia, cirurgia vascular e urologia.

Tratando-se de serviços contratados fora do âmbito do SNS, pretende-se avaliar se estes acordos se mantêm vantajosos para o MS. Assim, procedeu-se a uma análise comparativa entre os preços constantes da tabela dos GDH e os preços acordados com as instituições referentes às especialidades contratadas, à data da realização da auditoria (2009).

Para o efeito, solicitou-se, às ARS, os protocolos, acordos ou convenções em vigor, celebrados com entidades do sector social e privado. Em resultado desta análise, conclui-



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

se que os cuidados de saúde prestados ao nível de intervenção cirúrgica eram pagos de acordo com as seguintes modalidades:

1. No âmbito das convenções celebradas ao abrigo do SIGIC¹⁰³ - tabela de preços constantes do Despacho n.º 24036/2004, publicado na II Série do Diário da República, de 22 de Novembro.
2. Ao abrigo dos acordos de cooperação - tabela constante do Despacho n.º 1164/97 e nos casos em que não estavam previstas no referido Despacho, aplicavam-se as tabelas do Hospital Privado convencionado de 1998.
3. Ao abrigo do Acordo com a CVP-SGH, S.A. - tabelas de preços praticados pelo SNS¹⁰⁴, com uma dedução de 10%.

Comparando os preços pagos pelos GDH gerados na sequência de episódios de internamento ou de ambulatório¹⁰⁵, concluiu-se que os preços praticados pela CVP-SGH, S.A. (os fixados na Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro), deduzidos de 10%, eram, à data da realização da auditoria (2009), superiores aos efectivados pelas entidades do sector social e privado. Importa referir que os preços mais baixos eram os das Misericórdias, ressalva-se o facto desses preços se reportarem a 1997.

Quanto à matéria versada no parágrafo anterior, a ARSLVT esclarece “(...) que os preços das intervenções cirúrgicas por estas facturados, para além de não serem revistos desde 1997, têm subjacente uma concepção diferente ao não incluírem os medicamentos, os elementos complementares de diagnóstico, as próteses intra-operatórias e as unidades de sangue utilizadas (...)” clarificando ainda a ARSLVT que “Esta concepção nada tem a ver com a do pagamento por GDH que, por definição, já inclui todos os custos incorridos no episódio (...)”.

Não obstante os esclarecimentos prestados pela ARSLVT relativamente à diferença de modalidade de pagamento às Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social, continua a ser pertinente questionar-se sobre a manutenção do acordo com a CVP-SGH, S.A., uma vez que existem outras entidades que, eventualmente, poderão prestar parte ou até a totalidade dos serviços prestados por aquela sociedade, com a mesma qualidade e a preços, eventualmente, mais baixos.

¹⁰³ Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para cirurgia, foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 3 de Junho, publicada no DR, 1.ª Série-B, de 24 de Junho de 2004, com o objectivo de minimizar o período que decorre entre o momento em que o doente carece de cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico ocorre dentro de um tempo máximo estabelecido.

¹⁰⁴ Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro.

¹⁰⁵ Identificados no Quadro 3, 4 e 5 do Anexo B.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Para além disso, a “*bonificação de 10%*” sobre os preços de tabela, invocada pela CVP-SGH, S.A., é de difícil alcance. Para que haja qualquer tipo de redução de preços reais em relação aos preços de tabela do SNS é necessário que a referida percentagem fosse de tal ordem que a verba total obtida cobrisse (ou pagasse) os custos de ociosidade dos hospitais do SNS e os custos de oportunidade do investimento do Estado em acções da CVP-SGH, S.A. À soma destes dois custos haveria, ainda, que adicionar outras vantagens dadas à CVP-SGH, S.A., como seja o preço/valor da redução do risco de mercado associado ao Acordo de Cooperação. Este pode-se estimar calculando o valor da “Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção” “embutida” no Acordo¹⁰⁶.

Convém, no entanto, referir que a celebração de convenções com as entidades do sector social e privado que têm por objectivo primordial dar resposta às necessidades da população quando o SNS não consegue fazê-lo em tempo útil, permite aos utentes do SNS uma outra oportunidade de serem intervencionados num tempo de espera admissível, não sendo evidente que tenham a mesma capacidade de resposta que o HCVP.

14.4 Custos por doente tratado

Um dos objectivos da presente auditoria consistia na comparação dos custos por doente tratado no HCVP, nas especialidades objecto do Acordo de Cooperação, com os custos verificados nos hospitais do SNS (nomeadamente CHLN, CHLC, CHLO e HUC).

Verificou-se, no entanto, que no que concerne ao apuramento dos custos nos hospitais do SNS este é feito por doente tratado¹⁰⁷, enquanto que no HCVP esse apuramento é feito por episódio¹⁰⁸ e GDH nas especialidades objecto do Acordo de Cooperação. Apesar desta discrepância optou-se, mesmo assim, por elaborar os quadros com os custos directos e indirectos, referentes ao ano de 2008, com base na informação fornecida pelos

¹⁰⁶ Há, ainda, eventualmente, a ponderar o preço da opção de compra Americana sobre 100% das acções detidas pela PARPÚBLICA, com uma maturidade de 10 anos, a qual anulava qualquer hipótese de realização de mais-valias (lucro) por parte desta. Esta opção permitia que a CVP se apropriasse legitimamente da riqueza criada pela CVP-SGH, S.A., sendo que à PARPÚBLICA bastava a recuperação do investimento das acções (equivalente financeiro do preço de aquisição no momento do exercício da opção pela CVP). Outro aspecto relevante reside no facto de a prática generalizada da indexação (100%-10% do GDH) neste tipo de Acordos ser susceptível de transmitir a ineficiência do Sector Público Empresarial e Administrativo, com pesadas heranças, ao sector privado. Ter como referência preços (administrativos) que, *à priori*, têm probabilidade de incorporar ineficiências de produção ao invés de adoptar preços de eficiência económica pode ser uma forma de aniquilar precocemente o mercado da saúde. É, também, por isso que é de todo recomendável o recurso ao mercado sem o qual é difícil ter uma ideia dos preços capazes de promover a eficiência (e competitividade) do sector da prestação de cuidados de saúde em Portugal.

¹⁰⁷ “Doente tratado num estabelecimento de saúde num período – doentes que deixaram de permanecer internados num estabelecimento de saúde num determinado período e ainda os que transitaram para o período seguinte” (Fonte: Glossário da Direcção-Geral da Saúde).

¹⁰⁸ “Episódio – período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde ou doença a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema ou doença” (Fonte: Glossário da Direcção-Geral da Saúde).



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

hospitais¹⁰⁹, ressalvando-se que foram tidos em conta alguns pressupostos de uniformização nos critérios de apuramento dos custos entre estes hospitais, dado que têm secções homogéneas diferentes.

Quadro 23- Custos da especialidade de cirurgia cardiotorácica

| Cirurgia Cardiotorácica | CHLisboa Norte | | CHLisboa Central | | HUCoimbra | | Hosp. Cruz Vermelha Portuguesa | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|--------------------------------|--------------------|-------------|
| | | % | | % | | % | | | % |
| Custos Directos | 5.993.469 € | 86% | 9.933.615 € | 51% | 7.681.756 € | 70% | C. Directos | 3.906.175 € | 78% |
| Custos Indirectos | 953.091 € | 14% | 9.711.919 € | 49% | 3.251.275 € | 30% | C. Indirectos | 1.124.979 € | 22% |
| Total dos Custos | 6.946.560 € | 100% | 19.645.534 € | 100% | 10.933.031 € | 100% | Total | 5.031.154 € | 100% |
| Doentes Tratados | 3.397 | | 3.742 | | 1.946 | | N.º episódios | 456 | |
| Custo / Doentes Tratados | 2.045 € | | 5.250 € | | 5.618 € | | Custo/episódio | 11.033 € | |

Fonte: Contabilidade Analítica de 2008

O custo por doente tratado na cirurgia cardiotorácica no CHLN, é o mais baixo dos 4 hospitais, verificando-se uma grande disparidade entre os três centros hospitalares e também em relação ao HCVP.

Em sede de contraditório o CHLC alude que “(...) *no apuramento dos custos totais do Serviço de Cirurgia cardiotorácica do CHLC, E.P.E., que deveria ser o somatório dos 7 Centros de Custo (incluindo o 1230500, referente à Consulta cardiotorácica, que parece ter sido excluído da análise), o Centro de Custo do Bloco Operatório foi considerado 2 vezes (...).*”

Face ao teor das alegações apresentadas pelo CHLC, sobre a duplicação do Centro de Custo do Bloco Operatório, clarifica-se que no apuramento dos custos totais da cirurgia cardiotorácica apenas foi considerado o Centro de Custo do Bloco. Quanto ao cálculo do custo por doente tratado, foram utilizados os mesmos Centros de Custos (excluindo-se desta análise o Centro de Custo da Consulta Externa) para os três hospitais de forma a efectuar uma análise comparativa entre eles.

Também sobre esta matéria vem alegar a CVP-SGH, S.A., que “(...) *enquanto que no HCVP o apuramento dos custos a pagar é feito por episódio, nos hospitais do SNS ele é em função do conceito doente tratado.*”, acrescentando que “*A diferença entre os dois conceitos têm reflexos significativos na determinação do custo (...).*”

Quanto a este ponto esclarece-se que a diferença entre os conceitos de *doente tratado* e de *episódio* não influenciou o apuramento dos custos directos e indirectos dos hospitais objecto de análise, uma vez que houve o cuidado de sustentar o apuramento desses custos

¹⁰⁹ O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, não apresentou os custos das especialidades cirúrgicas classificados em directos e indirectos, impedindo a sua comparabilidade com os restantes centros hospitalares.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

em critérios uniformes, salvaguardando essa diferença. Refira-se aliás que a definição desses conceitos já constava do relato de auditoria (em nota de rodapé).

Partindo do princípio que os GDH¹¹⁰ com preço mais elevado são os que maiores recursos consomem e como tal apresentam maior complexidade clínica e considerando o número de GDH cirúrgicos produzidos em 2008 pelos hospitais em análise, obteve-se o seguinte quadro.

Quadro 24 - Produção de GDH para cirurgia cardiotorácica

| Intervalo dos Preços GDH | | N.º GDH cirúrgicos produzidos | | | | | | | |
|--------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | CHLNorte | | HUC | | CHLCentral | | CVP | |
| | | N.º | % | N.º | % | N.º | % | N.º | % |
| 1.000,00 € | 5.000,00 € | 523 | 41% | 316 | 24% | 179 | 20% | | 0% |
| 5.000,00 € | 10.000,00 € | 316 | 24% | 385 | 30% | 377 | 43% | 152 | 41% |
| 10.000,00 € | 15.000,00 € | 317 | 24% | 593 | 45% | 249 | 28% | 153 | 41% |
| 15.000,00 € | 20.000,00 € | 82 | 6% | 7 | 1% | 56 | 6% | 58 | 16% |
| | > 20000 € | 64 | 5% | 0 | 0% | 24 | 3% | 11 | 2% |
| Total | | 1302 | 100% | 1301 | 100% | 885 | 100% | 374 | 100% |

Fonte: Informação de GDH remetida pelo hospitais

Verifica-se que a produção de GDH na cirurgia cardiotorácica com um preço mais elevado é mais preponderante no HCVP (16% do intervalo do preço do GDH entre € 15.000,00 e € 20.000,00, enquanto que os HUC detêm 1% e os CHLN e CHLC, 6% cada).

A produção mais elevada de GDH, em qualquer um dos hospitais analisados, concentra-se no intervalo de preços entre os € 5.000,00 e € 15.000,00. Revela-se, também, expressiva a produção realizada de GDH com os preços mais baixos (entre € 1.000,00 e € 5.000,00), com 41%, 24% e 20%, nos 3 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, enquanto que o HCVP não realizou qualquer produção nestes GDH.

Se atendermos ao intervalo entre € 5.000,00 e € 20.000,00 dos preços de GDH, constata-se que o HCVP, no âmbito de Acordo de Cooperação, concentra 98% da realização de cirurgias cardiotorácicas neste intervalo, por sua vez o CHLN realiza 54% de cirurgias, os HUC 76% e o CHLC 77%, respectivamente.

Por sua vez o CHLN (onde se inclui o Hospital de Santa Maria) e o CHLC trataram, cada um, 6% dos doentes na especialidade de cirurgia cardiotorácica com preço de GDH cirúrgico mais elevado (intervalo de preços entre € 15.000,00 e € 20.000,00), e mesmo assim, o CHLN tem um custo por doente tratado inferior aos restantes hospitais.

¹¹⁰ O sistema de classificação de doentes em grupos de diagnósticos homogéneos (GDH) consiste num sistema de classificação de episódios agudos de doença tratados em internamento, que permite definir operacionalmente a produção de um hospital. Os grupos foram concebidos de modo a serem coerentes do ponto de vista clínico e homogéneos em termos de consumo de recursos.



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

O CHLC vem contestar o número de episódios classificados em GDH cirúrgicos (885), constante do quadro 24, referindo que o número contabilizado foi de 1004 episódios de internamento em GDH cirúrgicos, o que altera, em sua opinião, as conclusões retiradas sobre as percentagens indicadas do referido quadro. Sobre esta matéria esclarece-se que, pese embora o facto de o ficheiro conter 1004 registos, foi no entanto efectuado um expurgo dos GDH de forma a utilizar um denominador comum na análise dos hospitais públicos e do HCVP.

No que respeita aos custos com a especialidade de ortopedia, obteve-se apenas os referentes aos CHLN e CHLC.

Quadro 25 - Custos da especialidade de ortopedia

| Ortopedia | CHLisboa Norte | | CHLisboa Central | | Hosp. Cruz Vermelha Portuguesa | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------|---------------------|-------------|--------------------------------|--------------------|-------------|
| | | % | | % | | | % |
| Custos Directos | 6.031.175 € | 65% | 6.871.315 € | 48% | C. Directos | 4.909.053 € | 78% |
| Custos Indirectos | 3.213.945 € | 35% | 7.323.036 € | 52% | C. Indirectos | 1.413.807 € | 22% |
| Total dos Custos | 9.245.120 € | 100% | 14.194.351 € | 100% | Total | 6.322.860 € | 100% |
| Doentes Tratados | 1.427 | | 2.900 | | N.º episódios | 1.291 | |
| Custo / Doentes Tratados | 6.479 € | | 4.895 € | | Custo/episódio | 4.898 € | |

Fonte: Contabilidade Analítica de 2008

Na especialidade de **ortopedia** verifica-se que os custos por doente tratado do CHLC, € 4.895,00 são praticamente idênticos ao custo por episódio do HCVP, € 4.898,00, sendo estes dois inferiores aos custos por doente tratado do CHLN, € 6.479,00.

Quadro 26 - Produção de GDH para ortopedia

| Intervalo dos Preços GDH | | N.º GDH cirúrgicos produzidos | | | | | |
|--------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | CHLNorte | | CHLCentral | | CVP | |
| | | N.º | % | N.º | % | N.º | % |
| 1.000,00 € | 3.000,00 € | 416 | 35% | 691 | 35% | 399 | 35% |
| 3.000,00 € | 6.000,00 € | 479 | 40% | 756 | 38% | 83 | 8% |
| 6.000,00 € | 9.000,00 € | 239 | 20% | 378 | 19% | 459 | 40% |
| 9.000,00 € | 12.000,00 € | 45 | 3% | 79 | 4% | 169 | 15% |
| > 12000 € | | 26 | 2% | 81 | 4% | 26 | 2% |
| Total | | 1205 | 100% | 1985 | 100% | 1136 | 100% |

Fonte: Informação de GDH remetida pelo hospitais

A distribuição da produção por GDH nos hospitais acima indicados é demasiado heterogénea para se poder correlacionar com os custos de produção dos referidos hospitais.

Verifica-se que 55% da produção de cirurgia ortopédica do HCVP está concentrada no intervalo dos preços de GDH entre € 6.000,00 e € 12.000,00, enquanto que nos CHLN e CHLC a produção desses GDH não ultrapassa os 23%. Estes centros hospitalares concentram a sua produção nos GDH com preços mais baixos, isto é, entre € 1.000,00 e € 6.000,00 (75% no CHL Norte e 73% no CHLC, enquanto que o HCVP apresenta 43% de produção nestes GDH).



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

IV. EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º, n.ºs 1 e 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril, e em conformidade com a Nota de Emolumentos apresentada no Volume II, são devidos emolumentos, num total de € 17.164,00, a suportar pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P..

V. DETERMINAÇÕES FINAIS

Os Juízes do Tribunal de Contas deliberam, em plenário da 2.ª Secção, o seguinte:

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. f) do n.º 1 do artigo 78º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

2. Que o presente relatório seja remetido, às seguintes entidades:

- × Ministro do Estado e das Finanças;
- × Ministra da Saúde;
- × Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde;
- × Presidente do Conselho de Administração da Cruz Vermelha Portuguesa - Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.;
- × Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.;
- × Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.;
- × Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.;
- × Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.;
- × Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.;
- × Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.;
- × Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.;



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

- × Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.;
- × Presidente do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.;
- × Presidente da PARPÚBLICA – Participações Públicas SGPS – S.A..

3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, o mesmo, constituído pelos Volumes I, II e III, seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.

4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., e à Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., o apreço pela colaboração prestada à equipa de auditoria no desenvolvimento desta acção.

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

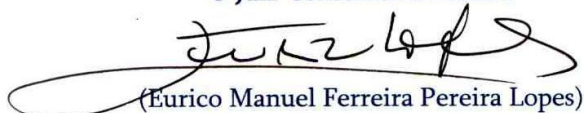


Tribunal de Contas

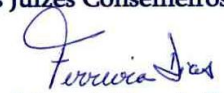
Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de
Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.

Aprovado, pela 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 14 de Abril de 2011.

O Juiz Conselheiro Relator


(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos


(João Manuel Macedo Ferreira Dias)


(José Manuel Monteiro da Silva)


(José Luís Pinto Almeida)


(António José Avérous Mira Crespo)


(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)


(António Manuel Fonseca da Silva)


(José de Castro de Mira Mendes)

Fui presente

O Procurador-Geral Adjunto

TRIBUNAL DE CONTAS

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.



Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção
Processo n.º 01/2009 – Audit
Volume II – Alegações e Nota de Emolumentos



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do
Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

Índice

Volume II

- Alegações e Nota de Emolumentos -

| | |
|---|------------|
| 1. RESPOSTAS NOS TERMOS DO CONTRADITÓRIO | 3 |
| 1.1. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde | 5 |
| 1.2. Presidente do Conselho de Administração da Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. | 7 |
| 1.3. Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. | 75 |
| 1.4. Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E..... | 85 |
| 1.5. Conselho Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E..... | 99 |
| 1.6. Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 103 |
| 1.7. Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E..... | 105 |
| 1.8. Presidente da PARPÚBLICA – Participações Públicas SGPS – S.A..... | 107 |
| 2. Nota de Emolumentos | 119 |
| 2.1. Emolumentos..... | 121 |



Tribunal de Contas



Tribunal de Contas

1. RESPOSTAS NOS TERMOS DO CONTRADITÓRIO



Tribunal de Contas



Tribunal de Contas

1.1. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde

Ofício N.: 7203
Data: 14-09-2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

30 DALVI
15-08-09

Exma. Senhora Subdirectora-Geral
do Tribunal de Contas
Dra. Márcia Vala
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

| Sua referência | Sua comunicação | Nossa referência |
|-----------------------|--------------------|------------------|
| Proc. n.º 01/09-Audit | 14 Agosto 09 12774 | Ent. 9415 |

ASSUNTO: Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.

Foi recepcionado e analisado atentamente o relato de auditoria supra identificado, o qual se agradece.

As recomendações dirigidas a Sua Excelência a Ministra da Saúde reflectem a necessidade de efectuar rigorosas Análises Custo-Benefício (CBA) prévias à celebração de acordos com entidades não pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), a reavaliação do Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. (CVP-SGH, S.A.) e a ponderação sobre a definição do papel da CVP-SGH, S.A. no sistema de saúde (ponto 2.2., página 20).

No âmbito da delegação de competências efectuada pelo Despacho n.º 9251/2008, de 5 de Março de 2008, publicado na 2.ª série do Diário da República de 31 de Março de 2008, encarrega-me Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de informar que se acolhe a V. recomendação quanto à necessidade de efectuar análises custo-benefício que sustentem a celebração de acordos com entidades não pertencentes ao SNS, o que, crê-se, deverá ser objecto de intervenção legislativa. Com a concretização dessa iniciativa

DGTC 17 09 09 16575

AV. JOÃO CRISÓSTOMO, 9 - 1049-052 LISBOA - ☎ 21 330 50 00 - Fax 21 330 51 68 - Linha Azul / Informações ao utente - ☎ 21 314 26 75



Tribunal de Contas



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DA SAÚDE

legislativa terá de ser devidamente ponderada a óbvia contradição entre a CBA e a opção de esgotar a capacidade instalada do sector público. Em ambos os casos estamos perante formas diferentes – eventualmente antagónicas – de prosseguir um mesmo objectivo: o interesse público, que não é exclusivo de qualquer uma delas.

É, ainda, de salientar que neste caso específico a celebração do protocolo fundou-se na manifesta necessidade clínica e ética de garantir, em complementaridade, a rápida acessibilidade aos doentes da região a uma unidade de elevado nível de diferenciação como é a da CVP-SGH, S.A.. Refira-se que o acordo celebrado está financeiramente balizado com um tecto máximo e com valores unitários de produção contratualizada dez por cento inferiores aos respectivos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS.

Por último, importa relembrar que o interesse público de que está revestida a Cruz Vermelha Portuguesa, de acordo com o respectivo regime jurídico (Decreto-Lei n.º 281/2007, de 7 de Agosto) prevê que a mesma seja devidamente apoiada e até estimulada pelo Estado (art.º 58º), pelo que é plausível que a CVP-SGH, S.A. continue a colaborar com o Ministério da Saúde, em condições de garantia de qualidade clínica, elevada diferenciação e complementaridade, respeitados os princípios da transparência, concorrência e igualdade.

Agradecendo a atenção de V. Exa. para as informações ora prestadas, estando ciente que as mesmas serão devidamente consideradas, apresento os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete,

Teresa Oleiro



Tribunal de Contas

1.2. Presidente do Conselho de Administração da Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A.

1

TRIBUNAL DE CONTAS

Proc. n° 01/09-Auditoria

Alegando,

a

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - SOCIEDADE DE GESTÃO HOSPITALAR, SA,

diz

ÍNDICE

- I. SOBRE A INIMPUTABILIDADE À CVP-SGH DOS FACTOS DO RELATO E SOBRE O SEU INTERESSE DIRECTO EM CONTRADIZER
 - A) DA IMPUTAÇÃO DOS FACTOS DO RELATO, EM GERAL
 - B) DO INTERESSE DIRECTO E PESSOAL DA CVP-SGH EM OS CONTRADIZER, EM PARTICULAR
- II. O OBJECTO DA AUDITORIA E A IRRELEVÂNCIA DE ALGUMAS DAS QUESTÕES AUDITADAS
- III. SOBRE OS ACORDOS DE COOPERAÇÃO ENTRE A ARSLVT E A CVP-SGH
 - A) A QUESTÃO DA SUA LEGALIDADE
 - a1) *As críticas do Relato*
 - a2) *A impertinência dessas críticas*
 - a3) *A sua improcedência*
 - a4) *Quanto à precedência dos Acordos de Cooperação por estudos de sua necessidade e sustentabilidade*
 - B) SOBRE O ACOMPANHAMENTO E CONTROLO DA EXECUÇÃO, PELA ARSLVT, DO ACORDO DE COOPERAÇÃO EM 2008
 - b1) *Junto da CVP-SGH*
 - b2) *Junto dos utentes do SNS*
 - C) A QUESTÃO DA OPORTUNIDADE OU CONVENIÊNCIA PÚBLICA DOS ACORDOS DE COOPERAÇÃO ARSLVT/CVP-SGH
 - c1) *Enunciado dos aspectos questionados e sequência da resposta*



Tribunal de Contas

2

D) DA ALEGADA SUBUTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA NOS HOSPITAIS DO SNS

- d1) Símula do Relato em matéria de cirurgia cardiotorácica*
- d2) Esclarecimento e apreciação dos dados e conclusões do Relato em matéria de capacidade disponível do SNS*
- d3) Esclarecimento e apreciação dos dados e conclusões do Relato em matéria de referência de doentes para o HCVP*
- d4) Esclarecimentos e apreciação dos dados do Relato em matéria de carestia de preços dos serviços prestados no HCVP*
- d5) Esclarecimentos e apreciação dos dados do Relato em matéria de dispêndio de dinheiros públicos no confronto do HCVP com os hospitais do SNS*
- d6) Esclarecimentos e apreciação dos dados do Relato em matéria de tempos de espera para cirurgia e de tempos de internamento*

Exmos. Senhores Auditores

I. SOBRE A INIMPUTABILIDADE À CVP-SGH DOS FACTOS DO RELATO E SOBRE O SEU INTERESSE DIRECTO EM CONTRADIZER

A)

DA IMPUTAÇÃO DOS FACTOS DO RELATO, EM GERAL

1. Não são actuações ou omissões da Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA (doravante CVP-SGH) ou do hospital cuja administração lhe está confiada, o Hospital da Cruz Vermelha



Tribunal de Contas

3

Portuguesa (doravante HCVP) os alvos primordiais dos juízos que se contém no presente Relato quanto à legalidade e à oportunidade ou conveniência públicas dos Acordos de Cooperação que, desde 1998, a Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo vem celebrando com ela (CVP-SGH) para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde para si encaminhados (ou referenciados) e quanto ao modo como os serviços dessa Administração Regional vêm acompanhando e controlando a execução de tais Acordos.

Assim — descontando outras questões que, como se verá, não têm qualquer relevo nesta auditoria — as conclusões do Relato, respeitando aos Acordos de Cooperação em geral ou, mais especificamente, ao de 2008, poderia resumir-se deste modo:

- i) a ARSLVT não observou as regras concursais ou de contratação pública por que deveria pautar-se a formação e celebração desses Acordos;
- ii) os mesmos foram celebrados, poderia dizer-se com elevado grau de verosimilhança, com prejuízo da capacidade disponível dos hospitais públicos do SNS e desperdício de dinheiros públicos;
- iii) a ARSLVT não tem acompanhado e controlado como devia (ou podia) fazer a execução pela CVP-SGH dos Acordos celebrados.

2. Não seriam portanto ações ou omissões da CVP-SGH, mas da ARSLVT, as que aí estariam em causa e poderiam dar lugar a juízos de ilegalidade ou inoportunidade financeira pública, não se vendo então



Tribunal de Contas

4

necessidade em que a ora signatária venha também tomar parte na querela de tais questões — quando, ainda por cima, os juízos do Relato sobre os serviços por si prestados ao SNS vêm aí classificados como “bons” e os números da sua actividade mostram-se mais favoráveis do que os relativos aos hospitais públicos —, não tendo a CVP-SGH, então, pensar-se-ia, um verdadeiro interesse directo e pessoal em tais questões, podendo eventualmente limitar-se a “oferecer o merecimento dos respectivos autos”.

Não lhe adviria daí, certamente a imputação pelo Tribunal de Contas de quaisquer responsabilidades sancionatórias ou reintegratórias, em que pudesse ter incorrido por causa da suposta ilegalidade, inoportunidade e falta de controlo desses Acordos, da responsabilidade da ARSLVT.

Não obstante, a signatária tem, por variadas e não despreciables razões, um relevante interesse directo e pessoal no esclarecimento e apreciação dos referidos factos e juízos do Relato.

B)

**DO INTERESSE DIRECTO E PESSOAL DA CVP-SGH EM OS CONTRADIZER,
EM PARTICULAR**

3. Desde logo, porque os desprimorosos juízos do Relato sobre a alegada ilegalidade da celebração dos Acordos e sobre o desperdício financeiro em que os mesmos supostamente se traduziram para os dinheiros públicos — levando os Senhores Auditores a propor inclusivamente que se reavalie a necessidade de os manter no futuro — constituiriam, a serem verdadeiros os pressupostos em que tais juízos se baseiam, um factor



Tribunal de Contas

5

deveras constrangedor da eventual vontade política e financeira da renovação futura desses Acordos.

