



Ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria de resultados ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

**Processo n.º 30/2011 - AUDIT
Relatório n.º 28/2012**





Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



ÍNDICE GERAL

RELAÇÃO DE SIGLAS.....	8
I. SUMÁRIO.....	9
1. CONCLUSÕES.....	9
1.1. Sistema Nacional de Compras Públicas e Centralização das compras em Portugal	9
1.2. Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde	13
1.2.1. Acordo com a Gilead Sciences, Lda.	15
1.3. Negociação direta com os fornecedores	16
1.3.1. Agrupamento de hospitais nas aquisições	18
1.4. Obrigatoriedade da contratação centralizada	18
1.5. Dispensa da obrigatoriedade	19
1.6. Comparação Internacional: Reino Unido	21
1.7. Logística Hospitalar	21
1.7.1. Distribuição de Medicamentos	24
1.7.2. Distribuição de material de consumo clínico	25
1.7.3. Formas de gestão de material de consumo clínico	25
1.8. Sistemas de Informação	26
1.9. Consumo de medicamentos no ambulatório	27
1.10. Implementação das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção.....	28
2. RECOMENDAÇÕES	30
II. INTRODUÇÃO.....	35
3. FUNDAMENTO, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA	35
4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....	35
5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES.....	36
6. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO	36
III. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA.....	38
7. SISTEMA NACIONAL DE COMPRAS PÚBLICAS	38
7.1. Enquadramento	38
7.2. Centrais de Compras do Setor Saúde	40
7.2.1. IGIF	40
7.2.2. ACSS, IP.....	40
7.2.3. Somos Compras, ACE	41
7.2.4. SPMS, EPE.....	43
8. CATÁLOGO DE APROVISIONAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE	48
8.1. Negociação	50
8.1.1. Acordo Gilead Sciences, Lda.....	51
8.2. Atualização de preços dos produtos no Catálogo	55
8.3. Monitorização/supervisão	56
8.4. Avaliação de fornecedores	56
9. NEGOCIAÇÃO DIRETA COM OS FORNECEDORES	56
9.1. Por entidade hospitalar	56
9.2. Agrupamento de entidades hospitalares	59



10.	<i>OBRIGATORIEDADE DA CONTRATAÇÃO CENTRALIZADA DE BENS E SERVIÇOS</i>	60
10.1.	Contrato Público de Aprovisionamento	60
10.2.	Despacho do membro do Governo.....	62
10.3.	Dispensa da obrigatoriedade	63
11.	<i>JURISPRUDÊNCIA</i>	68
12.	<i>COMPARAÇÃO INTERNACIONAL: REINO UNIDO</i>	69
13.	<i>APROVISIONAMENTO DAS UNIDADES HOSPITALARES AUDITADAS</i>	71
13.1.	Custos com material clínico e produtos farmacêuticos	71
13.2.	Aprovisionamento de medicamentos e material de consumo clínico.....	72
14.	<i>AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS LOGÍSTICOS EXISTENTES NAS ENTIDADES HOSPITALARES</i>	73
14.1.	Distribuição de medicamentos	74
14.2.	Distribuição de material de consumo clínico.....	77
14.3.	Sistemas de informação.....	80
14.4.	Formas de gestão de stocks de material clínico	83
14.5.	Indicadores de desempenho da gestão de stocks	86
14.6.	Regularizações no final do ano	88
15.	<i>CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONSUMO HOSPITALAR DE MEDICAMENTOS</i>	88
15.1.	Consumo hospitalar de medicamentos no ambulatório	90
15.2.	Patologias com maior consumo no ambulatório hospitalar.....	93
16.	<i>IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO</i>	95
IV.	Emolumentos.....	97
V.	Determinações Finais	98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Compras vs consumos de medicamentos.....	72
Gráfico 2 - Compras vs consumos de medicamentos.....	72
Gráfico 3 - Compras vs consumos de material clínico.....	73
Gráfico 4- Compras vs consumos de material clínico.....	73
Gráfico 5-Consumo hospitalar de medicamentos.....	89
Gráfico 6 - Consumo hospitalar por linha de produção	89
Gráfico 7 – Consumo de medicamentos, por linha de produção, nos hospitais auditados	91

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1- <i>Kardex</i> horizontal	77
Ilustração 2 - Fluxo informático dos processos logísticos do CHLN	83
Ilustração 3- Processo de reposição de artigos à consignação	84



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Poupanças de fornecimentos	45
Quadro 2 – Aditamentos de redução de preços	49
Quadro 3 – Poupanças obtidas em 2011 com as aquisições de medicamentos fora do Catálogo	57
Quadro 4 – <i>Rappel</i> obtido com a aquisição de medicamentos	58
Quadro 5 - <i>Rappel</i> obtido com a aquisição de material de consumo clínico	58
Quadro 6 – Prazo médio de pagamento das entidades hospitalares	58
Quadro 7 – Poupanças obtidas com a aquisição de medicamentos.....	61
Quadro 8 - Estrutura dos custos hospitalares.....	71
Quadro 9- Decomposição da rubrica de custos das mercadorias vendidas e matérias consumidas.....	71
Quadro 10- Orçamento vs executado – material de consumo clínico	72
Quadro 11- Consumos vs existências finais, medicamentos.....	73
Quadro 12- Consumos vs existências finais, material clínico	73
Quadro 13- Otimização dos processos logísticos.....	79
Quadro 14- Sistema de informação ERP.....	81
Quadro 15- Material à consignação	84
Quadro 16- Material à consignação no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.....	84
Quadro 17- Material em VMI	86
Quadro 18 – Número de doentes padrão.....	86
Quadro 19 - Indicadores de gestão de <i>stocks</i> de material de consumo clínico	87
Quadro 20 - Indicadores de gestão de <i>stocks</i> de medicamentos	87
Quadro 21- Regularizações de material clínico.....	88
Quadro 22- Regularizações de medicamentos	88
Quadro 23 – Dispensa gratuita em ambulatório vs consumo interno.....	92
Quadro 24 – Consumo medicamentos em ambulatório por patologia – 2009.....	93
Quadro 25 – Consumo medicamentos em ambulatório por patologia – 2010.....	94
Quadro 26 – Número utentes HIV.....	94



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



Ficha técnica

Coordenação e Controlo

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro
(Licenciado em Direito)

Auditora-Chefe

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

Equipa de Auditoria

Irene Silva Dâmaso

(Licenciada em Gestão
de Empresas)

Ana Isabel Carreiro

(Licenciada em Organização e
Gestão de Empresas)

Maria João Morgado

(Licenciada em Direito)



RELAÇÃO DE SIGLAS

ACB	Análise Custo-Benefício
ACE	Agrupamento Complementar de Empresas
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARS	Administração Regional de Saúde
BIZGOV	Plataforma de contratação pública
CA	Conselho de Administração
CHBM	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE
CHNM	Código Hospitalar Nacional do Medicamento
CMVMC	Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas
CP	Concurso Público
CPA	Contratos Públicos de Aprovisionamento
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERP	<i>Enterprise Resource Planning</i>
FSE	Fornecimento e Serviços Externos
HFF	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
HGO	Hospital Garcia de Orta, EPE
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde
MCC	Material de Consumo Clínico
NHS	<i>National Healthcare Service</i>
OCS Mobil	<i>Office Communicator Mobile</i>
PA	Programa de Auditoria
PDA/PDT	<i>Portable Data Terminal</i>
PGA	Plano Global de Auditoria
PGRIC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
PRACE	Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
PVE	Parque de Veículos do Estado
RFQ	<i>Request for Quote</i>
SGICM	Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento
SHI	Sistema Hospitalar Integrado
SNCP	Sistema Nacional de Compras Públicas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE
SUCH	Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
UMC	Unidade Ministerial de Compras
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
VMI	<i>Vending Manager Inventory</i>



I. SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas para 2011 e 2012, em Sessão do Plenário da 2.ª Secção, através das Resoluções, n.º 8/10, de 2 de dezembro e n.º 6/11, de 30 de novembro, respetivamente, realizou-se uma auditoria de resultados ao aprovisionamento das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

A auditoria abrangeu os anos de 2009 e 2010, sem prejuízo de, nas situações consideradas pertinentes se ter alargado o âmbito temporal a anos posteriores (2011-2012), e teve como objetivos avaliar as práticas instituídas para aquisição e gestão de *stocks* de produtos de maior volume financeiro, como instrumento de contenção de custos, e verificar se foram implementadas as recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção.

1. CONCLUSÕES

1.1. *Sistema Nacional de Compras Públicas e Centralização das compras em Portugal* (Vd. pontos 7.1. e 7.2.)

- O Sistema Nacional de Compras Públicas assenta em dois principais núcleos orgânicos, a Agência Nacional de Compras Públicas e as unidades ministeriais de compras, de entre as quais se destaca a do setor da saúde, a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que sucedeu nas atribuições da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- O desiderato das centrais de compras, que têm a natureza de entidades adjudicantes¹ assenta na contribuição para a racionalização do sistema de aquisições de bens e serviços no âmbito do Ministério da Saúde, tendo para isso, a par de outras matérias de aprovisionamento, competência para organizar concursos centralizados.
- Com a aprovação da orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, em 2007, esta passou a assegurar as funções de unidade ministerial de compras relativamente aos bens e serviços das instituições do SNS. Além da atividade, então, desenvolvida pela unidade ministerial de compras, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, outra surgiu, em 2008, o Somos Compras, ACE, Agrupamento Complementar de Empresas, constituído e participado pelo SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais e outras entidades hospitalares.
- **Em 2010, foi decretado pelo Governo, a criação da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE²**, a qual beneficia do direito exclusivo de prestar serviços partilhados, específicos da área da saúde, aos estabelecimentos e serviços do SNS e aos órgãos e serviços do Ministério da Saúde, sempre que estes recorram a uma solução de serviços partilhados inserida nas suas atribuições.

¹ Para os efeitos previstos no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro.

² Pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e de património próprio, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado. A tutela económica e financeira da SPMS é exercida pelos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e da saúde. A supervisão dos níveis de serviço é exercida pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP.



- Assim, nos termos do Decreto-Lei n.º 19/2010, as atribuições da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, enquanto unidade ministerial de compras passaram para a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE³. Por outro lado, também se estabeleceu que a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, deveria suceder na posição de central de compras do Agrupamento Complementar de Empresas “Somos Compras”, bem como nos restantes Agrupamentos Complementares de Empresas, “Somos Contas”, “Somos Pessoas”⁴ e das estruturas do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, entidades estas a extinguir.
- No que respeita aos Agrupamentos Complementares de Empresas, embora ainda não tenham sido extintos, os mesmos já não se encontram em atividade desde junho de 2011⁵, não havendo por isso sobreposição no domínio dos serviços partilhados face à atividade da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE.
- O processo da centralização de serviços partilhados e de aquisição de bens para o Serviço Nacional de Saúde, ainda não se encontra definitivamente resolvido. A este respeito o Ministro da Saúde, no âmbito da terceira atualização ao Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, quanto à medida adicional a implementar no setor da saúde⁶, relativa ao reforço da aquisição centralizada de bens transversais e do fornecimento de serviços externos, vem referir, em junho de 2012, que *“Estando a concretização das citadas medidas calendarizadas já para o 2º semestre deste ano, (...), ainda não é possível antecipar qual a solução que será adoptada a final relativamente à natureza jurídica do SUCH”*⁷.
- Não existiram estudos de viabilidade económico-financeira, ex ante, que suportassem a decisão de criação das centrais de compras na área da saúde e que demonstrassem os ganhos efetivos para o Serviço Nacional de Saúde**⁸.

³ Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro atribuiu à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, competências no domínio dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação.

⁴ Participadas pelo SUCH e entidades privadas com vista à prestação de serviços partilhados, no setor da saúde, nas áreas de gestão financeira e recursos humanos.

⁵ Cfr. Atas da assembleia geral dos agrupamentos, (Somos Compras ACE, ata de 28 de junho de 2011; Somos Contas, ACE, ata de 29 de junho de 2011 e Somos Pessoas ACE, ata de 29 de setembro de 2011) – vd. ofício dos SOMOS, ACE, datado de 21.06.2012 e ofício do SUCH, de 21.06.2012.

⁶ Terceira atualização ao **Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, de 15 de março de 2012, Medida 3.59 – “Promover a aquisição centralizada de veículos, serviços de provisão pública, fornecimentos e serviços externos, bem como de outros bens e serviços transversais a todas as entidades que integram o SNS, de forma a reduzir custos através de acordos de preços/volume, e combater desperdícios. Um plano de ação detalhado será publicado até novembro de 2012”**. Nosso destaque.(março de 2012).

⁷ Caracteriza-se como uma pessoa coletiva de utilidade pública administrativa, de natureza associativa, organizada e posicionada para a oferta integrada de serviços de apoio para o Setor da Saúde.

⁸ Cfr. Art.º 8.º do Decreto-Lei n.º 200/2008, de 9 de outubro. Recorde-se ainda que no Relatório do TC n.º 31/2010, 2.ª S, recomendou-se ao Governo, em especial ao Primeiro-Ministro e à Ministra da Saúde que providenciassem *“(…) pela realização de um estudo de viabilidade económico-financeira na óptica microeconómica e macroeconómica/óptica do sector público, que avalie a viabilidade e racionalidade económicas da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, designadamente quanto à assunção, prevista no Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de Março, das posições jurídicas dos Somos Pessoas, ACE, Somos Contas, ACE, e Somos Compras, ACE.”*



- A **Administração Central do Sistema de Saúde, IP**, enquanto unidade ministerial de compras, limitou-se à atividade da contratação pública, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, sem que tenha desenvolvido outros trabalhos que pudessem acrescentar valor à área de negócio. Qualquer iniciativa promovida pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, **não teve o impacto pretendido devido à falta de captação e persuasão com que atuava**, atestadas pela falta de cooperação nos projetos com as instituições do Serviço Nacional de Saúde e as suas congéneres noutros países⁹.
- Também a **criação da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, em julho de 2010, não foi sustentada em qualquer estudo de viabilidade económico-financeira, na perspetiva dos ganhos de qualidade e eficiência, tendo-se concluído, com base em informação prestada, que o mesmo não existe**¹⁰.
- Ano e meio após a sua criação, a **atividade da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, tem-se baseado na continuidade dos procedimentos encetados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, não havendo evidência de que esta central de compras tenha desenvolvido outros trabalhos relevantes**¹¹.
- **Um dos aspetos que se destacou no âmbito da contratação** promovida pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e, atualmente, pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, **foi a celebração de contratos públicos de aprovisionamento anuais, renováveis automaticamente até três anos.**

A renovação automática dos contratos públicos de aprovisionamento pode induzir a gestão passiva dos mesmos e impedir o aproveitamento das oportunidades que emirjam no mercado, pelo que a não inclusão de cláusulas contratuais que prevejam a automaticidade da renovação dos contratos, obriga à sua revisão, pelo menos ao fim de um ano, sem prejuízo de poderem ser renovados.

Em sede de contraditório foi referido por parte do Ministério da Saúde que *“(...) A existência de um hiato entre acordos-quadro poderá sim ser pernicioso para os processos de aquisição das entidades, sendo certo que a SPMS, EPE, deverá, em qualquer circunstância fundamentar junto da tutela o recurso à extensão dos acordos existentes por falta de conclusão atempada de um novo acordo”*. Este entendimento foi também mencionado nas alegações apresentadas pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. *A este propósito esclarece-se que não é intenção deste Tribunal concluir que a reavaliação do contrato culminasse necessariamente na denúncia ou na extinção do mesmo findo o prazo anual, pelo que a existência de um hiato entre acordos quadro não se coloca, nem o risco do*

⁹ Para a obtenção das respostas aos questionários enviados aos hospitais do SNS no sentido de recolher elementos sobre os consumos de medicamentos e de material clínico foi necessária a intervenção da tutela.

¹⁰ Em resposta ao solicitado o Ministério da Saúde não remeteu o estudo de viabilidade económico-financeira referindo-se apenas ao plano Estratégico 2011-2013 e ao Business Plan elaborados pela SPMS – vd. Ofício n.º 905, de 30 de janeiro de 2012. Por sua vez, a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, informou, por último, que *“No que toca ao estudo de viabilidade económico-financeiro que serviu de suporte à criação da SPMS, EPE reiteramos a informação que não se encontra na posse da SPMS, EPE a existir tal estudo, ...”* – vd. Ofício 1546, de 03 de setembro, de 2012;.

¹¹ Sem prejuízo das aquisições conjuntas para a ARS do Centro e Maternidade Dr. Alfredo da Costa e ainda os anti-contracetivos para todas as ARS, em dezembro de 2011.



fornecimento ser interrompido. Tal como já referido, pretende-se evitar a gestão passiva dos contratos e promover a monitorização dos mesmos.

- Assim, se a renovação não fosse automática por força da respetiva cláusula, criar-se-ia a oportunidade de se proceder à atualização das condições contratuais através de aditamento, como é o caso da redução de preços e da entrada constante de novos produtos no mercado, informação esta, nem sempre reportada à central de compras, quer por parte dos fornecedores quer por parte das entidades compradoras.
- No âmbito das medidas tomadas pelo Governo para reformar o Sistema de Saúde e, em cumprimento dos objetivos constantes no documento “Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica”¹² foram estimados os potenciais ganhos, em 2011, pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, para as entidades do Serviço Nacional de Saúde, cifrando-se em € 15.000.000. No entanto, **de acordo com um quadro de poupanças**¹³ formulado pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, para 2011, a poupança estimada foi de **€ 5.444.500**.
- Este valor não é passível de ser considerado uma poupança real, nas condições em que foi apresentado pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, não sendo, por isso, passível de entrar em qualquer cômputo de poupanças, pois, além de não ser auditável, não pode ser utilizado para efeitos do apuramento do seu impacto no défice do Serviço Nacional de Saúde.
- O valor de **€ 5.444.500 que foi apontado como uma “poupança”**, resultava da diferença entre a agregação das estimativas de consumo declarado pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde, suas clientes, e os valores adjudicados pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. A este propósito a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, informou que *“desconhece qual a metodologia concreta utilizada pelos clientes para indicação dos seus preços de referência à SPMS, EPE”*, fazendo “fé” nas declarações dos mesmos. **Note-se que o referido cômputo de poupanças não se compadece com presunções de boa fé, mas antes com demonstrações numéricas fundamentadas em cálculos.**
- Nesta senda, a SPMS acabou por reconhecer que “(...) uma auditoria da poupança efetiva seria possível, ou pela comparação com o preço mais recente registado na contabilidade desses clientes ou pelo valor de pré-cabimento que tenham efetuado quando solicitaram a aquisição via Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. Estes dados a Serviços Partilhados não possui¹⁴. Contudo, **esta omissão terá que ser suprida através da instituição de mecanismos de colaboração com os clientes, para que o sistema centralizado beneficie da transparência e da demonstração quantitativa das poupanças alcançadas no interesse dos contribuintes e dos utentes do Serviço Nacional de Saúde.**

¹² Vg. Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - Os Cidadãos no Centro do Sistema / Os Profissionais no Centro da Mudança _ que versa sobre esta matéria, reforçando os objetivos enunciados no documento “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica”.

¹³ De medicamentos (€ 4.513.837), material de consumo clínico (€ 668.567), reagentes (€ 177.052) e prestação de serviços (€ 85.043).

¹⁴ Vd. Ofício da SPMS n.º 1546, de 3 de setembro de 2012.



- Acresce que a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, **no final do primeiro semestre de 2012 ainda não tinha confirmado as estimativas anteriores, embora tivesse assumido uma expectativa de poupança derivada da comparação de preços entre Contratos Públicos de Aprovisionamento sucessivos.** Assim, a **monitorização das poupanças fica condicionada ao reporte do cumprimento da medida 3.59, constante do Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica¹⁵.**
- A atividade da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, é financiada maioritariamente pelas verbas afetas ao Serviço Nacional de Saúde através de um **contrato-programa¹⁶ celebrado entre esta central de compras e a Administração Central do Sistema de Saúde, IP,** para o triénio de 2012 a 2014, em cujo Anexo I, que deverá ser revisto anualmente, se fixaram as cláusulas específicas da contrapartida pelos serviços prestados relativamente ao ano 2012. Estes serviços consubstanciam a gestão dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação e mecanismos de racionalização de compras para a atividade do triénio 2012-2014, estando previsto, **para o ano 2012, um total de encargos emergentes do contrato de € 42.306.142,13 (IVA incluído).** Por outro lado, constatou-se que a mesma não prevê cobrar em 2012 quaisquer encargos¹⁷ aos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde.
- Em síntese, **a reestruturação da centralização de compras em Portugal, entre 2008 e 2011, ainda não produziu soluções estáveis e duradouras,** salientando-se o facto de a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, ter sido instituída no ano de 2010, não tendo atingido suficiente maturidade e, até ao final de 2011¹⁸ ter coexistido com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, além de a situação do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais e dos seus Agrupamentos Complementares de Empresas, Somos Compras, Somos Contas e Somos Pessoas ainda da não se encontrar definitivamente resolvida.

1.2. Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde (Vd. ponto 8.)