Quando a verdade é que, para os cumprir, a CVP-SGH teve que dotar o HCVP de um extenso e especializado quadro clínico (votado, em regime de exclusividade obrigatória, à prestação de serviços aos utentes do SNS) e de o apetrechar com equipamentos e instalações de alto gabarito e rendimento de que, de outro modo, não necessitaria.

É evidente portanto que a ruptura brusca das suas relações com a ARSLVT — ainda por cima se baseada em pressupostos erróneos — acarretaria para a CVP-SGH prejuízos de elevadíssima monta, sendo evidente ter ela todo o interesse em opor-se ao entendimento do Relato de que, na celebração e execução dos referidos Acordos, houve com “*elevado grau de verosimilhança*” ilegalidades e desperdícios financeiros¹.

Por outro lado, mesmo que tudo quanto no Relato se menciona fosse verdadeiro e exclusivamente imputável à ARSLVT, certo é que a eventual conclusão de que os Acordos que ela celebrou com a CVP-SGH foram ilegais, descontrolados e ruinosos para os dinheiros públicos danificaria irremediavelmente a imagem de qualidade e rigor que os serviços da HCVP laboriosamente criaram.

Ficaria para sempre a pairar a ideia de que a sua cooperação com o SNS só se justificaria por razões perversas e que, afinal, os respectivos serviços poderiam ter sido prestados muito menos onerosamente e com melhor qualidade se deles se tivessem encarregado os hospitais públicos do SNS ou outros.

¹ Embora também se conclua aí, por exemplo, que o presente Acordo de Cooperação contribuiu para a resolução do problema das listas de espera nas especialidades contempladas (fls. 48).



Tribunal de Contas

6

E esse interesse no seu bom nome e imagem — que os factos do Relato, embora indirectamente, também vão pondo em questão — é um valor inestimável do património (da CVP-SGH e) do HCVP, de que só poderia prescindir-se se os factos e juízos dali constantes a tal propósito fossem exactos e inquestionáveis — o que, como se verá, está muito longe de acontecer.

Acresce que, nas várias vezes em que o Relato imputa à própria CVP-SGH (ou ao HCVP) deficiências ou insuficiências na execução dos Acordos de Cooperação, nomeadamente no que ao de 2008 tange, ele baseia-se em interpretações erróneas de relevantes cláusulas contratuais — como se verá acontecer em matéria de encaminhamento ou referenciação de doentes do SNS — ou em pressupostos e números inexactos (alguns absurdamente inexactos) sobre serviços prestados, a partir (das e) dos quais se formulam aí, então, juízos desfavoráveis sobre a própria contudo da CVP-SGH ou do HCVP.

O que, naturalmente, não pode deixar passar-se sem a necessária resposta quanto à interpretação devida às referidas cláusulas contratuais e à exactidão dos pressupostos e números sobre serviços prestados pelo HCVP ao abrigo do Acordo de Cooperação aqui em causa.

II. O OBJECTO DA AUDITORIA E A IRRELEVÂNCIA DE ALGUMAS DAS QUESTÕES AUDITADAS

1. De acordo com o próprio Programa de Fiscalização aprovado pela Resolução nº 7/08, de 11 de Dezembro, do Plenário da 2ª Secção do



Tribunal de Contas

7

Tribunal de Conta, a presente auditoria tinha como objecto — nos termos que aliás se deixaram expressos (a fls 7 e 23 respectivas) no relato dos Senhores Auditores a que aqui se responde (doravante Relato) — apenas

- i) *a execução do Acordo de Cooperação* (celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e a Cruz Vermelha Portuguesa-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA) “*com incidência nos cuidados de saúde prestados a utentes do SNS no ano de 2008*”;
- ii) *[a] auditoria teve como objectivo geral avaliar a execução física e financeira do Acordo de Cooperação, bem como as medidas implementadas pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no acompanhamento e controlo do cumprimento do referido Acordo e, ainda, analisar a sua legalidade*”

2. Sucede que o mencionado Relato — para além dos factos, dos juízos, das premissas e das conclusões que interessam ao objecto da auditoria, tal como foi delimitado pela referida Resolução nº 7/08 — se debruça sobre muitos outros aspectos de facto e de direito, directa e instrumentalmente irrelevantes para a avaliação (favorável ou desfavorável) das matérias referidas nas alíneas i) e ii) do anterior nº 1.

Os exemplos desse excesso da auditoria realizada em relação ao objecto que lhe havia sido fixado abundam ao longo do Relato, colocando a sociedade signatária no difícil e perigoso dilema de ou sacrificar o seu direito de contraditório relevante — perdendo o tempo a isso destinado a alegar sobre o que, a todas as luzes, lhe parece irrelevante para o efeito —



Tribunal de Contas

8

ou, então, de optar por seleccionar, ela mesma, o que deve considerar-se como tal e deixar sem resposta as questões e aspectos tidos por irrelevantes, correndo no entanto o risco de ver os Senhores Auditores ou o próprio Tribunal decidir diversamente e de ficarem assim sem contraditório questões que, afinal, também o pediriam.

3. Veja-se o que sucede, por exemplo, com a questão do saneamento financeiro da Cruz Vermelha Portuguesa e do Hospital por si detido e directamente explorado até 1998, questão analisada e avaliada extensamente no Relato, a fls 7 a 11 e 24 a 35.

Estuda-se, divaga-se, discute-se e censura-se aí, de novo, as opções e soluções económico-financeiras dessa intervenção do Estado na CVP e na disponibilização dos meios financeiros necessários para sanear o seu elevado passivo, operação que o Relato considera economicamente ruínosa para os cofres públicos — sendo que essa matéria já constava *ex abundantis* de auditorias anteriormente realizadas pelos serviços do Tribunal de Contas e que, como é evidente, nada têm a ver com a avaliação, controlo e acompanhamento pela ARSLVT do Acordo de Cooperação celebrado com a CVP-SGH na prestação, no ano de 2008, dos cuidados de saúde a utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Que era, repete-se, assim o determina a citada Resolução nº 7/08 do Tribunal de Contas, aquilo sobre que devia versar a auditoria subjacente ao Relato agora apresentado.

4. E se, porventura, algo havia de relevante para dizer nessa sede, do auxílio financeiro do Estado à CVP, então o que no Relato se deveria ter



Tribunal de Contas

9

lembrado (ou lembrado também) era:

- i) que os motivos determinantes desse auxílio financeiro constituíram uma opção das autoridades políticas competentes baseada em razões de cariz estritamente político — para evitar a extinção da secção portuguesa de uma instituição humanitária de índole praticamente universal, com serviços relevantes de múltipla natureza prestados às populações mais sofredoras e carenciadas, na guerra e na paz, em todas as nações “civilizadas”, a ocidente ou a oriente (o Crescente Vermelho) —, sendo naturalmente inevitáveis os custos económicos da operação de seu saneamento;
- ii) que eventualmente tal saneamento podia até ser levado à conta do dever que a lei fazia e faz impender sobre o Estado (por força do Decreto-Lei n.º 164/91 e do Decreto-Lei n.º 281/2007) de “*apoiar devidamente*” a CVP;
- iii) que, para evitar o surgimento de novas situações similares, se procedeu à autonomização da actividade do Hospital da CVP, em termos jurídicos, patrimoniais e financeiros, consubstanciada na criação da sociedade comercial Cruz Vermelha Portuguesa-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA (a já referida CVP-SGH), mantendo-se a Cruz Vermelha Portuguesa como uma pessoa colectiva de utilidade pública administrativa, sendo uma instituição humanitária não governamental



Tribunal de Contas

10

de carácter voluntário e de interesse público (Decreto-lei nº 281/2007, de 7 de Agosto);

- iv) que os dinheiros públicos com que se providenciou ao saneamento da CVP (e do seu Hospital) não constituíram um mero subsídio a fundo perdido, tendo o Estado adquirido uma posição accionista relevante na sociedade então criada — mesmo se, dado o intuito dessa operação, o fez naturalmente (embora sob condições que protegiam a sua posição) a preço superior ao de mercado;
- v) que nem um cêntimo desses dinheiros públicos — salvo os correspondentes ao diminuto valor nominal das acções adquiridas — foram injectados nessa sociedade ou atribuídos aos seus accionistas, destinando-se exclusivamente a pagar o passivo anteriormente contraído pela CVP junto de bancos e fornecedores seus.

5. Tudo o mais que consta das mencionadas folhas 7 a 11 e 24 a 35 do Relato, sobre a opção, modo de concretização e valia económica do auxílio financeiro do Estado à CVP (e ao seu Hospital) e das partes sociais que com ele se adquiriram, é portanto impertinente no âmbito da presente auditoria, não estando directa ou instrumentalmente ligado a qualquer um dos aspectos em que se desdobra o objecto que lhe foi fixado pelo Tribunal de Contas.

Razão pela qual — sem prejuízo do que ficou alegado nos anteriores nºs 3 e 4 —, a signatária se dispensa de tecer mais comentários,



correções ou aditamentos sobre a questão.

E seria uma atitude que, até para não prejudicar mais o seu direito ao contraditório relevante, seguiria em relação a todos os demais aspectos do Relato que considerasse igualmente irrelevantes, directa ou instrumentalmente, para a análise e comentário do objecto da presente auditoria, não fosse o caso de reacear estar com isso a fragilizar a sua própria defesa neste processo.

III. SOBRE OS ACORDOS DE COOPERAÇÃO ENTRE A ARSLVT E A CVP-SGH

A)

A QUESTÃO DA SUA LEGALIDADE

a1) As críticas do Relato

1. Os Acordos de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH constituem outro dos temas sobre que se debruça o Relato da auditoria, em aspectos relativos à sua constituição ou contratualização e à respectiva execução.

Começa-se pelos juízos aí formulados sobre aqueles primeiros aspectos, respeitantes nomeadamente ao (in)cumprimento dos requisitos ou procedimentos legais da celebração de tais Acordos e à oportunidade ou conveniência pública dos mesmos.

Estão em causa, nessa análise e avaliação que sobre os mesmos se faz no Relato, os Acordos de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH de 1998, de 2003, de 2005 e, finalmente, de Junho de 2008.



Tribunal de Contas

12

2. Os juízos que daí constam sobre as condições legais da sua contratação são de (mais ou menos) severa censura, dizendo-se nomeadamente:

- i) sem qualquer ressalva, que *“não foram sujeitos às regras da contratação pública”* (a fls 11)
- ii) que tais acordos não foram precedidos dos estudos sobre as necessidades do SNS e sobre o binómio custos-benefícios resultantes do recurso a entidades privadas, o que contraria o disposto na Base XII da Lei de Bases da Saúde (a fls 12, 37 e 38);
- iii) que a ARSLVT deve providenciar que futuros Acordos destes *“obedeçam aos princípios básicos do Tratado sobre o funcionamento da União Europeia, designadamente ao disposto nos arts. 21º, 56º, 63º e 106º”* (a fls 20);
- iv) que os Acordos de 2005 e de 2008 *“deviam ter sido precedidos de concurso internacional [...], uma vez que não se encontravam reunidos os pressupostos de aplicação do art. 86º”* do Decreto-Lei nº 197/99, relativos à admissibilidade do ajuste directo.

a2) *A impertinência dessas críticas*

3. Tais juízos começam, salvo o devido respeito, por ser impertinentes ou irrelevantes.

São-no, desde logo, no que se refere aos Acordos de Cooperação que não têm incidência nos cuidados de saúde prestados a utentes do SNS



Tribunal de Contas

13

no ano de 2008 — ou seja, quanto aos Acordos de 1998, de 2003 e de 2005 —, só relevando para o objecto da auditoria o Acordo de Junho de 2008 (de aplicação retroactiva desde 1 de Janeiro do mesmo ano).

E são irrelevantes também todas as considerações que se tecem no Relato sobre a não sujeição dos Acordos de 2003, de 2005 e de 2008, às regras da contratação pública, pela muito simples razão de que, submetidos ao processo de fiscalização prévia do Tribunal de Contas, eles foram — reconhece-o o próprio Relato (a fls 39 e 40) — visados expressa ou tacitamente (é indiferente) pelo Tribunal.

E, sendo assim, havendo *caso julgado* sobre a conformidade desses Acordos com a lei, não podem agora os serviços do próprio Tribunal vir discutir e manifestar a sua discordância com o que este mesmo, no exercício de poderes jurisdicionais (pelo menos, formalmente jurisdicionais) já decidira definitivamente.

a3) A sua improcedência

4. Não deixamos, não obstante, de assinalar — ficando, por ora, de parte as questões relativas à exigência legal da realização de estudos prévios da contratação de cuidados de saúde convencionada com privados, no que respeita às vantagens do respectivo binómio qualidade-custo — que os juízos do Relato sobre a suposta ilegalidade da contratação dos referidos Acordos estão, além disso, inquinados de erro de direito.

O qual, aliás, se demonstra com base nos juízos que sobre essa matéria se formularam no Relato.

Assim, depois de se dizer, por exemplo, que os Acordos de 2005 e



Tribunal de Contas

14

de 2008 “*deviam ter sido precedidos de concurso público internacional*” (fls 37, 1º §), reconhece-se, logo a seguir, que, com a entrada em vigor do CCP, “*a formação de acordos como os agora em análise ficou excluída das regras nacionais da contratação pública*”, devendo apenas “*obedecer aos princípios básicos do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia*”, como se de tais princípios resultasse — que não resulta manifestamente — que contratos destes estão sujeitos à precedência de concurso.

5. A questão é, porém, muito mais complexa do que aquela ressalva “comunitária” feita no Relato deixa pressupor.

Desde logo, e no que respeita especificamente às convenções que visam a contratação da prestação de cuidados de saúde destinados aos utentes do SNS, importa ter em conta o regime constante do Decreto-Lei nº 97/98, de 18 de Abril, que veio dispensar a realização do concurso público (tendo revogado o n.º 4 do artigo 37.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo DL 11/93, que consagrava tal exigência).

Na verdade, entendeu o legislador que “*a exigência de celebração de concurso público, então consagrada, revela-se desadequada a um sector tão particular e sensível como o da saúde, justificando o interesse público das prestações objecto de contratação a adopção de um regime especial que agora se institui, consagrando uma ponderação mais qualitativa do que quantitativa, sustentada no princípio da livre escolha do utente face a prestadores devidamente credenciados*”, tendo optado, assim, por consagrar um mecanismo especial de contratação, assente na adesão dos prestadores interessados aos requisitos constantes do clausulado tipo de



Tribunal de Contas

15

cada convenção.

Tal regime jurídico denota claramente a especificidade deste sector, reconhecida, de resto, pelo próprio legislador comunitário.

6. De facto, uma das especificidades em matéria de contratação de serviços, já introduzida pela Directiva 92/50/CE, de 1992, e acolhida agora na Directiva 2004/18/CE, prende-se justamente com a sua aplicação diferenciada, consoante o tipo de serviços objecto do contrato.

Assim, os contratos de serviços mencionados no Anexo II-A da Directiva 2004/18/CE estão sujeitos à aplicação integral do regime desta; sendo que nos contratos de serviços referidos no respectivo Anexo II-B (entre os quais se contam os serviços de saúde) é apenas necessário, di-lo a própria Directiva, cumprir as regras relativas às especificações técnicas e ao anúncio do resultado do procedimento pré-contratual, qualquer que ele seja.

A justificação avançada para esta aplicação a dois níveis da directiva, encontramos-la no seu 19.º Considerando.

Diz-se aí que, “[n]o que diz respeito aos contratos de serviços, a aplicação integral da directiva deve limitar-se, por um período transitório, aos contratos em relação aos quais as disposições da directiva permitam a plena concretização do comércio transfronteiras. Os contratos relativos aos outros serviços devem ser sujeitos a um controlo durante esse período transitório, até que seja tomada uma decisão quanto à aplicação integral da presente directiva. Convém, a este respeito, definir o mecanismo de realização desse controlo [que] deve, simultaneamente, permitir que os interessados tenham acesso às informações pertinentes na matéria”



Tribunal de Contas

16

(destaques nossos).

E é tudo quanto, para além do que respeita às mencionadas especificações e anúncio da adjudicação, aí se exige⁽²⁾.

São estas portanto as razões pelas quais o artigo 5.º/4, alínea f), do nosso CCP exclui a aplicação dos procedimentos de contratação pública regulados na parte II do Código à formação dos contratos que tenham por objecto os serviços de saúde e de carácter social mencionados no anexo II-B da citada Directiva nº 2004/18/CE.

Está aqui em causa, assim, não uma especificidade do regime nacional, cuja compatibilidade com o direito comunitário houvesse ainda que apurar, mas, bem ao invés, a reprodução (ou recepção) ao nível interno de uma opção assumida e justificada, em termos claríssimos, no ordenamento jurídico comunitário.

7. Neste contexto, é legítimo questionar se fará sentido retirar da aplicação dos mencionados princípios do Tratado da UE — o da *não discriminação em função da nacionalidade*, o da *transparência*, o da *igualdade* e da *concorrência* —, como parece sugerir-se no Relato, a exigência de recurso a um procedimento similar ao concurso público para a contratação deste tipo de serviços.

Não se ignora que a Comissão e o Tribunal de Justiça das

² Por sua vez, no Guia das Regras Comunitárias relativas aos Contratos Públicos de Serviços (SPOCE, 1997), a propósito dos serviços sujeitos a uma aplicação limitada das regras da directiva, a Comissão refere que “*nestas categorias de serviços considerou-se ser apenas útil dar aos prestadores de serviços o mínimo de informações necessárias à exploração do mercado e criar uma base de informação que permitisse tomar decisões fundamentadas sobre a eventual aplicação, nomeadamente, das regras processuais da Directiva-serviços a algumas ou todas estas categorias*”.



Tribunal de Contas

17

Comunidades Europeias têm afirmado que as normas do Tratado — essas, e não as das Directivas — valem também para os contratos cujo objecto não se subsume no âmbito da aplicação das directivas ou cujo valor não ultrapassa o limiar previsto em cada uma delas.

Mais ainda: em termos teóricos, tal posição afigura-se-nos plenamente de aceitar. O que aqui se discute é o que isso deve significar na prática, qual o alcance e sentido jurídico-práticos dessa aplicação.

Tem-se como certo que tal não corresponde, não pode corresponder, à proibição de recurso ao ajuste directo, pois que, se assim fosse, o legislador comunitário e/ou o TJCE já o teriam afirmado inequivocamente — e, como se sabe, não existem quaisquer regras ou decisões sobre tal proibição.

8. Por outro lado, se porventura se compreende que, por exemplo, no quadro das concessões de serviço público — que, como se sabe, foram excluídas do âmbito de aplicação das directivas por razões meramente políticas —, a aplicação dos referidos princípios possa acabar por redundar na aplicação de procedimentos tanto quanto possível próximos dos que aí se encontram regulados, não se vê que tal extensão interpretativa possa ser reclamada quando estão em causa contratos que, em razão do seu valor e/ou objecto, o legislador comunitário optou, *proprio sensu*, por não sujeitar, total ou parcialmente, às regras da contratação pública.

Assim, ao contrário do que sucede nas concessões de serviço público, em que aqueles princípios talvez devam valer na sua formulação positiva — no sentido de que daí poderá deduzir-se a exigência de procedimentos concursais abertos —, nestes últimos casos, a respectiva



Tribunal de Contas

18

aplicação está reservada apenas para as situações mais flagrantes e ostensivas de sua violação (seria, por exemplo, o caso de uma entidade adjudicante fundamentar a escolha do co-contratante em função da respectiva nacionalidade).

É que, como refere Sue Arrowsmith (*The law of public and utilities procurement*, 2005, p. 197) permitir outras exigências menos frontais ou mais indeterminadas tem implicações nefastas, pela insegurança jurídica em que ficam as entidades adjudicantes quanto àquilo que estão ou não obrigadas a observar por força dos referidos princípios.

9. A essa tese e preocupação também o legislador português aderiu claramente.

Basta atentar naquilo que, precisamente em relação aos contratos de aquisição que tenham por objecto os serviços de saúde do anexo II-B da citada Directiva — como vêm delimitados na alínea f) do art. 5.º/4 do CCP e por esta expressamente excluídos do regime de contratação do Código —, basta atentar, dizia-se, no que se dispõe logo a seguir, no nº 5 desse mesmo art. 5.º, em que se estabelece que “[à] formação dos contratos referidos na alínea f) do número anterior é aplicável o disposto nos arts. 49.º e 78.º”.

E só eles.

Ou seja, só se lhes aplica — salvo, claro, em caso de violação ostensiva ou manifesta dos referidos princípios comunitários — a proibição da fixação de especificações técnicas discriminatórias ou contrárias às especificações de referência e outras similares (art. 49.º) e a exigência de publicidade no Jornal Oficial das Comunidades de um anúncio de adjudicação (art. 78.º), o que está manifestamente muito longe da



Tribunal de Contas

19

imposição comunitária de os contratos em causa terem que seguir um procedimento concursal ou de não poderem ser celebrados por ajuste directo.

10. Assim, a afirmação no Relato de que, nos procedimentos de formação de Acordos de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, não foram observados os princípios do Tratado da UE, como os da igualdade e da concorrência (sem se concretizar em que consistiu essa inobservância), tal asserção — além de irrelevante para o objecto da auditoria, que versava, quanto muito, sobre a legalidade do Acordo de Junho de 2008, aliás visado pelo Tribunal de Contas — tem-se também por juridicamente errónea⁽³⁾.

a4) Quanto à precedência dos Acordos de Cooperação por estudos de sua necessidade e sustentabilidade

11. Sustenta-se no Relato (a fls 12 e 37 e 38), como acima já se resumiu, que a ARSLVT não fez preceder a celebração dos Acordos de Cooperação de “*quaisquer estudos económico-financeiros que [os] sustentassem, não acautelando o interesse público, o que contraria o disposto na Base XIII, nº 3, da Lei de Bases da Saúde*” ficando assim por se determinar a vantagem do respectivo binómio qualidade-custo e por se

³ Nem trazemos para aqui, para justificar tal conclusão, o facto de não se estar perante uma típica sociedade com fins lucrativos, mas de uma entidade com estreita ligação à Cruz Vermelha Portuguesa, instituição humanitária de interesse público que, como vimos, o Estado tem o dever de apoiar no desenvolvimento das respectivas actividades nas áreas da assistência humanitária e social e da protecção da via, da saúde e da dignidade humana.



Tribunal de Contas

20

apurar se tais acordos não punham em causa “o racional aproveitamento da capacidade instalada no sector público”, nos termos expressos no art. 6º/2 do Decreto-Lei nº 97/98, de 18 de Abril.

12. Não está a CVP-SGH, como é natural, em condições de afirmar ou negar que tais estudos hajam sido realizados e ponderados pela ARSLVT ou por quaisquer serviços do Ministério da Saúde — embora possa pressupor-se que, com maior ou menor especificidade, os mesmos foram efectivamente realizados.

Mas pode afirmar com segurança que:

- i) na vigência da Lei de Bases da Saúde, de 24 de Agosto de 1990, não existia qualquer exigência da realização de estudos destes, mas tão só o pressuposto de que acordos destes só seriam celebrados quando fossem discricionariamente considerados vantajosos para o SNS, face ao binómio qualidade-custos;
- ii) o primeiro Acordo de Cooperação foi celebrado pela Administração Regional “em áreas cirúrgicas onde se geravam grandes listas de espera” — como aliás se afirma no próprio Relato (a fls 35) —, o que é, só por si, sinal de que o Acordo não redundava no desaproveitamento de capacidade instalada do sector público, antes contribuiu para a resolução (parcial) dos problemas gerados pela existência dessas listas⁽⁴⁾;
- iii) de resto, esse Acordo surge em execução de um Protocolo

⁴ Ver Relato, a fls. 48, *in fine*.



Tribunal de Contas

21

de Cooperação e Complementaridade entre o Ministério da Saúde (em concertação com os Ministros da Defesa e das Finanças) e a CVP datado de 16 de Abril de 1998 — quando ainda não vigorava o Decreto-Lei nº 97/98 —, protocolo no qual se determinava já a celebração pela ARSLVT de um Acordo de Cooperação, que veio a ser assinado posteriormente, em Junho do mesmo ano de 1998;

- iv) os Acordos de Cooperação de 2003 e de 2005, autorizados ministerialmente, foram sempre expressamente fundamentados na existência de “*grandes listas de espera*” nas especialidades abrangidas e na injustiça social de aguardar pela demorada criação de novos hospitais ou centros cirúrgicos que permitissem reduzir para números e tempos de espera aceitáveis os que daquelas listas constavam;
- v) na Resolução do Conselho de Ministros nº 188/2005 (de 16 de Dezembro) se afirmou a necessidade de manter os Acordos de Cooperação com a CVP-SGH;
- vi) a fundamentação dessa necessidade e da celebração do Acordo de Cooperação de 2005 viria a ser substancialmente reforçada no Despacho nº 196/2006 do Ministro da Saúde — que ordenou a alteração dos termos do Acordo celebrado —, no qual se assume expressamente verificar-se uma enorme relutância dos hospitais do SNS em aceitar a existência de listas de



Tribunal de Contas

22

espera e de, por isso, reduzindo substancialmente a referenciação de doentes para a CVP-SGH, perpetuarem a existência de listas de espera “*muitas vezes não explicitamente assinaladas*”, com prejuízo da extensão e da qualidade da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos deles carenciados;

vii) por sua vez, o Acordo de Cooperação de 2008 é antecedido de um extenso rol de considerandos sobre o estudo das necessidades da Região em matéria de saúde e a “evidente” dificuldade de resposta dos hospitais do SNS, sobre a enorme extensão das listas de espera nas especialidades cirúrgicas abrangidas, sobre a capacidade da CVP-SGH para responder de imediato às preocupações dali decorrentes e sobre a excelência dos serviços por si sempre prestados.

13. Conjugando tudo isso com a permanente e unânime invocação da elevada qualidade dos serviços prestados pelo CVP-SGH, com a autorização da renovação desses Acordos por 5 Ministros de diferentes Governos e filiações partidárias e com a imposição quer de mecanismos de controlo e acompanhamento quer de preços correspondentes aos das tabelas dos hospitais do SNS (reduzidos, ainda por cima, de uma bonificação de 10%), pode afirmar-se, com elevado grau de verosimilhança que, mesmo que porventura não tivessem sido formalmente cumpridas as exigências de estudos prévios do art. 6º/2 do Decreto-Lei nº 97/98 — exigências inexistentes, como se disse, na Lei de Bases da Saúde —, o que é certo é



que os pressupostos deste tipo de contratação, que tais estudos se destinariam a afirmar (ou infirmar), estavam inequivocamente preenchidos e invocados em relação aos Acordos de Cooperação que, em 1998, 2003, 2005 e 2008, a ARSLVT celebrou com a CVP-SGH.

B)

**SOBRE O ACOMPANHAMENTO E CONTROLO DA EXECUÇÃO, PELA ARSLVT, DO
ACORDO DE COOPERAÇÃO EM 2008**

b1) Junto da CVP-SGH

1. Por não dominar completamente a terminologia e conceitos utilizados a fls 12 e 13 do Relato, teve a sociedade signatária alguma dificuldade em compreender o verdadeiro alcance dos juízos e conclusões aí formulados quanto à realização ou omissão de acções de acompanhamento e controlo, por parte da ARSLVT, do modo como, em 2008, a CVP-SGH terá dado execução às exigências do Acordo de Cooperação.

Ao que parece, teriam então sido realizadas (e com resultados efectivos, como se vê pela 2ª conclusão de fls 13) as acções de controlo e acompanhamento exigíveis ou recomendáveis⁵, salvo no que respeita a auditorias ou inspecções “às condições de funcionamento do hospital” (último § de fls 12) — conceito difícil de estabelecer até por no parágrafo

⁵ Realizaram-se 3 auditorias clínicas já em 2009 — salvo casos excepcionais elas têm lugar nos anos posteriores ao auditado — destinadas a averiguar das matérias constantes dos §§1º do nº 1 e nº 2 do nº 8.2 de fls 43 do Relato.



Tribunal de Contas

24

anterior se deixar afirmado que a ARSLVT procedeu à “*realização de auditorias clínicas à produção dos cuidados de saúde*”.

E procedeu ela também, di-lo ainda o Relato, a todos os controlos administrativos contabilísticos e burocráticos, digamos assim, exigidos ou pressupostos pelo próprio Acordo de Cooperação, ficando então, como única mancha eventualmente descortinável neste domínio, as tais omissões da ARSLVT em matéria de “*auditoria ou inspecção às condições de funcionamento do Hospital*”, como lho facultava o Acordo de Cooperação, diz-se ainda no Relato.

2. Não se trata aí, porém, de um juízo de censura dos Senhores Auditores quanto ao incumprimento de um poder-dever em que a ARSLVT estivesse constituída por força daquele Acordo — o qual claramente configurava tais acções, no respectivo art. 18º/9, como uma mera faculdade a exercer quando discricionariamente tal fosse considerado necessário pela própria Administração regional⁶.

Por sua vez, a Equipa de Acompanhamento constituída pela ARSLVT para controlo e verificação do cumprimento do Acordo de Cooperação tem como funções de controlo as alinhadas no art. 18º/2 desse Acordo — nenhuma das quais respeita especificamente às condições de funcionamento do Hospital, mas antes à “*execução corrente*” das actividades convencionadas, ao cumprimento de obrigações contratuais e à

⁶ Configuração devida naturalmente ao facto de a verificação das condições de funcionamento dos hospitais, de qualquer um, ser uma parcela própria ou específica das atribuições legais da Inspeção Geral de Saúde — que dispõe dos meios e conhecimentos especializados para o efeito —, aparecendo os outros serviços da Administração com competência na matéria como meros complementos (normalmente facultativos) dessa actividade da IGS.



Tribunal de Contas

25

verificação de contas, processos clínicos e resultados da actividade contratada.

Aliás, como já se disse, em relação ao ano de 2008, as Equipas da ARSLVT realizaram 3 acções de inspecção e controlo junto da CVP-SGH e do HCVP, com a enorme amplitude de que se dá conta no próprio Relato.

Assinala-se, assim, à guisa de conclusão, que a ARSLVT fez tudo quanto lhe era legal e contratualmente exigível em matéria de controlo e acompanhamento das actividades de execução do Acordo de Cooperação em causa, não havendo sido jamais referido, seja nos relatórios dessas acções suas ou no próprio Relato dos Auditores do Tribunal de Contas, que a CVP-SGH haja alguma vez recusado ou mostrado relutância em facultar qualquer dado, processo ou registo clínico ou contabilístico que lhe houvesse sido pedido para efectivação de tal controlo ou inspecção.

b2) Junto dos utentes do SNS

3. O problema aqui, segundo fls 16 do Relato, referir-se-ia ao facto de não terem sido implementadas pela ARSLVT mecanismos para aferir, junto dos utentes tratados no HCVP, da qualidade dos serviços que lhes foram aí prestados.

Parecendo haver nessa exigência alguma duplicação em relação ao controlo e acompanhamento que as equipas da ARSLVT faziam nos termos referidos na anterior alínea *b1)* — nos quais se incluíam, lembre-se, “auditorias clínicas à produção dos cuidados de saúde” —, deve dizer-se também que a aferição da qualidade dos serviços prestados, em circunstâncias destas, não se faz solicitando a cada um dos milhões de



utentes declarações e respostas a questionários sobre as condições do seu tratamento, mas, muito mais eficientemente, pela negativa, em função das queixas apresentadas pelos utentes — e que, directa ou indirectamente, constariam dos registos hospitalares.

Pois bem: afirma-se no Relato (a fls 13), não terem existido “*no biénio 2007-2008 [...] quaisquer reclamações por parte dos utentes sobre os serviços prestados no âmbito do Acordo de Cooperação*”.

Como quer que seja, consta de fls 16 do Relato a análise dos questionários realizados a utentes escolhidos aleatoriamente pelos Senhores Auditores, revelando níveis tais de qualidade e satisfação pelos serviços prestados — rondando sempre os 100% — que não houve dúvidas em concluir (a fls 17) deverem tais serviços ser classificados como “bons”.

Classificação que, no entanto, fica muito aquém daquela que realmente lhes caberia, revelando tais números inequivocamente, ainda por cima se comparados com os dos hospitais públicos, serem esses serviços melhores que bons, verdadeiramente “excelentes” ou “óptimos”.

c)

A QUESTÃO DA OPORTUNIDADE OU CONVENIÊNCIA PÚBLICA DOS
ACORDOS DE COOPERAÇÃO ARSLVT/CVP-SGH

*c1) Enunciado dos aspectos questionados e
sequência da resposta*

1. Apesar de ao longo do Relato se tecerem considerações e formularem conclusões que muito abonam a qualidade, a celeridade e



Tribunal de Contas

27

a economia dos serviços que a CVP-SGH vem prestando aos utentes do Serviço Nacional de Saúde e de ter contribuído para a solução (ou diminuição) do problema das listas de espera respectivas, não se tiraram daí, como se viu, as consequências a que logicamente conduziriam essas premissas.

Bem pelo contrário.

Recomenda-se mesmo, a final das conclusões do Relato (fls21), dever ser reavaliada a oportunidade do actual Acordo de Cooperação e equacionado o papel da CVP-SGH no sistema de saúde, “*por razões de transparência e boa gestão dos dinheiros públicos*” (a fls. 20).

Funda-se uma tal sugestão (absolutamente imerecida, para não dizer incongruente) em quatro argumentos principais que, (apesar de frequentes juízos e factos que os contradizem) perpassam todo o Relato:

- i) por um lado, diz-se, a execução deste Acordo far-se-ia à custa da subutilização da capacidade instalada dos hospitais do SNS;
- ii) por outro lado, afirma-se que os procedimentos de encaminhamento ou *referenciação* de doentes para o HCVP não correspondiam às exigências postas no Acordo de Cooperação para evitar desperdícios da capacidade instalada do SNS, tendo esse facto sido “*eventualmente fonte de desperdício de difícil alcance*” (fls 13) ou então revelar, “*com elevado grau de verosimilhança, desperdício da capacidade disponível desses hospitais*” (fls 14);
- iii) por outro lado, tendo por base a comparação entre



Tribunal de Contas

28

preços pagos pela ARSLVT à CVP-SGH e os preços praticados pelas Misericórdias e outras IPSS e, bem assim, a comparação dos custos por doente suportados nos hospitais do SNS, induz-se a ideia de desperdício de dinheiros públicos;

- vi) finalmente, em matéria de tempos de espera por cirurgia e de tempos de internamento dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, em alguns casos, os resultados apresentados pelo HCVP revelavam-se desvantajosos face aos obtidos nos hospitais públicos.

2. Dir-se-ia assim que só um tratamento de favor à CVP-SGH, ou outras razões obscuras e ilegítimas, poderiam ter justificado ou justificar, agora e no futuro, a existência dos referidos Acordos de Cooperação.

Nada mais enganoso, como se demonstrará.

Ora porque os factos ou números a que se atende são manifestamente erróneos ou insignificantes, ora porque se omitem outros relevantes, ora porque os mesmos vêm descontextualizados ou porque se comparam valores incomparáveis, num trabalho de auditoria que — tendo embora também méritos assinaláveis e conclusões irrefutáveis — não beneficiou de todo o tempo e profundidade que uma tarefa dessas, para ser exacta, completa, concreta e circunstanciadamente fundamentada, reclama.

Vejamos então para onde pende o fiel da balança quando se sopesam os factos, números e premissas do Relato, a propósito das suas referidas conclusões, com aqueles que a realidade oferece.



Tribunal de Contas

29

3. Começa-se e concentra-se primeiramente a reflexão subsequente na especialidade ou valência da cirurgia cardiotorácica, por ser aquela sobre que, de muito longe, assentam as premissas e conclusões aí afirmadas.

d)

DA ALEGADA SUBUTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA NOS HOSPITAIS DO SNS

d1) *Súmula do Relato em matéria de cirurgia cardiotorácica*

1. A necessidade de reavaliar da oportunidade do Acordo de Cooperação existente, e dos vindouros, revelar-se-ia, desde logo, afirma-se no Relato, pelo facto de os Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte — nos quais se incluem os Hospitais de Santa Marta e de Santa Maria, que dispõem de serviços de cirurgia cardiotorácica⁽⁷⁾ — terem capacidade instalada, em 2007 e 2008, para a realização de mais 390 cirurgias cardiotorácicas por ano.

Concluindo-se assim “*com elevado grau de verosimilhança*” que “*o SNS revela um desperdício da capacidade disponível (oferta) destes hospitais na realização de mais cirurgias cardiotorácicas na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*”, pelo que os preços pagos à CVP-SGH estariam “*onerados do custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada*” (como tudo consta de fls 14 do Relato).

⁷ O que não é o caso dos restantes hospitais de referência aí abrangidos, como os de São José, Santo António dos Capuchos, de Dona Estefânia e Pulido Valente.



Tribunal de Contas

30

De qualquer maneira, a referida conclusão do Relato, embora venha aí apresentada “*com elevado grau de verosimilhança*” — mesmo se ao que vimos, baseada apenas em meras declarações dos hospitais interessados, sem qualquer referência aos recursos humanos e equipamentos subutilizados — é no entanto desmentida por factos dele constantes ou por juízos neles logicamente baseados.

d2) Esclarecimento e apreciação dos dados e conclusões do Relato em matéria de capacidade disponível do SNS

2. Começa por assinalar-se que todos os Acordos de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, suas renovações e alterações, foram sempre objecto de autorização do próprio Conselho de Ministros ou então do Ministro da pasta da Saúde, de diferentes filiações partidárias, e que todos eles invocaram expressamente, para o efeito, a incapacidade dos hospitais do SNS com valência cirúrgica cardiotorácica para responder em tempo útil às listas de espera que os iam submergindo.

Será muito estranho que tantas e tão diversas vontades políticas conviessem nesse pressuposto, como fundamento da necessidade de celebração ou renovação dos Acordos de Cooperação com a CVP-SGH, se não estivessem absolutamente certos — eles que, melhor do que ninguém, conheciam os serviços hospitalares que tutelavam — da incapacidade e (ou) indisponibilidade destes para a prestação célere e de qualidade de cuidados de saúde cirúrgico-cardiotorácicos por todos os que os procuravam.



Tribunal de Contas

31

Era como se todos eles quisessem deixar o seu nome e reputação políticos amarrados a uma falsidade geradora do desperdício de dinheiros públicos, só para favorecer a CVP-SGH.

Trata-se, é certo, de um facto genérico e conjecturado (embora em muito boas razões) aquele de que aí se trata, quando os existem, concretos, específicos e fundamentados para demonstrar quão enganosa é essa “elevada verosimilhança” de os Acordos de Cooperação se terem feito à custa da subutilização da capacidade disponível dos hospitais do SNS.

3. Em primeiro lugar, para que se soubesse exactamente em que consiste essa capacidade disponível dos hospitais do SNS, era imprescindível que se distinguisse — o que no Relato não se faz —, de entre o referido número de 390 cirurgias cardiotorácicas que supostamente aí poderiam realizar-se a mais, qual o número correspondente a cirurgias cardíacas e o relativo a cirurgias torácicas (sem implicações cardíacas).

Assim, não se dispendo dos números de cirurgia cardíaca ou torácica — muito menos complexa esta — por que se divide essa suposta capacidade disponível dos hospitais do SNS, a afirmação de que ela foi verosimilmente desperdiçada, fica sem fundamento e significado, tanto mais quanto é certo que no HCVP o que se faz, em larguíssima percentagem, é cirurgia cardíaca, ainda por cima em crianças e adultos complexos, e não a menos dispendiosa cirurgia torácica.

4. Concentremo-nos agora nos passos e factos do Relato dos quais resulta, directa ou indirectamente, no entendimento da CVP-SGH, a fragilidade dos juízos e conclusões daí constantes a este propósito.



Tribunal de Contas

32

O primeiro desmentido dessa suposta desnecessidade ou inconveniência da participação do HCVP na prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS vem logo afirmado no Relato a propósito da celebração do primeiro Acordo de Cooperação em Junho de 1998; diz-se aí (a fls 35, no 1º§ do nº 5.3) que tal acordo surgiu para assegurar a realização de cuidados cirúrgicos “em áreas onde se geravam grandes listas de espera” nos hospitais pertencentes ao SNS.

O mesmo se passa com os factos relatados nos parágrafos de fls 14 do Relato, que antecedem imediatamente aquele onde se concluíra pela existência de um sensível desperdício da capacidade instalada dos referidos hospitais públicos. Dá-se aí conta, na verdade, de que os hospitais dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Norte e Ocidental do SNS da Região de Lisboa e Vale do Tejo — e não só os que não dispunham de unidades de cirurgia cardiotorácica — enviavam (referenciavam) doentes cardiotorácicos para o HCVP “por não terem capacidade de resposta em tempo útil, para realizarem essas cirurgias e por considerarem que algumas eram de elevado risco clínico”.

O que naturalmente levou os Senhores Auditores a concluir, do mesmo passo (ainda a fls 14 do Relato), que tais situações “não se coadunam com a informação anteriormente remetida à Direcção Geral do Tribunal de Contas por [aqueles] centros hospitalares [...], por terem declarado que possuíam capacidade instalada em 2007 e 2008, para a realização de mais 390 cirurgias cardiotorácicas/ano”⁸.

Só que, em vez de daí deduzirem, “com elevado grau de verosimilhança”, que afinal a capacidade declarada por aqueles centros

⁸ Ignora-se se o Relato se refere aí apenas aos Centros de Lisboa Central e Norte, ou também ao de Lisboa Ocidental.



Tribunal de Contas

33

hospitalares não correspondia à realmente existente⁹⁾ (ou, se calhar, correspondia primacialmente à valência torácica), preferiram os Senhores Auditores concluir, como elevadamente verosímil — só admitindo *“prova quantificada em contrário”* (no que naturalmente aqueles hospitais não queriam incorrer) — que, apesar dos factos a desmentirem, a sua capacidade declarada em cirurgia cardiotorácica existia mesmo.

5. Mas há mais e muito mais decisivo para demonstrar que o propalado desperdício da capacidade instalada daqueles hospitais em matéria de cirurgia cardiotorácica era, é, afinal, um mito — nem pode esquecer-se a afirmação de fls. 48 do Relato de que o Acordo de Cooperação com o HCVP contribuiu para a resolução do problema das listas de espera do SNS.

Basta porém confrontar os dados referentes aos tempos médios de espera para a realização de cirurgia cardiotorácica no HCVP (Quadro 21) e nos hospitais públicos (Quadro 22) constantes do próprio Relato (a fls. 57 e 58), para perceber que há neste seu raciocínio, algo bastante distorcido, contraditório mesmo.

É que, ao contrário do que sucede no HCVP — **que**, nesta especialidade, **não tem listas de espera** —, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental registam elevadíssimos tempos de espera, da ordem, respectivamente, dos 83, dos 128 e dos 193 dias, ficando-se perplexo como,

⁹⁾ É bem significativo, de resto, que, no seu Despacho nº 196/2006, o Senhor Ministro da Saúde António Correia de Campos se refira à enorme relutância dos hospitais do SNS em aceitarem a existência de listas de espera e de as mesmas não virem *“muitas vezes [...] explicitamente assinaladas”*.



Tribunal de Contas

34

perante tais números, pode aceitar-se como verosímeis, quanto mais como elevadamente verosímeis, as declarações hospitalares de que têm capacidade instalada para realizar mais 390 cirurgias cardiorácicas por ano (e como pode afirmar-se que, nessas condições, a referenciação de doentes para o HCVP corresponde a um elevado desperdício de dinheiros públicos).

Uma de duas, portanto: ou essas declarações são falsas e por elas deveriam responder os seus autores ou, a serem verdadeiras, os hospitais do SNS em causa teriam que ser chamados à pedra por revelarem uma grave falta de diligência no exercício das suas funções.

6. Por outro lado, como qualquer pessoa intuí, os períodos de espera elevados, em situações tão delicadas como as destes doentes, conduzem naturalmente a situações particularmente críticas.

Para melhor percepção da gravidade das consequências daí decorrentes, atente-se, por exemplo, num estudo realizado pela *Canadim Medical Association* onde se demonstra a existência de uma correlação directa entre o número de mortes de doentes cardíacos em lista de espera e o tempo de espera efectivo para realização da respectiva cirurgia⁽¹⁰⁾.

Dando expressão concreta a essa equação, cita-se a título de exemplo, um estudo de *Benchmark* realizado no Canadá⁽¹¹⁾, sobre um universo de mais de 29 mil doentes, que registou, para um tempo médio de espera para cirurgia cardíaca inferior a 30 dias, 141 mortes (o

¹⁰ Hill, Gerry (2004). "Death on the waiting list for cardiac surgery", Canadim Medical Association.

¹¹ Sykora, M. and Naylor, C. D., et al (1998). *Analysis of deaths while waiting for cardiac surgery among 29 293 consecutive patients in Ontario, Canada*". Heart 1998.



Tribunal de Contas

35

correspondente a 0,48% do universo total) enquanto um outro estudo, com um tempo médio de espera de 146 dias (similar ou inferior a algumas unidades nacionais), apresenta uma taxa de mortalidade bem maior, situada nos 2,6% ⁽¹²⁾.

A corroborar esta mesma conclusão, citem-se ainda os resultados de um estudo publicado no *European Heart Journal*, envolvendo um total de 1124 pacientes, tendo-se concluído que, em pacientes de alto risco, tempos de espera de 63 dias conduzem a um aumento de mortalidade de 2,2%.

E, para referir apenas mais um exemplo, o artigo *Sweden's Single-Payer Health System Provides a Warning to Other Nations*, publicado na *National Policy Analysis*, no qual se constatou, num universo de mais de 5800 pacientes suecos, em que o tempo médio de espera era de 55 dias, terão morrido 77 pacientes que constavam da respectiva lista de espera (o que representa um aumento da taxa de mortalidade de 2,5% resultante do simples facto de os pacientes não poderem ser operados com urgência).

Assim, caso se considere, por exemplo, a taxa de mortalidade de 0,48% (para uma espera inferior a 30 dias) ou de 2,5% (para esperas superiores a 55 dias), aplicando-as ao número de doentes em lista de espera nos hospitais do SNS objecto desta análise (num total de 419 doentes, segundo o presente Relato), a estimativa do número de óbitos durante os períodos de espera atrás datados faria subir as taxas de mortalidade abstractas respectivas para números em que nem é bom pensar — mas sempre muito elevados, mesmo quando se considerem equações menos desfavoráveis como aquela segundo a qual 146 dias de espera elevam a

¹² “Death on the waiting list for cardiac surgery”. Heart (1999).



Tribunal de Contas

36

mortalidade cardíaca em 2,6%.

7. Dito isto, bem se compreende quão escandalosa é a suposta capacidade disponível daqueles centros hospitalares — que a realidade desmente e que os próprios responsáveis governamentais do sector não consideram fidedigna —, correspondendo a valores puramente fictícios, sem qualquer tradução na realidade cirúrgica.

Se existisse efectivamente aí capacidade para realizar mais 390 cirurgias/ano, como é que se explicariam os elevados tempos de espera acima referidos e que, afinal, poderiam facilmente reduzir-se a zero dias — como acontece no HCVP, que dispõem de recursos humanos e equipamentos para assegurar a realização de mais 350 intervenções anuais e, precisamente, por isso não tem listas de espera⁽¹³⁾.

8. A ideia de que existe subutilização da capacidade instalada no sector público é também contrariada num estudo recentemente realizado pela Antares Consulting, uma entidade internacionalmente reputada, a pedido da CVP-SGH — e de que aqui se junta uma cópia como documento anexo nº I.

De acordo com as conclusões do mencionado estudo, as taxas de ocupação dos serviços de cirurgia cardiotorácica dos hospitais públicos portugueses são bastante elevadas, especialmente nos hospitais da RLVT,

¹³ Assinale-se também, como facto relevante na matéria, a realização no ano de 2004, no HCVP — a pedido da ARSLVT — de mais de 700 cirurgias cardiotorácicas, o que só se tornou possível por se dispor de uma superior capacidade de resposta, o que demonstra que, a disporem os hospitais do SNS (como vêm declarando desde 1998) de uma capacidade para realizarem mais 390 cirurgias anuais, a poderiam ter preenchido completamente, evitando a necessidade de recurso àquela cooperação excepcional do HCVP.



Tribunal de Contas

37

apresentando valores superiores a 82% — quando a capacidade máxima de intervenção eficiente é alcançada ao nível dos 85% da taxa de ocupação.

Vale isto por dizer que a capacidade instalada nos hospitais públicos da RLVT se apresenta com uma reduzidíssima margem de crescimento.

O que é tanto mais grave quanto é certo que as taxas de utilização da cirurgia cardíaca em Portugal estão abaixo da média europeia (605 cirurgias/milhão de habitantes vs. 1000 cirurgias na média da Europa) e que, por força do envelhecimento da população, se prevê, como naquele estudo se revela, a continuação do aumento das necessidades de cirurgia cardíaca.

Esta necessidade de aumento da capacidade de resposta portuguesa em cirurgia cardíaca não poderá então ser suprida através dos hospitais do SNS⁽¹⁴⁾, o que só vem reforçar (contra o que se infere no Relato) a conveniência da manutenção do actual Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, dado que o HCVP tem capacidade instalada para satisfazer uma produção adicional de ainda mais de cerca de 350 cirurgias cardíacas, garantindo, além disso, índices de qualidade assistencial e eficiência alinhados com as principais unidades de referência internacionais⁽¹⁵⁾.

Por outro lado e também de acordo com as conclusões do referido estudo, Portugal apresenta um número de centros cirúrgicos por habitante (1 centro para 1.444.000 habitantes) quase 50% inferior à média da Europa

¹⁴ Relembra-se o passo que atrás se transcreveu do Despacho n.º 196/2006 do Ministro da Saúde, sobre a impossibilidade de superar em tempo útil as listas de espera existentes através da criação de novos hospitais e centros cirúrgicos.

¹⁵ Permitindo-lhe, por exemplo, como acima se referiu em nota, realizar no ano de 2004, a pedido do SNS, mais de 700 cirurgias cardiotorácicas



Tribunal de Contas

38

(1 centro por milhão de habitantes) e às recomendações da OMS (1 centro por cada 1,2 milhões de habitantes).

Ora, a Região de Lisboa e Vale do Tejo e a Região Sul, incluindo o HCVP, apresenta um valor próximo do recomendado pela OMS (1.123.455 habitantes por centro), mas, se se considerar apenas os hospitais públicos, o número de habitantes por centro cirúrgico em Portugal aumenta para 1.680.000, e, nessas Regiões, para cerca de 1.500.000 habitantes, índices bem acima (25% acima) dos recomendados pela OMS.

9. Demonstrativo da falta de verosimilhança da asserção do Relato de que existe desperdício da oferta disponível no SNS, é ainda o facto de nos registos clínicos de diversos episódios referenciados para o HCVP vir sistematicamente invocada a incapacidade de resposta em tempo útil das unidades hospitalares públicas.

Ficaram acima relatadas 5 dessas múltiplas situações (descritas a fls 13 e 14 do Relato) de invocação de incapacidade pública de receber doentes do SNS, que foram por isso encaminhados para o HCVP, onde foram intervencionados sem espera. Mas outras mais poderiam chamar-se à baila nesse mesmo sentido, como consta aliás do Quadro I do Anexo B do Relato.

Assim:

– “[n]uma das situações, o HPV contactou os Hospitais de S. Maria, S. Marta e S. Cruz informando que não tinham possibilidade de receber o doente. Este foi enviado para o HCVP para cirurgia urgente” (a fls....);



Tribunal de Contas

39

- “[...] foram contactados os Hospitais de S. Maria, S. Marta e S. Cruz, informando que não tinham possibilidade de receber o doente”
- “[f]oi contactado o Hospital de S. Maria, que recusou a realização destas cirurgias por as considerar de elevado risco cirúrgico e outras por indisponibilidade em tempo útil para a realização de cirurgias” ;
- “quatro [utentes] foram referenciados para o HCVP por impossibilidade do Hospital de S. Cruz os receber em tempo útil”.

10. Outras razões ou circunstâncias por que o HCVP é chamado a intervir em casos de cirurgia cardiotorácica que os Hospitais do SNS (não obstante a sua suposta capacidade disponível) para ele encaminham prendem-se com situações de risco, a carecer de intervenção imediata ou por serem de diagnóstico ou resultado contingente, e com casos de cardiocirurgia pediátrica, nomeadamente em recém-nascidos — domínio onde a qualidade dos serviços do HCVP é internacionalmente reconhecida.

Podem ver-se descritos na nota 40 de fls 47 do Relato cinco exemplos de casos em que, — mesmo se houvesse (o que se contesta) a eventual deficiência formal dos títulos de referência — as justificações materialmente apresentadas pelo Hospital Garcia de Orta para o envio de doentes para o HCVP se prendem todas com a recusa do hospital de referência (no caso, o Hospital de Santa Maria) em os receber, dadas as dificuldades de diagnóstico ou os elevados riscos das intervenções cirúrgicas a realizar.



Tribunal de Contas

40

Por outro lado, o número das cirurgias pediátricas realizadas no HCVP em 2008, por incumbência do SNS, subiu a 146 operações, a que (se outras razões não houvera) a alegada capacidade desperdiçada dos hospitais do SNS daria certamente resposta cabal.

11. Uma coisa é certa, porém, e pensa poder rematar-se com ela esta questão.

É que jamais o HCVP diligenciou por qualquer meio para que aqueles hospitais públicos ou os seus médicos lhe enviassem doentes para cirurgia cardiotorácica — sendo ele sempre o requisitado, nunca o requisitante —, nem certamente a ARSLVT tem instigado os seus hospitais a proceder assim.

Então, a única razão verosímil para que isso aconteça (a não ser que alguém andasse a forjar números e capacidades com fins desconhecidos) reside na celeridade, qualidade e eficiência de resposta que os serviços do HCVP asseguram aos doentes para si encaminhados, exigências a que os hospitais públicos com serviços de cirurgia cardiotorácica eventualmente não se sentem com capacidade para responder cumulativamente.

Cita-se a tal propósito, como eloquente demonstração desse conjunto de aspectos positivos dos serviços prestados pelo HCVP, o facto de os serviços de cardiologia do Hospital Curry Cabral mostrarem frequentemente e por formas diversas estarem plenamente satisfeitos com os Serviços Cirúrgicos que o HCVP lhes presta e de, por isso, utilizarem amiúde — para não dizer sem excepção — a faculdade que o art. 8º/3 do Acordo de Cooperação de 2008 lhe reconheceu de encaminharem para ele



Tribunal de Contas

41

os seus doentes (adultos) desse foro, sem necessidade de prévia avaliação da capacidade de resposta cirúrgica dos hospitais públicos da Região de Saúde.

12. Assim se demonstrou — pensa-se que por excesso — que a existência dos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, e a execução que lhes vem sendo dada ao longo do tempo, não se fez, em matéria de cirurgia cardiotorácica (que é a essa que o Relato permanentemente se refere), à custa da subutilização da capacidade instalada dos 3 hospitais do SNS da RSLVT que também dispõem dessa valência.

Bem pelo contrário, a participação do HCVP na prestação de cuidados cirúrgicos aos utentes do SNS tem-se revelado um seu complemento avançado, qualificado e imprescindível — basta dizer que, entre 1998 e 2008, o HCVP realizou por conta do SNS 7077 cirurgias cardiotorácicas⁽¹⁶⁾ (das quais 1164 foram realizadas, entre 2003 e 2008, em situações de emergência ou urgência) e 11.034 consultas de cardiologia pediátrica⁽¹⁷⁾

É caso para perguntar, então, onde estariam, se não fosse isso, as listas públicas de espera de cirurgia cardiotorácica que, nos três casos antes considerados, variavam entre os três e os (mais de) 6 meses, com todas as

¹⁶ Noutras especialidades, os números são os seguintes:

- em ortopedia, 15.300
- em cirurgia vascular, 12.646
- em oftalmologia, 12.386

¹⁷ Noutras especialidades, os números são os seguintes:

- em ortopedia, 39.395
- em cirurgia vascular, 22.159
- em oftalmologia, 40.892



Tribunal de Contas

42

implicações que já se viu terem tais demoras no aumento da taxa da respectiva mortalidade ou no agravamento da condição clínica dos doentes.

d3) Esclarecimento e apreciação dos dados e conclusões do Relato em matéria de referenciação de doentes para o HCVP

13. Uma das críticas mais severas do Relato quanto às incidências da execução do Acordo de Cooperação vigente em 2008 prende-se com as deficiências e violações dos processos de *referenciação* de doentes do SNS para tratamento no HCVP — instrumento esse através do qual se pretendia prevenir que o recurso aos serviços aí prestados se fizesse com prejuízo da capacidade disponível dos 3 hospitais da RSLVT com serviços de cirurgia cardiotorácica.