- **O Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde consiste numa base de dados residente na entidade ministerial de compras, ao tempo disponibilizada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e atualmente gerida pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE,** que contém informação respeitante aos produtos, fornecedores, preços e

¹⁵ “Promover a aquisição centralizada de veículos, serviços de provisão pública, fornecimentos e serviços externos, bem como de outros bens e serviços transversais a todas as entidades que integram o SNS, de forma a reduzir custos através de acordos de preços/volume, e combater desperdícios. Um plano de ação detalhado será publicado até novembro de 2012.” - Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, 15 de março 2012.

¹⁶ Celebrado em 16 de dezembro de 2011 e produziu efeitos financeiros após o visto do Tribunal de Contas (vd. cláusula n.º 13.º do contrato) que ocorreu em sessão diária de visto, de 19 de março de 2012 (Proc.º n.º 397/2012).

¹⁷ Embora prevista na lei a cobrança dos serviços prestados pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, no âmbito das suas atribuições, nos termos do artigo 20º do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março.

¹⁸ Refira-se também que esta entidade pública empresarial ao fim de dois anos de existência já contou com a nomeação de dois conselhos de administração, sendo o último e atualmente em funções sido constituído em 11 de agosto de 2011.



condições de fornecimento, além de informação sobre os contratos públicos de aprovisionamento em vigência com referência ao concurso público que lhe deu origem.

- O Catálogo foi concebido na perspetiva de ser utilizado como instrumento para a aquisição de bens e serviços, sendo a sua especial vocação a de servir, de forma gratuita as entidades vinculadas do setor da saúde. **Contudo, a cobertura que faz das aquisições incide, especialmente, nos medicamentos, sendo a contratação existente para aquisição do material clínico apenas residual.**
- O Catálogo pressupõe um processo dinâmico que potencie a concorrência entre os fornecedores. Todavia, **constatou-se a falta de dinamismo deste processo**, uma vez que a gestão do Catálogo depende da iniciativa das centrais de compras a partir do conhecimento de necessidades dos adquirentes, da oferta do mercado e em última instância das decisões da Tutela.
- As centrais de compras¹⁹, bem como as entidades hospitalares têm por obrigação negociar os melhores preços junto dos fornecedores. As centrais de compras através dos concursos públicos e as entidades hospitalares através do processo de *call-off*. *A Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, salientou, em sede de contraditório, que "(...) A existência de um catálogo de preços máximos não impede, antes pelo contrário estimula que as entidades na fase de call-off procurem pelos meios legais obter melhores condições entre os fornecedores selecionados..."*.
- Embora a fase do *call-off* permita aos hospitais chamar os fornecedores dos **Contratos Públicos de Aprovisionamento a negociar preços mais baixos**, verificou-se, ainda assim, que os preços de referência fixados no Catálogo, por vezes, são significativamente superiores face aos preços negociados por algumas entidades hospitalares com maior capacidade negocial. Esta situação só será ultrapassada se as entidades hospitalares e os fornecedores comunicarem à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, tal como está previsto, os preços pelo qual adquiriram os produtos, para que aquela entidade os possa utilizar como preços base para futuros procedimentos de adjudicação.

Acresce que, a **central de compras**, no âmbito do procedimento de adjudicação, deve desde logo acautelar o melhor preço, de modo a que todas as entidades hospitalares possam beneficiar do mesmo. Note-se que **a maioria dos hospitais, de pequena dimensão não têm poder negocial, ficando desta forma mais desprotegidos, dependentes do preço de referência constante do Catálogo.**

- Constatou-se que **as centrais de compras não têm auscultado as entidades compradoras, suas clientes, isto é, as unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde²⁰ quanto ao grau de satisfação resultante da utilização do Catálogo.** Também a **prospecção sobre o potencial do mercado** a partir da informação fornecida pelas entidades compradoras e a

¹⁹ Nomeadamente a Administração Central do Sistema de Saúde, IP e o Somos Compras, ACE, criadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 200/2008, de 9 de outubro e mais recentemente a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, criada em 2010, pelo Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março.

²⁰ A criação da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, em 2010, também não foi precedida de uma avaliação deste tipo que contribuísse para sustentar a configuração das atribuições e competências que lhe foram conferidas.



avaliação dos fornecedores não têm sido cabalmente realizadas, excetuando a avaliação, que decorre da lei, em sede de concurso. No que concerne ao cuidado e interesse por parte das centrais de compras em auscultarem as entidades compradoras, o Presidente do Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, em sede de contraditório, salienta que *“Esta é uma matéria em que concordamos com a auditoria, a ser feito, deve ser realizado por uma entidade independente, e sendo os níveis de serviço monitorizados pela ACSS, a esta entidade competiria a promoção de tal iniciativa.”*

1.2.1. ACORDO COM A GILEAD SCIENCES, LDA.
(Vd. ponto 8.1.1.)

- **Em março de 2011, por determinação do Secretário de Estado da Saúde²¹, foi celebrado um acordo entre o Ministério da Saúde, através da Serviços Partilhados e a Gilead Sciences, Lda, que teve por base um despacho do Secretário de Estado da Saúde, no sentido de vincular todos os serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde, incluindo os hospitais com natureza de entidade pública empresarial, a adquirir os medicamentos antirretrovirais e antifúngicos nos termos do referido acordo.**
- Verificou-se que nos termos iniciais em que foi celebrado, **este acordo incentivava o consumo** por via do desconto em *rappel*, o que também **propiciava o despesismo²² tendo o mesmo sido renegociado (os hospitais passaram a beneficiar de um desconto de 2%, independentemente das quantidades adquiridas, caso o pagamento das faturas se efetuasse no prazo de 90 dias).**
- Mesmo tratando-se de um fornecedor exclusivo, **a contratação da Gilead deveria ter tido por base um procedimento promovido à luz do Código dos Contratos Públicos**, que garantisse os princípios da livre concorrência, transparência e boa gestão.
- Note-se que estava previsto no acordo inicial celebrado com a Gilead, a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, disponibilizar uma garantia bancária aos hospitais para pagamento dos valores em dívida a este fornecedor, **o que não se chegou a concretizar²³.**
- No âmbito desta negociação a *Gilead* concederia à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, como principal pagadora, um desconto de 2% caso o pagamento das faturas se efetuasse dentro do prazo máximo de 90 dias. **Na prática, o referido acordo não contribuiu para reduzir os prazos médios de pagamentos²⁴ com impacto no endividamento.**

²¹ Este Despacho n.º 5820/2011, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, de 25 de março, publicado em Diário da República, 2.ª série – n.º 66, de 4 de abril, foi precedido por um outro, o despacho conjunto do Ministério das Finanças e da Administração Pública e do Ministério da Saúde, assinado em 30 de novembro de 2010.

²² Quanto maior o volume de compras maior o desconto em *rappel*.

²³ Nos termos do Acordo Gilead, uma das obrigações da SPMS, seria disponibilizar aos estabelecimentos aderentes, um sistema de garantia de pagamento, contratualizado com um sindicato bancário nacional – operação financeira sob a sua direção, através do qual assegurava que todas as faturas, devidamente validadas pelas respetivas entidades, seriam integralmente pagas no prazo máximo de 90 dias, respondendo nestas condições como principal pagadora.

²⁴ De acordo com as respostas ao questionário efetuado na fase de execução da auditoria, junto das entidades hospitalares do SNS, apurou-se que o prazo médio de pagamento dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde à Gilead Sciences, Lda., foi de 230 dias (considerando 18 hospitais), em 2010, e de 314 dias (considerando 22 hospitais), em 2011.



- Constatou-se que em resultado da monitorização do acordo concluíram haver necessidade de renegociar as condições inicialmente estabelecidas. Assim, em outubro de 2011, ficou estipulado que a Gilead atribuiria um desconto de 6% sobre o valor das faturas de 2011, que ainda não tivessem esgotado o prazo de 90 dias para pagamento, e sobre a restante dívida desde que o prazo geral para o pagamento não ultrapassasse os 180 dias antecedentes ao final do ano de 2012, (31.12.2012). Estes descontos deveriam ser atribuídos em 2012, sob a forma de *rappel*.

No âmbito do contraditório a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, esclareceu que *“Com o acordo que estava firmado a única alteração possível era incrementar o valor do desconto financeiro na forma existente, não se revendo este CA, nem promovendo soluções de rappel (...) O que existia, à data da renegociação do Acordo, por este CA, era uma obrigação da SPMS, EPE constituir uma linha de crédito, com um consórcio bancário, para pagamento das faturas da Gilead. Não apenas era ilegal essa obrigação, porque não podia a SPMS, EPE recorrer a tais créditos sem autorização do Ministro das Finanças, como economicamente desastrosa, tendo em conta um desconto de apenas 2%. O que o CA fez foi paulatinamente renegociar o Acordo, retirando essa obrigação e alterando o desconto financeiro. Assim se evitaram danos maiores...”*.

- No sentido de se apurar em que medida o acordo com a *Gilead* poderia ser determinante para a alteração de planos terapêuticos no tratamento de infeções com o vírus da imunodeficiência humana, constatou-se, junto das entidades hospitalares²⁵ que estas seguem em regra, as *guidelines* nacionais, nomeadamente as da Comissão Nacional da Luta Contra a Sida e/ou as da *European Aids Clinical Society*, onde **os fármacos antirretrovirais comercializados pela Gilead estão considerados como primeira opção terapêutica, não tendo sido adotados esquemas terapêuticos diferentes dos já existentes nos hospitais em consequência da existência deste acordo.**
- Cumpre ainda acrescentar que a renegociação do Acordo, não se ajustou apenas ao interesse dos hospitais como também ao da *Gilead* enquanto parte interessada em continuar a fornecer os medicamentos nessas condições.

1.3. *Negociação direta com os fornecedores* (Vd. ponto 9.)

- A negociação direta com o fornecedor, por parte dos hospitais é frequente, especialmente dada a pouca cobertura do Catálogo, relativamente aos materiais de consumo clínico. Os hospitais, nestes casos, promovem a contratação no mercado ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, escolhendo o tipo de procedimento que mais se adegue à aquisição pretendida.

²⁵ Em 2011, 29 unidades hospitalares do SNS adquiriram à Gilead Sciences, Lda., no âmbito do acordo com a SPMS, cerca de € 76.910.679.



- Em 2011, a aquisição de determinados medicamentos a fornecedores que não se encontravam no Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde, permitiu uma poupança²⁶ no Centro Hospitalar Barreiro Montijo de € 965.560,53 (28,46%), no Hospital Garcia de Orta de € 1.651.817,73 (18,69%) e no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca de € 884.991,29 (64,38%), fundamentadas com base nos resultados das negociações efetuadas com os fornecedores.
- Estas poupanças surgem pelo facto de existirem diferenças de preços, para idêntico fármaco com o mesmo princípio ativo, bastante significativas, cuja aquisição pelo Catálogo prejudicaria financeiramente as entidades hospitalares, como por exemplo o medicamento docetaxel 80 mg que, em 2011, constava no Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde pelo montante de € 400,00/unidade, mas foi adquirido pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo por € 41,72/unidade (89,57% de poupança) e pelo Hospital Garcia de Orta por € 55,00/unidade (86,25% de poupança), a outros fornecedores que não se encontravam no referido Catálogo. **Nestas circunstâncias a racionalidade da gestão financeira daqueles hospitais sobrepôs-se à disciplina que estabelece a regra da obrigatoriedade de aquisição através de Contrato Público de Aprovisionamento.**
- O Centro Hospitalar Lisboa Norte nas negociações efetuadas com os fornecedores de medicamentos tem obtido, a partir dos **preços indicados no Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde, que consistem numa mera referência pelo limite máximo do preço**, significativos descontos comerciais (*rappel*), que ascenderam, em 2009, a € 25.728.555, ou seja, 18% do total de compras e em 2010 a € 29.231.821, representando 19% do total adquirido nesse ano. A capacidade do Centro Hospitalar Lisboa Norte na obtenção destes descontos deve-se em muito à dimensão do próprio hospital que está diretamente associada às quantidades consumidas. Esta situação já não se verifica em hospitais de menor dimensão por terem um menor poder negocial. **Por esta razão os preços de referência do Catálogo deviam ser mais ajustados ao preço real, de modo a não se verificar uma discrepância tão significativa entre os preços a pagar pelos diversos hospitais, o que indicia que os procedimentos concursais (embora legais) realizados a montante pela central de compras não constituem, por si só, um mecanismo, que gere a competitividade necessária à obtenção de preços de referência mais aproximados ao preço final negociado, a jusante, entre os hospitais e os fornecedores²⁷.**
- Em 2010, o Hospital Garcia de Orta obteve de *rappel* o correspondente a 6% do total de medicamentos adquiridos, ou seja, € 2.281.644, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca obteve 5% de *rappel*, ou seja, € 1.421.024 e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo 4% correspondente a € 616.074.
- A colaboração entre as diversas entidades, quer as hospitalares, **quer as centrais de compras, não constituiu uma prática corrente, o que impediu uma gestão integrada das**

²⁶ Poupança apurada em resultado da diferença entre o preço de referência constante no Catálogo e o preço de aquisição.

²⁷ Daí a necessidade de os Cadernos de Encargo preverem a possibilidade de aditamentos aos Contratos Públicos de Aprovisionamento, tendo em vista a atualização com os preços mais baixos que resultem das negociações em fase *call off*.



compras no âmbito do Serviço Nacional de Saúde²⁸, de forma a permitir o ajustamento dos preços no Catálogo, potenciando ganhos nesta área da saúde. No quadro atual, a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, terá **que instituir um sistema de recolha e troca de informação que permita obter a colaboração de todas as entidades** (adquirentes ou fornecedoras) **sobre a negociação de preços mais baixos.**

1.3.1. AGRUPAMENTO DE HOSPITAIS NAS AQUISIÇÕES
(Vd. ponto 9.2.)

- À data da fase de trabalho de campo da auditoria, encontrava-se em curso, entre os hospitais auditados, um projeto piloto promovido pelos Centro Hospitalar Barreiro Montijo, o Centro Hospitalar de Setúbal e o Hospital Garcia de Orta, tendo posteriormente o Centro Hospitalar Barreiro Montijo informado que *“Apesar do CHBM EPE ter tido a iniciativa de contactar os dois Hospitais na margem Sul, Centro Hospitalar de Setúbal e Hospital Garcia de Orta, para a realização de negociações conjuntas, na área dos medicamentos nada se concretizou.”²⁹*
- Um exemplo mais recente citado na Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto (Relatório n.º 14/2012 - 2ª Secção) que por se terem agrupado para a negociação da aquisição de medicamentos foram obtidos ganhos consideráveis para os três Institutos de Oncologia. Em 2009, foram estimadas poupanças no IPO de Coimbra de € 517.883,15, no IPO do Porto de € 1.482.456,00 e no IPO de Lisboa de € 801.215,50.
- A agregação de quantidades no processo de aquisição de medicamentos é uma boa prática de gestão e tem produzido ganhos consideráveis para os três Institutos de Oncologia e deve ser alargada a outros medicamentos e até ao fornecimento de serviços. No mesmo sentido, em sede de contraditório, a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, juntou cópia de uma carta que lhe foi dirigida por um grupo de 14 hospitais da Região Norte dando-lhe conta da constituição de um agrupamento de entidades adquirentes com o objetivo de otimizar as condições pré-contratuais definidas nos contratos públicos de aprovisionamento³⁰.

1.4. Obrigatoriedade da contratação centralizada
(Vd. ponto 10.)

- O modelo de aprovisionamento no setor da saúde tem por base os procedimentos legais previstos para a contratação pública promovidos pelas centrais de compras. Regem-se pela

²⁸ Não obstante, a ACSS ter emitido a Circular Informativa n.º 3, de 24 de março de 2010, da qual resultava que os fornecedores e instituições compradoras deviam comunicar, para efeitos de divulgação, as condições de fornecimento obtidas em fase de *Call-Off*, tendo em vista a partilha de informação sobre condições de fornecimento, onde se incluem os preços.

²⁹ Informação prestada pelo responsável do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, através de e-mail do dia 8 de março de 2012.

³⁰ Na mesma missiva este agrupamento de hospitais reconhece a importância da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, na condução de procedimentos pré-contratuais centralizados destinados à aquisição de bens específicos das instituições de saúde, bem como a utilidade de convergência de estratégias entre o referido agrupamento e os serviços partilhados.



tramitação legal prevista no Código dos Contratos Públicos sendo o tipo de procedimento o do concurso público ou o do concurso limitado por prévia qualificação, dada a dimensão da contratação que abrange compradores de todo o universo do Serviço Nacional de Saúde, e os valores da despesa que geralmente ultrapassam os limiares comunitários. O processo de *call-off* característico deste modelo permite aos hospitais chamar os fornecedores dos Contratos Públicos de Aprovisionamento a negociar os preços de referência constantes do Catálogo.

- Sobre a obrigatoriedade imposta às entidades compradoras do setor empresarial público em se vincularem às centrais de compras do Estado importará referir, que à partida não existe obrigatoriedade e para que exista, é necessário ser praticado um ato público administrativo como é o caso do despacho do membro do Governo, no exercício do poder discricionário que lhe assiste. Refira-se que no decurso do período analisado (2009 a 2011) sempre se verificou a referida obrigatoriedade, inicialmente através de portaria (até 2009) e a partir de então, através de despacho do Secretário de Estado da Saúde, sem prejuízo de autorização excecional de dispensa pela Tutela.

1.5. Dispensa da obrigatoriedade (Vd. ponto 10.3.)

- O regime de exceção previsto na lei, permite às entidades do Serviço Nacional de Saúde solicitar ao Ministro da Saúde a dispensa da obrigatoriedade da aquisição de determinado produto ao abrigo do Contrato Público de Aprovisionamento³¹.
- **Tanto a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, como posteriormente a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, não fizeram o apuramento dos montantes envolvidos neste processo de dispensa, indicados pelos seus clientes como potenciais poupanças, podendo, desde logo, ter exigido que as entidades suas clientes, primeiramente apresentassem resultados da negociação com os fornecedores do Catálogo e, só então, a confirmarem-se os preços mais baixos fora do Catálogo, estariam reunidas as condições para a decisão final sobre a dispensa da obrigatoriedade.**
- **Assim, apesar de a lei prever a dispensa da obrigatoriedade, na prática este mecanismo de exceção não se tem revelado eficaz, havendo conhecimento do deferimento de apenas um pedido, o relativo ao Centro Hospitalar de Setúbal³².**

³¹ Estes pedidos indicavam as potenciais poupanças e eram dirigidos ao Ministro da Saúde, que por seu turno, através do Gabinete do Secretário de Estado, os devolvia à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, para apreciação e respetivo parecer.

³² O Centro Hospitalar de Setúbal lançou um concurso para a aquisição de medicamentos do foro oncológico. Feita a comparação entre os preços apresentados nas propostas no âmbito do concurso promovido pelo CHS e as cotações do Catálogo, foi apresentado um diferencial de poupança equivalente a €1.020.647. Confrontados com os valores apresentados, a SPMS, no momento de se pronunciar sobre o referido pedido, confirmou que efetivamente as empresas presentes no Catálogo praticavam preços superiores aos apresentados pelo CHS, tendo sugerido a rescisão do CPA, mas proposto a não dispensa da aquisição ao abrigo dos CPA. Contrariamente a esta proposta, por haver evidência e confirmação sobre a possibilidade de se adquirirem os produtos por preços inferiores fora do Catálogo, o Secretário de Estado da Saúde autorizou, em 19 de maio de 2011, o solicitado pelo Centro Hospitalar de Setúbal.



- Os pareceres emitidos pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, não tiveram qualquer sustentabilidade económico-financeira quanto à matéria que era proposta em sede de pedido de dispensa, não eram, tão pouco quantificados, nem demonstravam a melhor solução para o erário público. Circunscreviam-se àquilo que já era do conhecimento geral, de que as aquisições ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento eram obrigatórias e que a decisão de dispensa materializa um poder discricionário. Ou seja, os pareceres da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que serviram de base às decisões do membro do Governo propuseram, em regra, o indeferimento do pedido, sem fundamento bastante à luz de análises baseadas na evidência económica e por isso minimamente quantificadas.
- Assim, a apreciação e o fundamento subjacente ao parecer, tem vindo a ser feito pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, quando deveria ser feito por uma entidade externa ao processo da contratação pública, embora pertencente ao quadro das estruturas já existentes, de modo a prevenir o conflito de interesses.
- Atendendo apenas às situações avaliadas no âmbito da auditoria relativas ao indeferimento dos pedidos de dispensa da obrigatoriedade das aquisições ao abrigo do Contrato Público de Aprovisionamento, apurou-se um montante de € 331.602, correspondente a potenciais poupanças e que a confirmar-se estar-se-ia, na mesma medida, perante um prejuízo para o erário público. Acrescente-se ainda que a apreciação dos pedidos de dispensa da obrigatoriedade teve uma demora média de sete meses, o que se considera excessiva e prejudicial para a oportunidade das decisões de gestão hospitalar no interesse do utente e do contribuinte.
- Em síntese, a obrigatoriedade de aquisição ao abrigo do catálogo constitui um incentivo para que os fornecedores se apresentem a concurso competindo deste modo no quadro de procedimentos legalmente estabelecidos. Por sua vez, a seleção dos mesmos baseada no preço deve resultar no preço máximo mais baixo, o qual, uma vez em catálogo poderá ainda ser reduzido pelo reforço da capacidade negocial dos hospitais, designadamente pelo agrupamento dos mesmos e conseqüente aumento do volume de negócios. Todavia, a consideração dos pedidos de dispensa por parte das entidades hospitalares deve ser exaustivamente analisada em tempo útil e decidida de acordo com fundamentação que aprecie e quantifique os níveis de economia reclamados pelos requerentes e as poupanças para o Serviço Nacional de Saúde.
- Sempre que haja um despacho de obrigatoriedade que vincule as entidades do Serviço Nacional de Saúde a adquirir determinado produto ao abrigo de um Contrato Público de Aprovisionamento as referidas entidades devem adquiri-lo através do catálogo da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. De outra forma, e recorrendo à exceção prevista na lei, quanto à dispensa da obrigatoriedade, cabe às entidades hospitalares negociar com os fornecedores do Catálogo e só se conseguirem preços mais baixos a fornecedores que não tenham concorrido àquele concurso público, então deverão pedir dispensa daquela obrigatoriedade apresentando as eventuais poupanças.