Do que se tratava em suma era de os respectivos utentes só serem para ali reencaminhados quando não pudessem ser atendidos nesses hospitais públicos, exigindo-se para tanto a constatação formal — num título de referenciação — pelo Hospital Referenciador⁽¹⁸⁾ de que o hospital público da Região dotado de serviços de cirurgia cardíaca com o qual ele se articulava não tinha condições para proceder à intervenção cirúrgica necessária.

14. Há aqui logo uma questão prévia a aclarar, respeitante à existência de diversos procedimentos de referenciação e às exigências formais de cada um deles, tudo como resulta do art. 8º do Acordo de

¹⁸ Aquele onde em primeira mão, se diagnosticava a existência de doença carecida de intervenção cirúrgica.



Tribunal de Contas

43

Cooperação.

Como pode ver-se pela sistematização e conteúdo dispositivo desse artº 8º, refere-se ele a três situações ou espécies distintas de referência:

- a da **cirurgia cardíaca de adultos**, à qual se reportam, com interesse para o caso, os nºs 2, 3 e 6 a 9 desse artº 8º;
- a da **cirurgia pediátrica**, a qual se refere o seu nº 10;
- a de **todas as outras especialidades** constantes do Acordo, previstas no respectivo nº 11 (e nº 12).

15. Em relação à cirurgia cardíaca, seja a de adultos ou a pediátrica, a referência de doentes para HVCP, como resulta do art. 8º/2, é sempre de proveniência hospitalar, não podendo basear-se em títulos emitidos pelos Centros de Saúde da ARSLVT, só válidos para as outras especialidades (art. 8º/11).

Mas, depois, disso, há grandes diferenças entre a referência para a cirurgia de adultos e pediátrica, Assim, enquanto neste último caso — não só porque se trata de casos urgentes ou de risco, só tratados em dois hospitais da Região, mas também porque o HCVP está internacionalmente qualificado como dispendo das melhores equipas na matéria — o Acordo (art. 8º/10) dispôs poder ele “*receber doentes das Maternidades, Serviços de Neonatologia e das especialidades de Pediatria e de Cardiologia Pediátrica dos Hospitais da área de influência da ARSLVT*”, sem mais requisitos ou referências, já no caso da cirurgia de adultos as exigências do Acordo são bem diferentes.

Aqui, há várias situações a distinguir:



Tribunal de Contas

44

- i) assim os utentes do SNS com doença cardíaca carente de cirurgia, diagnosticados no Hospital Curry Cabral podem ser por este directamente encaminhados para o HCVP, “*sem necessidade de prévia avaliação da capacidade de resposta dos Hospitais da Região* (art. 8º/3)¹⁹;
- ii) os outros hospitais públicos da Região que disponham de laboratório de Hemodinâmica — mas não de serviços de cirurgia cardíaca — podem referenciar os adultos com necessidade cirúrgica seja para o HCVP seja para os hospitais do SNS que disponham de tais serviços (art. 8º/6);
- iii) mas essa referenciação para o HCVP só poderá ter lugar após o Hospital do SNS com o qual o hospital referenciador se articula em primeiro lugar (ou Santa Maria, ou Santa Marta ou Santa Cruz) confirmar a incapacidade de receber ou operar o doente e este carecer de ser operado em tempo útil (art. 8º/7).

16. Quando à referenciação noutras especialidades por Centros de Saúde (por “médicos de família”, na terminologia corrente) para o HCVP exige o art. 8º/11, cumulativamente, a presunção de existência de necessidade cirúrgica e não haver capacidade de resposta em tempo adequado em qualquer hospital do SNS da RSLVT.

Quanto a este caso, adianta-se já serem bem conhecidos de todos a falta ou dificuldade de acesso a consultas de especialidade médica ou

¹⁹ Estando o HCVP impedido de receber tais doentes, deve ele comunicá-lo “*de imediato*” ao Hospital Curry Cabral.



médico-cirurgica nos hospitais do SNS para os quais eles referenciam, ouvindo-se quotidianamente relatos esclarecedores de doentes sobre os calvários que têm que percorrer para voltar de mãos vazias ao seu médico de família — sendo natural que, em muitas ocasiões, estes emitam declarações sobre a incapacidade de resposta em tempo adequado dos hospitais do SNS.

17. Voltando atrás, aos casos da cirurgia cardíaca de adultos.

Não é bem claro no Relato, diga-se, se a interpretação que aí se faz sobre se este regime de referência para o HCVP de doentes necessitados de cirurgia cardíaca dos hospitais do SNS (que não disponham de tais serviços) — sendo a referência feita por hospitais públicos com serviços desses uma exceção de rara verificação — corresponde à exigência de auscultação da capacidade de resposta de mais do que um hospital da Região.

Há no Relato uma pequena frase de onde se deduziria que a regularidade da referência dependeria (e em qualquer caso?) de o Hospital referenciador averiguar, primeiro, da “*capacidade de resposta dos restantes hospitais da Rede de Referência da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*” — de todos eles, portanto, e não apenas daquele com quem ele se articula em primeiro lugar na Rede de Referência.

A verdade porém é que, embora o Relato não seja frequente a afirmar expressamente esse entendimento sobre a amplitude do regime da referência, vem depois, na última das suas recomendações à ARSLVT (a fls 21) dizer não dever ela “*permitir a referência para o HCVP de qualquer utente sem prévia avaliação da capacidade instalada do SNS em*



Tribunal de Contas

46

dar satisfação ao problema de saúde” — ficando-se na dúvida sobre se isso significa que as coisas já deviam passar-se assim no âmbito do presente Acordo ou se deve, no futuro, promover-se uma sua alteração nesse sentido.

É sabido, por outro lado, que alguma jurisprudência do Tribunal de Contas vem pugnando — mesmo em relação aos doentes do Hospital Curry Cabral — no sentido de, para funcionar a referenciação para o HCVP, ser sempre exigida a declaração de incapacidade de resposta por todos os hospitais com serviços de cirurgia cardíaca da RSLVT.

Se fosse essa a interpretação que subjaz aos juízos e conclusões do Relato, nesta matéria, diríamos ser a mesma inexata, por não corresponder ao estipulado no Acordo e se basear certamente num ofício-circular (de 7 de Julho de 2005) do Conselho de Administração da RSLVT, que obrigava cada um dos Serviços de Cirurgia Cardiorácica a “*contactar os outros hospitais do SNS e, em última instância, o HCVP*”.

Só que os procedimentos aí estabelecidos foram derogados não apenas pelo já mencionado Despacho n° 196/2006 do Ministro da Saúde — do qual resultava a exigência de alterar, no prazo de um mês, o Acordo de Cooperação existente, em função do princípio da “*livre referenciação para o HCVP em condições de igualdade e competitividade com os hospitais do SNS*”⁽²⁰⁾ — mas também pelo próprio Acordo de Cooperação de 2008, que cingiu a referenciação hospitalar, no caso dos n°s 6 e 7 do seu art. 8°, à necessidade de confirmação da incapacidade de resposta do Hospital da Região com o qual o Hospital referenciador se articula em primeiro lugar

²⁰ Na tentativa de evitar o estrangulamento que se verificava na referenciação de doentes cardíacos para o HCVP e a perpetuação e agravamento das listas de espera (“*nem sempre assinaladas*”) que submergiam os hospitais do SNS.



Tribunal de Contas

47

em matéria de serviços de cirurgia cardíaca.

Retirava-se assim, por qualquer dessas duas vias, qualquer efeito à exigência do mencionado ofício da ARSLVT de 2005 — se é que um ofício pode considerar-se como um instrumento legítimo de interpretação de um contrato.

18. Aliás, a não ser assim, os procedimentos normais de referência estariam sujeitos a um complexo e demorado procedimento burocrático — traduzido no preenchimento, pelo hospital referenciador e pelos hospitais públicos por si sucessivamente contactados para o efeito, de impressos com dados de identificação, descrição de relatórios clínicos e elementos complementares de diagnóstico, assinados pelo médico respectivo e pelo Director da Instituição — só chegando o doente em causa ao HCVP, depois de cumprida toda essa repartida e complexa burocracia, se ainda estivesse com vida.

Até porque a necessidade de procurar e auscultar os responsáveis máximos dos serviços de cirurgia cardíaca dos diversos hospitais envolvidos — aos quais nem sempre se chega em primeira mão — e também a necessidade de estes averiguarem efectivamente de que intervenção e urgência se trata e da sua própria capacidade para responder em tempo e eficientemente ao pedido do hospital referenciador, agravava substancialmente a burocracia e a demora de tais procedimentos.

Sendo facto público e notório a pressão clínica a que os médicos dos hospitais públicos estão quotidianamente sujeitos e a idiossincrática relutância portuguesa no cumprimento de tarefas burocráticas, é fácil de concluir que esse complicado e sucessivo procedimento de referência,



Tribunal de Contas

48

nomeadamente em matéria de cirurgia cardíaca, em vez de constituir um processo de racionalização do uso de dinheiros públicos, constituiria sim, pela sua demora, mais um factor de agravamento de doenças — com acréscimo de custos do seu tratamento — e certamente, até, de aumento da taxa de mortalidade⁽²¹⁾.

Além de que — é preciso não o esquecer — seria muito difícil aos vários hospitais do SNS, que se reclamavam de uma larga capacidade disponível, reconhecer formalmente, caso a caso, preto no branco, que não podiam afinal tratar os doentes cardiorácicos que os procuravam e que só o recurso ao HCVP os poderia curar ou salvar.

Daí, até, que os procedimentos de referenciação (a serem exigidos em toda aquela sua sucessiva e complicada extensão) se tornassem numa formalidade dispensável ou de cumprimento complacente, mediava um simples passo.

19. Mesmo assim, é de sublinhar que na amostra seleccionada no Relato (Quadro 1, Anexo B), os processos com referenciação deficiente ou omitida — se, repete-se, se exigisse a confirmação oficial da incapacidade de resposta de cada um dos hospitais com serviços de cirurgia cardíaca da Região de Saúde — correspondem a números insignificantes.

Na verdade:

- i) vêm aí relatados um total de episódios com 159 utentes em que se terão descoberto deficiências ou

²¹ Veja-se o que se diz, por exemplo, a fls 136 e 138 do Documento Orientador sobre Vias Verdes do EAM e do AVC, do Alto Comissariado da Saúde, de 2007, sobre as consequências de tempos diminutos de espera no tratamento de doenças coronárias, tantas vezes surgidas bruscamente e a necessitar de cuidados médicos urgentes.



Tribunal de Contas

49

- omissões dessas (ficando por indicar aquelas em que o processo de referenciação não as revelava);
- ii) do referido número há que retirar 70 utentes, provenientes do Hospital Curry Cabral (não sujeitos a processo de referenciação), restando assim 89 episódios;
 - iii) desses 89 episódios, 72 correspondem a cirurgias cardiotorácicas pediátricas — muitas das quais referidas a recém-nascidos — cujos doentes, como se viu (art. 8º/10), podiam ser encaminhados directamente para o HCVP pelas Maternidades, pelos Serviços de Neonatologia e pelas especialidades de Pediatria e Cardiologia Pediátrica dos Hospitais da área de influência da ARSLVT⁽²²⁾
 - iv) dos 17 episódios restantes, 15 (embora se diga no Relato não virem referenciados com todas as formalidades) vêm expressamente reportados a situações em que 1, 2 ou 3 hospitais do SNS tinham manifestado, por razões várias, a sua incapacidade para operar os doentes em causa, reencaminhando-os por isso para o HCVP.

O que significa que só em relação a 2 desses 159 utentes do SNS operados no HCVP (um proveniente do Hospital Pulido Valente, outro do Centro Hospitalar Médio Tejo) o Relato não refere, formal ou material,

²² Incluem-se aí naturalmente os serviços de maternidade, de neonatologia e de cardiologia pediátrica do Hospital Fernando da Fonseca, que podem referenciar directamente os doentes dessas suas especialidades para o HCVP.



Tribunal de Contas

50

explícita ou implicitamente, a existência de qualquer declaração ou motivo de referenciação⁽²³⁾.

20. E se procurarmos na nota 40 de fls 47 do Relato a descrição dos casos daí constantes sobre a referenciação de doentes de cirurgia cardíaca do Hospital da Garcia de Orta para o HCVP, ainda melhor se constata que o encaminhamento desses doentes teve sempre lugar após a auscultação do Hospital de Santa Maria e da resposta deste sobre a sua incapacidade para receber esses doentes, seja pelo risco que representavam seja por causa de divergências com o diagnóstico feito.

21. A preterição ou incumprimento rigoroso da formalidade de referenciação tem, assim, nos dados do próprio Relato, uma explicação idónea e legitimante, expressa ou implícita, e que só não seria absolutamente conforme com os procedimentos exigidos se se entendesse — contra aquilo que resulta do Acordo de Cooperação — que a referenciação hospitalar para o HCVP, em matéria de cirurgia cardíaca, deveria basear-se em declarações formais de incapacidade de resposta dos hospitais públicos da Região dotados da especialidade de cirurgia cardíaca, não bastando para isso a resposta negativa daquele com quem o Hospital referenciador primeiramente se articula, de acordo com a Rede de Referência aplicável.

Aliás, ainda que aquela referência global fosse contratualmente exigida, é evidente que o HCVP não podia, em nome dos valores da saúde e

²³ Mesmo assim no que toca ao doente proveniente do Hospital de Torres Novas, o Relato dá conta (a fls 15) que este procurou avaliar da capacidade de resposta do Hospital de S. Cruz não tendo, porém, obtido resposta em tempo útil.



Tribunal de Contas

51

da ética, responder aos doentes que para aí eram encaminhados em situação de risco ou de urgência, que fossem percorrer de novo o calvário burocrático de todo o processo de referenciação, para então lhes poder dar o tratamento de que tanto ou tão urgentemente necessitavam.

22. No domínio da cirurgia cardíaca pediátrica, os títulos de referenciação provenientes de hospitais onde não houvesse as especialidades pediátricas do art. 8º/10 do Acordo de Cooperação (porque, se houvesse tais títulos, não seriam necessários) podem também, por razões ponderosas, nem sempre responder rigorosamente às normas do art. 8º do Acordo de Cooperação.

Diga-se, para começar, que a referenciação ou encaminhamento de doentes na cirurgia pediátrica se baseia sobretudo em razões de ordem técnica, por se tratar de doenças muitíssimo complexas e de haver apenas três hospitais em Portugal (São João, Santa Marta e HCVP) a fazer tais tipos de cirurgia — repetindo-se a imodéstia de dizer que, nesse domínio, a reputação do HCVP está até internacionalmente firmada nos primeiros lugares dos respectivos *rankings*.

É natural por isso que os cardiologistas pediátricos, face a situações tão delicadas e urgentes, prefiram não perder tempo com referenciações — cujos resultados antecipadamente conhecem — e encaminham os seus pacientes para os hospitais onde sabem haver imediata capacidade para os receber e qualidade para os tratar.

Por outro lado, as correcções de deficiências cirúrgicas pediátricas realizam-se, as mais das vezes, não através de uma única intervenção cirúrgica, exigindo antes a correcção progressiva da doença, numa



Tribunal de Contas

52

estratégia de recuperação temporizada, através da realização de vários tratamentos e de mais uma ou duas intervenções dessas — como também é facto notório na comunidade médica.

Sucede então que um paciente que foi diagnosticado por um cardiologista e um cirurgião determinados, realizada com êxito a primeira correcção, não se dispõe a mudar de médico ou cirurgião, não apenas para não ter que lidar com outros eventuais diagnósticos ou estratégias de recuperação, mas também porque a relação de confiança que estabeleceu com o cirurgião e a equipa que primeiro o operou e tratou constitui um factor relevantíssimo da sua disposição de se submeter à segunda e terceira correcções cirúrgicas necessárias, contribuindo ainda para os resultados favoráveis destas.

Sendo assim, quando um cirurgião do HCVP é procurado por um doente desses — para aí antes encaminhado, formal ou informalmente, por um hospital do SNS —, ele sente como sua obrigação responder a tal solicitação, convicto, que estará, de que a referenciação feita cobrirá todas as necessidades de tratamento clínico e cirúrgico temporizadas.

23. Diga-se, finalmente, que os profissionais ligados à prestação de cuidados de saúde, ainda para mais em especialidades destas, são pessoas cuja primeira (para não dizer exclusiva) preocupação, até por formação deontológica hipocrática, é a da saúde e tratamento do doente, tendendo a negligenciar tudo o que possa interferir com valores desses.

Não se trata, claro, de defender que os médicos possam esquecer e postergar a lei em prol dos seus valores pessoais, por muito éticos e elevados que estes sejam.



Tribunal de Contas

53

Trata-se, sim, de dizer que, para resolver problemas destes, nos quais conflituam interesses tão antagónicos e perigam a saúde e qualidade de vida dos cidadãos, mais do que apontar e censurar as infracções de ordem burocrática cometidas, se exigiria era que se recomendasse a adopção de um processo de referência seguro, mas célere e flexível, adequado às necessidades reais existentes, que correspondem sempre a situações clínicas graves e em que as opções menos adequadas geram elevados índices de mortalidade.

Processo esse através do qual, sem sacrifício de uma gestão razoável dos recursos financeiros públicos, não se tivesse que recorrer — se é verdade que o Relato e a jurisprudência do Tribunal de Contas têm enveredado por uma interpretação que exige uma referência global dos vários hospitais de cirurgia cardíaca do SNS incluídos na respectiva Rede de Referência — a sistemas detalhados e morosos do seu controlo burocrático totalmente alheios à realidade, como se esta assentasse na existência tendencial de uma rede pública de saúde de capacidade permanente e infinita, pronta para responder com celeridade e qualidade às cada vez mais prementes necessidades sociais que, qualitativa e quantitativamente, se fazem sentir em matéria de tal importância para os cidadãos.

24. Não parece à CVP-SGH, portanto em primeiro lugar, que os procedimentos de referência tenham a latitude que porventura o Relato lhes assacou, e mesmo que a tivessem — o que só em teoria se admite —, também não parece que as relativamente insignificantes deficiências verdadeiramente verificadas em matéria de referência devam constituir



Tribunal de Contas

54

a pedra de toque do Relato a que aqui se responde, corrigindo-se os juízos e premissas daí constantes no sentido de minorizar a sua hipotética importância infractiva e de realçar a necessidade de encontrar um processo de referência flexível e mais informal do que aquele que no Relato se entendeu estar implantado, evitando que ele se torne num entrave de tomo a uma prestação lesta, segura e eficiente de cuidados de saúde ao abrigo do Acordo de Cooperação.

d4) Esclarecimentos e apreciação dos dados do Relato em matéria de carestia de preços dos serviços prestados no HCVP

25. Dizer que há um problema de carestia de preços dos serviços cirúrgicos pagos pela ARSLVT à CVP-SGH é uma proposição que a própria realidade do Acordo de Cooperação desmente: a CVP-SGH é paga em função da tabela de preços constante da Portaria nº 110-A/2007 (de 23 de Janeiro) — em função dos quais são pagos também os hospitais públicos do SNS —, embora os preços por ela praticados devam ser deduzidos da percentagem de 10%, o que os torna ainda mais baratos.

Pode claro dizer-se, como a fls 18 do Relato — embora sem se concretizar a proposição —, que, ainda assim, tais preços são superiores aos praticados por outras entidades do sector social e privado, e que, nesse domínio, os preços estabelecidos nos protocolos com as Misericórdias são os mais baixos de todos.

Daí, aliás, ainda segundo o Relato, a perversa consequência de o Ministério da Saúde — mantendo ao longo destes anos o Acordo de



Tribunal de Contas

55

Cooperação com a CVP-SGH, sem consultar outras entidades para saber se oferecem serviços iguais ou de melhor qualidade por preços mais baixos — desconhecer se tal Acordo é o melhor do ponto de vista da gestão dos dinheiros públicos.

26. As premissas e juízos respectivos carecem, já neste nível mais elementar, de algum esclarecimento.

Assim, não é verdade — ou então está por provar — que os preços praticados por outras entidades sociais e privadas sejam inferiores aos que a ARSLVT paga à CVP-SGH.

Basta referir o caso do Hospital da Prelada, no Porto, que também factura os seus serviços à respectiva Administração Regional em função dos critérios e factores da Portaria nº 110-A/2007, sem contudo haver aí lugar à dedução de 10% a que a CVP-SGH está vinculada por força do seu Acordo de Cooperação com a ARSLVT.

Não há, neste domínio, porém, outros termos de comparação possíveis para o HCVP e o Hospital da Prelada, que permitam afirmar serem outros preços pagos pelo SNS mais baratos do que eles dois (nomeadamente o HCVP) praticam⁽²⁴⁾

27. Quanto à ideia de que os preços praticados pelos hospitais das Misericórdias seriam os mais baixos de todos — a qual, em teoria, até pode

²⁴ Assim, no caso das modalidades de pagamento de cuidados cirúrgicos referidas no último parágrafo de fls 61, elas correspondem a sistemas diversos de remuneração, insusceptíveis de comparação, portanto. Por exemplo, no que se refere às convenções celebradas ao abrigo do SIGIC, os preços da respectiva tabela referem-se exclusivamente ao acto cirúrgico, sem contemplar toda a actividade clínica prévia e posterior a ele, diferentemente do que se passa com os preços pagos à CVP-SGH ao abrigo do Acordo de Cooperação.



Tribunal de Contas

56

ser verdadeira — impõe-se confrontá-la com a prática.

Em primeiro lugar, está a falar-se de preços que foram fixados em 1997 (não tendo sido até hoje actualizados) — seja porque à época eram bem compensadores seja porque o Estado auxilia financeiramente as Misericórdias por muitas outras vias — e está também a falar-se e comparar-se preços de unidades hospitalares muito diversas, sendo que os hospitais da Misericórdia não dispõem de equipamentos (vg., laboratórios de análises e hemodinâmicos, bancos de sangue) nem de departamentos (não prestam consultas, por exemplo) de que o HCVP está amplamente dotado para poder prestar todos os serviços previstos no Acordo de Cooperação.

Aos hospitais das Misericórdias, chegam portanto os doentes com todo o respectivo processo clínico preparado, instruído e elaborado, para serem aí operados consoante o diagnóstico e os exames complementares feito algures, em hospitais dotados de recursos humanos e de equipamentos necessários para o efeito.

Nessas circunstâncias, são incomparáveis os preços praticados pelo HCVP com os que as Misericórdias, que prestam serviços de dimensão clínica muito inferior, cobrarão.

Por outro lado, as condições de funcionamento dos hospitais das Misericórdias — que, além de, normalmente, se tratar de hospitais pouco apetrechados, têm quadros permanentes de pequena dimensão e com equipas constituídas por médicos que, na grande maioria dos casos, exercem outras ocupações profissionais (incluindo em hospitais públicos) —, tais condições, dizia-se, podem, talvez, no confronto com as de hospitais apetrechados como o HCVP (que dispõem de um quadro clínico



Tribunal de Contas

57

próprio e permanente de 36 profissionais a trabalhar só para o SNS) propiciar algumas vantagens financeiras ao SNS.

Mas, em contrapartida, esses hospitais das Misericórdias ficam muito aquém do HCVP em multidisciplinaridade, celeridade, eficiência e resultados da sua cooperação com a ARSLVT.

Assim, não seria despiciendo, quando se chama à baila a questão dos preços supostamente mais baixos praticados pelas Misericórdias, que se confrontasse também, por exemplo, as listas de espera aí existentes e o grau de satisfação proporcionados pelos seus hospitais e, sobretudo, a qualidade e extensão dos serviços aí prestados com aqueles que a CVP-SGH (ou a Prelada, por exemplo) proporciona ao SNS.

E é certamente por isso que, no próprio Relato (a fls 62) se reconhece não ser evidente que entidades como as Misericórdias e outras IPSS “*tenham a mesma capacidade de resposta que o HCVP*” está em condições de oferecer “*em tempo útil*” aos utentes do SNS — o que deve ser lido, como se viu, até, pelo cuidado que os Senhores Auditores usam na sua linguagem, como sendo evidente que tais entidades não asseguram a mesma capacidade de diferenciação clínica e qualidade e celeridade de resposta que o HCVP proporciona.

d5) Esclarecimentos e apreciação dos dados do Relato em matéria de dispêndio de dinheiros públicos no confronto do HCVP com os hospitais do SNS

28. Não são portanto, em si mesmos, os preços (ou tabelas de preços, se se preferir) estabelecidos no Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a



Tribunal de Contas

58

CVP-SGH que são caros — e o facto de eles serem 10% inferiores aos da tabela de preços por que são pagos os hospitais públicos demonstrá-lo-ia, sem mais.

O que se passa e o que o Relato revela, erroneamente, diga-se já, é que a aplicação desses preços aos episódios tratados mostraria que o Estado pagaria à CVP-SGH valores superiores aos que dispense com os doentes tratados na mesma especialidade nos hospitais públicos.

Assim, por exemplo, no Relato chegou-se à conclusão (no Quadro 23 de fls 63) de que, em matéria de cirurgia cardiotorácica, o custo por *doente tratado* nos hospitais públicos do SNS aí considerados variou entre 1.946 e 3.742€, enquanto no HCVP, o custo por *episódio* ascendeu a 11.033€.

E concluiu-se também, por outro lado, no Quadro 24, que aqueles hospitais do SNS concentraram as suas intervenções de cirurgia cardiotorácica (cerca de 90% das mesmas) nos três grupos *GDH* de valor mais baixo (nos grupos A, B e C, digamos assim) enquanto o HCVP as concentrou todas nos 4 grupos de valor mais elevado (nos grupos B, C, D e E)²⁵.

A comparação feita a tal propósito no Relato, e as conclusões que se sugere sejam daí tiradas, induzem, contudo, o leitor em erro grave.

29. Desde logo, porque o critério e factores em que os Senhores Auditores se baseiam para estabelecer tal comparação não são uniformes,

²⁵ Diga-se, porém — nem nunca o Relato o pôs em causa, bem pelo contrário, como pode ver-se a fls 16 — que a facturação apresentada pela CVP-SGH corresponde inteiramente ao número e tipo de intervenções constantes dos dados dos respectivos processos e registos clínicos, validados pela ARSLVT.



Tribunal de Contas

59

como eles mesmos revelam a fls 62 do Relatório.

Assim, enquanto no HCVP o apuramento dos custos a pagar é feito por *episódio*, nos hospitais do SNS ele é função do conceito *doente tratado*.

Episódio é, para estes efeitos, o “período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde ou doença a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema ou doença”, enquanto que o conceito de “[d]oente tratado num estabelecimento de saúde num período são os doentes que deixaram de permanecer internados num estabelecimento de saúde num determinado período e ainda os que transitaram para o período seguinte”.

A diferença entre os dois conceitos — o segundo até de difícil apreensão literária, quanto mais financeira — tem reflexos significativos na determinação do custo do seu tratamento, bastando dizer que a CVP-SGH, se fosse paga em função do critério do *doente tratado*, em vez de em função do *episódio*, veria aumentar a sua remuneração pela ARSLVT⁽²⁶⁾.

Apesar disso, no Relato, sem procurar ajustar-se ou fazer corresponder, de qualquer modo, esses dois conceitos e noções — disse-se apenas que “foram tidos em conta alguns pressupostos de uniformização”, sem mencionar quais e a sua repercussão — “optou-se, mesmo assim, por elaborar os quadros com os custos directos e indirectos referentes ao ano de 2008”.

E foi assim que se chegou aos números acima referidos dos Quadros 23 e 24 do Relato.

²⁶ O mesmo (ou mais) se diga, se se utilizasse a classificação ou *ranking* do *Case Mix*, em que os números correspondentes ao internamento (5,34) e à cirurgia (5,77) verificados no HCVP lhe seriam altamente favoráveis do ponto de vista financeiro.



Tribunal de Contas

60

O certo, é que tais números induzem, como já se disse, conclusões completamente inapropriadas sobre o custo que o Acordo de Cooperação com a CVP-SGH representa para os dinheiros públicos e sobre a sua desfavorável comparação com o que se passa nos hospitais do SNS.

30. Na verdade:

- i) a estrutura dos custos directos e indirectos do Quadro 23 apresenta uma disparidade tal entre as diferentes unidades de saúde que indicia, desde logo, uma divergência tal de critérios nos registos contabilísticos adoptados, mesmo entre os hospitais do próprio SNS, que inviabiliza qualquer análise fiável comparativa de custos médios;
- ii) o número de doentes tratados na especialidade de cirurgia cardiotorácica não pode estar correcta — sendo sabido, por exemplo, que a unidade hospitalar com maior número de doentes tratados anualmente nesta especialidade é o HUC, enquanto que no respectivo quadro ele aparece incompreensivelmente como sendo a unidade hospitalar com menor volume de actividade —, além de os números de cirurgias realizadas dos Quadros 23 e 24 serem completamente diversos⁽²⁷⁾, sendo caso para perguntar se,

²⁷ A acreditar no que aí se expressa, sem qualquer ressalva ou explicação, por exemplo, o Centro Hospitalar Lisboa Norte realizou em 2008 (de acordo com o Quadro 23) 3.397 cirurgias cardiotorácicas enquanto que no Quadro 24 aparece com apenas 1.302.



Tribunal de Contas

61

porventura, naquele primeiro, se inclui todo o tipo de cirurgias torácicas e, neste segundo, só aquelas que envolvem intervenção cardíaca (e também se só isso bastaria para justificar uma tal diferença de números);

- iii) por outro lado, sabendo-se que foi de 456 o número de cirurgias cardíacas realizadas em 2008 no HCVP, ao abrigo do Acordo de Cooperação, os números correspondentes apresentados para os 3 hospitais ou centros hospitalares objecto de comparação não podem estar exactos⁽²⁸⁾, o que de novo revela estar-se a comparar aí o incomparável.

Talvez que, se os documentos de suporte em que os Senhores Auditores basearam a elaboração destes (e doutros) quadros e números do seu Relato — e que não foram disponibilizados para este contraditório — pudessem esclarecer alguns destes mistérios e facilitar a resposta das diversas entidades envolvidas.

31. Para além de tudo isso, há ainda um factor determinante do irrealismo da comparação em bruto nos números apresentados no Relato a este propósito, que nos parece deitar por terra todas as ilações desfavoráveis para o HCVP que daí poderiam tirar-se.

É que esses números e os quadros que os integram não fornecem

²⁸ Aliás, de acordo com o relatório de indicadores de actividade respeitantes ao ano de 2008, disponibilizado pelo Alto Comissariado da Saúde — e que se junta como documento Anexo II — o número de cirurgias cardíacas realizadas por esses hospitais públicos representam cerca de 30% dos números apresentados no Relato.



Tribunal de Contas

62

qualquer indicador de complexidade dos episódios ou dos doentes tratados e, conseqüentemente, dos recursos hospitalares e das acções cirúrgicas ou clínicas necessários para responder às particularidades das doenças de cada um deles.

Desde logo, há que assinalar que no HCVP não se faz cirurgia torácica (*pacemakers*, costelas partidas, etc.) — a qual consome muito menos recursos e é naturalmente mais barata do que a cirurgia cardíaca — enquanto que nos números relativos aos hospitais públicos de comparação, onde se realizam as duas espécies de cirurgias, aparecem ambas consideradas globalmente, baixando, como é evidente, de maneira sensível, o custo médio do doente aí tratado face ao dos episódios com que lida o HCVP.

Logo aí, a comparação que no Relato se pretendeu fazer fica deturpada — e pode até ficá-lo em medida elevada, se o número de cirurgias torácicas (sem intervenção cardíaca) for relativamente alto quando comparado com os das cirurgias cardíacas.

Em segundo lugar, desconhecendo-se a complexidade (revelada pelo índice ICM) dos casos tratados nos hospitais aqui em confronto, a comparação do custo dos respectivos “episódios” não dá qualquer imagem da realidade ponderada — o que é tanto mais lamentável quanto é certo que o HCVP realiza quase exclusivamente procedimentos cirúrgicos de elevado nível de dificuldade⁽²⁹⁾, exigindo a afectação de recursos humanos e materiais de elevado consumo, aceitando repetidamente doentes não

²⁹ De acordo com o mencionado relatório do Alto Comissariado para a Saúde, relativo precisamente ao ano de 2008, o HCVP realizou, em termos absolutos, mais cirurgias cardíacas pediátricas e, percentualmente, mais cirurgias em doentes complexos do que os hospitais públicos com que o Relato o confronta.



Tribunal de Contas

63

admitidos noutras unidades hospitalares por motivos de risco agravado, de idade avançada ou de necessidade urgente (do que aliás o Relato, como se viu, descreve vários casos).

E o HCVP é obrigado, por força do Acordo de Cooperação, a receber esses doentes, enquanto nos outros o número de cirurgias cardíacas em doentes fumadores, pessoas muito idosas ou portadoras de outras doenças que agravem o risco da cirurgia cardíaca é (percentualmente) muito menor⁽³⁰⁾.

Aliás, o facto de o HCVP ter vocacionado uma parte substancial dos seus recursos nesta área para a especialidade da cirurgia pediátrica, sobretudo em recém-nascidos — a qual, mesmo em termos absolutos, é de muito menor realização nos hospitais do SNS — e que é uma especialidade cirúrgica das mais complexas e caras, também distorce sensivelmente os números apresentados em bruto, e com base em critérios incomparáveis, nos quadros 23 e 24 do Relato da auditoria do Tribunal de Contas.

32. De tudo decorre que, no Relato, apenas poderia ter-se feito uma comparação directa das amostras dos diferentes hospitais caso se tivesse procedido à divisão dos custos unitários em função de amostras de complexidade idêntica de cada hospital, removendo o efeito decorrente da comparação de amostras de episódios com níveis de complexidade cirúrgica completamente diferentes.

E como não se procedeu assim, os resultados comparativos a que aí se chegou não têm qualquer relevo ou significado no confronto entre o

³⁰ Veja-se a nota 40 de fls 47 do Relato, acima já citada, e onde se contém um panorama elucidativo da complexidade e gravidade dos casos que vão chegando ao HCVP.



Tribunal de Contas

64

custo dos *episódios* realizados no HCVP e o dos *doentes tratados* nos hospitais do SNS.

O que pretendeu demonstrar-se, no fim de contas, é que a comparação de conjuntos heterogéneos e incomparáveis não pode servir de base para se formularem juízos sobre o maior dispêndio que a intervenção do HCVP na prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS acarreta para o Estado, quando comparado com o que ele dispense nesses cuidados nos hospitais públicos do SNS.

*d6) Esclarecimentos e apreciação dos dados do
Relato em matéria de tempos de espera
para cirurgia e de tempos de internamento*

33. Já se viu que, em vários passos do Relato, a qualidade e satisfação dos serviços prestados pelo HCVP ao abrigo do Acordo de Cooperação, foram considerados “bons” — mesmo se a classificação respectiva deveria ser de “ótimos” ou “excelentes”.

Há, no entanto, ao longo desse documento, vários aspectos em que a actividade do Hospital sairia maculada por os números a seu propósito apresentados revelarem a existência de resultados banais, senão mesmo desfavoráveis. É sobre isso que agora se pretende discorrer.

Assim, no que respeita ao tempo médio de espera para cirurgia, o HCVP:

- i) apresenta tempos muitíssimo inferiores aos dos hospitais da rede pública, não só em matéria de cirurgia cardiotorácica (como já se viu), mas também nas especialidades de cirurgia vascular, de



Tribunal de Contas

65

urologia e de ortopedia (cfr. quadros 21 e 22 de fls 57 e 58);

- ii) na especialidade de oftalmologia, o HCVP seria largamente batido pelos hospitais públicos, sugere-o o Relato, por haver aí doentes com mais de 2 meses de espera ou, mesmo, sem cirurgia agendada;

O juízo formulado peca no entanto por inexactidão.

Por um lado, porque, os doentes sem cirurgia agendada são aqueles que se encontram a realizar ainda exames de diagnóstico para a cirurgia e que, só após estarem estes prontos e o diagnóstico sobre a necessidade cirúrgica completamente feito, podem então ser incluídos na lista das cirurgias a efectuar. Quanto aos doentes que estão há dois meses à espera de cirurgia, o Relato não toma em conta que, como em todas as outras especialidades, também aqui existe a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e de preparação cirúrgica antes da sua operação, para que esta se efectue em condições de absoluta segurança e eficiência.

Não há, portanto, os meses de espera para cirurgia oftalmológica que o Relato refere, há, sim, exigências clínicas sem cuja precedência a operação não pode realizar-se e que não afectam, só abonam, a qualidade dos serviços de cirurgia oftalmológica do HCVP⁽³¹⁾.

Isto para não falar nos casos em que são os próprios doentes a querer adiar, por razões a que o HCVP é alheio, a data prevista para a realização da respectiva operação.

³¹ Revelador disso mesmo é o facto de, por convénio especial com o Ministério da Saúde, para reduzir os números assustadores que se verificavam nas listas de espera da especialidade, o HCVP ter realizado num ano, adicionalmente às (1200) do Acordo, cerca de mais 1800 operações às cataratas.



Tribunal de Contas

66

34. Por outro lado, quanto ao tempo médio de internamento por especialidade, o Relato mostra que:

- i) no que respeita à cirurgia cardiotorácica, os números do HCVP são, em escala muito diminuta (1 dia), melhores ou piores que os dos seus congéneres públicos, salvo quanto ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (em que a diferença se cifra em 3 dias);
- ii) no que toca à cirurgia vascular, os 24 dias médios de internamento no HCVP seriam francamente superiores aos 9 dias daqueles centros hospitalares do SNS;
- iii) nas restantes especialidades, os tempos de internamento no HCVP são inferiores aos dos seus congéneres públicos (algumas vezes 50% inferiores);

Os números em que se reflecte esta comparação são, no entanto, ou grosseiramente erróneos ou completamente despropositados.

Assim, quanto à cirurgia vascular, o tempo médio de internamento no HCVP é de 1,5 dia (um dia e meio) — e não os 24 dias (!) apontados no Relato —, o que significa que, em vez de desfavoráveis, os números do HCVP são, a este propósito, muito mais favoráveis (seis vezes mais favoráveis) do que os dos hospitais do SNS.

Por sua vez, quanto à oftalmologia, o tempo médio de internamento no HCVP é de 0,01 dias (durante um ano de actividade só



Tribunal de Contas

67

foram internados 8 doentes) — e não os 2 dias apontados no Relato —, ainda mais baixos do que o aí referido quanto ao que ocorre nos hospitais públicos.

Quanto à especialidade de ortopedia, o tempo médio de internamento no HCVP é de 4,54 dias, e não de 8 dias, como referido no Relato — e portanto ainda mais vantajoso para os doentes (e para as finanças públicas) do que aí se mencionava, quando confrontado com o tempo médio de internamento dos hospitais do SNS — sendo certo, ainda por cima, que também nesta especialidade cirúrgica, o HCVP realiza técnicas muito diferenciadas quer no que respeita à cirurgia da coluna quer em relação à substituição de próteses mal colocadas noutros centros cirúrgicos.

Finalmente, quanto ao tempo médio de internamento dos doentes objecto de cirurgia cardiotorácica — em que os números do HCVP e dos hospitais públicos comparados são bastante próximos —, a CVP-SGH entende que os números em causa estão mesmo assim distorcidos, por não se tomar em conta a complexidade das cirurgias realizadas e a idade média dos doentes, sendo certo que, como já várias vezes se referiu e demonstrou, o HCVP, nessa matéria, defronta-se em geral com as cirurgias de superior grau de dificuldade e que mais “castigam” o doente, obrigando-o a maiores tempos de internamento.

Tal comparação deveria pois ser feita em função da média de dias de internamento por *GDH* gerado — revelador da complexidade cirúrgica envolvida no episódio — e, se assim fosse, é evidente que também nesta sede o tempo de internamento no HCVP seria mais favorável do que o dos hospitais com os quais vem comparado no Relato, por ser precisamente,



Tribunal de Contas

68

como já atrás se referiu e o Relato mostra, aquele que trabalha com os mais altos grupos de *GDH*.

Nestes termos, e nos demais que a V. Exas. melhor aprovarem, pede-se que as premissas e conclusões do Relato aqui tidas como irrelevantes ou inexactas, de facto e de Direito, sejam daí suprimidas, adequando-se à sua nova formulação as conclusões e recomendações que entenda dever apresentar-se.

A CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – SOCIEDADE
DE GESTÃO HOSPITALAR, SA

Junta: 2 documentos

Lisboa, 22 de Setembro de 2009

DGTC 22/09/09 16786



Tribunal de Contas

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



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

| Sua Referência | Sua Comunicação de | Nossa Referência | Data |
|--|--------------------|------------------|------------|
| Proc. Nº 01/09-Audit Of. 12777 (Protocolo) | 14/08/2009 | CD/RP/CM -25825 | 15-07-2009 |

Assunto: **Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P. e a CVP – SGH, SA.**

Relativamente ao Relato elaborado por esse douto Tribunal, na sequência da Auditoria realizada ao Acordo de Cooperação em apreço, vem a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale, I.P. (ARSLVT) expressar o maior interesse e atenção na sua apreciação, agradecendo, desde já, a análise cuidada e sistematizada das questões suscitadas.

Este Relato irá permitir à ARSLVT uma melhor gestão do presente Acordo, nomeadamente, com a promoção e implementação de medidas para aferir a qualidade dos cuidados de saúde prestados no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), o acompanhamento mais rigoroso do cumprimento das cláusulas contratuais, com especial atenção para a referenciação.

O Conselho Directivo desta ARS manifesta ainda o seu empenho na concretização das recomendações enunciadas no Relato elaborado por esse douto Tribunal, nomeadamente, a obediência aos princípios básicos do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, com vista à salvaguarda do interesse público e o rigoroso cumprimento dos princípios da legalidade e transparência, bem como dos princípios da concorrência e igualdade.

Não obstante o exposto e no que concerne às Conclusões do Relato, permitimo-nos apresentar as alegações, nos termos do disposto nos artigos 13º e 87º da Lei nº 98/97,



Tribunal de Contas

de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de Agosto, nos seguintes termos:

Apreciação da legalidade e do processo decisional subjacente à celebração dos Acordos de Cooperação – cfr. pontos 5.3 e 5.4

No que concerne ao facto de o Acordo de Cooperação com o HCVP não ter sido precedido de um levantamento de necessidades do Serviço Nacional de Saúde, referir-se que foi feita a avaliação de necessidades, com base na lista de inscritos para cirurgia e da lista de espera para primeira consulta nos hospitais do SNS, conforme consta do nosso ofício nº 10222, de 16/05/2008, remetido ao Gabinete de Sua Excelência a Ministra da Saúde e do qual foi dado conhecimento a esse douto Tribunal, aquando da submissão a fiscalização prévia.

Monitorização do Acordo de Cooperação - cfr. ponto 8.1

Quanto às medidas correctivas propostas pela ARSLVT no seguimento das auditorias realizadas no HCVP informa-se que a sua implementação será objecto de avaliação no âmbito de posteriores auditorias. De qualquer modo esta ARS tem informação de que a generalidade das medidas identificadas foi acolhida, estando nesta altura já ultrapassada parte das questões suscitadas.

Para esse efeito o HCVP pôs em prática um conjunto medidas, ou irá fazê-lo a muito curto prazo, com vista a garantir, designadamente, que em todos os processos clínicos há clara separação entre os episódios de internamentos e de ambulatório; que os secretariados clínicos verificam regularmente se a cópia da nota de alta consta do processo clínico e que é assegurado o registo da data de entrada e do departamento que recebe os documentos de referência que não são expedidos por fax. O HCVP também já está a analisar o modo como serão identificados nos processos clínicos, de forma legível, o nome dos médicos e restantes profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde e respectivos registos clínicos.



Tribunal de Contas

No que concerne às condições de funcionamento do HCVP, a ARSLVT regista a alusão do Tribunal de Contas relativa ao facto de não ter utilizado a faculdade constante do Acordo de Cooperação que lhe permite, quando considerar necessário, efectuar auditorias ou inspecções através de entidades externas ou internas. Apesar de não ter sido considerada até ao momento a realização de acções neste âmbito, o Conselho Directivo irá promover a execução de uma auditoria às condições de funcionamento do bloco operatório e circuito do sangue e derivados por se tratar de uma das áreas mais relevantes, atento o cariz essencialmente cirúrgico da prestação de cuidados objecto do presente Acordo de Cooperação.

Refira-se, no entanto, que a ARSLVT procedeu a diversas acções no sentido de verificar a organização e recursos afectos pelo HCVP à área administrativa, nomeadamente ao Gabinete de Dados e Qualidade que, entre outras funções, está responsável pela recepção e validação dos documentos de referenciação, marcação de primeiras consultas, codificação da produção, organização dos processos clínicos e elaboração de estudos estatísticos.

Avaliação do cumprimento das cláusulas do acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT, IP e a CVP-SGH, SA - Cfr. (pontos 9.1. e 9.4)

Quanto à referenciação de doentes pelas Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde Primários, adiante designadas por Centros de Saúde, importa sublinhar que a mesma está subordinada à existência de presunção de necessidade cirúrgica. Os utentes são, por esse motivo, sempre referenciados para a respectiva consulta de especialidade no HCVP, para avaliação da situação clínica e decisão da terapêutica a mais indicada, que no limite poderá confirmar a presunção de necessidade de intervenção cirúrgica.

Sem prejuízo do acima referido, a referenciação destes utentes está ainda dependente da ausência de capacidade de resposta, em tempo adequado, nos hospitais do SNS.

Ora, sendo a referenciação determinada pelos médicos de medicina geral e familiar e estando este Conselho Directivo absolutamente convicto de que são conhecedores dos termos pelos quais se rege o Acordo de Cooperação, particularmente dos pressupostos e



Tribunal de Contas

procedimentos subjacentes ao encaminhamento dos utentes para o HCVP, nada leva a crer que houve violação da alínea b) do n.º 11 do artigo 8.º (não haver capacidade de resposta, em tempo adequado, nos hospitais do SNS).

Salvo melhor opinião, pelo facto de não constar nos documentos de referenciação auditados por V. Exas. a evidência de quaisquer diligências efectuadas no sentido de avaliar a capacidade de resposta no SNS, não se pode inferir que este requisito não foi tido em consideração no momento da referenciação. Na verdade, são os médicos dos Centros de Saúde que melhor percebem os constrangimentos existentes no acesso às consultas externas hospitalares, pelo que procuram obter, dentro das alternativas que se lhes apresentam e atendendo à condição de saúde de cada utente, a resposta mais célere possível, que se deseja em tempo oportuno.

A obrigatoriedade dos Centros de Saúde consultarem previamente os hospitais do SNS não se afigurou, assim, como procedimento indispensável à verificação da capacidade de resposta no SNS, uma vez que existem outros instrumentos para esse efeito, nomeadamente através da monitorização da lista de espera para primeira consulta hospitalar e lista de inscritos para cirurgia e respectivos tempos de espera.

Sobre as listas de espera para primeira consulta hospitalar permitimo-nos apresentar os dados recolhidos nos sistemas de informação para a contratualização e acompanhamento (SICA) e Consulta a Tempo e Horas (CTH)¹, reportados a Junho de 2009, para evidenciar as limitações no acesso aos hospitais do SNS nas especialidades de ortopedia, cirurgia vascular, oftalmologia e urologia.

| ESPECIALIDADE | CTH | | SICA |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | DOENTES EM ESPERA (19/06/09) | TEMPO MÉDIO DE ESPERA (dias) | DOENTES EM ESPERA (21/06/09) |
| ORTOPEDIA | 7.166 | 149,32 | 7.799 |
| CIRURGIA VASCULAR | 856 | 191,25 | 1.270 |
| OFTALMOLOGIA | 22.963 | 191,03 | 34.847 |
| UROLOGIA | 3.925 | 194,47 | 6.056 |

De acordo com a Portaria n.º 1529/2008, de 26 Dezembro, os tempos máximos de

¹ O número de doentes em lista de espera apurado através da CTH está subvalorizado, uma vez que não está a funcionar em pleno em todos os Centros de Saúde e Hospitais RSLVT (no mês de Junho o Centro Hospitalar de Lisboa Norte e o Hospital Fernando Fonseca ainda não o tinham implementado).



Tribunal de Contas

resposta garantidos (TMRG) para o acesso a primeira consulta nos hospitais do SNS são: 30 dias para situações consideradas muito prioritárias, 60 dias para os casos prioritários e 150 dias para a realização de consulta com prioridade normal.

Face aos números apresentados, e admitindo o cenário nada provável de todos os pedidos de consulta com origem nos Centros de Saúde terem prioridade normal, verifica-se que o tempo médio de espera nos hospitais do SNS, em 3 das 4 especialidades aludidas, é claramente superior ao TMRG fixado na Portaria supra mencionada, factor que consideramos relevante aquando da decisão de referenciar ao HCVP.

Acresce que da análise à lista de inscritos para cirurgia (dados reportados a 30/06/2009) também resulta a constatação de um número muito significativo de doentes com mais de 9 meses em espera, sobretudo nas especialidades de ortopedia, oftalmologia e urologia.

| ESPECIALIDADE | LIC 31.06.2009 | DISTRIBUIÇÃO DO DOENTES POR INTERVALOS DE TEMPO DE ESPERA (EM MESES) | | | | | | TEMPO MÉDIO ESPERA EM LIC |
|-------------------|-------------------|--|----------------|----------------|-------------|----------------|-------------|---------------------------------|
| | | <=3 | 3 - 6 | 6 - 9 | 9 - 12 | 12 - 24 | >= 24 | |
| ORTOPEDIA | 11.302 | 3.673 32,5% | 2.601 23,0% | 2.031 18,0% | 887 7,8% | 1.652 14,6% | 458 4,1% | 227,8 |
| CIRURGIA VASCULAR | 2.976 | 1.260 42,3% | 646 21,7% | 595 20,0% | 200 6,7% | 255 8,6% | 20 0,7% | 163,2 |
| OFTALMOLOGIA | 8.270 | 3.343 40,4% | 2.747 33,2% | 667 8,1% | 238 2,9% | 734 8,9% | 541 6,5% | 197,1 |
| UROLOGIA | 4.042 | 1.602 39,6% | 896 22,2% | 587 14,5% | 301 7,4% | 492 12,2% | 164 4,1% | 220,7 |

FONTE:SIGLIC

Perante estes dados, entende o Conselho Directivo que a capacidade de resposta do SNS é actualmente insuficiente para dar cumprimento aos TMRG definidos para cirurgia programada na Portaria n.º 1529/2008, de 26 Dezembro, o que fundamenta o recurso dos ao HCVP, em regime de complementaridade ao SNS, por parte dos Centros de Saúde.

Não obstante, acolhe este Conselho Directivo as recomendações no sentido de melhorar o controlo sobre a referenciação dos utentes, de forma evitar o desperdício de recursos quando exista capacidade instalada nos hospitais do SNS.

No que concerne à referenciação para cirurgia cardíaca informa-se que após as conclusões e recomendações formuladas por esse douto Tribunal, no âmbito da Auditoria



Tribunal de Contas

Financeira ao Hospital de Curry Cabral (Relatório n.º 8/2009 – 2ª Secção), na qual se refere a existência de capacidade instalada não utilizada nos hospitais do SNS, designadamente nos hospitais de Santa Marta e Santa Maria, este conselho Directivo determinou a realização de um estudo de Análise Custo-Benefício da referenciação para o HCVP.

Em face das conclusões desse estudo, actualmente ainda em curso, será reavaliada a referenciação no âmbito da cirurgia cardíaca e promovidas as medidas consideradas necessárias, por forma a não propiciar desperdícios resultantes da alegada subutilização da capacidade instalada no SNS, salvaguardando-se, assim, a boa gestão dos dinheiros públicos.

No entanto, não podemos deixar de anotar, como V. Exas. referem, a aparente contradição entre as afirmações dos 3 Centros Hospitalares de Lisboa quando declaram ter capacidade para realizar mais cirurgias e os casos concretos de recusa ou falta de reposta em tempo útil para receber doentes que lhes foram propostos (conforme consta dos documentos de suporte à referenciação para o HCVP) pelos Hospitais Garcia de Orta, Torres Novas, Hospital Espírito Santo de Évora (um recém-nascido transferido via INEM) e até dos hospitais Pulido Valente e São Francisco Xavier, que integram, respectivamente, os Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Ocidental.

Relativamente à referenciação dos 3 Centros Hospitalares de Lisboa informamos que os casos sinalizados por V. Exas. já haviam sido analisados por esta ARS, conforme transmitido à equipa de auditores do Tribunal de Contas durante os trabalhos de campo realizados no HCVP, tendo o mesmo sucedido em relação às situações referidas no parágrafo anterior.

Os doentes assistidos pelo HCVP no ano de 2008, com origem nestes 3 Centros Hospitalares, geraram um encargo financeiro de 118,8 mil Euros, cerca de 2,1% da facturação referente à prestação de cuidados na área de cirurgia cardíaca e cardiologia pediátrica. A generalidade das situações refere-se a consultas e ecocardiogramas pediátricos efectuados a crianças com cardiopatias congénitas que se encontram a ser seguidas no HCVP há já alguns anos, sendo que na altura os requisitos e procedimentos de referenciação diferiam dos actualmente instituídos.



Tribunal de Contas

| ENTIDADE REFERENCIADORA | DOENTES | EPISODIOS | | | ENCARGOS |
|---------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|---------------------|
| | | INTERNAMENTO | CONSULTAS | MCDT | |
| H PULIDO VALENTE | 2 | 2 | 1 | 1 | 21.094,94 |
| H SANTA MARIA | 20 | 3 | 31 | 31 | 34.105,49 |
| H S MARTA | 40 | 8 | 85 | 84 | 58.440,86 |
| H SANTA CRUZ | 2 | 0 | 4 | 4 | 644,40 |
| HSF XAVIER | 2 | 2 | 3 | 3 | 4.558,87 |
| S 3 CENTROS HOSPITALARES | 66 | 15 | 124 | 123 | 118.844,56 |
| | 5,0% | 3,0% | 6,5% | 6,6% | 2,1% |
| TOTAL | 1313 | 497 | 1905 | 1867 | 5.641.687,27 |

No que concerne à recomendação para regularizar a facturação relativa aos cuidados prestados a um utente encaminhado pelo Hospital do SAMS, informa-se que esta ARS valida a entidade referenciadora de todos os doentes através das bases de dados de produção e também nas auditorias realizadas no HCVP, não assumido o pagamento de quaisquer actos relativos a doentes cuja entidade referenciadora não esteja abrangida pelo Acordo de Cooperação, conforme V. Exas. poderão confirmar no relatório de execução do ano de 2007, remetido a esse Tribunal.

No acerto de contas do ano de 2008, comunicado à CVP-SGH, SA. a 30/06/09, já se encontra reflectida a dedução correspondente aos cuidados prestados a 3 doentes referenciados pelo Hospital do SAMS, no valor de 4.739,76 Euros.

Relativamente ao facto dos utentes que beneficiam dos cuidados de saúde prestados no âmbito do Acordo de Cooperação do HCVP não estarem sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras contrariamente aos utentes que recorrem aos hospitais do SNS, este Conselho Directivo reconhece essa lacuna no clausulado do Acordo, pelo que para o efeito irá contactar a CVP – Sociedade Hospitalar, SA no sentido de ser implementada a sua cobrança, de molde a ficar garantido o princípio da equidade e assegurar que não exista tratamento diferenciado entre os utentes do HCVP e os dos hospitais do SNS.

Contudo, não podemos deixar de referir que, não obstante ser reconhecida essa lacuna no clausulado do Acordo, esse Tribunal não formulou qualquer recomendação aquando da submissão do mesmo a fiscalização prévia.



Tribunal de Contas

Avaliação dos cuidados de saúde prestados - cfr. ponto 9.2

No que concerne à falta de mecanismos implementados por esta ARS, em 2008, para aferir a qualidade dos serviços prestados nas áreas de actividade assistencial, humana e técnica, este Conselho Directivo irá tomar medidas com vista a avaliar o desempenho do hospital nestas vertentes.