1.6. *Comparação Internacional: Reino Unido*

(Vd. ponto 12.)

- Considerando as matérias relatadas nos pontos antecedentes face a matéria idêntica no âmbito do *National Health Service* (NHS) do Reino Unido recorreu-se a um relatório do *National Audit Office* (NAO)³³, do qual se destacam os seguintes aspetos:
 - Em síntese, conclui-se naquele relatório que, apesar da autonomia dos hospitais públicos na esfera da gestão e liberdade de decisão nas aquisições de medicamentos e material de consumo clínico, a combinação entre diferentes níveis de informação e circuitos de compras fragmentados prejudicava o *Value for Money* nessas aquisições. A assimetria de informação entre os hospitais, bem como a falta de colaboração entre si e as estruturas de compras centralizadas obstava à utilização mais eficaz das plataformas eletrónicas disponíveis e ao desejável aumento do volume de negócios, de modo a serem criadas as condições favoráveis ao incremento de poupanças à escala do *National Health Service*.
 - As principais recomendações dirigidas às administrações dos hospitais respeitaram à necessidade de revisão das suas estratégias de compras e de preços (considerando os constrangimentos orçamentais), revisão da capacidade de contratação, de acordo com soluções conjuntas para realizar maiores volumes de negócios em vez de compras pontuais e de pequeno volume e eliminação das falhas de informação entre si. Salienta-se ainda a necessidade de avaliar os sistemas de gestão de *stocks* tendo em conta o reflexo nos custos de aquisição, considerando a análise das notas de encomenda em função do número de pedidos e do valor, a normalização dos produtos em categorias principais por forma a reduzir a diversidade do mesmo produto e o número de fornecedores em carteira.

No que respeita ao Departamento Central destacam-se as recomendações que se referem à implementação e divulgação das estratégias de aprovisionamento para o *National Health Service*, que promovam a transparência dos preços pagos pelas instituições e que incentivem as comparações; a definição de padrões de referência através de uma codificação uniforme dos produtos; a melhoria do aproveitamento da cadeia de aprovisionamento do *National Health Service*, de modo a incentivar os hospitais a recorrerem aos circuitos de compras centralizadas.

1.7. *Logística Hospitalar*

(Vd. ponto 14.)

- **Foram adotados pelos hospitais auditados novas formas de organização logística mais informatizadas, sustentadas em sistemas que funcionam junto dos serviços clínicos**, como um prolongamento do armazém central, isto é, armazéns avançados. O objetivo, entre outros, é reduzir os *stocks* dos serviços e consequentemente diminuir o capital circulante, diminuição de ruturas, reduzir consumos e evitar desperdícios.

³³ O Relatório "The procurement of consumables by NHS acute and Foundation trusts" - NAO – National Audit Office, Report by the Comptroller and Auditor General, HC 705 Session 2010-2011, 2 February 2011 – Department of Health.



- Apesar do investimento realizado na mudança dos processos logísticos, **não tem sido prática corrente a monitorização e avaliação da gestão de stocks através de indicadores de desempenho nas entidades auditadas.** Por outro lado, as aplicações informáticas não se encontravam parametrizadas no sentido de se obter com fiabilidade os referidos indicadores de gestão.
- Constatou-se que os serviços de compras elaboraram planos anuais de aquisições na ótica do orçamento. Ao longo do ano, fizeram ajustamentos ao plano inicial, tendo em conta a avaliação de mercado, sobretudo no que respeita à revisão de preços, nomeadamente quando se verificou a entrada no mercado de novo fornecedor, em especial no que concerne a medicamentos genéricos com o mesmo princípio ativo a preços mais baixos.
- Verificou-se existirem manuais de procedimentos para a logística hospitalar, alguns dos quais aprovados recentemente (ano de 2011, designadamente o caso do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e Centro Hospitalar Lisboa Norte) e outros que se encontram desatualizados face à implementação de novos sistemas logísticos como é o caso do Hospital Garcia de Orta. No âmbito do Projeto Integrado de Logística Hospitalar, **o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, foi a unidade que instituiu há mais tempo procedimentos de gestão e controlo de stocks** (desde 2007), através da implementação do sistema *e-Kanban*³⁴.
- Na área da logística **as entidades auditadas tendem a aperfeiçoar os processos inerentes à atividade, de modo a que cada vez mais se obtenham ganhos de eficiência.** A reorganização do *layout* do armazém, a informatização dos procedimentos, em especial, a integração com outras áreas, como a das aquisições e a financeira são alguns dos aspetos que contribuem para um maior controlo da função aprovisionamento e conseqüentemente um menor empate de capital em *stocks*. Desta forma, verificou-se que as unidades hospitalares que melhor refletem esta realidade foram o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo.
- **Os indicadores de gestão de stocks de medicamentos e de material de consumo clínico demonstram que o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca apresenta rácios de cobertura de stocks mais baixos do que as restantes entidades auditadas, indiciando um menor investimento em stocks.** Na relação existências/consumos este hospital é o que apresenta níveis de *stocks* mais baixos, designadamente nos medicamentos. Em termos globais é de destacar a eficiência dos processos logísticos deste hospital, uma vez que todo o processo incluindo a informatização dos serviços se encontra consolidado em resultado da anterior gestão a cargo de uma sociedade gestora³⁵.

³⁴ O serviço de aprovisionamento desta entidade hospitalar obteve o 1º prémio para Equipas de Melhoria, num concurso realizado pela Associação Portuguesa de Qualidade em 2009 e o 1º prémio “Qualidade em Saúde: certificação” dos Prémios Hospital do Futuro 2009/2010.

³⁵ O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca teve uma gestão privada, desde 1995 a 2008, por ter sido celebrado um contrato de gestão entre o Estado, através da ARSLVT e a Hospital Amadora/Sintra- Sociedade Gestora, SA.



	Centro Hospitalar Lisboa Norte		Centro Hospitalar Barreiro Montijo		Hospital Prof. Dr.º Fernando Fonseca		Hospital Garcia de Orta	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
1 - Stock médio	12.797.946 €	12.824.253 €	998.696 €	1.273.046 €	1.864.070 €	2.014.860 €	4.129.624 €	3.506.567 €
2 - Consumo	105.771.579 €	114.601.419 €	14.301.662 €	16.161.328 €	27.379.716 €	29.847.240 €	38.961.816 €	38.848.225 €
3 - Consumo médio mensal	8.814.298 €	9.550.118 €	1.191.805 €	1.346.777 €	2.281.643 €	2.487.270 €	3.246.818 €	3.237.352 €
(1/3)-Taxa de cobertura	1,45	1,34	0,84	0,95	0,82	0,81	1,27	1,08
(2/1)-Taxa de rotação	8,3	8,9	14,32	12,70	14,69	14,81	9,43	11,08
Taxa de ruptura	n.d.	n.d.	n.d.	7,15	n.d.	n.d.	6,67	6,67
Consumo por doente padrão	1.355 €	1.442 €	503 €	616 €	432 €	453 €	1.250 €	1.270 €

Stock médio: somatório do stock no final de cada mês /12; Taxa de cobertura: stock médio/ consumo médio mensal; Taxa de rotação : consumo/stock médio;

Taxa de ruptura: n.º de requisições não satisfeitas/ n.º total de requisições; n.d. - não disponível

Fonte: Informação das entidades hospitalares

	Centro Hospitalar Lisboa Norte		Centro Hospitalar Barreiro Montijo		Hospital Professor Dr.Fernando Fonseca		Hospital Garcia de Orta*	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
(1)- Stock médio	9.682.738 €	5.770.902 €	345.145 €	390.985 €	1.542.967 €	1.622.708 €	1.552.059 €	1.167.797 €
(2)- Consumos	29.492.626 €	34.147.185 €	3.119.463 €	3.238.089 €	18.866.800 €	14.918.229 €	14.672.491 €	13.758.499 €
(3)-Consumo médio mensal	2.457.719 €	2.845.599 €	259.955 €	269.841 €	1.572.233 €	1.243.186 €	1.222.708 €	1.146.542 €
(1/3)- taxa de cobertura	3,94	2,03	1,33	1,45	0,98	1,31	1,27	1,02
(2/1) - taxa de rotação	3,05	5,92	9,04	8,28	12,23	9,19	9,45	11,78
taxa de ruptura	n/d	n/d	1,07	1,52	4,5	4,28	3,73	2,69
Consumo por doente padrão	378 €	430 €	110 €	123 €	297 €	227 €	471 €	450 €

Stock médio: somatório do stock no final de cada mês /12; Taxa de cobertura: stock médio/ consumo médio mensal; Taxa de rotação : consumo/stock médio;

Taxa de ruptura: n.º de requisições não satisfeitas/ n.º total de requisições; n.d. - não disponível

Fonte: Informação das entidades hospitalares, com excepção do HGO cujos valores foram retirados dos balancetes analíticos

Medicamentos	Unid.: euros					
	2010			2009		
	Consumos	Exist. Finais	Ex.Finais/Consumo	Consumos	Exist. Finais	Ex.Finais/Consumo
C.H.Lisboa Norte	114.601.419	16.031.645	14%	105.771.578	13.730.949	13%
C.H.Barreiro Montijo	14.900.768	1.737.564	12%			
Hospital Fernando Fonseca	28.741.127	2.123.431	7%	27.070.486	2.003.836	5%
Hospital Garcia de Orta	36.740.424	3.378.160	9%	36.440.334	5.601.075	15%

Fonte: Balancetes analíticos

- Independentemente de se reconhecer o esforço feito por parte das entidades hospitalares auditadas ao nível da revisão e evolução dos processos logísticos, com especial incidência nos anos 2009-2010, **tem sido prática dos hospitais financiarem-se junto dos fornecedores, facto este que se tem vindo a agravar nos últimos anos, como se observa do seguinte quadro:**

Prazo médio de pagamento *	Unid.: Dias															
	Centro Hospitalar Lisboa Norte				Centro Hospitalar Barreiro Montijo				Hospital Prof. Dr.º Fernando Fonseca				Hospital Garcia de Orta			
	4T 2009	4T 2010	%Δ	2T 2011	4T 2009	4T 2010	%Δ	2T 2011	4T 2009	4T 2010	%Δ	2T 2011	4T 2009	4T 2010	%Δ	2T 2011
	137	263	92%	344	150	251	67%	341	77	146	90%	175	133	297	123%	335

Fonte: ACSS,IP

*Abrange todos os fornecedores

- Neste sentido refira-se que esta matéria consta na Auditoria Orientada à Consolidação de Contas e Análise à Situação Económico-Financeira do Serviço Nacional de Saúde 2008-2009 – Relatório n.º 16/2011, 2ª S, do Tribunal de Contas, na qual, no âmbito do Programa Pagar a Tempo e Horas, se concluiu que, **em média, os hospitais EPE apresentavam um prazo de pagamento a fornecedores externos de 174 dias em 2008 e de 126 dias em 2009.**



1.7.1. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS (Vd. ponto 14 e 15)

- As formas de distribuição de medicamentos nos hospitais auditados³⁶ variam entre o método tradicional de **reposição de stocks por níveis**, a **distribuição individual em dose unitária**, suportada por um equipamento semi-automático do tipo *Kardex* vertical, e a **distribuição automatizada realizada por equipamentos *Pyxis***, apenas utilizada, de entre as entidades auditadas, pelo Centro Hospitalar Lisboa Norte.
- Verificou-se um incremento da distribuição individual diária em dose unitária na quase totalidade dos serviços clínicos das entidades auditadas, que associada à prescrição informatizada, permite um rápido acesso ao perfil terapêutico do doente e um maior controlo dos medicamentos distribuídos. No entanto, subsiste ainda o método de **reposição de stocks por níveis em alguns serviços**³⁷ que, em regra, não permite a atualização automática dos stocks de medicamentos nos serviços.
- O Centro Hospitalar Lisboa Norte é a unidade hospitalar que apresenta maior informatização da gestão de stocks ao nível da distribuição de medicamentos, devido essencialmente ao investimento realizado em alterações de métodos de distribuição (utilização de equipamentos automatizados *Pyxis*³⁸) e aquisição dum dispensador automático para medicação (*Kardex* horizontal).
- Apesar da implementação do equipamento *Pyxis* no Centro Hospitalar Lisboa Norte, esta entidade ainda não explorou todas as potencialidades do sistema, designadamente o apuramento dos encargos com medicamentos por doente internado e por prescriptor, entre outros.
- Por sua vez, a utilização do dispensador *Kardex* horizontal no Centro Hospitalar Lisboa Norte veio permitir o armazenamento de cerca de 85% das aquisições de medicamentos, limitação no acesso dos utilizadores autorizados, reposição de stocks em simultâneo de 6 serviços quer tenham reposição de stocks nivelados quer estejam em distribuição automatizada através do equipamento *Pyxis*.
- Por outro lado o Hospital Garcia de Orta, apesar de também possuir o equipamento *Kardex* vertical para distribuição em dose unitária, é a **unidade hospitalar que apresenta menores condições de armazenamento e distribuição de medicamentos**, uma vez que as instalações da farmácia hospitalar não apresentam as condições de funcionamento legalmente exigidas, no que concerne à preparação dos citotóxicos, receção dos medicamentos e restrição à circulação de funcionários da farmácia.

³⁶ A distribuição de medicamentos é a face mais visível da atividade farmacêutica hospitalar representando um processo fundamental no circuito do medicamento e cujos principais objetivos são o de assegurar a validação da prescrição, o cumprimento integral do plano terapêutico, a diminuição dos erros associados à dispensa e administração.

³⁷ Existem fármacos que não se adaptam à dose unitária, bem como serviços clínicos que pelas características dos cuidados de saúde prestados (ex. urgência hospitalar) também não se adaptam.

³⁸ O equipamento *Pyxis* funciona como um armazém avançado da farmácia junto dos serviços de internamento hospitalar permitindo o registo atualizado do consumo dos medicamentos, redução de stocks nos serviços e de eventuais desvios e a disponibilidade imediata da medicação ao doente, colmatando assim a desvantagem do método da distribuição por dose unitária no que concerne à demora na chegada da medicação aos serviços de internamento.



1.7.2. DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO (Vd. ponto 14.2.)

- Os **modelos de distribuição adotados, nas entidades hospitalares, assentam no sistema logístico denominado Kanban cuja funcionalidade just in time visa a redução de stocks, eliminação de desperdícios e aperfeiçoamento do processo produtivo.** Este modelo funciona com um sistema informático ajustado às necessidades de cada entidade hospitalar, de forma a controlar e monitorizar os artigos através de um código de barras individualizado, desde a entrada no armazém até ao seu consumo, potenciando o *paper free* (supressão de suporte em papel)³⁹. **Apesar de existir controlo quanto à saída dos artigos dos armazéns avançados, esse mesmo controlo termina neste registo, não se tendo verificado a sua continuidade até afetação do medicamento ao doente.**
- No entanto, a fixação dos *stocks* máximos foi pré-estabelecida com base nos consumos históricos. Esta situação obriga a uma monitorização regular dos consumos vs produção, dada a necessidade de se proceder a ajustamentos periódicos desses níveis. **Daqui resulta que a monitorização dos consumos deverá ser mais regular para um contínuo ajustamento.**
- O sistema logístico do tipo *Kanban* encontra-se em diferentes fases de implementação nos hospitais auditados. No Centro Hospitalar Barreiro Montijo os artigos clínicos consumidos através deste método representam cerca de 59% do total consumido em 2010. No Centro Hospitalar Lisboa Norte representam 25% do consumo total de artigos. O Hospital Garcia de Orta só em julho de 2011 é que implementou o método dos armazéns avançados.
- A implementação deste sistema logístico no **Hospital Garcia de Orta** tem tido algumas **resistências à mudança por parte de alguns serviços clínicos o que resulta num controlo menos eficaz dos produtos em stock.**
- Apesar dos hospitais beneficiarem deste sistema ainda não conseguem imputar os consumíveis de material clínico por doente.** Destaca-se, no entanto, o serviço de bloco operatório do Centro Hospitalar Barreiro Montijo que imputa diretamente os custos do material de consumo clínico ao doente.

1.7.3. FORMAS DE GESTÃO DE MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO (Vd. ponto 14.4.)

- Além da forma de gestão tradicional do material de consumo clínico, **todos os hospitais auditados adquirem material à consignação, essencialmente nas especialidades de**

³⁹ Este sistema logístico que funciona com armazéns avançados nos serviços utilizadores considera a saída dos artigos do armazém central para os armazéns avançados como uma transferência, sendo o consumo registado quando o artigo é retirado do armazém junto do serviço e administrado ao doente. Em regra os níveis de *stocks* dos serviços são calculados tendo por base o histórico dos fornecimentos e o nível de consumo dos artigos. A quantidade de artigos a colocar nos armazéns avançados é definida tendo por base os ciclos de aviamento, que variam entre a reposição diária, semanal e bissemanal, dependendo da atividade de cada unidade hospitalar. O sistema informático permite ainda gerir o *stock* dos armazéns avançados, através da parametrização dos níveis máximos e mínimos das existências gerando automaticamente o pedido de abastecimento, o que reduz significativamente a utilização dos pedidos em papel e consequente a margem de erro nos registos de consumo.



ortopedia e cardiologia, por serem dispositivos de preço elevado e de difícil previsão de consumo. O peso destes dispositivos, em 2009 representou 27%, € 16.142.987, do consumo total, € 60.649.049 e em 2010 atingiu 29%, isto é € 18.677.393 do total de artigos clínicos consumidos, € 63.795.092.

- O **Centro Hospitalar Lisboa Norte e o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca são as únicas entidades que têm vindo a operar com contratos em *Vendor Managed Inventory***. Com base neste modelo de aquisição o fornecedor é responsável pelos *stocks* e respetiva gestão junto da entidade hospitalar que no âmbito contratual estabeleceu os parâmetros logísticos que devem ser seguidos pelo fornecedor, tais como os níveis de *stocks*.
- Embora este modelo permita à entidade hospitalar adquirir os artigos sem que os tenha que pagar antecipadamente, ou seja, não implica empate de capital, ainda assim constatou-se que as **aquisições através do *Vendor Managed Inventory* não têm materialidade significativa nos hospitais auditados**, sendo os contratos em vigor apenas residuais, não tendo ultrapassado 1% do total dos consumos de material clínico, em 2010.
- Nas aquisições de material de consumo clínico, nomeadamente as mais dispendiosas, constatou-se que **existe uma forte dependência por parte dos serviços de compras dos atos discricionários do prescritor**. Isto porque não existe a nível nacional um padrão a ser seguido pelas entidades hospitalares quanto à compra e consumo desse material, nomeadamente dispositivos clínicos (vg. próteses), ou seja não foram instituídas *guidelines* que uniformizem critérios e procedimentos.

1.8. *Sistemas de Informação* (Vd. ponto 14.3.)

- A solução informática baseada em sistemas integrados de gestão empresarial (ERP – *Enterprise Resource Planning*) foi implementada no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca⁴⁰ com o objetivo de integrar os dados e processos em um único sistema de informação nas áreas, logística, financeira e dos recursos humanos. No Centro Hospitalar Lisboa Norte, solução semelhante encontrava-se em fase de implementação, em janeiro de 2012.
- Verificou-se que esta solução permite processar os dados em tempo real facilitando, desta forma o cruzamento da informação, bem como a produção de *reports*, utilizados como ferramenta de gestão no âmbito da decisão. Se por um lado, este sistema tecnológico viabiliza uma gestão mais eficiente, por outro lado, permite uma maior segurança e controlo, como por exemplo não autorizar que a contabilidade emita autorizações de pagamento sem que exista uma nota de encomenda devidamente autorizada. Contudo, **revela-se necessário que os avultados investimentos neste tipo de tecnologias sejam precedidos de Análises Custo-Benefício, o que não sucedeu** (vd. Ponto 14.2.)⁴¹.

⁴⁰ Este hospital optou pelo sistema ERP.

⁴¹ Vg. Centro Hospitalar Lisboa Norte que realizou um investimento no valor de € 423.973,13.