Para o efeito irá definir um conjunto de indicadores para monitorização e avaliação da qualidade dos serviços de natureza assistencial, nomeadamente: taxa de cancelamento de consultas externas e de intervenções cirúrgicas; taxa de mortalidade durante o acto operatório e no internamento; taxa de altas voluntárias de internamento; tempo médio de espera para a realização de primeiras consultas; tempo médio de espera para internamento cirúrgico programado; tempo médio de espera para intervenção em cirurgia de ambulatório programada; tempo médio de estadias pré-cirúrgicas; taxa de reinternamentos; taxa de complicações no internamento e taxa de ocorrência de úlceras de pressão em doentes internados.

Serão também promovidos inquéritos de satisfação dos utentes, os quais deverão reflectir o juízo e expectativas em relação aos serviços prestados no âmbito da consulta e internamento, designadamente, quanto à qualidade do atendimento no processo de admissão, à qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde e condições das instalações.

Para concretizar estes inquéritos recorrer-se-á a uma entidade independente, com competência nesta área.

Sem prejuízo das medidas acima preconizadas, informa-se que esta ARS já recebe estudos do HCVP relativos à especialidade de cirurgia cardiorácica, nos quais é feita a avaliação de resultados cirúrgicos no âmbito das cardiopatias de adulto e congénitas (os estudos incidem sobre complicações pós-operatórias, mortalidade, grau de complexidade da cirurgia, entre outros indicadores).



Tribunal de Contas

Tempo médio de internamento - cfr. ponto 11.2

No Relato de Auditoria é apresentado o tempo médio de internamento verificado no HCVP para as diferentes especialidades no ano de 2008. Porém, de acordo com avaliação efectuada por esta ARS, o tempo de internamento apurado por V. Exas. não corresponde ao verificado no HCVP, sendo a diferença nas especialidades de Ortopedia e Cirurgia Vasculuar bastante acentuada, o que, desde logo, enviesa a análise comparativa com os outros hospitais do SNS.

| | DIAS INTERNAMENTO | NÚMERO DE EPISÓDIOS | DEMORA MÉDIA (SEGUNDO ARSLVT) | DEMORA MÉDIA (SEGUNDO TRIBUNAL DE CONTAS) |
|-------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------------|---|
| CIRURGIA CARDIOTORÁCICA | 3.795 | 497 | 7,6 | 8 |
| ORTOPEDIA | 6.184 | 1.331 | 4,6 | 8 |
| CIRURGIA VASCULAR | 2.213 | 1.467 | 1,5 | 24 |
| OFTALMOLOGIA | 18 | 9 | 2,0 | 2 |
| UROLOGIA | 17 | 8 | 2,1 | 2 |

Preços praticados pelas Misericórdias e outras Instituições de Particulares de Solidariedade Social - cfr. 11.3

No que respeita à análise comparativa entre os preços praticados no âmbito do Acordo de Cooperação com a CVP - SGH e os praticados pelas Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social, permitimo-nos referir que os preços das intervenções cirúrgicas por estas facturados, para além de não serem revistos desde 1997, têm subjacente uma concepção diferente ao não incluírem os medicamentos, os elementos complementares de diagnóstico, as prótese intra-operatórias e as unidades de sangue utilizadas; aspecto que não foi tido em conta pelo Tribunal de Contas.

Por outro lado, a um mesmo episódio cirúrgico podem estar associados vários procedimentos, correspondendo o preço efectivamente facturado ao somatório dos preços unitários dos múltiplos procedimentos realizados.

Esta concepção nada tem a ver com a do pagamento por GDH que, por definição, já



Tribunal de Contas

inclui todos os custos incorridos no episódio, nomeadamente, com o material de consumo clínico, equipa cirúrgica, exames de diagnóstico, próteses, sangue e derivados, medicamentos, internamento em enfermaria e UCI.

Em face de todo o exposto, solicita-se a esse douto Tribunal sejam consideradas as alegações ora apresentadas, em sede de decisão final que o presente Relato vier a merecer, ponderadas as recomendações enunciadas a este Conselho Directivo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo



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



Tribunal de Contas

1.4. Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

 **CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE**

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

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

| V./Refª | Data | N./Refª | Data |
|------------------------|------------|---------|------------|
| Proc. N° 01/09 - Audit | 14.08.2009 | 354/CA | 15.09.2009 |

Assunto: Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e CVP – SGH, SA

Em resposta ao v/ ofício 12780, datado de 14 de Agosto, relativo ao Processo nº 01/09 – Audit, junto enviamos a análise do Relatório de Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP e a CVP – SGH, SA. e no que se refere, em especial, às conclusões e recomendações:

- Nas páginas 13 e 14 do Relatório (bem como nas páginas 45, 46 e 47), é referido que *"contrariamente ao estipulado no Acordo, verificou-se...que foram referenciados, pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE...utentes para a especialidade cardiotorácica do Hospital de Cruz Vermelha (cardiologia pediátrica e cirurgia cardíaca a adultos), por não terem capacidade, em tempo útil, para realizarem essas cirurgias e por considerarem que algumas eram de elevado risco clínico..."*, durante o ano de 2008.

Os processos clínicos dos 6 utentes/8 internamentos (Quadro 1 do Anexo B do Relatório) que se afirma terem sido referenciados pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC, EPE) para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) foram objecto de análise, pelo que esclarecemos o seguinte:

DGTC 150909 16468

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO GERAL
15 SET. 2009
RECEPCÃO

Sede: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Rua José António Serrano – 1150-199 – Lisboa Telf. 21 884 10 00 Fax: 21 884 10 23
Capital Estatutário : € 60.446.000,00 Contribuinte nº 508080142



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

1. em nenhum momento, qualquer clínico do Hospital de Santa Marta (HSMARTA) referenciou qualquer dos doentes referidos para o HCVP.
 - a. *HCVP/119724* – este utente teve o último internamento no HSMARTA em 1995 e a última consulta no dia 15/06/1999, tendo sido agendada uma consulta para o ano 2000, a que faltou, não tendo sido informado o Serviço do motivo da falta.
Não há registo, no processo, de ter sido solicitado Relatório Clínico sobre a situação.
De estranhar ainda que seja referido como médico responsável pela referência o Dr. Maymone Martins, clínico que nunca trabalhou neste CHLC, EPE.
 - b. *HCVP/229996* – este utente esteve internado no HSMARTA em 1993 e 1996, tendo o tratamento sido efectuado através de cateterismo.
Nunca foi submetido a cirurgia cardíaca.
Foi observado em ambulatório, pela última vez, no dia 26/03/2003, tendo ficado agendado, com os pais, internamento para realização de exames no dia 16/04/2003, a que faltou. Há registo no processo clínico, nessa data, em que os pais comunicaram, telefonicamente, que optaram por seguimento no HCVP.
À semelhança do doente anterior, também este terá sido referenciado pelo Dr. Maymone Martins.
 - c. *HCVP/158701* – este utente esteve internado no HSMARTA em 1993 e 1998 para realização de cirurgia cardíaca e exames.
Teve a última observação em ambulatório no dia 28/11/2000.
A orientação dada a este doente, após discussão da equipa médica-cirúrgica, foi de que não tinha indicação para reoperação, devendo manter-se uma "atitude conservadora", uma vez que se encontrava clinicamente assintomático.
Ficou com consulta agendada para o 1.º semestre de 2001, a que faltou, sem justificação.



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

À semelhança dos doentes anteriores, não há registo de pedido de Relatório Clínico e também este doente terá sido referenciado pelo Dr. Maymone Martins.

d. *HCVP/74394* – este utente esteve internado no HSMARTA em 1995, 1996, 1997 e 1998 e foi observado, em consulta, pela última vez, no dia 16/06/1998, tendo ficado com consulta marcada para o final do ano de 1998, a que faltou. Consta do processo um relatório clínico, elaborado no dia 11/12/1998, pela Dra. Fátima Pinto, solicitado pelos pais, para seguimento noutra Hospital (sem ser especificado qual).

e. *HCVP/75428* – este utente esteve internado no HSMARTA em 1996 e foi observado em consulta, pela última vez, a 10/07/1998, tendo ficado consulta agendada para o final do ano de 1998.

No dia 30/09/1998, os pais solicitaram Relatório Clínico (que consta do processo) para seguimento no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (está especificamente referido o nome do Hospital).

O Relatório foi elaborado pela Dra. Anabela Paixão.

f. *HCVP/5011* – este utente esteve internado no HSMARTA em 1996 (2 internamentos) e 1997.

A última observação em consulta foi efectuada no dia 12/05/1998, tendo ficado agendada nova observação no 2.º semestre de 1998, a que faltou.

No dia 19/10/1998, foi entregue pelos pais (em mão, no Serviço de Cardiologia Pediátrica) uma carta do HCVP - que consta do Processo - com um pedido de Relatório Clínico e de cópia dos exames (solicitado pela Dra. Maria Ana Sampaio Nunes - Cardiologista do HCVP). Em resposta, foi elaborado Relatório (que consta do processo), assinado pelo Prof. Sachicanta Kaku.

2. Do mesmo modo, refere-se, na página 15 (nota de rodapé n.º8), que **“estes utentes necessitam de uma contínua correcção cirúrgica até à conclusão do tratamento”** e que, por terem sido inicialmente intervencionados (no HSMARTA) por equipa



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

cirúrgica que actualmente trabalha no HCVP, **"são aceites no HCVP sem a respectiva avaliação efectuada no CHLCentral (Hospital de Santa Marta)"** (página 48).

Embora esteja correcta a afirmação de que estes utentes necessitam de observações contínuas, e por vezes, reoperações para conclusão de tratamentos ou reparação de complicações surgidas, não existe nenhuma justificação técnica que fundamente que tais tratamentos ou observações devam ser efectuadas pela equipa que os iniciou, uma vez que **tal afirmação questiona a capacidade técnica da equipa do Hospital de Santa Marta** e, no limite, põe em causa o princípio da transferência de doentes (por exemplo, quando um destes doentes mudar de residência, terá que vir a Lisboa, ao HCVP?).

Acresce que o HSMARTA, sendo Centro de Referência Nacional, para a Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca, com todas as capacidades técnicas, médicas e cirúrgicas, para o tratamento de doentes com cardiopatias dos 0 anos à idade adulta (incluindo transplante cardíaco e pulmonar de adultos e pediátrico), **não se vislumbra qualquer necessidade de recurso a esses tratamentos noutros Centros com menor capacidade.**

Mais referimos que, **em nenhum momento, o HSMARTA foi questionado pela ARSLVT sobre a possibilidade de existirem incapacidades técnicas que justificassem a continuação do tratamento destes doentes no HCVP.**

- Na página 14 (mas também nas páginas 46 e 47), quando se refere que um doente do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE foi transferido para o HCVP para Cardiologia Pediátrica, por incapacidade de resposta do Hospital de referência (Hospital de Santa Cruz), salientamos que, contrariando as orientações oficiais, **não foi solicitada informação sobre a capacidade de resposta ao Hospital de Santa Marta.**
- Gostaríamos ainda de referir que situações semelhantes à dos internamentos realizados no Hospital Fernando da Fonseca (páginas 15 e 48), que não respeitam a rede de referência estabelecida no Acordo de Cooperação, ocorrem também com grávidas e fetos com



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE Conselho de Administração

cardiopatía congénita, provenientes do Porto e Coimbra, que são internados na **Maternidade Alfredo da Costa**, sendo o recém-nascido, posteriormente, enviado para o HCVP, quando o correcto seria serem enviados para o Hospital de Santa Marta.

- No que respeita ao **pagamento de taxas moderadoras**, a manter-se o actual acordo com o HCVP, existe, em nossa opinião, tal como refere o Relatório do Tribunal de Contas (páginas 16 e 49), uma inequidade (inconstitucional) de acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos.
- Do mesmo modo, a **referenciação por parte do Hospital Curry Cabral (HCC)**, sem *"necessidade de prévia avaliação de resposta dos Hospitais de Região"* (página 46), ainda que conforme o disposto no Acordo de Cooperação, revela inequidade de acesso aos cuidados: os doentes referenciados pelo HCC têm tratamento preferencial, porque o HCC não tem que confirmar da incapacidade de resposta do Hospital da ARSLVT de referência (HSMarta).
- Relativamente à **comparação da actividade do HCVP com a de outras entidades** (página 56 e seguintes), pretendemos salientar o seguinte:

1. Tempo médio de espera para cirurgia.

O número de doentes inscritos para cirurgia cardiotorácica no CHLC, EPE, que consta no Relatório (página 58, 164 doentes e 193 dias de média de espera), inclui doentes que aguardam cirurgia torácica (no CHLC, EPE, em maior número e com maiores tempos de espera) e cirurgia cardíaca (adultos e pediatria).

Consideramos, pois, que a comparação entre os tempos de espera para cirurgia cardiotorácica entre o HCVP e os Hospitais públicos não pode ser feita nestes moldes: a **comparação deveria ser feita apenas para os doentes a aguardar cirurgia cardíaca**, eventualmente até por diagnóstico.

O resultado dessa análise seria mais realista, porque comparável (apenas doentes cardíacos).



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

Lista de espera de Cirurgia Cardiorácica – CHLC, EPE a 31/07/2009

| | Cir. Cardíaca A | Cir. Torácica B | Especialidade de Cir. Cardiorácica A + B |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--|
| N.º doentes em espera | 88 | 83 | 171 |
| Tempo médio de espera (dias) | 124,9 | 252,5 | 186,8 |
| Mediana do Tempo de espera (dias) | 57,0 | 136,0 | 100,5 |

Neste capítulo, gostaríamos ainda de referir que o **conceito de tempo de espera para cirurgia** aplicado pelo HCVP parece também ser diferente, já que não ter lista de espera, nem tempo de espera significa que os doentes propostos para cirurgia (em reunião médico-cirúrgica, segundo nota da página 58) são operados no instante seguinte, logo a seguir à referida reunião.

O conceito de tempo de espera para cirurgia, aplicado nos Hospitais Públicos, refere-se ao número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e o momento da cirurgia.

Ou seja, um doente proposto hoje, e agendado para daqui a três dias, tem um tempo de espera de três dias, não de zero dias.

2. Tempo médio de internamento

Na página 60 do relatório refere-se que "*relativamente à demora média de internamento das outras especialidades obteve-se apenas informação relativa ao CHLNorte.*"

Ora, o CHLC, EPE enviou a essa Direcção Geral do Tribunal de Contas, N.º ofício 118/CA de 20/03/2009, informação referente à estatística do movimento assistencial de 2008 das especialidades de cirurgia cardiorácica, ortopedia, oftalmologia, cirurgia vascular e urologia, conforme solicitado pelo Tribunal de Contas a 12/03/2009, onde constam o número de doentes e o número de dias de internamento para cada uma das especialidades.

3. Custos por doente tratado

No que respeita a comparação de custos por doente no HCVP e nos hospitais públicos, verificou-se, como refere o Relatório, que há diferenças na **unidade de apuramento de**



Tribunal de Contas

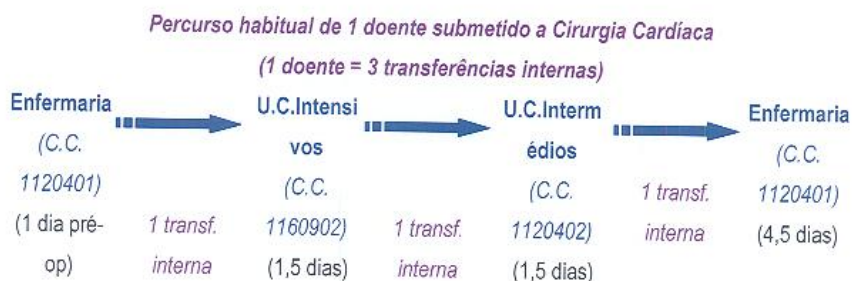
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

custos: nos hospitais públicos por doente tratado, no HCVP por episódio, o que, desde logo, enviesa qualquer análise.

Na verdade, o **conceito de doentes tratados** utilizado nos hospitais públicos é relativo ao somatório dos doentes saídos "directos" (doentes com alta para o domicílio, falecidos, saídos contra parecer médico e transferidos para outra instituição) e das transferências internas (doentes que deixam de permanecer num dado serviço de internamento, continuando o tratamento noutra unidade de internamento noutra hospital).

Deste modo, os 3.742 doentes tratados no Serviço de Cirurgia Cardiorácica do CHLC, EPE (página 63), incluem as transferências internas, nomeadamente as que ocorrem no próprio serviço.

Normalmente, um doente submetido a cirurgia cardíaca tem 3 transferências internas, só no Serviço de Cirurgia Cardiorácica (exemplo seguinte).



Ou seja, se em termos de apuramento de custos, por Centro de Custo (Enfermaria, U.C.Intermédios, U.C.Intensivos Adultos, etc), faz sentido considerar o n.º de doentes tratados, que são os doentes que efectivamente passaram por aquela Unidade/Centro de Custo independentemente do motivo da saída (alta, falecimento, transferência interna para outro serviço/unidade, etc), quando se analisam os custos de um Serviço, que tem vários Centros de Custo, é mais correcto, a nosso ver, trabalhar com doentes saídos "directos" e excluir as transferências internas.



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE Conselho de Administração

No caso do CHLC, EPE, em vez de 3.742 doentes tratados, teríamos 1.095 doentes saídos e o mesmo tipo de abordagem aplicada aos outros hospitais públicos produziria essencialmente o mesmo resultado.

Refira-se ainda, que em termos de receita, o conceito de doentes tratados não tem qualquer relevância. É a partir dos doentes saídos, classificados em GDH, que são apurados os doentes equivalentes, que são a unidade de financiamento dos Hospitais do SNS.

➤ Constatámos ainda que, no **apuramento dos custos totais do Serviço de Cirurgia Cardiorácica** do CHLC, EPE, que deveria ser o somatório dos 7 Centros de Custo (incluindo o 1230500, referente à Consulta de Cirurgia Cardiorácica, que parece ter sido excluído da análise), o **Centro de Custo do Bloco Operatório foi considerado 2 vezes:**

- Como **centro de custo** (2500110), que foi criado para isolar os custos totais de funcionamento dessa unidade (custo total apurado, em 2008, de 5.636.928€) e, desse modo, permitir o apuramento do custo das **intervenções cirúrgicas** (4.601,57€/cada intervenção cirúrgica, no ano de 2008).
- Como **custo indirecto** totalmente imputado ao Centro de Custo da Enfermaria (1120401)

Temos assim que **os custos do Serviço de Cirurgia Cardiorácica apresentados no Relatório estão sobrevalorizados no exacto valor de 5.636.928€** (custo total apurado para o Bloco Operatório).

Custos directos e indirectos

do Serviço de Cirurgia Cardiorácica no ano de 2008, por Centro de Custo e Total



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE Conselho de Administração

| | Cir. Cardiotorácica - Enfermaria (1120401) | Cir. Cardiotorácica - U. Intermediários (1120402) | UCI Cir. Cardiotorácica Adultos (1160902) | UCI Cir. Cardiotorácica Pediátrica (1160901) | UCI Cir. Transplantes (1161500) | Bloco operativo Cir. Cardiotorácica (2500110) | TOTAL | TOTAL RELATÓRIO DO TRIBUNAL DE CONTAS |
|-------------------|--|---|--|---|---------------------------------------|---|------------------------|---|
| custos directos | 1.898.678,00 € | 741.990,00 € | 1.703.367,00 € | 457.592,00 € | 316.320,00 € | 4.815.668,00 € | 9.933.615,00 € | 9.933.615,00 € |
| custos indirectos | 7.186.361,00 € | 404.809,00 € | 844.116,00 € | 297.381,00 € | 157.992,00 € | 821.260,00 € | 4.074.991,00 € | 9.711.919,00 € |
| - dos quais, BO | 5.636.928,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 5.636.928,00 € |
| Total | 9.085.039,00 € | 1.146.799,00 € | 2.547.483,00 € | 754.973,00 € | 474.312,00 € | 5.636.928,00 € | 14.008.606,00 € | 19.645.534,00 € |
| | | | | | | diferença Relatório - C.Analitica | | -5.636.928,00 € |

Fonte: Contabilidade Analítica de 2008, enviada à Direcção Geral do Tribunal de Contas N. ofício 167/CA a 30/04/2009

Neste sentido, o custo total do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica é de 14.008.606€ (mantendo a exclusão do Centro de Custo da Consulta) e não de 19.645.534€, o que dá um custo/doente tratado de 3.731,65 euros e não de 5.250 €, conforme consta no Relatório.

Custos totais por doente tratado e por doente saído do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica no ano de 2008

| | n.º doentes | custo/doente |
|------------------|-------------|--------------|
| doentes tratados | 3.754 | 3.731,65 € |
| doentes saídos * | 1.095 | 12.793,25 € |

* doentes que deixaram de permanecer internados no Serviço de Cirurgia Cardiotorácica no ano de 2008 e que tiveram alta para o domicílio, faleceram, saíram contra parecer médico ou foram transferidos para outra instituição

Já a análise por doente saído, revela que o custo/doente é de 12.793,25€, valor que, em nossa opinião, reflecte o verdadeiro consumo de recursos e a complexidade desta especialidade cirúrgica.

Refira-se que o Índice de Case Mix (ICM) desta especialidade foi em 2008 de 4,7247, sendo o ICM nacional, por definição, igual a 1.

- Também na página 63 é apresentado um quadro com a **distribuição dos GDH cirúrgicos por intervalos de preços**, sendo apurado um total de 885 episódios classificados em GDH cirúrgicos.



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

No entanto, com base nos elementos enviados a essa Direcção Geral (N.º ofício 163/CA de 27/04/2009), contabilizamos 1.004 episódios de internamento em GDH cirúrgicos, conforme tabela em anexo.

A distribuição dessa produção por intervalos de preços (Portaria 110-A/2007 de 23/01/2007) apresenta, por isso, alterações relativamente às percentagens constantes do Quadro 24 do Relatório.

*Distribuição dos GDH cirúrgicos por intervalos de preços
Produção do Serviço de Cirurgia Cardiorácica, 2008*

| intervalos de preços | Relatório | | Análise Hospital | |
|----------------------|-----------|---------|------------------|---------|
| | N.º | % | N.º | % |
| >1.000€ < 5.000€ | 179 | 20,23% | 231 | 23,01% |
| >5.000€ < 10.000€ | 377 | 42,60% | 255 | 25,40% |
| >10.000€ < 15.000€ | 249 | 28,14% | 362 | 36,06% |
| >15.000€ < 20.000€ | 56 | 6,33% | 80 | 7,97% |
| >20.000€ | 24 | 2,71% | 76 | 7,57% |
| Total Geral | 885 | 100,00% | 1004 | 100,00% |

fonte: informação enviada à Direcção Geral do Tribunal de Contas a 27/04/2009

Verifica-se que o **intervalo de preços com maior número de doentes é o de >10.000€ < 15.000€**, relativos à importância dos GDH 105 (Procedimentos nas válvulas cardíacas e outros procedimentos cardiorácicos major, sem cateterismo cardíaco) e 107 (Bypass coronário com cateterismo cardíaco, sem angioplastia coronária percutânea transluminal) e não o intervalo >5.000€ < 10.000€.

Do mesmo modo se constata que os intervalos de preços mais elevados correspondem sensivelmente a 15% da produção (e não a apenas 9%).

Notámos ainda que, para efeitos de análise da produção de GDH cirúrgicos **não foram contabilizados os GDH cirúrgicos de ambulatório** que, no caso da especialidade de Cirurgia Cardiorácica do CHLC, EPE, se referiram, em 2008, a 160 episódios (implantação e substituição de pacemaker), com preços que se classificam no intervalo >1.000€ e < 5.000€ (preços de ambulatório - coluna G do Anexo II à Portaria 110-A/2007).

Estes doentes pernoitam no Hospital, sem, no entanto, permanecerem 24 horas.



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE Conselho de Administração

- À semelhança do verificado na especialidade de Cirurgia Cardiorácica, também na **Ortopedia** se constata a **duplicação dos custos do Bloco Operatório**, onerando os custos totais da especialidade em 2.825.202€.

Como se verifica no quadro resumo seguinte, no apuramento dos custos da especialidade de Ortopedia, é considerado o Centro de Custo do Bloco Operatório de Ortopedia 1 (2500060), cujo valor total (2.825.202€) é integralmente imputado no Centro de Custo da Enfermaria de Ortopedia 1 (1120801).

Custos directos e indirectos da especialidade de Ortopedia no ano de 2008, por Centro de Custo e Total

| | Ortopedia 1 (1120801) | Unid. Vertebro Medular (1120802) | Ortopedia 5 (1140202) | Bloco Operatório Ortopedia 1 (2500060) | Consulta Ortopedia 1 (1233300) | TOTAL | TOTAL RELATÓRIO DO TRIBUNAL DE CONTAS |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| custos directos | 2.163.825,00 € | 1.256.292,00 € | 1.038.896,00 € | 2.412.302,00 € | 508.395,00 € | 6.871.315,00 € | 6.871.315,00 € |
| custos indirectos | 4.607.361,00 € | 691.048,00 € | 1.611.727,00 € | 412.900,00 € | 290.787,00 € | 4.497.834,00 € | 7.323.036,00 € |
| - dos quais, BO | 2.825.202,00 € | 0,00 € | 1.141.222,00 € | 0,00 € | 0,00 € | | 3.966.424,00 € |
| Total | 6.771.186,00 € | 1.947.340,00 € | 2.650.623,00 € | 2.825.202,00 € | 799.182,00 € | 11.369.149,00 € | 14.194.351,00 € |
| | | | | | | diferença Relatório - C.Analitica | -2.825.202,00 € |

Fonte: Contabilidade Analítica de 2008, enviada à Direcção Geral do Tribunal de Contas N. ofício 167/CA na 30/04/2009

Neste sentido, o **custo total da especialidade de Ortopedia é de 11.369.149€** (mantendo a exclusão do Centro de Custo da Consulta) e não de 14.194.351€, o que dá um custo/doente tratado de 3.920,4 euros e não de 4.895 €, conforme consta no Relatório

Custos totais por doente tratado e por doente saído da especialidade de Ortopedia no ano de 2008

| | n.º doentes | custo/doente |
|------------------|-------------|--------------|
| doentes tratados | 2.900 | 3.920,40 € |
| doentes saídos * | 2.667 | 4.262,90 € |

* doentes que deixaram de permanecer internados no Serviços de Ortopedia 1 e 5 no ano de 2008 e que tiveram alta para o domicilio, faleceram, saíram contra parecer médico ou foram transferidos para outra instituição



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE Conselho de Administração

A análise por doente saído, revela que o custo/doente é de 4.262,9€. Este valor, em nossa opinião, reflecte o custo médio real de cada episódio de internamento concluído nesta especialidade.

- Relativamente à **distribuição dos GDH cirúrgicos por intervalos de preços**, para a especialidade de Ortopedia, verificamos que, com base nos elementos enviados a essa Direcção Geral (N.º ofício 163/CA de 27/04/2009), contabilizamos 2.227 episódios de internamento em GDH cirúrgicos, conforme tabela em anexo, e não 1.985 (Quadro 26 do Relatório, página 65).

Apesar disso, a distribuição da produção cirúrgica por intervalos de preços (Portaria 110-A/2007 de 23/01/2007) **não apresenta alterações** relativamente às percentagens constantes do Quadro 26 do Relatório.

Distribuição dos GDH cirúrgicos por intervalos de preços Produção da especialidade de Ortopedia, 2008

| intervalos de preços | Relatório | | Análise Hospital | |
|----------------------|-----------|---------|------------------|---------|
| | N.º | % | N.º | % |
| < 1.000€ | --- | --- | 2 | 0,09% |
| >1.000€ < 3.000€ | 691 | 34,81% | 809 | 36,33% |
| >3.000€ < 6.000€ | 756 | 38,09% | 792 | 35,56% |
| >6.000€ < 9.000€ | 378 | 19,04% | 435 | 19,53% |
| >9.000€ < 12.000€ | 79 | 3,98% | 82 | 3,68% |
| >12.000€ | 81 | 4,08% | 107 | 4,80% |
| Total Geral | 1985 | 100,00% | 2227 | 100,00% |

fonte: informação enviada à Direcção Geral do Tribunal de Contas a 27/04/2009

Também, nesta especialidade, **não foram considerados** na análise de produção por GDH (cirúrgico), os **GDH cirúrgicos de ambulatório**. Na especialidade de Ortopedia, em 2008, verificaram-se 314 episódios classificados em GDH cirúrgicos. Desses 308 (98%) integram o intervalo de preços >1.000€ <3.000€ (preços de ambulatório - coluna G do Anexo II à Portaria 110-A/2007).