1.9. Consumo de medicamentos no ambulatório (Vd. ponto 15.1.)

- O consumo de medicamentos nas entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde⁴² tem aumentado sucessivamente nos últimos quatro anos, de 844 milhões de euros em 2007 para mais de 1.000 milhões de euros em 2010, ou seja, um acréscimo de cerca de 19%.
- O ambulatório (que inclui, grosso modo, as consultas externas e o hospital de dia) é a linha de produção com maior consumo de medicamentos nas entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, representando, em 2007, 66% do total de consumo de medicamentos e 71% em 2010. Em contrapartida o consumo de medicamentos no internamento diminui nestes anos, passando de 23% em 2007 para 19% em 2010.
- Situação idêntica foi apurada, em 2010, nos hospitais auditados, em que o ambulatório consumiu em média 76% dos medicamentos utilizados em ambiente hospitalar, sendo de destacar o Hospital Garcia de Orta que atingiu nesse ano 80%. Por sua vez, a linha de produção do internamento consome em média 20% dos medicamentos.
- A maior concentração de encargos com medicamentos no ambulatório deve-se, essencialmente, aos elevados custos das terapêuticas praticadas no hospital de dia e à cedência gratuita de medicamentos abrangidos por regimes especiais de comparticipação⁴³.
- Em 2010 a dispensa gratuita em ambulatório atingiu 54% no Centro Hospitalar Lisboa Norte, 61% no Hospital Garcia de Orta, 71% no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e 38% no Centro Hospitalar Barreiro Montijo do total dos encargos com consumo de medicamentos em meio hospitalar. A contribuir para esta situação encontra-se, igualmente a dispensa de determinados medicamentos prescritos em consultas privadas fora do meio hospitalar⁴⁴.

Anos	Encargos com consumo de medicamentos		% dispensada gratuitamente em ambulatório	
	2009	2010	2009	2010
HGO	38.959.725 €	38.836.127 €	55%	61%
CHBM*	9.456.702 €	15.276.544 €	36%	38%
CHLN	130.890.452 €	138.733.244 €	53%	54%
HFF	27.370.337 €	28.741.127 €	64%	71%

* Em 2009, só novembro e dezembro respeitam ao CHBM, os restantes meses respeitam apenas ao Hospital do Barreiro
 Fonte: Quadros SICA

Para além do registo dos doentes abrangidos por estas consultas os hospitais não têm forma de controlar a adesão do doente à terapêutica, limitando-se a ceder gratuitamente os medicamentos.

- A patologia que maior peso tem na cedência gratuita de medicamentos em ambulatório hospitalar, em qualquer um dos hospitais auditados, é a do vírus da imunodeficiência humana, que em 2010 representou, no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca 65% do

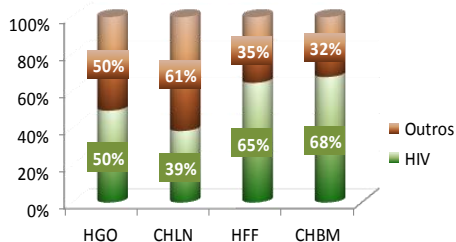
⁴² Dados recolhidos pelo Observatório do Medicamento e Produtos da Saúde, INFARMED, IP.

⁴³ Respeitantes a medicamentos cujas características farmacológicas, especificidade dos tratamentos disponíveis, ou ainda por razões de saúde pública, estão reservados exclusivamente a tratamentos em meio hospitalar, sendo a sua dispensa efetuada apenas pelos serviços farmacêuticos das unidades hospitalares do SNS.

⁴⁴ Para o tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas.



total cedido, ou seja, €13.261.728 e 50% no Hospital Garcia de Orta, correspondente a €11.782.895.



No Centro Hospitalar Lisboa Norte a cedência gratuita de medicamentos para esta patologia representou 39% dos encargos, o que correspondeu a € 28.740.524.

As patologias de oncologia, hemofilia e esclerose múltipla são as que, a seguir ao vírus da imunodeficiência humana, maior peso têm na cedência de medicamentos em ambulatório.

- No que concerne à **patologia do vírus da imunodeficiência humana**, constatou-se que **os controlos existentes aquando da cedência gratuita dos medicamentos nas farmácias hospitalares são insuficientes, uma vez que não impedem que o mesmo utente obtenha a terapêutica em diversas entidades hospitalares, originando despesas acrescidas e desnecessárias para todo o Serviço Nacional Saúde.**

A este propósito, em sede de contraditório, foi referido por parte do Ministério da Saúde que *“(...) Esta questão preocupa, sobremaneira, o Ministério da Saúde, tendo já sido mandatados: A Comissão do Programa do Medicamento Hospitalar, para avaliar os mecanismos de dispensa de medicamentos em ambulatório hospitalar e propor alterações consideradas necessárias para uma melhoria da evidência e controlo na utilização destes medicamentos; O INFARMED, para apresentar uma revisão profunda dos regimes especiais existentes de comparticipação e das condições de prescrição, controlo e monitorização de medicamentos.”*⁴⁵ E ainda que *“(...) a muito curto prazo, será publicado um despacho que determinará a obrigatoriedade de recurso ao sistema informático do VIH/SIDA (SI.VIDA), desenvolvido pelo Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA, para efeitos de prescrição e dispensa de medicamentos anti-retrovíricos. Entende este Ministério que a obrigatoriedade de utilização deste sistema permitirá a compilação de informação relevante para monitorização e avaliação da utilização destes medicamentos, respeitando as exigências determinadas pela Comissão Nacional de Proteção de Dados”.*

1.10. Implementação das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (Vd. ponto 16.)

- Em cumprimento da recomendação n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção três das quatro unidades hospitalares auditadas, Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Hospital Garcia de Orta e o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, aprovaram o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas⁴⁶.

⁴⁵ Neste sentido ver Circular Normativa da ACSS n.º 03/2012/UEFOG, publicitada no respetivo *site da internet*; Despacho n.º 1004/2012, do Secretário de Estado da Saúde a propósito da avaliação da implementação de medidas nos hospitais; Despacho n.º 17069/2011, 21/12; do Secretário de Estado da Saúde, implementação por todos os estabelecimentos do SNS de um processo de monitorização da prescrição interna de medicamento e MCDT.

⁴⁶ As três unidades hospitalares tem publicado no sítio da internet o respetivo plano em cumprimento da recomendação n.º 2/2009 daquele Conselho.



- Quanto ao **Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca**, desenvolveu vários procedimentos de prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, contemplando, entre outras áreas, as respeitantes ao objeto de análise da presente auditoria, que são a logística, a farmácia e a gestão de compras, informação esta enviada ao Conselho de Prevenção da Corrupção, em 31 de dezembro de 2009⁴⁷.
- Dos riscos identificadas pelo **Centro Hospitalar Lisboa Norte**, de frequência média e baixa, destacam-se as aquisições diversas ao mesmo fornecedor; a violação dos princípios gerais de contratação; corrupção passiva para ato ilícito; tráfico de influência; participação económica em negócio e abuso de poder. Para prevenir a sua ocorrência foi adotado o procedimento de ter que se justificar a necessidade da aquisição e de ter que se qualificar e selecionar os melhores fornecedores, capazes de satisfazer as necessidades do hospital.
- Por sua vez o **Hospital Garcia de Orta** considerou como áreas de risco mais sensíveis as áreas da Gestão Económica e Física dos Stocks, devido a existências não geridas, originando desperdícios, obsolescência e caducidade das mesmas e o Serviço de Aprovisionamento, devido à violação do dever de sigilo profissional. As medidas adotadas para garantir o controlo de *stocks* consistiram na implementação do modelo de reposição por níveis e de armazéns avançados. Quanto ao dever de sigilo profissional, optou-se por se reforçar em reuniões de serviço o sentido daquele dever a que os profissionais se encontram obrigados.
- O **Centro Hospitalar Barreiro Montijo** apresentou indicadores quanto aos riscos, identificados para as principais atividades, inerentes a cada uma das áreas que integram as duas Subunidades Orgânicas, a *Gestão de Compras* e a *Gestão de Stocks*. Um primeiro indicador refere-se à probabilidade de ocorrência do risco, tendo sido graduada em Risco Elevado, Risco Moderado e Risco Fraco, cabendo desde já referir que apenas foram identificados riscos com um grau de probabilidade de ocorrência fraco e moderado.
- Face ao que precede, independentemente de as entidades auditadas terem formulado os respetivos planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, **importará que as unidades hospitalares avaliem periodicamente a sua implementação anual, reportem as ocorrências e procedam à atualização dos mesmos.**

⁴⁷ Através do ofício “CA 196/09”, do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.



2. RECOMENDAÇÕES

Ao Ministro da Saúde

- Determinar a avaliação e reavaliação económico-financeira anual das centrais de compras públicas ou serviços partilhados, na perspetiva da quantificação do respetivo contributo líquido para a redução da despesa do Serviço Nacional de Saúde.
- Garantir para que o parecer sobre a dispensa da obrigatoriedade de aquisição, ao abrigo do Contrato Público de Aprovisionamento, subjacente à decisão do membro do Governo, presentemente conferido à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, seja feito por uma entidade externa ao processo da contratação pública **pertencente ao quadro das estruturas já existentes do Ministério da Saúde**, sustentado numa perspetiva económica, que quantifique o fluxo de caixa que a eventual autorização da dispensa traria para a redução do défice do Serviço Nacional de Saúde.
- Garantir que o procedimento para a dispensa de obrigatoriedade, de aquisição ao abrigo do Contrato Público de Aprovisionamento, seja reformulado de forma a ser tornado substancialmente mais célere e determinado em número de dias.
- Determinar que a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, produza um relatório de acompanhamento, periódico, de supervisão dos níveis de serviços, no âmbito da atividade da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, demonstrativo dos resultados, tais como as poupanças efetivas com impacto no défice do Serviço Nacional de saúde.
- Determinar que a central de compras reveja a cláusula relativa ao prazo anual na parte que respeita à renovação automática dos Contratos Públicos de Aprovisionamento, de modo a garantir a respetiva revisão periódica, sem prejuízo de os mesmos poderem ser renovados.
- Determinar que seja implementado um sistema uniforme de codificação de material clínico e farmacêutico, à semelhança do existente para os medicamentos.
- Providenciar pela instituição de *guidelines* que possibilitem a uniformização de práticas médicas, de modo a garantir a prescrição racional que atenda ao controlo dos custos de material clínico/dispositivos e que assegure a qualidade da saúde.
- Constituindo a cedência gratuita de medicamentos a principal fonte de encargos no ambulatório hospitalar e face à existência de procedimentos pouco eficazes no controlo destas cedências, recomenda-se que as prescrições da medicação abrangidas pelos regimes especiais de participações efetuadas em regime privado sejam comunicadas em tempo útil aos hospitais de forma a impedir a constituição de stocks desajustados às necessidades de consumo destes medicamentos⁴⁸.

⁴⁸ Além do mais, a constituição de stocks elevados destes medicamentos poderá resultar num empate de capital desnecessário.



- Diligenciar pela partilha de uma base de dados por todas as unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, de modo a obter um controlo mais eficaz dos aviaamentos de medicamentos no âmbito da prescrição da terapêutica do vírus da imunodeficiência humana.
- Promover o agrupamento das entidades hospitalares no âmbito das aquisições de bens, de forma a obterem-se preços mais vantajosos junto dos fornecedores.
- Determinar a atualização dos preços do Catálogo, com base no preço mais baixo obtido no mercado pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde, por aditamento ao Contrato Público de Aprovisionamento, sempre que o respetivo caderno de encargos o preveja. Caso contrário, deve a redução de preços ser divulgada.
- Incrementar junto da central de compras a importância de a mesma, em colaboração com as entidades hospitalares, avaliar os fornecedores quanto ao cumprimento dos Contratos Públicos de Aprovisionamento.

Aos Conselhos de Administração das unidades hospitalares auditadas

- Assegurar que as decisões sobre investimento em equipamentos e soluções aplicacionais sejam precedidas de Análises Custo-Benefício, para uma racional e responsável aplicação do dinheiro público.
- Incrementar, sempre que possível, a distribuição diária de medicamentos e/ou distribuição automatizada, em detrimento da constituição de *stocks* de medicamentos por níveis, nos serviços clínicos.
- Incrementar os sistemas de informatização na área do aprovisionamento, compras e logística, por forma a integrar a informação *on-line* com a área financeira, possibilitando um controlo mais eficaz de todo o circuito, desde a aquisição dos artigos ao respetivo pagamento.
- Utilização de indicadores de desempenho para o apoio à gestão de *stocks* de forma a permitir a monitorização e avaliação dos consumos *versus* produção dos serviços clínicos.
- Promover o desenvolvimento de mecanismos que permitam aos serviços clínicos procederem ao apuramento e imputação direta dos custos com medicamentos e material de consumo clínico por utente e por prescriptor, de modo a que seja possível emitir a fatura/recibo, de forma discriminada, com os custos reais incorridos nos atos médicos prestados, paralelamente à taxa moderadora.
- Incrementar o controlo de acesso aos armários avançados existentes nos serviços utilizadores das unidades hospitalares de forma a acautelar o manuseamento do material aí armazenado.



- Instituir *guidelines* que possibilitem a uniformização de práticas médicas, de modo a fomentar a prescrição racional que atenda ao controlo dos custos de material clínico/dispositivos e que assegure a qualidade em saúde.
- Participar mais ativamente em processos que promovam a troca de informação com a central de compras, o aumento da capacidade de negociação, a revisão dos procedimentos de gestão de *stocks*, de modo a melhorar as condições de aquisição de bens e serviços.
- Fomentar os processos de aquisições de medicamentos e material de consumo clínico em agrupamento, de modo a obter preços mais reduzidos, condições de pagamento mais favoráveis junto dos fornecedores constantes dos acordos quadro.
- Instituir procedimentos de controlo interno de forma a garantir que os fornecedores do catálogo sejam prioritariamente chamados a negociar.

À Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

- Promover a troca de informação entre a central de compras e as entidades hospitalares, de forma a aumentar a capacidade de negociação e consequentemente melhorar a economia e eficiência nas aquisições de bens e serviços.
- Estabelecer nos cadernos de encargos a possibilidade de aditamentos aos Contratos Públicos de Aprovisionamentos que permitam *a posteriori* reduzir os preços de referência constantes dos Catálogos.
- Garantir que os pareceres da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, sobre os pedidos de dispensa da obrigatoriedade relativa aos Contratos Públicos de Aprovisionamento, sejam emitidos no máximo de 30 dias, com a demonstração da sustentabilidade económico-financeira quanto à matéria que era proposta, de forma a quantificar a melhor solução para o erário público.
- Divulgar em circular a tramitação a adotar pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde, para efeito dos pedidos de dispensa da obrigatoriedade relativa aos Contratos Públicos de Aprovisionamento.
- Rever a cláusula contratual sobre o prazo de validade dos Contratos Públicos de Aprovisionamento, na parte que respeita à renovação automática, no sentido de até ao final de cada ano seja efetuada uma avaliação, de modo a demonstrar as vantagens que confirmam a prorrogação dos acordos existentes.
- Participar ativamente em processos que promovam a troca de informação com as unidades hospitalares e as Administrações Regionais de Saúde, de modo a identificar as necessidades de aprovisionamento de medicamentos e material de consumo clínico, tendo em vista a celebração dos acordos quadro que as preenchem.



- Realizar uma avaliação anual sobre a racionalidade económico-financeira e vantagens da atividade desenvolvida anualmente, na perspetiva dos ganhos de qualidade e eficiência devidamente quantificados que demonstrem o impacto financeiro alcançado no âmbito da redução da despesa no Serviço Nacional de Saúde e que a mesma conste do respetivo relatório de gestão e contas.



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



II. INTRODUÇÃO

3. FUNDAMENTO, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA

A auditoria de resultados ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS teve como objetivos avaliar as práticas instituídas para aquisição e gestão de *stocks* de produtos de maior volume financeiro, como instrumento de contenção de custos e, ainda, identificar os procedimentos e variáveis que contribuiram para a obtenção de ganhos de eficiência e para uma boa gestão, designadamente ao nível do aprovisionamento, otimizando a relação de qualidade, preço e prazo dos medicamentos e material de consumo clínico.

O âmbito temporal da auditoria centrou-se nos anos de 2009 e 2010, sem prejuízo de nalgumas situações já se terem considerado os anos de 2011 e 2012.

No âmbito do Programa de Auditoria, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

Avaliar procedimentos que permitam agilizar, racionalizar e otimizar as aquisições, tendo como objetivo o controlo e a redução dos custos mantendo os padrões de eficiência;

Analisar a evolução dos custos de 2009 e 2010, com os medicamentos e o material de consumo clínico das entidades selecionadas;

Analisar os processos decisoriais subjacentes às aquisições de bens e serviços, incluindo a avaliação da suficiência da sua fundamentação económico-financeira;

Avaliar as práticas de negociação/adjudicação dos contratos de fornecimentos de bens, em obediência ao princípio da boa gestão;

Verificar se foram implementadas as recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção.

As entidades selecionadas para a realização de trabalho de campo foram o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, Hospital Garcia de Orta, EPE, e Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada de acordo com normas e procedimentos geralmente aceites, acolhidos no “Manual de Auditoria e de Procedimentos” do Tribunal de Contas e constantes do Plano Global de Auditoria (PGA) e do Programa de Auditoria (PA) aprovados, tendo 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 e presente as medidas constantes do “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica”, na parte relativa às compras e aprovisionamento centralizado, no âmbito do Ministério da Saúde.



Na fase de planeamento procedeu-se a um estudo prévio com base em diplomas legais, na análise dos Relatórios e Contas do triénio 2009-2010, na apreciação de relatórios de auditoria de órgãos de controlo interno⁴⁹, na informação cedida pelas unidades hospitalares do SNS e ainda a análise de um relatório do *National Audit Office (NAO)* do Reino Unido⁵⁰. Na fase de trabalho de campo junto das unidades hospitalares selecionadas, procedeu-se a um levantamento dos sistemas de controlo interno na área de aprovisionamento, através da realização de entrevistas e de testes de procedimento e de conformidade e analíticos.

Foram auscultadas a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, e a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, junto das quais se obteve informação sobre a organização, funcionamento e negociação relacionados com os contratos públicos de aprovisionamento, com vista à obtenção de esclarecimentos complementares.

Foram ainda solicitados dados, através de questionário, sobre as aquisições de fármacos para as terapêuticas do vírus da imunodeficiência humana às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

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

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 agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, o relato foi enviado às seguintes entidades:

- Ministro de Estado e das Finanças;
- Ministro da Saúde;
- Presidentes dos Conselhos de Administração do:
 - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE;
 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE;
 - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE;
 - Hospital Garcia de Orta, EPE;
 - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Foi ainda ouvida a Diretora-Geral da Gilead Sciences, Lda, quanto à matéria que lhe é respeitante enquanto entidade interessada.

⁴⁹ Em 2008, a Inspeção-Geral de Finanças desenvolveu uma ação direcionada ao aprovisionamento de medicamentos nos hospitais EPE, (33 unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde) tendo por objetivos apreciar a qualidade geral da função aprovisionamento, a adequação da política de compras, centrada na perspetiva da legalidade, regularidade e boa gestão e a eficiência e eficácia da gestão administrativa, material e económica em matéria de *stocks*- vd. ANEXO A.

⁵⁰ Relatório do NAO – *National Audit Office, Report by the Comptroller and Auditor General, HC 705 Session 2010-2011, 2 February 2011— Department of Health, the procurement of consumables by NHS acute and Foundation trusts.*



Todos os responsáveis referidos apresentaram alegações, à exceção do Ministro de Estado e das Finanças e da Administração Central do Sistema de Saúde, IP⁵¹.

As alegações apresentadas constam, na íntegra, do Volume II do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, e 60º, n.º 3, do Regulamento da 2.ª Secção, do Tribunal de Contas aprovado pela Resolução n.º 3/98-2.ª Secção, de 19 de junho, com as alterações introduzidas pela Resolução n.º 2/2002-2.ª Secção, de 17 de janeiro, e pela Resolução n.º 3/2002-2.ª Secção, de 23 de maio.

Pelo seu caráter geral, salienta-se, desde já a resposta do Ministro da Saúde, que reportando-se à análise do relato, refere que *“... suscita algumas questões e evidencia diversas preocupações já detetadas e sobre as quais tem recaído especial intervenção por parte do Ministério, traduzidas na adoção de várias medidas...”*. Tal não prejudica a substância das conclusões inicialmente formuladas, bem como a análise posterior sobre os resultados esperados dessas medidas em sede de posterior acompanhamento do acolhimento de recomendações.

As restantes alegações, respeitando a pontos específicos deste Relatório, designadamente pontos 7, 8, 9, 10, 14, 15, e 16 constam em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

⁵¹ Veio a comunicar posteriormente, através de ofício Ref.º. 151-2012-UAGRA, de 19 de junho, que as atribuições da ACSS, IP enquanto unidade ministerial de compras passaram a ser competências da SPMS e os recursos humanos afetos a essa unidade, ou já não se encontram na ACSS, ou foram integrados na SPMS.



III. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

7. SISTEMA NACIONAL DE COMPRAS PÚBLICAS

7.1. Enquadramento

O Decreto-Lei n.º 37/2007, de 19 de fevereiro, foi publicado num momento de transformação na Administração Pública, no âmbito de um processo reformador a par do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) e procede, por um lado, à **definição do Sistema Nacional de Compras Públicas (SNCP), assente nos seguintes pilares:**

- ✓ integração de entidades compradoras por imposição legal e de entidades compradoras de adesão voluntária de base contratual;
- ✓ segregação das funções de contratação e de compras e pagamentos assente na adoção de procedimentos centralizados, aos níveis global e sectorial, de acordos quadro ou outros contratos públicos e na subsequente compra e pagamento pelas entidades compradoras;
- ✓ modelo híbrido de gestão do SNCP, com base numa entidade gestora central articulada com unidades ministeriais de compras (UMC) e entidades compradoras, funcionando em rede.

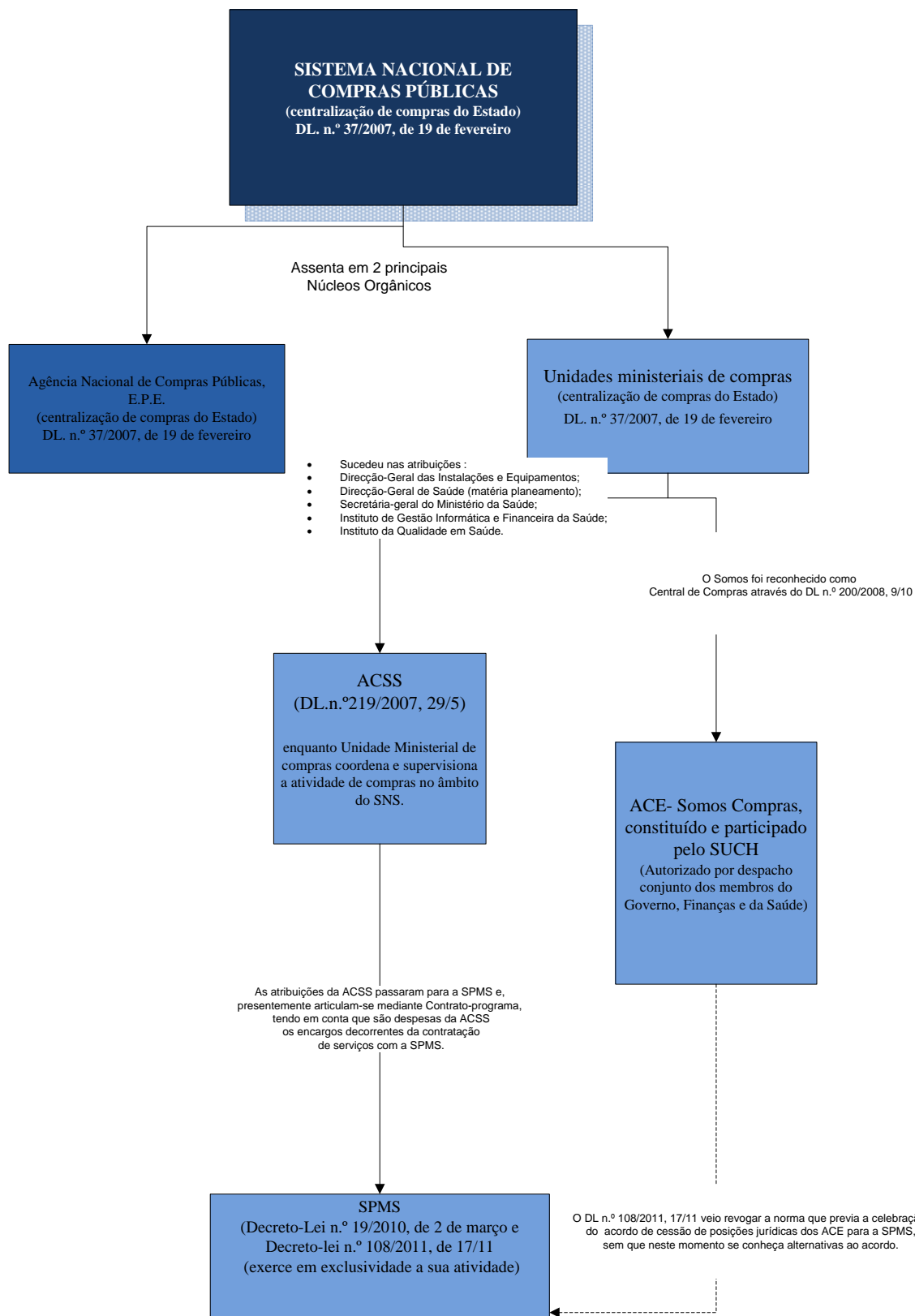
Por outro lado, procede à **criação da Agência Nacional de Compras Públicas, EPE (ANCP)**⁵² e à aprovação dos seus estatutos, com as funções de entidade gestora do SNCP e o perfil de central de compras. A ANCP tem natureza jurídica de entidade pública empresarial, nos moldes previstos no regime jurídico do sector empresarial do Estado e o seu objeto é o seguinte:

- a) Conceber, definir, implementar, gerir e avaliar o Sistema Nacional de Compras Públicas, com vista à racionalização dos gastos do Estado, à desburocratização dos processos públicos de aprovisionamento, à simplificação e regulação do acesso e utilização de meios tecnológicos de suporte e à proteção do ambiente;
- b) Assegurar, de forma centralizada, a aquisição ou a locação, em qualquer das suas modalidades, a afetação, a manutenção, a assistência, a reparação, o abate e a alienação dos veículos que compõem o parque de veículos do Estado, (PVE).

Num segmento desta atividade, situam-se as Unidades de Compras Ministeriais, de entre as quais, interessa analisar as que se ligam ao setor da saúde.

Apresenta-se de seguida um esquema que ilustra a evolução do Sistema Nacional de Compras Públicas, contemplando a mais recentemente criada central de compras:

⁵² Nos termos da Diretiva n.º 2004/18/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, publicada no *Jornal Oficial*, n.º L 134, de 30 de abril de 2004.





7.2. Centrais de Compras do Setor Saúde

As centrais de compras têm a natureza de entidade adjudicante⁵³ e os seus atos constitutivos devem regular, entre outras matérias, a natureza obrigatória ou facultativa do recurso aos seus serviços por parte das entidades abrangidas. A Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, é presentemente a central de compras do setor específico da saúde, exerce em exclusividade aquela função, cuja atividade é a de disponibilização dos serviços partilhados em matéria de compras e logística, de entre outros. As aquisições a efetuar ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento celebrados por esta central de compras podem ser tornadas obrigatórias, por despacho do membro do Governo da tutela.

7.2.1. IGIF

No setor da saúde, a centralização das compras teve início com a criação do Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde, IGIF⁵⁴, em 1993, cujas atribuições vieram integrar as cometidas aos, então extintos, Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, Serviço de Informática do Ministério da Saúde e as relativas à área de aprovisionamento, que se encontrava atribuída à Secretaria-Geral também daquele ministério, dando lugar à Direção de Serviços de Aprovisionamento.

Através da publicação da Portaria n.º 1176-A/2000, de 14 de dezembro, foram dados poderes ao IGIF no âmbito da contratação pública, nomeadamente a possibilidade de celebrar Contratos Públicos de Aprovisionamento para o setor da saúde, ao abrigo do regime jurídico previsto no Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho. Ficou desde logo estabelecida naquela Portaria a possibilidade destes contratos públicos serem obrigatórios para as instituições e serviços do SNS. Para tanto, no despacho de aprovação das cláusulas gerais do programa do concurso e do caderno de encargos dos contratos públicos, o Ministro da Saúde deveria indicar se o Contrato Público de Aprovisionamento seria obrigatório.

O IGIF, de entre as demais atribuições, passou a ser reconhecido também pela qualidade de prestador de serviços e de fornecedor de bens a instituições integradas no SNS.

7.2.2. ACSS, IP

Em 2007 foi criada a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS)⁵⁵, Instituto Público dotado de autonomia administrativa e financeira que sucedeu nas atribuições do IGIF, de entre as quais, as que respeitam a matéria de contratação de bens e serviços, nomeadamente, o desenvolvimento de modelos de contratação de serviços aplicáveis aos processos de aquisição e de aprovisionamento, e coube-lhe ainda assegurar as funções de unidade ministerial de compras relativamente aos bens e serviços das instituições do SNS.

⁵³ Para os efeitos previstos no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro.

⁵⁴ O IGIF foi criado através do Decreto-Lei n.º 308/93, de 2 de setembro, que aprovou a sua orgânica.

⁵⁵ Através do Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio, foi criada a ACSS, IP, tendo começado a funcionar efetivamente no final de setembro do mesmo ano.



A ACSS, em 2007, desenvolveu um projeto para a criação de uma tabela de codificação de artigos clínicos, a nível nacional, à semelhança do medicamento⁵⁶, por recurso à *EUDAMED - European Databank on Medical Devices*, que consiste num banco de informação que permite o acesso e a partilha de determinada informação clínica através de base de dados, bem como o acesso a diretrizes que visam a uniformização relativa aos produtos e a transparência dos procedimentos, porém, por falta de apoio do INFARMED o projeto foi abandonado.

Em sede de contraditório o Ministro da Saúde informou que “... já está em curso um processo de uniformização da codificação de dispositivos médicos, pelo INFARMED, I.P., que permite o estabelecimento de catálogo de dispositivos médicos disponíveis no país, acessível a todos os hospitais (em Fevereiro de 2012 estavam devidamente codificados 679.054 dispositivos médicos).” Face ao teor das alegações, e não obstante o Tribunal registar com apreço a iniciativa sobre esta matéria, mantêm-se as observações, inicialmente formuladas, respeitantes a este ponto e o resultado esperado através da implementação da medida enunciada ou em curso será observado em sede de acolhimento das recomendações.

Também a tentativa da ACSS em se agrupar com o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, no sentido de obter maior poder negocial, junto do mercado, não teve resultados. O Centro Hospitalar Universitário de Coimbra não respondeu ao convite.

Outra sua iniciativa, que remontou a 2008, teve por base um projeto para o qual foram convidados a participar os países, França, Espanha e Bélgica no sentido de se articularem com Portugal para o desenvolvimento de um estudo de *benchmark*, na área do mercado do medicamento, tendo apenas a Espanha participado. O estudo concluiu que o mercado português comercializava os medicamentos a preços mais baixos que em Barcelona, mas de acordo com a evidência recolhida, aquele estudo não teve qualquer impacto, sendo que esta experiência apenas revelou a falta de persuasão por parte da ACSS.

Por último, a ACSS referiu que no âmbito de uma análise sobre os consumos de medicamentos por parte das instituições do SNS, que pretendia levar a cabo, tendo dirigido questionários às entidades, para que indicassem os 100 medicamentos e os 50 produtos de material clínico mais consumidos. As entidades só colaboraram devido à intervenção da tutela.

De todas as iniciativas indicadas, no sentido de dinamizar, modernizar, a área das compras através de projetos estratégicos que não foram concretizados, ou pelo menos não o foram da forma prevista, **constatou-se ter a ACSS se conformado com aqueles resultados, o que revela inércia no campo da atuação. Outro aspeto não mais favorável prende-se com a falta de persuasão, com que atuou, sendo prova disso a falta de cooperação com as instituições do SNS e as suas congéneres noutros países.**

7.2.3. SOMOS COMPRAS, ACE

O Somos Compras, ACE, Agrupamento Complementar de Empresas, constituído e participado pelo SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais e outras entidades hospitalares, foi considerado central de compras, a par da unidade ministerial de compras assegurada pela ACSS, através do

⁵⁶ Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM).



Decreto-Lei n.º 200/2008, de 9 de outubro⁵⁷, que veio disciplinar o regime da constituição, da estrutura orgânica e do funcionamento das centrais de compras⁵⁸, “... enquanto sistemas de negociação e aquisição centralizados em benefício de entidades adjudicantes, podendo tais sistemas ser geridos por quaisquer entidades, públicas ou privadas, ou serviços públicos ainda que desprovidos de personalidade jurídica.”

Note-se que no mês anterior à publicação do referido Decreto-Lei, foi proposto à tutela pelo Somos Compras, ACE, um documento intitulado de “Análise Comparativa de Alternativas para o Funcionamento das Compras Centralizadas no Sector da Saúde”, com data de setembro de 2008. Neste documento, foram apresentados três cenários alternativos ao funcionamento das compras centralizadas no setor da saúde, em que o Somos Compras, ACE, fazia parte do elenco de todos eles como potencial central de compras públicas, o que leva a concluir que alternativas não existiam ao Somos Compras, ACE.

A pedido do Presidente da ACSS, o referido documento foi analisado, tendo sido objeto das críticas pelos próprios serviços da ACSS, como de seguida se transcreve, “A chamada [análise comparativa], (...) não incorpora estudos que sustentem as alternativas, mais parecendo uma carta de intenções, sendo que uma parte das atividades que se propõe a fazer há anos que está cometida por lei à Unidade Operacional de Contratos e Aquisições da ACSS (...) não são referidas as reais vantagens para o SNS, não apresentam estudos económicos e verdadeiras soluções alternativas ...”. Ou seja, a viabilidade económica do Somos Compras, na qualidade de central de compras, assim considerado nos termos do Decreto-Lei n.º 200/2008, de 9 de outubro, constituído e participado pelo SUCH e outras entidades hospitalares, assenta numa análise comparativa proposta pelo próprio Somos Compras, que como se constatou, foi objeto de críticas por parte da responsável da Unidade Operacional de Contratos e Aquisições da ACSS. Ainda assim, no ano seguinte o Somos Compras, ACE foi considerado, nos termos do disposto no n.º 1 do art.º 10.º do referido Decreto-Lei, “central de compras”, vindo, nessa qualidade a articular-se com a ACSS, através de protocolo celebrado em 2009⁵⁹.

Na sequência do Decreto-lei n.º 19/2010, de 22 de março, o Somos Compras, ACE, deixou de desenvolver as suas atividades atendendo às atribuições que o referido diploma atribuiu à SPMS por deliberação em assembleia geral de 21 de junho de 2011.

⁵⁷ Vd. art.º 10.º, n.º 1 “in fine”, do referido Decreto-Lei.

⁵⁸ Por força das diretivas comunitárias relativas à coordenação dos processos de adjudicação dos contratos públicos de fornecimento, dos contratos públicos de serviços e dos contratos de empreitada de obras públicas, transpostas para a ordem jurídica Portuguesa pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, que aprovou o Código dos Contratos Públicos (CCP), versa o art.º 260.º e seguintes deste código, que as entidades adjudicantes podem constituir centrais de compras para centralizar a contratação de empreitadas de obras públicas, de locação e de aquisição de bens móveis e de aquisição de serviços, tendo por principal atividade a adjudicação de propostas, a pedido e em representação das entidades adjudicantes na locação ou aquisição de bens e serviços destinados a entidades adjudicantes, bem como na celebração de acordos quadro. Estas entidades adjudicantes podem ainda constituir centrais de compras exclusivamente destinadas a um determinado sector da atividade, tal como aconteceu no setor da saúde.

⁵⁹ Autorizado por Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, com data de 30 de julho de 2009.



7.2.4. SPMS, EPE

Em 2010, foi decretado pelo Governo⁶⁰, a criação da SPMS⁶¹ – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), com a natureza de pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e de património próprio, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado.

Não existiram estudos de viabilidade económico-financeira, *ex ante*, que suportassem a decisão de criação das centrais de compras na área da saúde e que demonstrassem os ganhos efetivos para o SNS de qualidade e eficiência⁶².

A SPMS beneficia do direito exclusivo de prestar serviços partilhados, específicos da área da saúde, aos estabelecimentos e serviços do SNS e aos órgãos e serviços do Ministério da Saúde, sempre que estes recorram a uma solução de serviços partilhados inserida nas suas atribuições.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 19/2010, as atribuições da ACSS enquanto unidade ministerial de compras passaram para a SPMS⁶³. Por outro lado, também se estabeleceu que a SPMS deveria suceder na posição de central de compras do Agrupamento Complementar de Empresas “Somos Compras”, bem como nas posições jurídicas dos restantes ACE, “Somos Contas”, “Somos Pessoas” e das estruturas do SUCH, afetas ao funcionamento dos serviços partilhados nas áreas das compras, gestão financeira e recursos humanos, entidades estas a extinguir.

No que respeita aos referidos ACE, embora ainda não tenham sido extintos, os mesmos já não se encontram em atividade desde junho de 2011, não havendo por isso sobreposição no domínio dos serviços partilhados face à atividade da SPMS.

O processo da centralização de serviços partilhados e de aquisição de bens para o SNS ainda não se encontra definitivamente resolvido. A este respeito o Ministro da Saúde, no âmbito da terceira

⁶⁰ Através do Decreto-lei n.º 19/2010, de 22 de março, que procedeu à criação da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da saúde, EPE., e aprovou os seus Estatutos.

⁶¹ Como atribuições cabe-lhe a prestação de serviços partilhados específicos da área da saúde em matéria de compras e logística, financeiros e recursos humanos aos estabelecimentos e serviços do SNS. Neste âmbito tem por missão centralizar, otimizar e racionalizar a aquisição de bens e serviços e disponibilizar serviços de logística, possuindo atribuições em matéria de estratégia de compras, procedimentos pré-contratuais, contratação pública, logística interna, pagamentos e monitorização de desempenho.

A tutela económica e financeira da SPMS é exercida pelos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e da saúde. A supervisão dos níveis de serviço é exercida pela ACSS.

⁶² Recomendação à Ministra da Saúde: “ (...) Providenciar pela realização de um estudo de viabilidade económico-financeira na óptica microeconómica e macroeconómica/óptica do sector público, que avalie a viabilidade e racionalidade económicas da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, designadamente quanto à assunção, prevista no Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de Março, das posições jurídicas dos Somos Pessoas, ACE, Somos Contas, ACE e Somos Compras, ACE.” - Vd. “ Auditoria Orientada às aquisições de bens e serviços das instituições do SNS através do SUCH e de agrupamentos complementares de empresas por ele constituídas” – Relatório n.º 31/2010, 2ª Secção do Tribunal de Contas, na parte que respeita ao Somos Compras, ACE, ponto 12.4 do relatório. Refira-se que em, 2011, a SPMS elaborou um Plano estratégico 2011-2013, no qual contemplou o cenário da transmissão das posições jurídicas dos ACE do SUCH (Compras, Pessoas e Contas). No entanto, após a evolução legislativa operada em novembro de 2011, pelo Decreto-Lei n.º 108/2011, este plano foi atualizado e deixou de incluir a transmissão das posições jurídicas dos “Somos ACE” (Compras, Contas e Pessoas).

⁶³ Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro, atribuiu à SPMS competências no domínio dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação.



atualização ao Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica⁶⁴, quanto à medida adicional a implementar no setor da saúde⁶⁵, relativa ao reforço da aquisição centralizada de bens transversais e do fornecimento de serviços externos, vem referir, em junho de 2012, que *“Estando a concretização das citadas medidas calendarizadas já para o 2º semestre deste ano, (...) ainda não é possível antecipar qual a solução que será adoptada a final relativamente à natureza jurídica do SUCH.”*

Quanto à viabilidade económica da SPMS, foi apresentada pela mesma⁶⁶, o documento intitulado Plano Estratégico e *Business Plan*, onde são explanados vários cenários de evolução de resultados com projeção a cinco anos. Todos os cenários perspetivavam resultados positivos e crescentes, para além de contemplarem como pressupostos iniciais a transmissão dos ACE do SUCH, bem como a liquidação da conta caucionada dos empréstimos bancários. Posteriormente, o Plano estratégico 2011-2013, da SPMS foi atualizado, contemplando a nova realidade, a não inclusão dos “Somos ACE”.

A informação prestada naquele documento mais recente apenas perspetiva a evolução para o triénio 2011-2013 com base em documentos financeiros (balanço, demonstração de resultados e fluxos de caixa), sem a apresentação de pressupostos que sustentem os valores apresentados. A título de exemplo, refira-se o crescimento da rubrica vendas e prestações de serviços que entre 2011 e 2012 teve um crescimento de 381%, em virtude do acréscimo de serviços respeitantes às tecnologias de informação e comunicação (TIC)⁶⁷.

No âmbito das medidas tomadas pelo Governo para reformar o Sistema de Saúde e, em cumprimento dos objetivos constantes no documento “Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica”⁶⁸, foram estimados os potenciais ganhos pela SPMS, para as entidades do SNS, cifrando-se em € 15.000.000. Este valor que foi apresentado como tendo sido concretizado, em 2011, na verdade não passou de uma estimativa.

De seguida apresenta-se o quadro formulado pela SPMS, relativo às poupanças de fornecimento global no qual se incluem os medicamentos.

⁶⁴ Firmado pelo Governo Português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), ocorrida em 15 de março de 2012.

⁶⁵ Terceira atualização ao **Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, de 15 de março de 2012, Medida 3.59** – **“Promover a aquisição centralizada de veículos, serviços de provisão pública, fornecimentos e serviços exsternos, bem como de outros bens e serviços transversais a todas as entidades que integram o SNS, de forma a reduzir custos através de acordos de preços/volume, e combater desperdícios. Um plano de ação detalhado será publicado até novembro de 2012”.** *Nosso destaque.*(março de 2012).

⁶⁶ A SPMS informou, por último, que *“No que toca ao estudo de viabilidade económico-financeiro que serviu de suporte à criação da SPMS, EPE reiteramos a informação que não se encontra na posse da SPMS, EPE a existir tal estudo, ...”* – vd. Ofício 1546, de 03 de setembro, de 2012.

⁶⁷ No que respeita aos pressupostos do Plano Estratégico 2011-2013 da SPMS veio o Presidente do Conselho de Administração, alegar que *“... não se entende as perplexidades da auditoria sobre o aumento de 381% do volume das vendas e serviços prestados.”* Sobre esta alegação, refira-se que da análise do Plano Estratégico de 2011-2013, não se podia concluir que subjacente àquele incremento percentual pudesse estar associado o montante dos encargos com as TIC. Esta informação só se tornou evidente a partir da análise do contrato-programa recentemente celebrado entre a SPMS e a ACSS. (Proc.º nº 397/2012), visado em sessão diária de visto de 19 de março de 2012.

⁶⁸ Vg. Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - Os Cidadãos no Centro do Sistema / Os Profissionais no Centro da Mudança _ que versa sobre esta matéria, reforçando os objetivos enunciados no documento “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica”.



Quadro 1 – Poupanças de fornecimentos

	Clientes	Valor estimado pelos clientes	Valor adjudicação SPMS	Varição do custo
Medicamentos	ARSC+ARSLVT	29.646.225,40 €	25.132.388,08 €	- 4.513.837,32 €
Material de Consumo clínico	ARSC+ARSLVT	2.091.772,20 €	1.423.205,11 €	- 668.567,09 €
Reagentes	ARSC, MAC	690.714,93 €	513.662,37 €	- 177.052,56 €
Prestação de Serviços	MAC	501.997,13 €	416.954,04 €	- 85.043,09 €
Totais		32.930.709,66 €	27.486.209,60 €	- 5.444.500,06 €

Fonte: SPMS

Este valor de € 5.444.500,06 não é passível de ser considerado uma poupança real, já que resultava da diferença entre a agregação das estimativas de consumo de clientes e os valores adjudicados pela SPMS. Na sequência de esclarecimentos à resposta do contraditório, a SPMS informou que “desconhece qual a metodologia concreta utilizada pelos clientes para indicação dos seus preços de referência à SPMS, EPE”, fazendo “fé” nas declarações dos mesmos. Note-se que o referido cômputo de poupanças não se compadece com presunções de boa fé, mas antes com demonstrações numéricas fundamentadas em cálculos.

A SPMS reconheceu que “(...) uma auditoria da poupança efetiva seria possível, ou pela comparação com o preço mais recente registado na contabilidade desses clientes ou pelo valor de pré-cabimento que tenham efetuado quando solicitaram a aquisição via SPMS, EPE. Estes dados a SPMS, EPE não possui”⁶⁹. Contudo, esta omissão terá que ser suprida através da instituição de mecanismos de colaboração com os clientes, para que o sistema centralizado beneficie da transparência e da demonstração quantitativa das poupanças alcançadas no interesse dos contribuintes e dos utentes do SNS.

Acresce que a SPMS, no final do primeiro semestre de 2012 ainda não tinha confirmado as estimativas anteriores, embora tivesse assumido uma expectativa de poupança derivada da comparação de preços entre Contratos Públicos de Aprovisionamento sucessivos. Assim, a monitorização das poupanças fica condicionada ao reporte do cumprimento da medida 3.59 (março 2012)⁷⁰, constante do Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica.

Com base na informação recolhida, a atividade da SPMS tem-se baseado na continuidade dos procedimentos encetados pela ACSS, não havendo evidência de que esta central de compras tenha desenvolvido outros trabalhos relevantes, nomeadamente, trabalhos relacionados com estratégia de mercados, em matéria de aquisições de medicamentos e de material clínico⁷¹. Por sua iniciativa, foram lançados diversos procedimentos por concursos públicos, com anúncios publicados em finais de 2011, prevendo-se que a celebração dos respetivos contratos tivesse lugar em 2012.

⁶⁹ Vd. Ofício da SPMS, n.º 1546, de 3 de setembro de 2012.

⁷⁰ “Promover a aquisição centralizada de veículos, serviços de provisão pública, fornecimentos e serviços externos, bem como de outros bens e serviços transversais a todas as entidades que integram o SNS, de forma a reduzir custos através de acordos de preços/volume, e combater desperdícios. Um plano de ação detalhado será publicado até novembro de 2012.” - Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, 15 de março 2012.

⁷¹ Sem prejuízo das aquisições conjuntas para a ARS do Centro e Maternidade Dr. Alfredo da Costa e ainda os anticoncetivos para todas as ARS, em dezembro de 2011.



Analisada esta matéria, verificou-se pelos elementos dos concursos, em especial dos cadernos de encargos, que a cláusula que versa sobre o prazo de validade dos contratos prevê que o contrato vigore por um ano, renovável automaticamente até ao limite adicional máximo de três anos⁷².

Ora, este mecanismo de renovação automática dos contratos implica, por um lado, que deve existir um forte controlo e monitorização dos contratos, por outro lado, se façam prospeções de mercado com alguma frequência, tendo em conta a crescente introdução de novos medicamentos no mercado, como é o caso dos genéricos, bem como a constante oscilação dos preços dos medicamentos.

Tendo em conta que os anteriores contratos, celebrados pela ACSS, previam idêntica cláusula, tendo-se revelado um mecanismo ineficiente, porque os contratos renovavam-se automaticamente e só ao cabo dos três anos se faziam as atualizações que resultavam de novo concurso público, nomeadamente as relativas aos preços, ainda assim, verificou-se que a SPMS manteve aquele mecanismo, contrariamente à informação prestada pela própria entidade de que tinha havido uma alteração da cláusula relativa ao prazo de vigência dos novos Contratos Públicos de Aprovisionamento, que passaria a ser de um ano sem renovação, por ser uma periodicidade mais adequada⁷³.

A não inclusão de cláusulas que preveem a renovação automática dos contratos obriga à revisão dos mesmos, pelo menos ao fim de um ano. A não renovação automática cria a oportunidade de se proceder a uma atualização, considerando a entrada constante de novos produtos no mercado, tais como os genéricos e a oscilação dos preços que nem sempre é reportada à central de compras, quer por parte dos fornecedores quer por parte das entidades compradoras⁷⁴.

No que respeita à cláusula relativa ao prazo de vigência dos novos Contratos Públicos de Aprovisionamento, o Presidente do Conselho de Administração da SPMS em sede de alegações, refere que não seria exequível “... pelas seguintes razões:

(...)

- Se elaborássemos a avaliação financeira no final de cada ano, qualquer que fosse a conclusão, existiria sempre um período entre o fim de um acordo e o estabelecimento de um novo (processo que dura em média ¾ meses), em que o sistema não teria qualquer acordo-quadro de suporte;
- Mantendo a possibilidade de renovação, mesmo sendo nossa intenção lançar novos processos ainda em vigência de acordo existente (como temos feito recentemente), ainda que se atrase, por qualquer motivo procedimental o processo, nunca o sistema fica sem acordo-quadro;”

Também o Ministro da Saúde vem referir, em sede de contraditório, que “... qualquer alteração que se preconize para esta cláusula não poderá deixar de contemplar a prorrogação do acordo até que o processo de celebração de novo acordo-quadro esteja concluído. A existência de um hiato entre acordos-quadro poderá sim ser pernicioso para os processos de aquisição das entidades, sendo certo que a SPMS, EPE, deverá em qualquer circunstância, fundamentar junto da tutela o recurso à extensão dos acordos existentes por falta de conclusão atempada de um novo acordo.”

⁷² Nos termos do Código dos Contratos Públicos, artigo 256.º o prazo máximo de vigência dos acordos quadro pode ir até aos quatro anos.

⁷³ Informação prestada pela SPMS, no âmbito da Auditoria Orientada às Práticas de Gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, a SPMS, através do Ofício Ref.º 0230*09.02.12.

⁷⁴ Vd. Circular Informativa n.º 3, de 24 de março de 2010, da ACSS.



Face ao conteúdo das alegações apresentadas importa esclarecer que não se concluiu que a reavaliação do contrato culminasse necessariamente na denúncia ou na extinção do mesmo findo o prazo anual. Reitera-se o entendimento de que em cada contrato até ao final de cada ano de vigência seja efetuada uma avaliação das condições financeiras, de modo a sustentar a fundamentação, junto da tutela, sobre as vantagens que justificam a prorrogação do mesmo. Desse modo, afigurar-se-á possível comparar o que foi negociado e o que poderá vir a ser negociado em sede de procedimento futuro, ou mesmo considerando um possível aditamento ao CPA existente, em consonância com as alterações que possam ter ocorrido no mercado quanto aos preços, ou mesmo relacionadas com o desempenho por parte das entidades fornecedoras.

Outro dos aspetos que se pretende salientar tem a ver com a criação de um meio de comunicação a *News Letter*, que de uma forma prática e organizada, veicula a informação pertinente e atualizada sobre a atividade da SPMS nas mais diversas vertentes, como a relação da contratação prevista e o *status* dos concursos já iniciados, entre outros temas de interesse para os utilizadores.

Nos termos do Protocolo⁷⁵ de articulação da atividade, celebrado entre a ACSS e a SPMS em 2010, esta ficou responsável pela gestão do Catálogo da Saúde e pelo lançamento dos concursos públicos⁷⁶. A transferência efetiva dos serviços ocorreu no dia 15 de outubro de 2010 e, a partir daí e até ao final do ano de 2011 foram lançados 8 concursos públicos pela SPMS.

Presentemente, com a celebração de um contrato-programa entre a ACSS e a SPMS que teve por objeto, a definição dos objetivos e atividade para 2012-2014 em matéria de prestação de serviços relativa a sistemas de informação e comunicação e compras, foram estabelecidas, também, as contrapartidas financeiras aplicáveis ao ano de 2012.

Pelos serviços a prestar e, de acordo com a previsão que decorre do artigo 20.º, do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, constituem receitas das SPMS, entre outras, os proveitos resultantes do exercício da sua atividade, quaisquer outros rendimentos ou valores que provenham da sua atividade, cobranças por serviços prestados no âmbito do exercício das suas atribuições.

Sobre esta questão⁷⁷, a do pagamento dos serviços prestados, o responsável pelo Conselho de Administração, informou da forma que se transcreve, *“As atividades desenvolvidas pela S.P.M.S., enquanto Central de Compras para o sector específico da Saúde, (...) não implicam quaisquer encargos para os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional da Saúde. (...) foi definido estrategicamente pelo Conselho de Administração, não propor à tutela nenhuma tabela de preços neste sentido, fazendo refletir toda a poupança obtida nos organismos do SNS, (...) não tendo assim a SPMS, EPE, outro interesse que não seja a poupança para o SNS.”*

De um modo global, verificou-se que para além da criação das centrais de compras na área da saúde, não ter sido precedida de estudos da viabilidade económico-financeira e/ou relatórios de resultados

⁷⁵ Em cumprimento do disposto no n.º 3 do art.º 10.º do Decreto-Lei n.º 200/2008, de 29 de outubro, a ACSS e a SPMS celebraram um Protocolo de articulação, homologado por Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 6 de outubro de 2010, com produção de efeitos a 1 de outubro de 2010.

⁷⁶ Foram lançados 8 concursos públicos para aquisição de bens desde 2011.

⁷⁷ Numa reunião realizada em 21 de dezembro, convocada pela equipa de auditoria, junto da SPMS e posteriormente por fax n.º 33/12 – DA VI.1, de 25 de janeiro, p.p.



da atividade que pudessem sustentar a existência de eventuais ganhos efetivos para o sistema público de compras, a evolução da atividade inerente às referidas centrais é impercetível. Neste sentido pode-se afirmar que o potencial das centrais de compras tem vindo a ser subaproveitado.

Em sede de contraditório o Ministro da Saúde, informou que “... não se perspectiva a criação de novas centrais de compras públicas, sendo antes de salientar, conforme já comunicado em anterior informação prestada ao processo, que, ainda relativamente a 2012, se prevê que as compras centralizadas pela SPMS possam originar poupanças efetivas na ordem dos 60 milhões de euros.”

As alegações apresentadas não alteram as conclusões e recomendações formuladas sobre a criação de centrais de compras serem precedidas de estudos da viabilidade económico-financeira, uma vez que aquele dever decorre do art.º 8 do Decreto-Lei nº200/2008, de 9 de outubro. Contudo, considera-se relevante uma revisão cíclica (3 anos) dos estudos sobre a viabilidade, racionalidade económico-financeira e vantagens das centrais de compras públicas ou serviços partilhados, na perspetiva dos ganhos de qualidade e eficiência devidamente quantificados.

No que respeita à previsão das poupanças efetivas na ordem dos 60 milhões de euros, foi feita referência nas alegações que a respetiva informação já tinha sido prestada no decorrer da auditoria, no entanto considera-se não ser suficientemente esclarecedora para se concluir por uma poupança efetiva. Assim, mantém-se o texto do presente documento quanto a esta matéria.

8. CATÁLOGO DE APROVISIONAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE

O Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde consiste numa base de dados residente na entidade ministerial de compras, ao tempo disponibilizada pela ACSS e atualmente gerida pela SPMS que contém informação respeitante aos produtos, fornecedores, preços e condições de fornecimento, além de informação sobre os Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA) em vigência com referência ao concurso público que lhe deu origem.

O Catálogo foi concebido na perspetiva de ser utilizado como instrumento para a aquisição de bens e serviços, através de Contratos Públicos de Aprovisionamento, utilizando a *internet*⁷⁸ como veículo de comunicação. O catálogo dá cobertura às aquisições de medicamentos, material clínico e demais produtos hospitalares, com especial incidência nos medicamentos, tendo em conta que no que respeita ao material clínico a contratação existente é apenas residual.

Grande parte dos fornecedores constantes do Catálogo têm exclusividade no mercado para determinados medicamentos. Esta tradição está, todavia, a inverter-se, devido à crescente introdução no mercado de medicamentos genéricos o que tem imprimido maior dinamismo, mesmo a nível do processo de gestão do Catálogo. Além disso, a negociação direta com o fornecedor por parte dos hospitais é frequente, face à pouca cobertura do Catálogo relativamente aos materiais de consumo clínico – *vd.* Ponto 9.

⁷⁸ Endereço eletrónico do Cat@logo, www.Catálogo.min-saude.pt. O catálogo destina-se a facilitar as aquisições das instituições e serviços integrados no SNS, por desburocratizar os procedimentos de aquisição, garantir a transparência nas compras das instituições e serviços integrados no SNS, assegurar uma efetiva concorrência entre fornecedores e imprimir maior eficácia na gestão e controlo dos aprovisionamentos.



O hospital interessado na aquisição de determinado produto, como por exemplo um medicamento, que é o grosso do negócio da Central de Compras da Saúde, acede ao Catálogo, que lhe permite localizar o medicamento associado aos fornecedores que o disponibilizam, podendo estes ter a exclusividade da sua venda, ou não. Estes fornecedores, por sua vez, já tinham sido selecionados no âmbito de um concurso público, com base em critérios pré-estabelecidos, promovido e desenvolvido pela Central de Compras que gere o Catálogo com vista à celebração de um CPA.

Uma vez determinado(s) o(s) fornecedor(s) que reúna as condições necessárias para a execução das prestações, objeto do contrato, deve o hospital, na condição de entidade adjudicante, se vincular ao CPA, através de convite dirigido ao fornecedor para apresentação de propostas, circunscritas aos termos do Caderno de Encargos do Contrato Público de Aprovisionamento do medicamento, ou de outro produto pretendido.

Ao procedimento desenvolvido pela entidade que se vincula ao Contrato Público de Aprovisionamento, é aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto nos artigos 139.º e seguintes, do Código de Contratação Pública, que respeitam, essencialmente, à preparação da adjudicação e à negociação da proposta.

Por último salienta-se que as condições de fornecimento estabelecidas, em resultado das negociações diretas entre as entidades hospitalares e os fornecedores, bem como as alterações de preços, ou de outras condições de fornecimento a nível do mercado, deveriam ser comunicadas à ACSS e posteriormente à SPMS, para efeitos de divulgação por instituições e fornecedores e da celebração de aditamentos aos Contratos Públicos de Aprovisionamento, sempre que os cadernos de encargos os prevejam, o que nem sempre se verificou⁷⁹.

Apresenta-se um exemplo da SPMS, sobre o impacto financeiro das reduções de preços do mês de outubro de 2011, tendo por base as quantidades registadas nas previsões.

Em teoria, o Catálogo pode ser um processo dinâmico que potencie a concorrência entre os fornecedores. Contudo, constatou-se que falta dinamismo a este processo, uma vez que a gestão do Catálogo depende da iniciativa das centrais de compras a partir do conhecimento de necessidades dos adquirentes e da oferta do mercado e em última instância das decisões da Tutela.

Quadro 2 – Aditamentos de redução de preços

Contrato	Medicamentos	% média de redução efetuada	Valor da poupança gerada
CP 2010/2	Medicamentos sistema nervoso cérebro espinal	18,67%	43.024,88 €
CP 2010/5	Medicamentos anti-infecciosos	15,28%	71.147,01 €
CP 2008/6	Foro	15,00%	18.474,15 €
CP 2008/7	Hormonas	19,75%	15.168,82 €
CP 2008/14	Medicamentos diversos	20,75%	301,79 €
CP 2010/18	Medicamentos diversos	20,21%	860.259,27 €
Resultado			1.008.375,92 €
Contrato	Dispositivos	% média de redução efetuada	Valor da poupança gerada
CP 2008/26	Cateteres	6,11%	3.316,15 €
CP 2008/10	Penso terapêutico	2,85%	2.968,96 €
CP 2010/21	Penso tradicional	3,30%	- €
Resultado			6.285,11 €
* tendo por base quantidades registadas nas previsões			
Fonte: Publicação constante do Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde, de Novembro de 2011			

⁷⁹ Os preços de referência previstos no Catálogo e Aprovisionamento Público apenas poderiam sofrer alterações nos termos e nas condições expressamente previstas nos Cadernos de Encargos dos vários procedimentos de celebração dos CPA.



8.1. *Negociação*

Os procedimentos legais, previstos para a contratação pública⁸⁰, promovidos pelas centrais de compras, têm vindo a reger-se pela tramitação prevista no Código dos Contratos Públicos⁸¹ e o tipo de procedimento⁸² é o do concurso público ou o do concurso limitado por prévia qualificação, dada a dimensão da contratação que abrange compradores de todo o universo do SNS e, aos valores da despesa que geralmente ultrapassam os limiares comunitários.

Independentemente da forma como se aborda o mercado, toda a entidade promotora de uma negociação tem por obrigação conseguir os melhores preços junto dos fornecedores, por questões éticas, subjacentes às próprias atribuições que preconizam, quer se trate de central de compras, quer se trate dos hospitais, pois é a boa aplicação dos dinheiros públicos que se pretende de forma racional.

Tanto as centrais de compras, como as entidades hospitalares, que gerem os seus recursos, têm por obrigação negociar os melhores preços junto dos fornecedores, os preços mais vantajosos, bem como alcançar os demais benefícios financeiros almejando a obtenção de ganhos. Para isso não basta que as centrais de compras apresentem variações de preços de uns concursos para os outros, ou entre os diferentes preços praticados no mercado para o mesmo produto. É pois necessário que os resultados obtidos tenham por base uma fundamentação mais robusta que a que têm vindo a ser apresentada. Nas análises económicas devem ser utilizados indicadores como a inflação, os impostos, as taxas, descontos, ou seja, todos os fatores que podem influenciar os preços e o comportamento dos fornecedores.

Quando as centrais de compras apresentam dados sobre as poupanças, por terem comprado um produto por preço inferior, estas ditas poupanças por vezes não o são, ou não resultam de negociação. O que acontece é que o próprio fornecedor baixa o preço do produto no mercado, logo, numa próxima aquisição daquele produto o preço é necessariamente inferior. Ora, o que daqui se retira é que houve uma diminuição de preço, relativamente a determinado produto, em comparação com o seu preço anterior, isto não significa haver poupança para a instituição.

Ainda, sobre esta matéria, o Conselho de Administração da SPMS referiu, em sede contraditório, que “Define a auditoria que as poupanças só existem quando há negociação direta entre a Central de Compras e os fornecedores. Seria muito útil que fosse claramente identificada a norma legal habilitante e os casos de sua aplicabilidade...”. Importa esclarecer que, nos casos dados a conhecer através da documentação facultada no âmbito da presente auditoria, foram referidas poupanças resultantes da comparação de preços, para o mesmo produto, entre um concurso público existente e outro lançado posteriormente, ou seja não foram apresentadas verdadeiras poupanças pois os

⁸⁰ A celebração de contratos de fornecimento pelos serviços e estabelecimentos do serviço Nacional de Saúde deve ser feita de acordo com o disposto no artigo 259.º do Código dos Contratos Públicos e as condições de fornecimento estabelecidas com os fornecedores devem ser comunicadas à Central de Compras do Estado, a ACSS e posteriormente a SPMS.