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

- A exclusão, no Relatório, dos GDH médicos (internamento) e cirúrgicos de ambulatório de ambas as especialidades - Cirurgia Cardiorácica e Ortopedia – levanta-nos as maiores reservas, já que esses doentes pesam nos custos dos Serviços (são doentes saídos, classificados em GDH e convertidos em doentes equivalentes), sem, no entanto, serem considerados relevantes para apreciação do preço.

O preço, tal como analisado pelo Tribunal de Contas, surge essencialmente como definidor da complexidade (diferenciação técnica) e de consumo de recursos (custos).

Não nos podemos esquecer, contudo, que o preço é, por definição, indicador de receita, e, por isso, omitir desta análise parte da produção (cujo custo está, contudo, apurado na Contabilidade Analítica) não nos parece exacto.

- Em anexo:
 - produção por GDH do Serviço de Cirurgia Cardiorácica, em 2008 (distinção de GDHs médicos e cirúrgico, preço da Portaria 110-A/2007)
 - produção por GDH da especialidade de Ortopedia, em 2008 (distinção de GDHs médicos e cirúrgico, preço da Portaria 110-A/2007)

Com os melhores cumprimentos

 O Conselho de Administração


ANA ISABEL GONÇALVES
Vogel Executiva

AIG/DS



Tribunal de Contas



Tribunal de Contas

1.5. Conselho Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

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

Refª PCA - 2009.SET.22 - 0066

Assunto: Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a "ARSLVT, I.P.", e a "CVP-SGH, SA" (Proc. 01/09 - Audit) / Vosso Ofício de 14.08.2009 (nº 12781).

Ao abrigo do disposto no art. 13º da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto (com a redacção da Lei nº 48/2006, de 29 de Agosto), vem o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte ("CHLN"), pronunciar-se sobre o relatório da auditoria em causa, designadamente quanto às recomendações e conclusões constantes do mesmo respeitantes ao "CHLN", o que faz nos termos seguintes:

▪ Recomendações

- 1 - O "CHLN" procedeu já, em consonância com as recomendações da presente auditoria, nos dois estabelecimentos que o integram (Hospital de Santa Maria e Hospital de Pulido Valente) à promoção e implementação de diversas medidas tendentes ao integral cumprimento das regras de referência previstas no Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa, a saber:
- 2 - Sensibilização dos responsáveis dos serviços competentes para as regras do Acordo de Cooperação com o "HCVP" na referenciação de doentes, salientando e reforçando a importância da sua correcta execução, tendo em vista o aproveitamento da capacidade instalada e disponível dos hospitais do SNS e o evitamento de custos financeiros decorrentes do desperdício dessa capacidade;
- 3 - Com vista à correcta execução do Acordo de Cooperação em vigor e controlo da referenciação de doentes para o "HCVP", o Conselho de Administração do "CHLN" emitiu, para já, orientações sobre a matéria no sentido de facilitar a sua aplicação pelos profissionais responsáveis pela decisão de referenciar e estabelecer procedimentos internos inerentes à mesma;
- 4 - Nestas orientações foi dado especial enfoque à obrigatoriedade de consulta prévia dos restantes hospitais da rede para avaliação da sua capacidade de resposta e de fundamentação escrita da decisão de referenciação;
- 5 - Estas orientações, serão, a breve trecho, formalizadas através de deliberação do Conselho de Administração;

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

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

www.chln.pt

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

DGTC 23.09.09 16833

www.chln.pt



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

6 - Por outro lado, será implementado um sistema de controlo interno, através da designação dum responsável para esse efeito, com o objectivo de avaliar e monitorizar o cumprimento das referidas orientações e normas do Acordo de Cooperação.

- Acesso e Referenciação de Doentes ao "HCVP" (PONTO 9.1., nº 4 do relatório da auditoria)

7 - Admite-se que, a referenciação de alguns doentes do "CHLN" para o "HCVP" se possa ter processado, eventual e pontualmente, sem observância ou deficiente observância de algum dos formalismos estabelecidos no art. 8º do Acordo de Cooperação.

8 - Contudo, os mesmos casos de referenciação são seguramente em número muito reduzido e sem expressão quantitativa no universo global dos doentes tratados e seguidos pelo "CHLN".

9 - Das situações analisadas verifica-se que a maior parte dos doentes transferidos do "CHLN" para o "HCVP" em 2008 são doentes que, por opção própria, e não do "CHLN", preferiram receber assistência neste último hospital em regime privado, e não ao abrigo do Acordo de Cooperação.

10 - Noutro caso, terá sido feita consulta prévia aos restantes hospitais da rede, com omissão do dever de emissão do título de referenciação, o que, salvo o devido respeito, será de menor relevância, atendendo ao dever de garantir efectiva e eficientemente os cuidados de saúde adequados ao doente referenciado, que, neste como nos restantes caso, impedia sobre o "CHLN".

11 - Saliente-se também que, em nenhum momento ou circunstância, houve má-fé ou intenção de violar as regras do Acordo de Cooperação com o "HCVP", frustrando a sua correcta execução, e consequentemente, causar prejuízos ao "CHLN" ou ao Estado.

12 - Como atrás se referiu, a principal preocupação terá sido a de assegurar a prestação, em tempo útil, da assistência adequada aos doentes referenciados (ainda que, eventualmente, essa referenciação enquanto procedimento formal possa não ter sido bem concretizada).

13 - Assistência essa que, repete-se, incumbia ao "CHLN" garantir, promovendo eventualmente o encaminhamento para o "HCVP", o que, natural e logicamente, se sobrepunha a outras obrigações de natureza formal.

14 - De qualquer forma, e como decorre do exposto anteriormente, o número de doentes referenciados pelo "CHLN" para o "HCVP" terá sido muito reduzido e ocorrido em casos excepcionais, num contexto ao qual não terá sido alheio a criação do centro hospitalar em Março de 2008 e alguma descoordenação inerente à integração dos dois estabelecimentos hospitalares que o compõem.

15 - Não correspondendo a referenciação para o "HCVP" uma prática sistemática e habitual deste centro hospitalar que, consabidamente, dispõe de capacidade para, na grande maioria dos casos, prestar cuidados aos seus utentes e, quando necessário, aos utentes reencaminhados por outras instituições do Serviço Nacional de Saúde, num quadro de racionalidade e regularidade financeira.

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

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

www.chln.pt

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

www.chln.pt



Tribunal de Contas

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

16 - Não se verificam assim, com o devido respeito, fundamentos para a responsabilização financeira dos titulares dos órgãos de gestão do "CHLN", que, nesta matéria como noutras têm procurado sempre cumprir estrita e rigorosamente a legislação em vigor e instrumentos legais aplicáveis, numa perspectiva de melhoria contínua da gestão económica e financeira dos recursos disponíveis.

17 - Em todo o caso, como ficou dito inicialmente, este Conselho de Administração, consciente da importância da matéria e reconhecendo a grande utilidade da presente auditoria para a mesma, adoptou já medidas de gestão no sentido da prevenção de futuros erros e deficiências no cumprimento das regras de referenciação estabelecidas no Acordo de Cooperação em vigor, e da concretização do objectivo de pleno aproveitamento da capacidade instalada e disponível nos seus serviços e no Serviço Nacional de Saúde.

Solicita-se assim a esse Tribunal, a melhor consideração para as presentes alegações e, em consequência, seja este Conselho de Administração isentado de eventuais responsabilidades financeiras.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Adalberto Campos Fernandes

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

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

www.chln.pt

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

www.chln.pt





Tribunal de Contas



Tribunal de Contas

1.6. Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

 **Ministério da Saúde**

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

010432 9-09-15

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

V/Refº
Proc. nº 01/09 – Audit

Assunto: Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P. e a CVP – SGH, SA.


O Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. notificado para apresentar, ao abrigo do disposto nos artigos 13º e 87º da Lei nº 98/97, de 26/8, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29/8, as alegações que tivesse por convenientes referentes ao salientado no relato da autoria supra identificada, vem prestar os esclarecimentos que se seguem:

1. Os dados constantes da documentação remetida não contém elementos que permitam, por si só, identificar os dois utentes em causa e os respectivos processos e assim avaliar cada situação relativamente à assistência prestada no Hospital de São Francisco Xavier (o único processo clínico cuja numeração é indicada não existe nos n/registos).
2. De todo o modo, admite-se desde já poder tratar-se de situações emergentes (como é, aliás, referido no relato) que necessitariam de resposta imediata e que não poderiam ser asseguradas pelo Hospital de São Francisco Xavier que, ao tempo, não dispunha da valência em causa, pelo que, em caso de emergência e de alto risco, e após contacto com outros hospitais públicos, ter-se-á socorrido da instituição disponível para prestar os necessários e inadiáveis cuidados aos utentes.

Nestes termos, e caso V. Exª entenda adequado, agradece-se a cedência da informação essencial para a devida identificação, atendendo ao referido em 1.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração


Pedro Abecasis
Presidente do Conselho de Administração

DGTC 1809'09 16630

Estrada do Forte do Alto do Duque - 1449-005 Lisboa - Tel. 21 043 10 00 - Fax 21 043 15 89 - Email: hsfxavier@chlo.min-saude.pt
NIPC (Número de Identificação de Pessoa Colectiva): 507 618 319

CHLO - 017



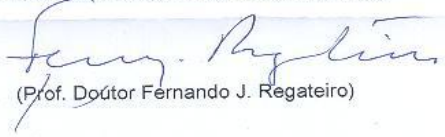


Tribunal de Contas



Tribunal de Contas

1.7. Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.

| | | | |
|---|---|---|---|
|  Ministério da Saúde | HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E. CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO |  | |
| <p>Exmo. Senhor Auditor – Coordenador Dr. Abílio Augusto Pereira de Matos Tribunal de Contas – Direcção Geral Av. Barbosa do Bucage, 61 1069-045 LISBOA</p> | | | |
| S/Refº | S/Comunicação | N/Ref. – Ofício n.º | Data |
| Ofício n.º 12786 Proc. n.º 01/09 - Audit | 14.08.2009 | PC – 1192/09 | 18.09.2009 |
| Assunto: Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P. e a CVP – SGH, S.A. / Processo n.º 01/09 – Audit | | | |
| <p>No cumprimento com o solicitado através do ofício de V. Exa. com a ref.ª n.º 12786, datado de 14.08.2009, e com a dilação do prazo que nos foi concedida através do vosso fax n.º 1121/09-DAVI de 16.09.2009, remeto, em anexo, a apreciação do Vogal Executivo do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., que mereceu a aprovação do Conselho de Administração destes Hospitais na sua reunião ordinária de 18.09.2009.</p> <p style="text-align: center;">Com os melhores cumprimentos,</p> <p style="text-align: center;">O Presidente do Conselho de Administração</p> <p style="text-align: center;"> (Prof. Doutor Fernando J. Regateiro)</p> <p>Anexo: 1 documento</p> <p>FJR/LG</p> <p style="text-align: center;">DGTC 230909 16834</p> | | | |
| Av. Bissaya Barreto / Pct.ª Prof. Mota Pinto 3000-075 Coimbra | | e-mail: casec@huc.min-saude.pt | Tel.: 239 400 407 / 607 Fax: 239 822 291 |



Tribunal de Contas



MINISTÉRIO DA SAÚDE HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA VOGAL EXECUTIVO PEDRO ROLDÃO

H.U.C. - Conselho de Administração

Aplauso, Medo e
ou outro do
apuroar 10.09.2009

Assunto: Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade Gestão Hospitalar, SA

RELATO DO PROCESSO N.º 01/09 – APRECIACÃO

A auditoria supra referenciada envolve a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar – SA (CVP – SA) nos vários protocolos de prestação de serviços celebrados desde 1998 entre as partes, predominantemente na área da cirurgia cardiotorácica.

Dos vários hospitais envolvidos os HUC não contrataram quaisquer serviços médicos com a CVP – SA, não estando, por isso, nem directa nem indirectamente envolvidos no objecto da auditoria. Por outro lado, os HUC como não integram a área de influência da ARSLVT também nunca necessitaram de protocolizar outros cuidados clínicos, entretanto objecto de protocolo entre as partes referenciadas, nas áreas de ortopedia, oftalmologia, cirurgia vascular e urologia.

Os HUC aparecem neste processo como referência comparativa com o Centro Hospitalar Lisboa Norte e o Centro Hospitalar Lisboa Central e a CVP – SA no que respeita aos custos decorrentes dos doentes tratados nos serviços de cirurgia cardiotorácica de cada hospital.

Neste sentido a inclusão de dados referentes aos HUC devem ter sido enviados em momento próprio através de órgão competente e reflectem a contabilidade de custos apurada para o ano de 2008, bem como a informação relativa aos GDHs cirúrgicos, ao que pressupomos relativos ao mesmo ano.

Em conclusão somos de parecer que não há qualquer necessidade de alegar sobre as conclusões da auditoria por esta não ser dirigida as HUC, nem tão-pouco se avaliar qualquer actividade, função, decisão ou posição relacionada com os protocolos instituídos entre a ARSLVT e CVP – SA.

Coimbra, 16 de Setembro de 2009

| | |
|---------------------------|------------|
| H.U.C. | |
| Conselho de Administração | |
| Reg. Nº | 5247 CA |
| Data | 16/09/2009 |

Assinado

O Vogal Executivo
(Pedro Roldão)
proldao@huc.min-saude.pt



Tribunal de Contas

1.8. Presidente da PARPÚBLICA – Participações Públicas SGPS – S.A.

PARPÚBLICA
PARTICIPAÇÕES PÚBLICAS (SGPS) S.A.

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

N/REF^o: 035859

Lisboa, 8 de Setembro de 2009

ASSUNTO: Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP – SGH, SA
V/Ref^o 14.AUG09 12776

*Recebido 8/9/09, às 18h
Do entrado
do Dep. de Auditoria.
2009-09-08 J. Pires*

Em resposta ao vosso ofício em referência, junto nota com o contributo da Parpública para a auditoria ao acordo da CVP – SGH, SA com a ARSLVT.

A nota clarifica alguns aspectos do relatório que em nossa opinião não reflectem exactamente a realidade de intervenção da Parpública no processo. Saliento ainda que em nossa opinião esta colaboração com o Serviço Nacional de Saúde tem vindo a ser altamente positiva para os doentes e tem justificado o investimento continuado que vem sendo realizado no Hospital, que é em termos de qualidade e eficiência uma unidade de referência, nomeadamente para intervenções no sistema circulatório.

Com os melhores cumprimentos,

João Plácido Pires
Presidente

Anexos: Nota
Protocolo entre MDN e a CVP
Acta nº 30 da AG da Parpública
Ofícios
Despachos

Rua Laura Alves, nº 4 – 8º, 1050-138 Lisboa DGTC 09/09/09 16099
Telefone 21 781 71 60 Fax: 21 795 05 05
geral@parpublica.pt
www.parpublica.pt

PARPÚBLICA – Participações Públicas (SGPS), S.A. – N.º Mat. e Pessoa Colectiva nº 502 769 017. Cap. Social €2 000 000 000 (realizado €1 000 000 000) (031)



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

NOTA

ASSUNTO: Relato de Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P. e a CVP – SGH, S.A.. Análise e comentário às conclusões do Tribunal de Contas sobre a intervenção do Estado/PARPÚBLICA na CVP – SGH, S.A.

I- INTRODUÇÃO

1. O Tribunal de Contas remeteu à PARPÚBLICA o Relato de Auditoria à execução do Acordo de Cooperação celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) e a Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. (CVP - SGH) para efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, ou seja, para exercício do contraditório.
2. No âmbito do Relatório remetido à PARPÚBLICA merece particular atenção o exposto no corpo do Ponto 5. e no Ponto 5.1. respectivo, assim como as conclusões que se referem à intervenção do Estado na Cruz Vermelha Portuguesa, para cuja concretização a então PARTEST (actual PARPÚBLICA) se veio a revelar como instrumento fundamental.
3. Assim, sem prejuízo de uma breve análise sobre o regime jurídico aplicável às relações entre o Estado e a Cruz Vermelha Portuguesa, esta enquanto pessoa colectiva de direito privado e de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos, a análise e comentário subsequentes abordam em particular a intervenção da PARTEST/PARPÚBLICA na CVP – SGH.

2009-09-04



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

II – RELAÇÃO DO ESTADO COM A CVP. ENQUADRAMENTO LEGAL

4. A PARPÚBLICA, então PARTEST, interveio pela primeira vez na CVP - SGH em Maio de 1998, na sequência de deliberação do accionista único (o Estado Português) tomada em 21 de Maio de 1998, para adquirir à Cruz Vermelha Portuguesa uma participação correspondente a 45% do capital social da CVP – SGH. A intervenção da PARPÚBLICA surge, assim, por orientação expressa do accionista, que definiu inclusive o preço de aquisição das acções e o texto do Acordo Parassocial que iria ser subscrito pela PARPÚBLICA e pelo accionista maioritário da CVP – SGH, a Cruz Vermelha Portuguesa.
5. À data, a legislação que regulava as relações entre o Estado e a Cruz Vermelha Portuguesa era o Decreto-Lei n.º 164/91, de 7 de Maio, o Decreto Regulamentar n.º 10/93, de 27 de Abril, e a Portaria n.º 424/96, de 29 de Agosto. Todos estes diplomas foram revogados pelo Decreto-Lei n.º 281/2007, de 7 de Agosto.
6. O n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 164/91 define desde logo a Cruz Vermelha Portuguesa como “uma instituição humanitária não governamental de carácter voluntário e de interesse público, que desenvolve a sua actividade devidamente apoiada pelo Estado” (sublinhado nosso). Esta norma suscita a questão de saber como é que se traduz legalmente o apoio do Estado à CVP? E de que forma é que o Estado se articula com a CVP no sentido de apoiar a actividade por esta desenvolvida?
7. O próprio Decreto-Lei n.º 164/91 responde, em termos genéricos, às questões colocadas, constatando-se que os apoios à CVP podem ser concedidos de múltiplas formas e por múltiplas entidades de natureza pública.
8. Assim, o artigo 8.º daquele diploma legal refere, no seu n.º 1, que “o apoio do Estado em relação à CVP é assegurado pelo Ministério da Defesa Nacional”. A este compete, no âmbito dos seus poderes de tutela, “exercer a superintendência da CVP na administração dos seus recursos e velar pela

2009-09-04

2



Tribunal de Contas

PAR PÚBLICA

correcta execução da legislação” (n.º 1 do art. 9.º do Decreto-Lei n.º 164/91).

“No âmbito das suas competências tutelares cabe, ainda, ao Ministro da Defesa Nacional (...) promover as necessárias medidas de forma a contribuir para a realização do suporte financeiro adequado.” (al. d) do n.º 2 do artigo 9.º do mesmo diploma).

9. Porém, este poder/dever do Ministro da Defesa não é a única forma prevista na lei para o apoio à CVP. Desde logo, a CVP conta, entre os recursos destinados à realização das suas actividades, com “as subvenções e os apoios concedidos pelos órgãos da Administração Pública e empresas públicas” (al. b) do n.º 2 do art. 6.º do Decreto-Lei n.º 164/91). Goza também de uma série de benefícios, fiscais e de outra ordem, que se encontram previstos no artigo 7.º do diploma legal referido.
10. O Decreto Regulamentar n.º 10/93 aprovou os Estatutos da Cruz Vermelha Portuguesa e reiterou a previsão dos apoios previstos no Decreto-Lei n.º 164/91.
11. E através da Portaria n.º 424/96, de 29 de Agosto, é homologado pelo Governo, na pessoa do Ministro da Defesa Nacional, o Regulamento Geral de Funcionamento da Cruz Vermelha Portuguesa. O n.º 1 do artigo 116.º deste Regulamento refere-se ao Hospital da CVP e estatui que o Hospital “rege-se pelo Estatuto da instituição e pelas disposições legais que lhe sejam especialmente aplicáveis” remetendo, portanto, para a legislação anteriormente citada.
12. Neste quadro legal, a que acresce a dimensão planetária da instituição e a consagração formal junto da União Europeia através do Bureaux Croix Rouge/UE, a Cruz Vermelha Portuguesa não pode ser encarada como um qualquer prestador de serviços ao Estado. O estatuto legal que lhe foi atribuído, sem deixar de lhe conferir a natureza de pessoa colectiva de direito privado e de utilidade pública administrativa, traduz uma especial interligação entre o Estado e a instituição que se releva a vários níveis, designadamente o acima apontado, de ordem financeira, mas também ao

2009-09-04

3



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

nível orgânico, em que vários Ministros do Governo nomeiam representantes para integrarem o Conselho Supremo da CVP, sendo o Presidente da República o presidente de honra da CVP:

13. É neste cenário que deve ser avaliada a legalidade e a oportunidade da intervenção do Estado na Cruz Vermelha Portuguesa, ocorrida em 1998.

III – INTERVENÇÃO DO ESTADO NA CVP ATRAVÉS DA PARTEST

14. Em 1998, em virtude do acentuado endividamento da Cruz Vermelha Portuguesa, para o qual contribuía decisivamente o respectivo hospital, o Governo decidiu intervir e apoiar financeiramente esta instituição no quadro da legislação aplicável, numa dupla vertente: a de autonomizar a actividade de exploração e gestão do hospital através da constituição de uma sociedade anónima de gestão hospitalar (CVP – SGH) e a de fazer intervir a então PARTEST por via da aquisição de participação correspondente a 45% do capital social à Cruz Vermelha Portuguesa, instituição humanitária detentora de 99,7% do capital da SGH. Neste sentido foi celebrado em 16 de Abril de 1998 um Protocolo entre o Ministério da Defesa Nacional, o Ministério das Finanças e a Cruz Vermelha Portuguesa no qual foi estabelecido o objectivo de proceder à reestruturação da unidade hospitalar através da implementação do Projecto de separação financeira e patrimonial da unidade hospitalar (**Anexo 1**). Em simultâneo foi também celebrado um Protocolo de Cooperação e Complementaridade entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa.
15. Conforme previsto no número 2. da cláusula Segunda do Protocolo celebrado entre o Ministério da Defesa Nacional, o Ministério das Finanças e a Cruz Vermelha Portuguesa, após a constituição da sociedade gestora "...o Estado promoverá a aquisição, pela PARTEST, de acções representativas de 45% do capital social daquela sociedade".

2009-09-04

4



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

16. E no número 4. da mesma Cláusula é definido que “o preço de aquisição das acções referidas no número anterior fica desde já, fixado em 2.340.000 contos, tendo por base os valores de avaliação constantes dos relatórios do BPI – Banco Português de Investimento (Anexo IV) e da Price Waterhouse (Anexo V)”. Estes relatórios resultaram de estudos técnicos encomendados pelo Ministério da Defesa Nacional e pela Cruz Vermelha Portuguesa. A PARTEST não teve qualquer intervenção na definição do preço fixado neste Protocolo.
17. Também o texto do Acordo Parassocial foi fixado no mesmo Protocolo (Cfr. Cláusula Terceira e Anexo III ao Protocolo) e apesar de a PARTEST não ser parte no referido Protocolo, recebeu orientações do accionista que a vincularam à celebração do Acordo Parassocial nos termos que já se encontravam definidos e aprovados pelo Governo e pela Cruz vermelha Portuguesa.
18. De facto, as orientações do accionista foram concretizadas em 21 de Abril de 1998, data em que o Estado, na qualidade de accionista da PARTEST, propôs e deliberou em reunião da Assembleia Geral desta sociedade a aquisição à Cruz Vermelha Portuguesa da participação na CVP – SGH, pelo preço previamente definido, e a celebração do Acordo Parassocial também nos termos previamente definidos (**Anexo 2**).
19. De todo o exposto se conclui que:
 - a então PARTEST não teve qualquer intervenção na definição do preço das acções da CVP – SGH, o qual foi objecto de uma decisão política, decerto para apoiar financeiramente a Cruz Vermelha Portuguesa;
 - a PARTEST também não teve intervenção na negociação do Acordo Parassocial, cujos termos foram previamente definidos e acordados entre o Governo e a Cruz Vermelha Portuguesa;
 - a intervenção da PARTEST nesta fase surge na sequência das orientações do accionista único, emitidas sem o prévio acordo da Administração da PARTEST;

2009-09-04

5



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

- o preço pelo qual foram adquiridas as acções foi pago pela PARTEST à accionista a quem foram compradas, isto é, à Cruz Vermelha Portuguesa, pessoa colectiva de utilidade pública, e não à Sociedade de Gestão Hospitalar (CVP – SGH, S.A.), como é referido, certamente por lapso, na página 30 do Relato de Auditoria. A CVP – SGH nada recebeu, directa ou indirectamente, do valor pago pela PARTEST.

IV – ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO DOS ACORDOS PELA PARTEST/PARPÚBLICA

20. Em 3 de Agosto de 1998 foi concretizada a aquisição da participação na CVP – SGH e a subscrição do Acordo Parassocial pela PARTEST. Desde então, foi sempre acompanhada com especial cuidado a execução do Projecto subjacente ao protocolo estabelecido entre o Governo e a Cruz Vermelha Portuguesa e a concomitante necessidade de ajustamentos e alterações ao Acordo Parassocial.
21. Assim, em Maio de 2000, a PARTEST apresentou à Cruz Vermelha Portuguesa uma proposta de revisão do Acordo Parassocial, a qual contemplava, entre outras alterações relevantes, a alteração das cláusulas Oitava e Nona, referentes à opção de compra da CVP e à opção de venda da PARTEST (**Anexo 3**). Neste âmbito foi, nomeadamente, proposto que a Cruz Vermelha Portuguesa se obrigaria, até ao final dos primeiros dez anos de vigência do Acordo a adquirir a totalidade das acções detidas pela PARTEST. As propostas apresentadas não tiveram qualquer seguimento.
22. Em 7 de Março de 2001, já com a denominação social de PARPÚBLICA, foi remetida à Secretaria de Estado do Tesouro e Finanças uma carta e vários anexos em que se dava conta do incumprimento dos pressupostos do Protocolo celebrado com o Estado, bem como do Acordo Parassocial celebrado com a PARTEST/PARPÚBLICA (**Anexo 4**). Nessa carta, o Presidente da PARPÚBLICA conclui que “é assim indispensável renegociar o acordo parassocial para não desvalorizar a participação” e propõe adiante

2009-09-04

6



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

que “neste contexto e caso não haja oposição da Secretaria de Estado, iremos propor à CVP a revisão do acordo parassocial, tendo em vista obter garantias de recuperação do investimento, – através da CVP ou do mercado – considerando a realidade da estrutura de custos.”

23. Subsequentemente, o Presidente da PARPÚBLICA remeteu à Presidência da Cruz Vermelha Portuguesa uma carta em que propunha a renegociação do Acordo Parassocial, bem como as linhas mestras que deveriam orientar as alterações ao Acordo. E refere, a certa altura: “É hoje claro que as projecções de resultados não irão ser cumpridas... Esta situação obriga a repensar as soluções encontradas e traduzidas no acordo parassocial e no contrato de cessão de exploração do hospital pela CVP, de modo a salvaguardar o equilíbrio financeiro da nossa intervenção. (...) Estamos disponíveis para discutir todas as soluções que garantam a manutenção do valor do investimento que realizámos. Só não é possível é manter exactamente o que está e que a realidade ultrapassou” (Anexo 5).
24. Sobre a carta remetida à Secretaria de Estado recaiu o Despacho n.º 355/2001-SETF, do Secretário de Estado do Tesouro e Finanças, de 9 de Março de 2001, do seguinte teor: “Visto com apreço. A PARPÚBLICA suscita nesta nota uma questão relevante que deveria ser discutida com a CVP. Contudo, dada a eventual transferência para o IPE da participação na CVP – SGH não deverão ser encetadas negociações.” (Anexo 6).
25. E, de facto, a participação detida pela PARPÚBLICA na CVP – SGH foi transmitida para a IPE – Investimentos e Participações Empresariais, S.A. no final de Maio desse ano, ou seja, menos de três anos após a sua aquisição à Cruz Vermelha Portuguesa, em cumprimento das orientações do Estado, que incumbiu a PARPÚBLICA de realizar parte do aumento do capital social da IPE com entradas em espécie, nomeadamente a participação detida na CVP - SGH (Anexo 7).