⁸¹ Anteriormente o regime de realização de despesas públicas, com aquisição de bens e serviços, encontrava-se estabelecido no Decreto-Lei n.º 197/99, de 08 de junho.

⁸² *Vd.* artigo 265.º, do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro.



preços apresentados em cada concurso resultaram das condições existentes no mercado à data dos mesmos.

Considerando que não é possível a negociação direta por parte da central de compras como refere o Conselho de Administração da SPMS, só uma atuação proativa por parte da central, através do lançamento oportuno de concursos, é que pode gerar poupanças decorrentes do dinamismo do mercado concorrencial. A introdução de cláusulas de renovação automática nos Contratos Públicos de Aprovisionamento pode induzir a gestão passiva dos mesmos e impedir o aproveitamento das oportunidades que emirjam do mercado.

8.1.1. ACORDO GILEAD SCIENCES, LDA.

Um exemplo de negociação direta com o fornecedor é o do acordo que foi estabelecido entre a SPMS e a Gilead Sciences, Lda., “Acordo Relativo ao Fornecimento dos Medicamentos AMBISOME®, TRUVADA® e ATRIPLA® ao Serviço Nacional de Saúde no Ano de 2011”. A preparação da celebração deste acordo, começou com o Despacho conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e Finanças e da Saúde, de 30 de novembro de 2010, na parte que refere que “*III. No orçamento dos Hospitais EPE devem ser tidos em conta, no mínimo: (...) d) Recurso aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para a aquisição de antirretrovirais e medicamentos da área da oncologia;*”.

Depois, através do Despacho n.º 5820/2011, de 25 de março⁸³, o Secretário de Estado da Saúde mandou a SPMS, “*No âmbito da sua atividade...*” para a operacionalização do referido acordo que procurou “*... materializar as preocupações consagradas na lei do Orçamento do Estado para 2011, Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro.*”

Em sede de contraditório vem a Diretora-Geral da Gilead alegar que “*Permanecendo as unidades hospitalares, no contexto e apesar do Acordo, autónomas nas suas decisões de compra de medicamentos, é em última análise a decisão clínica por parte dos médicos que determina a escolha de um medicamento em detrimento de outros*”. Quanto a esta matéria é de salientar que, se por um lado a escolha que recai sobre determinado medicamento tem por base uma decisão clínica, por outro, também é verdade que todas as entidades ficaram vinculadas a adquirir os medicamentos antirretrovirais e antifúngicos ao abrigo do Acordo, por força do Despacho n.º 5820/2011, de 25 de março, isto é, mesmo aquelas que no âmbito da sua autonomia técnico-científica não seguiram a mesma decisão.

Naquele contexto, por determinação do Secretário de Estado da Saúde, foi celebrado o referido acordo entre o Ministério da Saúde, representado pela Central de Compras (SPMS) e a Gilead. Recorde-se que no âmbito da sua atividade a SPMS, tinha a obrigação de contratar os bens necessários à prossecução das suas atribuições respeitando as regras de contratação pública e de boa gestão aplicáveis às empresas do setor empresarial do Estado⁸⁴, o que não se verificou. O acordo Gilead não foi precedido de procedimento contratual. O facto de a Gilead ser titular exclusivo das substâncias objeto do acordo, não invalidava que aquela contratação se realizasse à luz do Código dos Contratos Públicos, visto que se prevê no referido código o tipo de procedimento por ajuste

⁸³ Este Despacho n.º 5820/2011, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, publicado em Diário da República, 2.ª série – n.º 66, de 4 de abril, foi precedido por um outro, o despacho conjunto do Ministério das Finanças e da Administração Pública e do Ministério da Saúde, assinado em 30 de novembro de 2010.

⁸⁴ Vd. n.º 2 do art.º 4.º do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março.



direto que enquadra esta situação e, nos termos do mesmo código, a celebração do respetivo contrato publicitada, pela entidade adjudicante, no portal da *internet* dedicado aos contratos públicos, o que não se verificou.

Relativamente ao Acordo Gilead, o mesmo não foi precedido de procedimento legal ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, estando, na sua génese, o Despacho proferido pelo Secretário de Estado da Saúde, de 25 de março de 2011, no sentido de mandar a SPMS para a celebração do referido acordo.

No que concerne à matéria em questão, cabe referir que o Acordo inicial da Gilead foi celebrado entre esta empresa e o primeiro Conselho de Administração da SPMS, tendo o atual Conselho de Administração sido nomeado em 11 de agosto de 2011, através do Resolução do Conselho de Ministros nº15/2011, publicada em 24 de agosto do mesmo ano. Assim, em sede contraditório, a SPMS, através deste último Conselho de Administração veio referir que "(...) este CA não promoveu o Acordo e não pretende renová-lo."

Quanto às alegadas preocupações, consagradas na Lei do Orçamento do Estado para 2011, no sentido de se reduzir a despesa pública, também aqui a solução do Acordo Gilead não foi a mais sensata, pois nos termos daquele acordo, quanto mais se consumisse, maiores benefícios poderiam ser obtidos pelas entidades compradoras, ou seja, o Acordo Gilead consistia num incentivo ao consumo e conseqüentemente o aumento da despesa.

Numa perspetiva financeira, a execução do acordo assentava na articulação de três variantes principais, tais como as quantidades adquiridas por cada entidade, os prazos de pagamento à Gilead/fornecedor e as quantidades globais de cada um dos medicamentos encomendados, tendo para aquele efeito sido estabelecidos diversos patamares como de seguida se apresenta para o medicamento ATRIPLA®, como exemplo.

ATRIPLA®		
Condições Comerciais – Quantidades mínimas para atribuição do desconto previsto na Cláusula 2.1		
	Faturação	Desconto (sobre Preço Unitário)
1º Patamar	≥ 52.872 unidades € 42.367.920	10%
2º Patamar	≥ 54.000 unidades € 43.271.820	12%
3º Patamar	≥ 60.000 unidades € 48.079.800	14%
4º Patamar	≥ 64.000 unidades € 51.285.120	15%

Fonte: Anexo II, ao Acordo Relativo ao Fornecimento dos Medicamentos AMBISOME®, TRUVADA® e ATRIPLA® ao SNS no ano de 2011

Note-se que estes descontos, em forma de *rappel*, só seriam concedidos pela Gilead às entidades hospitalares se as respetivas faturas fossem integralmente pagas no prazo de 90 dias após a data de emissão das mesmas. Quanto ao *rappel*, em sede de contraditório, a SPMS, alegou que "(...) Com o acordo que estava firmado a única alteração possível era incrementar o valor do desconto financeiro na forma existente, não se revendo este CA, nem promovendo soluções de *rappel*." Anteriormente a mesma entidade já se tinha pronunciado no mesmo sentido⁸⁵.

⁸⁵ Na informação prestada em sede do exercício do contraditório, no âmbito da Auditoria Orientada às Práticas de Gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, a SPMS nas suas alegações, prestadas através do Ofício Ref.º 0230*09.02.12, referiu a título de sugestão para recomendação que "(...) seja desaconselhada qualquer prática que retire transparência e concorrência no mercado (*rappel*, protocolos, etc...);" e que "(...) o *rappel* é um estímulo ao consumo e que retira transparência aos preços praticados no mercado."



Cabe ainda salientar que a SPMS garantiu nos termos daquele Acordo, (3. Obrigações da SPMS), que iria disponibilizar aos estabelecimentos aderentes, um sistema de garantia de pagamento, contratualizado com um sindicato bancário nacional – operação financeira sob a sua direção, através do qual assegurava que todas as faturas, devidamente validadas pelas respetivas entidades, seriam integralmente pagas no prazo máximo de 90 dias, respondendo nestas condições como principal pagadora. Ou seja, o acordo não só consubstanciava um incentivo ao despesismo como ao endividamento das entidades compradoras com o aval do Estado.

No âmbito do contraditório veio a SPMS informar quanto à obrigação de constituir uma linha de crédito, que a mesma “... era ilegal, porque não podia a SPMS recorrer a tais créditos sem autorização do Ministro das Finanças, como economicamente desastrosa, tendo em conta um desconto de apenas 2%”. Mantém-se inalterado o texto do presente documento, pois a informação prestada veio corroborar a análise feita sobre esta matéria.

No que respeita ao incentivo ao despesismo, a Diretora-Geral da Gilead, em sede de contraditório considerou “... que uma afirmação de despesismo não pode encontrar justificação suficiente no facto de os descontos concedidos através do Acordo se configurarem como *rappel*, i.e. serem aplicados em função do volume de aquisições. Na verdade o simples facto de os descontos serem calculados através de *rappel* não implica necessariamente um aumento da despesa face à que se verificou até à data. Pelo contrário, a aplicação do *rappel* permitiu que os hospitais do SNS pudessem, em função das necessidades dos seus doentes e das opções clínicas dos médicos, adquirir medicamentos por um preço inferior àquele que seria praticado em condições normais.”.

Refere ainda que, “...os volumes de aquisições acordados como patamares para obtenção de descontos foram calculados pela Gilead, e aceites pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E (...) tendo por base os doentes já em tratamento com os medicamentos em causa, e as previsões de doentes que, de acordo com os critérios clínicos habitualmente utilizados, deles iriam necessitar ao longo do ano de 2011.” Mais refere que, “... o Acordo permitiu a celebração de protocolos com hospitais que alinharam com os pressupostos previstos no Acordo central, o que se traduziu globalmente numa poupança de 6 milhões de euros, sendo certo que, se o Acordo central tivesse sido operacionalizado a redução de custos poderia ter sido de pelo menos 17 milhões de euros e contribuído, pois, de um modo ainda mais significativo para o fim último das partes envolvidas de assegurar a sustentabilidade do SNS português.”.

A propósito dos argumentos aduzidos, no que respeita ao Acordo incentivar o consumo e propiciar o despesismo, considera-se verdade quanto ao Acordo inicial, uma vez que para as entidades beneficiarem de descontos mais elevados teriam objetivamente comprar em maior quantidade, independentemente das necessidades.

Acresce que, aquando da negociação do acordo celebrado entre a SPMS e a Gilead, deveria a Central de Compras ter negociado preços mais baixos sobre os medicamentos de forma a que os hospitais beneficiassem dos mesmos sem que tivessem, individualmente, de recorrer aos mecanismos previstos naquele Acordo sobre a obtenção de descontos (*Rappel*).

Com base na informação prestada pela Gilead, solicitada a título de esclarecimento, sobre a redução de custos de 17 milhões de euros, verificou-se que os pressupostos apresentados pela mesma, no



sentido de justificar a referida poupança, assentam no “... *facto de estar a ser tido em conta um universo de doentes que se encontrava em terapêutica antirretroviral e que de acordo com as indicações terapêuticas e respetiva situação clínica poderiam apresentar critérios clínicos para utilização dos medicamentos da Gilead, e no facto de todos os anos iniciarem terapêutica novos doentes que (...) poderiam reunir critérios clínicos para utilização da medicação da Gilead*”.

Ora, conforme questionário promovido sobre esta matéria, junto das entidades hospitalares do SNS, no âmbito da auditoria verificou-se que os critérios clínicos dependem da avaliação que o médico prescriptor faz do doente, caso a caso. Só o médico é que pode definir qual a terapêutica, tendo-se constatado que existiam doentes que não tinham indicação para os medicamentos da Gilead, por diversas razões, designadamente considerando os efeitos secundários, ou outras doenças associadas. Refira-se ainda que os hospitais têm autonomia para decidir os protocolos clínicos a adotar que poderão não contemplar os medicamentos de Gilead, uma vez que têm em conta o perfil clínico dos seus doentes.

Face às alegações apresentadas, mantém-se as conclusões e recomendações formuladas inicialmente.

Entretanto, foi autorizada a renegociação deste acordo, por despacho do Secretário de Estado da Saúde, proferido em 27 de setembro de 2011. Em 3 de novembro do mesmo ano foi autorizada a SPMS a proceder à divulgação dos termos e condições resultantes do processo de renegociação do Acordo, uma vez que esta entidade não obteve financiamento bancário de modo a disponibilizar uma garantia bancária aos hospitais para pagamento dos valores em dívida à Gilead.

Em resultado da análise do novo Acordo verificou-se que a única alteração a assinalar advém das condições comerciais que deixaram de contemplar níveis de consumo vs desconto, passando a ser concedido um desconto fixo de 6% em qualquer caso, desde que o pagamento das faturas se efetuasse a 90 dias e, sobre a restante dívida desde que o prazo geral para o pagamento não ultrapassasse os 180 dias antecedentes ao final do ano de 2012, (31.12.2012). Este desconto seria feito sob a forma de *rappel*, a pagar em 2012.

No que respeita à renegociação das condições inicialmente estabelecidas no acordo, a Gilead vem esclarecer que a mesma “... *resultou de solicitações expressas da SPMS, tendo em conta a dificuldade dos hospitais em pagar as faturas no prazo acordado de 90 dias. Assim, apesar do sistemático incumprimento do prazo de pagamento das faturas por parte dos hospitais do SNS, a Gilead, ciente da difícil situação económica e financeira em que estes se encontravam, acedeu ao pedido da SPMS, acordando em ajustar as condições para a concessão dos descontos acordados, mantendo contudo a possibilidade de aqueles obterem as referidas vantagens*”. Face ao exposto cabe acrescentar que a renegociação do Acordo, não se ajustou apenas ao interesse dos hospitais como também ao da Gilead enquanto parte interessada em continuar a fornecer os medicamentos nessas condições.

No sentido de se apurar em que medida o Acordo com a Gilead poderia ser determinante para a alteração de planos terapêuticos no tratamento de infeções com VIH foi efetuado um questionário a todos os hospitais do SNS. Da análise das respostas conclui-se que, em regra, as entidades hospitalares seguem as *guidelines* nacionais, nomeadamente as da Comissão Nacional da Luta Contra a Sida e/ou as da *European Aids Clinical Society*, onde os fármacos antirretrovirais comercializados pela Gilead estão considerados como primeira opção terapêutica, não tendo sido adotados



esquemas terapêuticos diferentes dos já existentes nos hospitais em consequência do acordo com a Gilead.

Algumas das entidades hospitalares referiram que para além do medicamento ATRIPLA® (combinação do tenofovir+emtricitabina+efavirenze), comercializado pela Gilead, ser exclusivo desta empresa, é também considerado preferencial por se tratar de um regime de comprimido único e desta forma facilitar a adesão à terapêutica. Por outro lado, a alternativa ao medicamento ATRIPLA®, também considerado como primeira opção nas *guidelines* europeias, não se pode aplicar a todos os doentes, uma vez que existem várias contraindicações clínicas.

Da informação recolhida verifica-se existirem diversos esquemas terapêuticos no tratamento de infeções com o vírus da imunodeficiência humana, optando, algumas dessas entidades por esquemas que não sendo a primeira opção nas *guidelines* (onde se inclui os fármacos objeto do acordo com a Gilead), apresentavam custos mensais por doente mais baixos.

Constatou-se, ainda que o prazo médio de pagamento dos hospitais do SNS, que responderam ao questionário, à Gilead foi, em 2010, de 230 dias, (considerando 18 hospitais) e de 314 dias (considerando 22 hospitais) em 2011, tendo as aquisições efetuadas à Gilead totalizado cerca de € 76.910. 679 (com IVA), em 2011 (apuramento efetuado em 29 hospitais do SNS).

Face aos prazos de pagamento apresentados por estas entidades conclui-se que a grande maioria dos hospitais não se encontravam em condições financeiras para dar resposta ao requisito previsto no referido Acordo para a obtenção do desconto em forma de *rappel*, ou seja, o pagamento integral das faturas no prazo de 90 dias, portanto aquele requisito revelou-se inócuo.

Também o facto de se ter inserido aquele requisito no Acordo, poderia levar a que os hospitais para conseguirem o referido desconto, pagassem a este fornecedor dentro do prazo dos 90 dias, em detrimento de outros, cujos prazos de pagamento são superiores, em média, a 120 dias. Esta situação poderia levar ao favorecimento de determinado fornecedor em relação aos demais, tanto mais que o referido Acordo previa inicialmente um sistema de garantia de pagamento, do qual se asseguraria o pagamento das faturas da Gilead até aos referidos 90 dias.

8.2. *Atualização de preços dos produtos no Catálogo*

Ao longo da vigência de um Contrato Público de Aprovisionamento caso entrasse no mercado um novo fornecedor com preços mais baixos para determinado artigo patenteado no Catálogo, só através de um posterior procedimento para a contratação, este fornecedor teria hipótese de ser incluído no Catálogo, desde que se habilitasse para aquele fim.

Outra forma de se atualizarem os preços dos artigos no Catálogo foi através de aditamentos aos Contratos Públicos de Aprovisionamento em execução, tendo em conta que durante o prazo de vigência dos Contratos Públicos de Aprovisionamento podem ocorrer alterações de ordem financeira e técnica. Exemplo disso foi a redução de preços apresentada por um fornecedor, no âmbito do concurso público n.º 2010/18 – medicamentos do consumo geral (016 E P16). Esta situação, a do aditamento de redução de preços, encontrava-se prevista na alínea b) do n.º 4 da Clausula 10ª do respetivo Caderno de Encargos do concurso.



Supondo-se que determinado fornecedor constante do Catálogo baixava os preços dos produtos que comercializava em resultado de uma negociação com determinado hospital através do *call off*, deveria comunicar esta alteração à Central de Compras, ou outras, para efeitos de divulgação. A obrigação de comunicar as alterações das condições de fornecimento tanto cabe ao fornecedor como à entidade compradora, conforme previsto na Circular Informativa da ACSS nº 03, de 24 de março de 2010, publicada no respetivo sítio eletrónico.

8.3. Monitorização/supervisão

Desconhece-se o grau de satisfação dos utilizadores do Catálogo, quer dos fornecedores, quer das instituições e serviços do SNS, tendo sido informado, nunca ter havido iniciativa neste sentido, a de se proceder a sondagens junto das entidades compradoras. Embora não previstas na lei, estas tarefas revelam um dever de cuidado e uma boa prática de gestão.

8.4. Avaliação de fornecedores

Não existe evidência de ter sido feita uma avaliação de fornecedores, complementar à prevista na lei, em sede de procedimento de concurso público. Os responsáveis pelas Centrais de Compras informaram que a avaliação feita aos fornecedores é a que decorre da lei, quanto às capacidades técnicas e financeiras, em sede de procedimento de concurso público.

Portanto, os responsáveis pelas centrais de compras públicas nunca se esforçaram por saber se os fornecedores, seus adjudicatários têm honrado os seus compromissos junto das entidades compradoras suas clientes, através do cumprimento pontual dos fornecimentos.

Nas alegações da SPMS foi referido que relativamente à avaliação dos fornecedores “...*sugere que se façam avaliações à margem da Lei?*”. No sentido de esclarecer os aspetos que não terão sido alcançados pela SPMS em sede de contraditório, reitera-se a importância de a mesma avaliar os fornecedores quanto ao cumprimento pontual dos Contratos Públicos de Aprovisionamento.

Também não se encontrou evidência de terem desenvolvido estratégias, tendo em conta fatores como o comportamento dos fornecedores no mercado e as oscilações dos preços praticados, no sentido de se acautelar a revisão dos Contratos Públicos de Aprovisionamento.

9. NEGOCIAÇÃO DIRETA COM OS FORNECEDORES

9.1. Por entidade hospitalar

A negociação direta com o fornecedor por parte dos hospitais é frequente, face à pouca cobertura do Catálogo relativamente aos materiais de consumo clínico, tal como se constatou no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, que tem um mestre de artigos de cerca de 9.000 produtos enquanto o Catálogo apresentava apenas 697.

Os hospitais, nestes casos, promovem a contratação no mercado ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, escolhendo o tipo de procedimento que mais se adegue à aquisição pretendida.



Por vezes, não obstante determinado produto constar do Catálogo, como é o caso dos medicamentos, ainda assim o hospital comprador dirige-se a um fornecedor exterior ao Catálogo conseguindo negociar o mesmo produto a um preço mais baixo. Neste sentido foi recolhida informação, nas entidades hospitalares auditadas, sobre as eventuais poupanças obtidas, da diferença entre o preço constante do Catálogo e aquele que resultou da negociação direta com fornecedor que não consta do Catálogo, relativamente ao mesmo produto.

Quadro 3 – Poupanças obtidas em 2011 com as aquisições de medicamentos fora do Catálogo

Centro Hospitalar Barreiro Montijo	€ 965.560,53 (cfr. quadro I do Anexo I – Vol.II)
Hospital Garcia de Orta	€ 1.651.817,73 (cfr. quadro II do Anexo I- Vol. II).
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	€ 884.991,29 (cfr. quadro III do Anexo I- Vol. II).