2009-09-04

7



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

26. Após a aceitação, pela Cruz Vermelha Portuguesa, da transmissão à IPE da posição detida pela PARPÚBLICA na CVP – SGH, foi também transferida a posição detida pela PARPÚBLICA no Acordo Parassocial (**Anexo 8**).
27. Do exposto supra conclui-se que:
- a PARTEST/PARPÚBLICA deteve a participação na CVP – SGH por um período que decorreu entre Agosto de 1998 e Maio de 2001;
 - nesse período, acompanhou *pari passu* a evolução dos resultados obtidos pela CVP – SGH e o cumprimento das cláusulas estabelecidas no Protocolo celebrado com o Estado e no Acordo Parassocial, tendo manifestado junto da tutela e da Cruz Vermelha Portuguesa a preocupação com os resultados obtidos e alertado que era necessário renegociar todo o Acordo Parassocial por forma a salvaguardar o investimento realizado;
 - a PARTEST/PARPÚBLICA tentou várias vezes, ao longo dos dois anos e meio subsequentes à aquisição da participação na CVP – SGH renegociar o Acordo Parassocial, tendo apresentado propostas concretas para o efeito;
 - nesta fase, a alienação de 10% da participação detida pela PARTEST/PARPÚBLICA, equivalente a 4,5% da capital social, não foi equacionada porque seria uma solução de último recurso, da qual só se lançaria mão uma vez esgotadas as opções de renegociação do Acordo Parassocial e de viabilização do investimento total;
 - a participação na CVP – SGH foi transmitida à IPE menos de três anos depois da aquisição, tendo-se mantido nesta empresa até à sua extinção e posteriormente transitado para o Estado/DGT, período em que se esgotou o prazo correspondente aos primeiros cinco anos de vigência do Acordo Parassocial. Por este motivo, a PARPÚBLICA não voltou a ter oportunidade de exercer a opção de venda de 10% da participação que, desde Maio de 2001 até Fevereiro de 2004, integrou o património da IPE e do Estado (Direcção-Geral do Tesouro).

2009-09-04

8



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

V – REAQUISIÇÃO DA PARTICIPAÇÃO À DGT

28. Através do Despacho n.º 2500/2003-SETF, do Secretário de Estado do Tesouro e Finanças, de 31 de Dezembro de 2003, foi determinado à Direcção-Geral do Tesouro que transferisse para a PARPÚBLICA a participação de 45% do capital social da CVP – SGH, pelo valor de € 8 Milhões (Anexo 9).
29. A transmissão das acções foi concretizada em 5 de Fevereiro de 2004, mas só em 7 de Maio de 2004 viria a ser formalizada a cessão da posição do Estado no Acordo Parassocial, deste modo se mantendo em vigor as Cláusulas que entretanto não caducaram (Anexo 10).
30. A opção de venda de 10% da participação deixou de poder ser exercida ainda antes de a PARPÚBLICA readquirir a participação. Por outro lado, a alienação à CVP, por iniciativa exclusiva desta no exercício da sua opção de compra, com a possibilidade de recuperar o investimento realizado, continuou a ser inviável por falta de interesse da CVP, não obstante o valor da sociedade ter vindo a progredir favoravelmente.

VI – PERSPECTIVAS DE ALIENAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO

31. Decorrido já o prazo de 10 anos previsto no Acordo Parassocial para a CVP exercer a opção de compra da participação pública, é formalmente possível a venda futura da participação. Porém, esta só será viável uma vez clarificados e consolidados os acordos com o Serviço Nacional de Saúde, que para este ou qualquer outro hospital com as características deste – altamente especializado em patologias complexas que exigem elevada especialização técnica e equipamento de ponta - constituem a base da sua viabilização. Recorde-se que os seguros de saúde não cobrem determinado tipo de riscos e de intervenções cirúrgicas, pelo que o Serviço Nacional de Saúde continua a ser a pedra fundamental de todo o sistema de saúde. O facto de ser

2009-09-04

9



Tribunal de Contas

PARPÚBLICA

mencionado no Relato de Auditoria que as listas de espera subsistem, embora a CVP – SGH tenha contribuído para a sua diminuição, demonstra que continua a ser necessária a cooperação entre este hospital e o Serviço Nacional de Saúde. A confirmar esta necessidade estão também os elevadíssimos níveis de satisfação dos utentes do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP – SGH). Este é um aspecto essencial do serviço público que é prestado pelo Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, já que o valor da vida humana transcende sempre o custo que o Serviço Nacional de Saúde possa ter com a prestação de serviços atempados e de qualidade.

32. Em síntese, a estabilização dos acordos entre o CVP – SGH e o Serviço Nacional de Saúde proporcionará não só uma maior rapidez, eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde aos utentes nas áreas de especialidade do Hospital, comparativamente a outras soluções, como constitui a base para a valorização da participação e a recuperação do investimento em futura alienação.

Ana Paula Ribeiro

Juntam-se: 10 Anexos.

2009-09-04

10



Tribunal de Contas



A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'S' followed by a horizontal line.

Tribunal de Contas

2. NOTA DE EMOLUMENTOS



Tribunal de Contas



Tribunal de Contas

2.1. Emolumentos

Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|
| Departamento de Auditoria VI – UAT 1 | | Procº nº 01/09 – Audit | |
| | | Relatório nº 11/ 2011 – 2ª Secção | |
| Entidade fiscalizada: | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. | | |
| Entidade devedora: | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. | | |
| Regime jurídico: | | | AA |
| | | | AAF X |

Unid: euros

| Descrição | BASE DE CÁLCULO | | | Valor |
|--|-----------------------------|------------------|-----------------------------|-------------------|
| | <i>Custo Standard</i> a) | Unidade Tempo | Receita Própria / Lucros | |
| - Acções fora da área da residência oficial | | | | |
| - Acções na área da residência oficial | 88,29 € | 397 | | 35.051,13€ |
| - 1% s/ Receitas Próprias | | | | |
| - 1% s/ Lucros | | | | |
| Emolumentos calculados | | | | 35.051,13€ |
| Emolumentos Limite máximo (VR) | | | | 17.164,00€ |
| Emolumentos a pagar | | | | 17.164,00€ |

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

TRIBUNAL DE CONTAS

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P., e a CVP-SGH, S.A.



Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção
Processo n.º 01/2009 – Audit
Volume III – Anexos



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do
Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Anexo A – Responsáveis | 3 |
| Anexo B - Processos clínicos..... | 4 |
| Anexo C - Preços de GDH | 6 |
| Anexo D – Demonstração da origem e aplicação de fundos 1999 – 2008..... | 8 |
| Anexo E – <i>Rating</i> Parpública – Participações Públicas, SGPS, SA..... | 10 |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do
Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

ANEXO A – RESPONSÁVEIS

No exercício de 2008, ocorreu a substituição dos membros do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. Os elementos que integraram o referido órgão nas duas gerências foram os seguintes:

Gerência – 1 de Janeiro a 31 de Agosto de 2008

| Cargo | Nome |
|-----------------|----------------------------------|
| Presidente | António Manuel Gomes Branco |
| Vice-presidente | Maria de Lourdes Caixaria Bastos |
| Vogal | Ana Maria Santos Pereira Nunes |
| Vogal | António Norberto C.C. Queiroz |
| Vogal | Carlos Manuel Nogueira Canhota |

Gerência – 1 de Setembro a 31 de Dezembro de 2008

| Cargo | Nome |
|-----------------|---|
| Presidente | Rui Gentil Portugal Vasconcelos Fernandes |
| Vice-presidente | Luís Anastácio Ferreira Afonso |
| Vogal | Ana Paula Dias Costa Fernandes |
| Vogal | Casimiro Fátima Francisco Ramos |
| Vogal | Margarida Fátima Palma Feria Borges |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do
Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

ANEXO B - PROCESSOS CLÍNICOS

Quadro 1 – Conclusões dos Processos clínicos seleccionados

| Entidade referenciadora | Especialidade cardiotorácica | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------|--|
| | Tipo de episódio | Valor do internamento | Motivo da referência para internamento |
| Hospital de Santa Marta | 8 internamentos 6 utentes | € 45.007,46 | Correspondem a situações pediátricas, cujo acompanhamento é efectuado pelo HCVP à vários anos. Nos processos clínicos não constava evidência de qualquer outro motivo para a referência nem consulta a outros Hospitais do SNS da existência de capacidade para receber estes utentes. |
| Hospital de Santa Maria | 3 internamentos 2 utentes | € 29.111,39 | Correspondem a situações pediátricas, não constando dos processos clínicos evidência de motivo para a referência para o HCVP, nem consulta a outros hospitais do SNS da existência de capacidade para receber estes utentes. |
| Hospital Pulido Valente (HPV) | 2 internamentos 2 utentes | € 20.933,84 | Não correspondem a situações pediátricas. Numa das situações o HPV contactou os Hospitais de S.Maria, S.Marta e S.Cruz informando que não tinham possibilidade de receber o doente. Este foi enviado para o HCVP para cirurgia urgente. No processo clínico do outro utente não constava evidência do motivo para a referência para o HCVP nem consulta a outros hospitais do SNS. |
| Hospital Espírito Santo Évora | 1 internamento 1 utente | € 13.227,93 | Corresponde a situação pediátrica. Foi contactado o Hospital de referência (S.Cruz) que não tinha vaga. Para receber o recém-nascido. |
| Hospital S.Francisco Xavier | 2 internamento 2 utentes | € 4.075,57 | Um dos utentes corresponde a situação pediátrica, não constando do processo clínico evidência de motivo para a referência para o HCVP nem consulta a outros hospitais do SNS. Relativamente ao outro utente foram contactados os Hospitais de S.Maria, S.Marta e S.Cruz informando que não tinham possibilidade de receber o doente. |
| Hospital Garcia de Orta (HGO) | 9 internamentos 9 utentes | € 143.169,78 | Foi contactado o Hospital de S.Maria, que recusou a realização destas cirurgias por as considerar de elevado risco cirúrgico e outras por indisponibilidade em tempo útil para a realização das cirurgias. |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

Quadro 2 – Conclusões dos processos clínicos seleccionados

| Entidade referenciadora | Especialidade cardiotorácica | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|--|
| | Tipo de episódio | Valor do internamento | Motivo da referência para internamento |
| Hospital Fernando da Fonseca (HFF) | 60 internamentos 56 utentes | € 597.706,97 | Correspondem a situações pediátricas, conforme o previsto no Acordo de Cooperação. (n.º 10 do artigo 8.º). Dos 56 utentes internados constatou-se que 14, apesar de referenciados pelo HFF, provinham do Hospital de São João do Porto. |
| Centro Hospitalar Médio Tejo | 11 internamentos 10 utentes | € 124.635,28 | Dos 10 utentes referenciados, 6 são situações pediátricas (cfr. n.º10 do artigo n.º 8 do Acordo de Cooperação), 4 foram referenciados para o HCVP por impossibilidade do Hospital de S.Cruz os receber em tempo útil. |
| Hospital Reynaldo dos Santos | 70 internamentos de 70 utentes | € 819.034,60 | Utentes referenciados pelo HCC. |
| SAMS | 1 internamento 1 utente | € 3.960,36 | Corresponde a uma situação pediátrica, respeitante a um acompanhamento desde 2003. |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

ANEXO C - PREÇOS DE GDH

Quadro 3 - Preços de GDH praticados por entidades dos Sector Social e Público e Misericórdias

Unid:euros

| ARSC - Fundação Aurélio Amaro Dinis | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|--------------------|--------------------|----------------|----------|----------|
| Portaria n.º 110-A/2007 | | | | | | |
| GDH | | Valor Portaria (1) | 65% - Fundação (2) | 90% - HCVP (3) | 4=1-2 | 5=1-3 |
| 39 | cirúrgico | 1.737,58 | 1.129,43 | 1.563,82 | 608,15 | 173,76 |
| 40 | cirúrgico | 1.514,35 | 984,33 | 1.362,92 | 530,02 | 151,44 |
| 42 | cirúrgico | 1.504,98 | 978,24 | 1.354,48 | 526,74 | 150,50 |
| 113 | cirúrgico | 5.298,46 | 3.444,00 | 4.768,61 | 1.854,46 | 529,85 |
| 119 | cirúrgico | 1.689,32 | 1.098,06 | 1.520,39 | 591,26 | 168,93 |
| 130 | médico | 2.918,84 | 1.897,25 | 2.626,96 | 1.021,59 | 291,88 |
| 544 | médico | 4.258,92 | 2.768,30 | 3.833,03 | 1.490,62 | 425,89 |
| 549 | cirúrgico | 20.632,85 | 13.411,35 | 18.569,57 | 7.221,50 | 2.063,29 |
| 209 | cirúrgico | 7.374,98 | 4.793,74 | 6.637,48 | 2.581,24 | 737,50 |
| 217 | cirúrgico | 6.198,87 | 4.029,27 | 5.578,98 | 2.169,60 | 619,89 |
| 222 | cirúrgico | 2.039,28 | 1.325,53 | 1.835,35 | 713,75 | 203,93 |
| 224 | cirúrgico | 1.786,06 | 1.160,94 | 1.607,45 | 625,12 | 178,61 |
| 225 | cirúrgico | 2.751,36 | 1.788,38 | 2.476,22 | 962,98 | 275,14 |
| 227 | cirúrgico | 1.720,01 | 1.118,01 | 1.548,01 | 602,00 | 172,00 |
| 229 | cirúrgico | 1.265,35 | 822,48 | 1.138,82 | 442,87 | 126,54 |
| 234 | cirúrgico | 2.064,18 | 1.341,72 | 1.857,76 | 722,46 | 206,42 |
| 558 | cirúrgico | 13.768,98 | 8.949,84 | 12.392,08 | 4.819,14 | 1.376,90 |
| 560 | médico | 5.298,93 | 3.444,30 | 4.769,04 | 1.854,63 | 529,89 |
| 756 | cirúrgico | 11.074,70 | 7.198,56 | 9.967,23 | 3.876,15 | 1.107,47 |
| 269 | cirúrgico | 3.251,46 | 2.113,45 | 2.926,31 | 1.138,01 | 325,15 |
| 278 | cirúrgico | 1.029,94 | 669,46 | 926,95 | 360,48 | 102,99 |
| 297 | cirúrgico | 1.161,35 | 754,88 | 1.045,22 | 406,47 | 116,14 |
| 332 | cirúrgico | 953,11 | 619,52 | 857,80 | 333,59 | 95,31 |
| 343 | cirúrgico | 3.771,93 | 2.451,75 | 3.394,74 | 1.320,18 | 377,19 |
| 356 | cirúrgico | 2.730,51 | 1.774,83 | 2.457,46 | 955,68 | 273,05 |
| 395 | cirúrgico | 1.650,91 | 1.073,09 | 1.485,82 | 577,82 | 165,09 |
| 418 | médico | 1.442,73 | 937,77 | 1.298,46 | 504,96 | 144,27 |
| 440 | cirúrgico | 4.241,35 | 2.756,88 | 3.817,22 | 1.484,47 | 424,14 |
| 449 | médico | 1.210,31 | 786,70 | 1.089,28 | 423,61 | 121,03 |
| 453 | médico | 881,91 | 573,24 | 793,72 | 308,67 | 88,19 |
| 466 | médico | 1.831,74 | 1.190,63 | 1.648,57 | 641,11 | 183,17 |

Fonte: ARSC

Quadro 4

Unid:euros

| ARSLVT - Hospital Sant'Ana SCML | | | | | |
|---------------------------------|--------------------|---------------------------|----------------|----------|--------|
| GDH | Valor Portaria (1) | Valor HOSA - Despacho (2) | 90% - HCVP (3) | 4=1-2 | 5=1-3 |
| 39 | 1.737,58 | 431,07 | 1.563,82 | 1.306,51 | 173,76 |
| 40 | 1.514,35 | 323,79 | 1.362,92 | 1.190,56 | 151,44 |
| 119 | 1.689,32 | 319,26 | 1.520,39 | 1.370,06 | 168,93 |
| 232 | 1.912,55 | 255,52 | 1.721,30 | 1.657,03 | 191,26 |
| 343 | 412,02 | 145,94 | 370,82 | 266,08 | 41,20 |
| 356 | 2.730,51 | 580,46 | 2.457,46 | 2.150,05 | 273,05 |
| 491 | 7.017,30 | 965,66 | 6.315,57 | 6.051,64 | 701,73 |

Fonte: ARSLVT



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do
Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

Quadro 5

| Portaria n.º 110-A/2007 | | | | Despacho n.º 24036/2004 | | Unid:euros |
|-------------------------|-----------|--------------------|---------------|-------------------------|----------|------------|
| GDH | | Valor Portaria (1) | 90%- HCVP (2) | HCVP- SIGIC (3) | 4=3-2 | |
| 39 | cirúrgico | 1.737,58 | 1.563,82 | 1.058,56 | 505,26 | |
| 40 | cirúrgico | 1.514,35 | 1.362,92 | 896,14 | 466,78 | |
| 42 | cirúrgico | 1.504,98 | 1.354,48 | 1.400,21 | -45,73 | |
| 104 | cirúrgico | 19.771,33 | 17.794,20 | 12.867,16 | 4.927,04 | |
| 105 | cirúrgico | 13.706,67 | 12.336,00 | 9.281,82 | 3.054,18 | |
| 108 | cirúrgico | 9.560,89 | 8.604,80 | 9.499,27 | -894,47 | |
| 109 | cirúrgico | 9.553,16 | 8.597,84 | 5.916,75 | 2.681,09 | |
| 110 | cirúrgico | 10.069,66 | 9.062,69 | 8.917,71 | 144,98 | |
| 111 | cirúrgico | 9.500,93 | 8.550,84 | 4.710,35 | 3.840,49 | |
| 112 | cirúrgico | 4.478,63 | 4.030,77 | 2.105,05 | 1.925,72 | |
| 113 | cirúrgico | 5.298,46 | 4.768,61 | 3.946,10 | 822,51 | |
| 118 | cirúrgico | 4.400,40 | 3.960,36 | 1.540,23 | 2.420,13 | |
| 119 | cirúrgico | 1.689,32 | 1.520,39 | 1.188,39 | 332,00 | |
| 120 | cirúrgico | 6.677,89 | 6.010,10 | 3.080,47 | 2.929,63 | |
| 478 | cirúrgico | 5.922,01 | 5.329,81 | 3.080,36 | 2.249,45 | |
| 479 | cirúrgico | 3.441,19 | 3.097,07 | 2.380,36 | 716,71 | |
| 209 | cirúrgico | 7.374,98 | 6.637,48 | 5.928,50 | 708,98 | |
| 210 | cirúrgico | 4.455,91 | 4.010,32 | 3.360,51 | 649,81 | |
| 211 | cirúrgico | 3.905,45 | 3.514,91 | 2.377,56 | 1.137,35 | |
| 217 | cirúrgico | 6.198,87 | 5.578,98 | 3.640,55 | 1.938,43 | |
| 219 | cirúrgico | 3.516,38 | 3.164,74 | 1.743,98 | 1.420,76 | |
| 224 | cirúrgico | 1.786,06 | 1.607,45 | 1.141,54 | 465,91 | |
| 225 | cirúrgico | 2.751,36 | 2.476,22 | 1.363,71 | 1.112,51 | |
| 227 | cirúrgico | 1.720,01 | 1.548,01 | 1.075,36 | 472,65 | |
| 229 | cirúrgico | 1.265,35 | 1.138,82 | 883,72 | 255,10 | |
| 230 | cirúrgico | 3.104,12 | 2.793,71 | 887,26 | 1.906,45 | |
| 232 | cirúrgico | 1.912,55 | 1.721,30 | 961,78 | 759,52 | |
| 234 | cirúrgico | 2.064,18 | 1.857,76 | 1.930,82 | -73,06 | |
| 471 | cirúrgico | 13.633,12 | 12.269,81 | 4.872,74 | 7.397,07 | |
| 491 | cirúrgico | 7.017,30 | 6.315,57 | 4.200,64 | 2.114,93 | |
| 264 | cirúrgico | 3.076,48 | 2.768,83 | 2.455,22 | 313,61 | |
| 269 | cirúrgico | 3.251,46 | 2.926,31 | 2.448,97 | 477,34 | |
| 311 | cirúrgico | 1.334,22 | 1.200,80 | 1.161,91 | 38,89 | |
| 343 | cirúrgico | 3.771,93 | 3.394,74 | 258,11 | 3.136,63 | |
| 338 | cirúrgico | 2.303,73 | 2.073,36 | 1.767,26 | 306,10 | |
| 356 | cirúrgico | 2.730,51 | 2.457,46 | 1.925,29 | 532,17 | |
| 415 | cirúrgico | 4.413,51 | 3.972,16 | 4.538,49 | -566,33 | |
| 440 | cirúrgico | 4.241,35 | 3.817,22 | 2.864,33 | 952,89 | |
| 442 | cirúrgico | 3.769,12 | 3.392,21 | 3.705,12 | -312,91 | |
| 443 | cirúrgico | 1.956,82 | 1.761,14 | 907,92 | 853,22 | |
| 461 | cirúrgico | 3.455,95 | 3.110,36 | 720,82 | 2.389,54 | |
| 468 | cirúrgico | 7.100,69 | 6.390,62 | 4.153,04 | 2.237,58 | |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, SA

ANEXO D – DEMONSTRAÇÃO DA ORIGEM E APLICAÇÃO DE FUNDOS 1999 – 2008

(em euros)

| Origem dos fundos | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| Internas: | | | | | | | | | | |
| Proveitos | | | | | | | | | | |
| Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, SA | 10.918.925 | 19.924.701 | 20.520.776 | 19.778.127 | 20.651.592 | 30.301.159 | 17.396.433 | 17.396.433 | 17.396.436 | 21.132.599 |
| Outros proveitos | 14.289.295 | 13.761.485 | 15.980.579 | 17.971.286 | 19.431.507 | 10.590.999 | 25.414.843 | 18.692.069 | 23.688.336 | 26.598.758 |
| Custos | 25.000.978 | 32.254.713 | 35.497.730 | 36.852.969 | 39.140.324 | 40.108.796 | 42.062.158 | 36.437.197 | 39.985.853 | 46.145.687 |
| Resultado Líquido do Exercício | 207.242 | 1.431.473 | 1.003.625 | 896.444 | 942.775 | 783.362 | 749.117 | -348.695 | 1.098.920 | 1.585.671 |
| Amortizações | 1.057.434 | 2.493.420 | 1.584.267 | 1.521.790 | 1.834.524 | 2.054.616 | 1.562.190 | 1.348.776 | 1.421.087 | 1.607.760 |
| Variação de ajustamentos e provisões | -26.381 | -430.789 | -249.636 | 137.828 | 26.030 | 687.411 | 5.508.246 | 788.638 | 819.826 | -282.965 |
| | 1.238.295 | 3.494.103 | 2.338.256 | 2.556.061 | 2.803.330 | 3.525.389 | 7.819.553 | 1.788.719 | 3.339.832 | 2.910.466 |
| Externas: | | | | | | | | | | |
| Aumentos dos capitais próprios | | | | | | | | | | |
| Aumentos de reservas especiais | 0 | 15.465 | 998 | 8.323 | 24.940 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ajustamentos de capital | 0 | 195.033 | 0 | 0 | 74.715 | 32.362 | 26.667 | -138.920 | 0 | 0 |
| Aumentos dos resultados transitados | 0 | 0 | 0 | 0 | 822.482 | 0 | 0 | 62.065 | 0 | 0 |
| Mov. Financeiros - M/L Prazo | | | | | | | | | | |
| Diminuição de investimentos financeiros | 0 | 0 | 19.392 | 0 | 0 | 0 | 70.431 | 127.827 | 0 | 0 |
| Aumento das dívidas a terceiros a médio e longo prazo | 2.560.313 | 273.923 | 1.908.584 | 1.216.521 | 7.400.171 | 0 | 0 | 1.229.560 | 410.622 | 2.156.096 |
| Diminuição das dívidas de terceiros a médio e longo prazo | 1.577.490 | 0 | 0 | 49.284 | 0 | 172.526 | 74.832 | 0 | 0 | 0 |
| Diminuições de imobilizações: | | | | | | | | | | |
| Cessão de imobilizações | 0 | 0 | 0 | 9.359 | 5.143 | 593.226 | 2.039 | 47.274 | 17.504 | 5.669 |
| Regularização amortizações | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 418.332 | 20.997 | 0 | 0 | 0 |
| Diminuição dos fundos circulantes | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1.112.265 | 0 | 0 | 0 | 1.520.061 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5.376.098 | 5.090.789 | 4.267.229 | 3.839.548 | 11.130.781 | 6.261.896 | 8.014.519 | 3.116.525 | 3.767.957 | 5.072.230 |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH, SA

(em euros)

| Aplicação dos fundos | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Distribuições: | | | | | | | | | | |
| Por aplicação de resultados | 0 | 149.639 | 149.639 | 150.000 | 150.000 | 353.555 | 321.672 | 262.191 | 0 | 439.568 |
| Diminuição dos resultados transitados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 62.350 | 0 | 0 | 0 |
| Mov. Financeiros - M/L Prazo | | | | | | | | | | |
| Aumento de investimentos financeiros | 0 | 346.622 | 0 | 5.960 | 169.637 | 20.135 | 0 | 0 | 87.655 | 189.639 |
| Aumento das dividas de terceiros a médio e longo prazo | 0 | 129.637 | 1.100 | 0 | 263.008 | 3.185.964 | 0 | 244.932 | 113.463 | 129.695 |
| Diminuição das dividas a terceiros a médio e longo prazo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.338.328 | 0 | 0 | 0 |
| Aumentos de imobilizações | | | | | | | | | | |
| Aquisição de imobilizações | 3.591.495 | 4.464.891 | 2.248.548 | 1.609.886 | 3.128.099 | 2.702.242 | 416.656 | 432.148 | 2.588.296 | 3.316.406 |
| Aumento dos fundos circulantes | 1.784.603 | 0 | 1.867.942 | 2.073.703 | 7.420.037 | 0 | 4.875.513 | 2.177.254 | 978.544 | 996.922 |
| | 5.376.098 | 5.090.789 | 4.267.229 | 3.839.548 | 11.130.781 | 6.261.896 | 8.014.519 | 3.116.525 | 3.767.957 | 5.072.230 |



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do
Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

ANEXO E – *RATING* PARPÚBLICA – PARTICIPAÇÕES PÚBLICAS, SGPS, SA

Standard & Poor's

PARPÚBLICA – Participações Públicas, SGPS, SA
Sede Social: Rua Laura Alves, 4; 1050-138 LISBOA
Nº Pessoa Colectiva e Matrícula: 502 769 017
Capital Social: € 2.000.000.000,00

Comunicado

Rating

Nos termos e para efeitos do disposto no artigo 248º, nº 1, alíneas a) e b) do Código dos Valores Mobiliários e da alínea a) do nº 2 do artº 4º do Regulamento da CMVM nº 5/2008, a Parpública – Participações Públicas, (SGPS), SA, informa que a Standard & Poor's alterou hoje a notação do *rating* da Parpública – Participações Públicas (SGPS), SA, de "BBB / Watch Negative", para "BB+ / Watch Negative".

Lisboa, 4 de Março de 2011

Parpública – Participações Públicas, SGPS, SA

Fonte: [://www.parpublicasgps.com/file/RatingComunicado040311portugues.pdf](http://www.parpublicasgps.com/file/RatingComunicado040311portugues.pdf)



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do
Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA

Moody's Investors Service

PARPÚBLICA – Participações Públicas, SGPS, SA
Sede Social: Rua Laura Alves, 4; 1050-138 LISBOA
Nº Pessoa Colectiva e Matrícula: 502 769 017
Capital Social: € 2.000.000.000,00

Comunicado

Rating

Nos termos e para efeitos do disposto no artigo 248º, nº 1, alíneas a) e b) do Código dos Valores Mobiliários e da alínea a) do nº 2 do artº 4º do Regulamento da CMVM nº 5/2008, a Parpública – Participações Públicas, (SGPS), SA, informa que a Moody's Investors Service alterou hoje a notação do *rating* da "Parpública – Participações Públicas, (SGPS), SA de "A1/Stable" para "Baa1/Negative Outlook".

Lisboa, 18 de Março de 2011

Parpública – Participações Públicas, SGPS, SA

Fonte: <http://www.parpublicasgps.com/file/RatingComunicado180311portugues.pdf>