Fonte: Unidades Hospitalares

Quanto às poupanças obtidas com aquisição de medicamentos, a SPMS informou ainda que, *“Os valores citados na auditoria são diferentes dos reportados pelos Hospitais ao Infarmed quer em volume quer no preço médio.”* Salientou ainda que um determinado artigo *“... adquirido na quantidade de 19892 pelo Hospital Fernando Fonseca com uma poupança de € 235.720,2 constatamos o seguinte: se a poupança fosse toda efetuada com o acordo anterior (2008-14) em que o preço unitário mais baixo era de €23, o HFF teria adquirido ao valor unitário de €11,10. Mas esse valor não representa grande poupança pois o concurso 2010-05, de maio, o preço máximo para aquisição dos Hospitais já tinha baixado para €10,2.”*

A este respeito, ainda que os preços unitários apresentados pela SPMS tenham sido os mais baixos fixados no catálogo, para determinado medicamento, mesmo assim, continuam a ser substancialmente superiores ao preço unitário⁸⁶ (sem o desconto de 12,5%) negociado pelo HFF com fornecedores fora do catálogo.

Quanto às quantidades do consumo de medicamentos reportadas pelo HFF ao Infarmed, constatou-se através de informação prestada a título de esclarecimentos, que as divergências assinaladas pela SPMS resultaram de constrangimentos nas aplicações informáticas do HFF que não permitiam a integração correta de dados de consumo e custo médio. No entanto, o hospital desde o início de 2012 que procede ao carregamento do consumo mensal, encontrando-se em curso a regularização do carregamento do histórico dos anos anteriores. Repare-se que este processo deveria ter sido mais célere, ou seja, decorridos mais de 6 meses, o HFF, já deveria ter retificado o reporte de dados ao Infarmed, de forma a que a informação prestada e partilhada fosse coerente.

No Centro Hospitalar Barreiro Montijo verificou-se que, no caso do medicamento Docetaxel 80 mg, em 2011, este constava no Catálogo pelo montante de € 400/unidade e foi adquirido por esta entidade hospitalar por € 41,72/unidade (89,57% de poupança) e no Hospital Garcia de Orta por € 55,00/unidade (86,25% de poupança), a outros fornecedores que não se encontravam no referido Catálogo. O Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE veio ainda precisar, em sede de contraditório, no que concerne ao medicamento Docetaxel 80 mg, que *“... foi ao preço unitário de 55€, mas com a oferta de 26% em produto, o preço final era de 40,7€.”*

⁸⁶ O preço unitário em desconto negociado pelo HFF com fornecedores fora do catálogo para o medicamento em causa, foi de € 4,55.



Quadro 4 – Rappel obtido com a aquisição de medicamentos

	Unid. Euro					
	2009			2010		
	compras*	rappel	%	compras*	rappel	%
C.H.Lisboa Norte	128.712.920	23.238.973	18%	141.200.950	26.197.657	19%
C.H.Barreiro Montijo				15.622.760	616.074	4%
H. Fernando Fonseca	26.170.185	581.865	2%	30.094.161	1.421.024	5%
H. Garcaia de Orta	38.558.064	1.742.707	5%	36.416.927	2.281.644	6%

* Compras de medicamentos deduzidas das respetivas devoluções
 Fonte: Balancetes analíticos dos hospitais e informação dos Serviços Financeiros

A mais-valia da negociação direta com o fornecedor consistiu na possibilidade de se obterem descontos comerciais e financeiros nos quatro hospitais auditados. Em 2010 os montantes obtidos em *rappel* com medicamentos chegaram a atingir 19% do total de compras efetuadas pelo Centro Hospitalar Lisboa Norte, conforme se evidencia no Quadro 4.

Também com o material de consumo clínico as entidades obtiveram descontos em *rappel*, destacando-se novamente o Centro Hospitalar Lisboa Norte, que em 2010, atingiu cerca de 6% do total de aquisições com este material.

Quadro 5 - Rappel obtido com a aquisição de material de consumo clínico

	Unid.:euros					
	2009			2010		
	Compras *	Rappel	%	Compras *	Rappel	%
C.H.Lisboa Norte	32.916.961	2.017.074	6,1%	39.052.489	2.274.653	5,8%
C.H.Barreiro Montijo				3.400.376	37.065	1,1%
H.Fernando Fonseca	15.396.954			12.928.623	145.339	1,1%
H.Garcia de Orta	15.230.477	190.446	1,3%	13.400.817	64.712	0,5%

Fonte: Unidades Hospitalares
 * Compras de material de consumo clínico, deduzidas de devoluções

O Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE, em sede de contraditório, acrescentou que para além do *rappel* obtido em 2010, e referenciados no quadro 4, obteve ainda poupanças com “... as aquisições fora do Catálogo (1 651 817€) e as ofertas em produto (358 487€), que totalizaram 4 291 948€, o que significa cerca de 11% do total dos consumos (medicamentos).”.

Quadro 6 – Prazo médio de pagamento das entidades hospitalares

	Unid.: Dias															
	Centro Hospitalar Lisboa Norte				Centro Hospitalar Barreiro Montijo				Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca				Hospital Garcia de Orta			
	4T 2009	4T 2010	%Δ	2T 2011	4T 2009	4T 2010	%Δ	2T 2011	4T 2009	4T 2010	%Δ	2T 2011	4T 2009	4T 2010	%Δ	2T 2011
Prazo médio de pagamento *	137	263	92%	344	150	251	67%	341	77	146	90%	175	133	297	123%	335

Fonte: ACSS,IP
 *Abrange todos os fornecedores

Para além dos descontos comerciais que as entidades obtiveram junto dos fornecedores, constatou-se ser cada vez mais difícil obter descontos financeiros, uma vez que os prazos médios de pagamento nos últimos anos agravaram-se significativamente, como se pode observar no quadro 6.

Sobre este assunto, refira-se que o facto de um fornecedor não constar do Catálogo por não ter participado em determinado concurso público e a ineficácia do processo de dispensa da obrigatoriedade da aquisição através de Contrato Público de Aprovisionamento, pode não acautelar



os princípios da economia, eficiência e eficácia da despesa pública que obrigam a que as aquisições públicas sejam feitas ao preço mais vantajoso, cfr. ponto 11.

9.2. *Agrupamento de entidades hospitalares*

A centralização de compras assenta na premissa de que “comprar em maior quantidade é vantajoso por se conseguirem preços mais baixos” tendo em conta a economia de escala e os descontos que desta forma se podem obter. Ora, tendo por base aquelas premissas, o agrupamento das entidades hospitalares permitiria um maior poder de negociação junto dos fornecedores.

O que se verificou relativamente a esta matéria é que por parte dos hospitais auditados apenas se obteve evidência consubstanciada num projeto piloto, promovido pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo, o Hospital de Setúbal e o Hospital Garcia de Orta, encontrando-se em curso, à data do trabalho de campo da auditoria. Posteriormente, o CHBM informou, que *“Apesar do CHBM, EPE, ter tido a iniciativa de contactar os dois Hospitais na margem Sul, Centro Hospitalar de Setúbal e Hospital Garcia de Orta, para a realização de negociações conjuntas, na área dos medicamentos nada se concretizou.”*⁸⁷

Quanto ao facto do agrupamento das entidades hospitalares permitir um maior poder de negociação, o Conselho de Administração do HGO em sede de contraditório, informou que se encontra em apreciação por 2 hospitais da Península de Setúbal uma *“... proposta do HGO para negociações de aquisição de material de osteossíntese.”*. Regista-se com apreço a informação prestada quanto a esta matéria.

No mesmo sentido, em sede de contraditório, a SPMS juntou cópia de uma carta que lhe foi dirigida por um grupo de 14 hospitais da Região Norte dando-lhe conta da constituição de um agrupamento de entidades adquirentes com o objetivo de otimizar as condições pré-contratuais definidas nos Contratos Públicos de Aprovisionamento.

Do lado das centrais de compras, existe evidência de, em 2009, ter sido feito um pedido de colaboração por parte da ACSS, junto das entidades hospitalares, para a aquisição de medicamentos⁸⁸ e de material clínico⁸⁹. Esta colaboração, solicitada pela ACSS, em ofício dirigido aos responsáveis pelos conselhos de administração dos hospitais e aos das Administrações Regionais de Saúde, consistia em agrupar as encomendas das entidades que quisessem aderir ao fornecimento daqueles produtos, por um período de um ano. Os Contratos Públicos de Aprovisionamento, suporte da aquisição, já existiam para aqueles produtos, bastando que as entidades através do sítio da internet, www.catalogo.min-saude.pt, confirmassem as quantidades do consumo daqueles produtos. Não foi, contudo, obtida colaboração por parte das entidades contactadas para aquele efeito, tendo-se constatado novamente a falta de poder de persuasão por parte da ACSS.

⁸⁷ Informação prestada pelo responsável do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, através de e-mail do dia 08 de março de 2012.

⁸⁸ Medicamentos do foro oncológico, hormonas e outros medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas.

⁸⁹ Material de incontinência e alívio de pressão.



10. OBRIGATORIEDADE DA CONTRATAÇÃO CENTRALIZADA DE BENS E SERVIÇOS

Tem sido entendimento, por parte dos hospitais EPE, que as aquisições de bens e serviços, de um modo geral, regem-se pelas normas do direito privado e não pelas da contratação pública. Refira-se que a norma legal⁹⁰ que previa que a aquisição de bens e serviços por estas entidades se regia pelas normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do regime do direito comunitário relativo à contratação pública, foi expressamente revogada pela alínea o) do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, o Código dos Contratos Públicos.

À luz deste código, até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 149/2012, de 12 de julho, a formação dos contratos a celebrar pelos hospitais EPE, estava excluída da parte II, sempre que o valor fosse inferior ao referido na alínea b) do artigo 7.º da Diretiva n.º 2004/18/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, que atualmente se cifra em € 200.000,00. Com a entrada em vigor daquele diploma foi eliminada esta exceção à aplicação integral do regime de contratação pública, passando os hospitais EPE a estar sujeitos a essa aplicação.

Existem duas vias de aquisição de bens e serviços por parte dos hospitais EPE. Uma é a da aquisição através da central de compras, podendo os CPA ser tornados vinculativos, por meio de despacho do membro do Governo responsável. A outra via de aquisição de bens e serviços por parte destes hospitais, é através da contratação pública ao abrigo do Código dos Contratos Públicos.

10.1. Contrato Público de Aprovisionamento

No que respeita, em especial, aos medicamentos verificou-se que as entidades auditadas, para além de se aprovisionarem com recurso ao Catálogo, compravam também a fornecedores externos, que não constavam de entre os fornecedores concorrentes para a celebração de um Contrato Público de Aprovisionamento. Afirmaram que desta forma obtiveram preços mais baixos, e apresentaram os valores das respetivas diferenças.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte é das entidades auditadas a que se cinge ao Catálogo, embora tenha desenvolvido uma unidade de negociação, na direta dependência do Conselho de Administração, vocacionada para chamar os fornecedores constantes no Catálogo para negociar, tendo desta forma, conseguido poupanças, reflexo da baixa de preços e outros descontos comerciais.

Quanto à matéria em apreço, o Conselho de Administração do CHLN, EPE, em sede de contraditório, alegou que “... não recorre a esse tipo de aquisições, ao contrário das demais entidades auditadas, que já fizeram ou solicitaram autorização ministerial para tanto. Informou ainda que “... o CHLN não é indiferente à mesma, tencionando em breve solicitar a sua dispensa à obrigatoriedade de aquisição de determinados medicamentos ao abrigo de Contratos Públicos de Aprovisionamento vigentes, com base na demonstração da respetiva sustentabilidade económico-financeira, em benefício da poupança do erário público.”.

Tendo em consideração que o Centro Hospitalar tenciona no futuro recorrer ao pedido de dispensa à obrigatoriedade de aquisição de determinados medicamentos ao abrigo de Contratos Públicos de Aprovisionamento, deve o mesmo ter em conta os procedimentos mencionados no ponto 10.3 da

⁹⁰ Art.º 13.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.



parte que respeita à alegação da SPMS. Assim, como deve ter em conta a oportunidade do negócio, porque o tempo decorrido de um processo desta natureza, desde o seu início até à decisão final deveria ser reduzido a um prazo não superior a 30 dias.

Quadro 7 – Poupanças obtidas com a aquisição de medicamentos e material de consumo clínico

	Unid.: euros		
Centro Hospitalar Lisboa Norte	2009	2010	2011
Rappel	23.238.973	26.197.657	19.799.399
Variação Preço	1.760.143	2.631.571	2.760.929
Outros	729.439	402.593	149.543
Total	25.728.555	29.231.821	22.709.871
Os valores incluem IVA.			
Fonte: Unidade de negociação de compras			

Quanto à obrigatoriedade do Contrato Público de Aprovisionamento, já a Portaria n.º 1176-A/2000, de 14 de dezembro, que veio alargar a competência do IGIF na celebração de Contratos Públicos de Aprovisionamento para o funcionamento de bens e serviços no setor da saúde, dispunha que os Contratos Públicos de Aprovisionamento deveriam ser celebrados pelo IGIF, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho, devendo os mesmos ser homologados pelo Ministro da Saúde através de portaria.

Mais estabeleceu sobre a possibilidade daqueles contratos públicos serem obrigatórios para as instituições e serviços do SNS, aproveitando a quaisquer outras entidades que manifestassem o seu interesse em beneficiar das condições contratuais fixadas. Para tanto, no despacho de aprovação das cláusulas gerais do programa do concurso e do caderno de encargos dos contratos públicos, o Ministro da Saúde deveria indicar no despacho, se o Contrato Público de Aprovisionamento era obrigatório. A título de exemplo apresenta-se transcrição de uma cláusula de um programa de concurso:

- “ 1. As aquisições dos bens abrangidos pelo presente concurso são de carácter obrigatório para as Instituições e Serviços do Serviço Nacional de Saúde, exceto se dispensadas por despacho do Ministro da saúde, podendo essa competência ser delegada e subdelegada.*
- 2. A dispensa referida no número anterior pode resultar, designadamente, do surgimento no mercado de medicamentos genéricos que desempenhem a mesma função terapêutica dos medicamentos que constituem objeto do presente contrato.”*

A partir do ano de 2008, com maior expansão no ano de 2009, foram homologados os CPA, cada um pela respetiva Portaria, a qual validava as condições de aprovisionamento constantes dos contratos e tornava obrigatória a aquisição ao abrigo do CPA para as instituições e serviços do SNS, salvo dispensa mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde. A partir do ano de 2011, a portaria de homologação foi substituída pela figura do despacho do Secretário de Estado, mantendo-se os mesmos termos e condições.

Presentemente, esta matéria da centralização das compras públicas, encontra-se disciplinada no Código dos Contratos Públicos, no Título V, que respeita aos acordos-quadro. O artigo 255.º, n.º 2, deste diploma legal, dispõe que “2 – *Salvo disposição em contrário constante do caderno de encargos relativo ao acordo quadro, as entidades adjudicantes não são obrigadas a celebrar contratos ao seu abrigo.*”



As explicações sobre esta matéria têm sido dirigidas pela tutela aos responsáveis pelos conselhos de administração de todas as instituições do SNS, por meio de circulares da SPMS. Estas circulares, apesar de esclarecedoras não indicam a respetiva base legal, perdendo desta forma parte da sua virtude e eficácia por persistirem dúvidas, no seio das entidades auditadas, quanto a esta matéria.

Assim, para que as compras centralizadas sejam verdadeiramente eficazes é necessário que o recurso ao Catálogo se torne mais atrativo, em termos económicos, para todas as entidades hospitalares do SNS em detrimento das poupanças individuais que cada um possa obter. Só disciplinando este mecanismo é que será possível realizar poupanças significativas com impacto à escala do SNS, cumprindo, assim com os objetivos⁹¹ de racionalização previstos no “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica”, alcançáveis, segundo esse Memorando, através designadamente das seguintes medidas:

*“3.59. Promover a aquisição centralizada de veículos, serviços de provisão pública, fornecimentos e serviços externos, bem como de outros bens e serviços transversais a todas as entidades que integram o SNS, de forma a reduzir custos através de acordos de preços/volume, e combater desperdícios. Um plano de ação detalhado será publicado até **novembro de 2012**.*

(...)

3.62. Implementar a aquisição centralizada de bens médicos através dos recém-criado Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), utilizando o sistema de codificação uniforme para produtos médicos e farmacêuticos. “

10.2. Despacho do membro do Governo

Outra vertente da obrigatoriedade das aquisições ao abrigo dos CPA emerge dos poderes de tutela e de superintendência do membro do Governo responsável pela área da saúde, que nos termos do disposto no n.º 10 do art.º 4.º do Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro, como se passa a citar “... as aquisições a efetuar ao abrigo dos contratos públicos de aprovisionamento (...) podem ser tornadas obrigatórias, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, para todos os serviços estabelecimentos do SNS.”. Esta é pois a norma de habilitação que assiste ao membro do Governo praticar aqueles atos administrativos.

Estes atos, consubstanciados nos despachos do Secretário do Estado que têm vindo a determinar, casuisticamente, a obrigatoriedade da aquisição dos bens através dos Contratos Públicos de Aprovisionamento, não tem sido pacífica no universo dos hospitais, designadamente quanto à efetiva obrigatoriedade destes atos. Houve casos em que os hospitais demonstraram ter conseguido obter preços mais baixos que os fixados nos Contratos Públicos de Aprovisionamento aos quais estariam vinculados. Efetivamente a fase do *call-off* permite aos hospitais chamar os fornecedores dos Contratos Públicos de Aprovisionamento a negociar preços mais baixos. Contudo, verificou-se, ainda assim, que os preços de referência fixados no Catálogo, por vezes, são significativamente superiores face aos preços reais negociados pelas entidades hospitalares com maior capacidade negocial. Esta situação só será ultrapassada se as entidades hospitalares e os fornecedores comunicarem à SPMS,

⁹¹ “Melhorar a eficiência e a eficácia do sistema de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e o controlo da despesa; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública global nesta área para 1,25% do PIB, **até ao final de 2012**, e para cerca de 1% do PIB em **2013**; gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais e definir uma estratégia para regularizar os pagamentos em atraso” (revisão de Março de 2012).



tal como estava previsto⁹², os preços pelo qual adquiriram os produtos, para que aquela entidade os possa utilizar como preço base para futuros procedimentos de adjudicação ou, caso os cadernos de encargos o prevejam, promover o aditamento aos Contratos Públicos de Aprovisionamento existentes.

10.3. Dispensa da obrigatoriedade

Face à obrigatoriedade dos CPA, inicialmente por força de Portaria e posteriormente, a partir de 2011, por via de Despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, caso a entidade hospitalar assim o entendesse e tivesse argumentos para tanto, tinha a faculdade de solicitar a dispensa daquela obrigatoriedade, que sendo aceite, deveria ser conferida por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde no exercício do poder discricionário que lhe assiste. Existiram situações desta natureza, tendo as entidades hospitalares recorrido àquele mecanismo, solicitando a dispensa da obrigatoriedade com a apresentação de melhores preços e condições para a aquisição de determinados produtos constantes no Catálogo, a fornecedores externos, sem vínculo aos CPA.

O mecanismo utilizado obedecia às seguintes intervenções, a entidade hospitalar dirigia o pedido de dispensa, fundamentado com indicação das potenciais poupanças/ganhos, ao Ministro da Saúde, que por seu turno, através do Gabinete do Secretário de Estado, o devolvia à SPMS para apreciação e respetivo parecer.

Tanto a ACSS como posteriormente a SPMS, não fizeram o apuramento dos montantes envolvidos neste processo de dispensa, indicados pelos seus clientes como potenciais poupanças, podendo, desde logo, ter exigido que as entidades suas clientes, primeiramente apresentassem resultados da negociação com os fornecedores do Catálogo e, só então, a confirmarem-se os preços mais baixos fora do Catálogo, estariam reunidas as condições para a decisão final sobre a dispensa da obrigatoriedade.

Relativamente aos pareceres da SPMS, daquilo que foi dado a conhecer, não tiveram qualquer sustentabilidade económico-financeira quanto à matéria que era proposta em sede de pedido de dispensa, não eram, tão pouco quantificados, nem demonstrada a melhor solução para o erário público. Circunscreviam-se àquilo que já era do conhecimento geral, de que as aquisições ao abrigo dos CPA eram obrigatórias e que a decisão de dispensa materializa um poder discricionário. Ou seja, os pareceres da SPMS que serviram de base às decisões do membro do Governo propuseram, em regra, o indeferimento do pedido, sem fundamento bastante à luz de análises baseadas na evidência económica e por isso minimamente quantificadas.

Seguidamente a proposta, fundamentada, sobre o indeferimento do pedido, era enviada pela SPMS ao Gabinete do Secretário de Estado, que notificava o responsável pelo pedido de dispensa, no sentido de, sem mais, deferir ou indeferir o mesmo. **Note-se que estes processos de pedido de dispensa demoravam em média sete meses.**

⁹² Por exemplo Circular Informativa n.º 3 da ACSS, de 24 de março de 2010.



Em sede de alegações o Presidente do Conselho da Serviços Partilhados da Saúde, no que respeita à celeridade na apreciação dos pedidos de dispensa de obrigatoriedade requeridos pelas unidades hospitalares, veio informar que *“... desde que este CA tomou posse temos estado a cumprir esse prazo.”*.

Quanto ao indeferimento dos pedidos de dispensa de obrigatoriedade, refere ainda que *“Não colhe o argumento de que os excluídos poderão apresentar melhores preços e que as entidades adquirentes assim ficam prejudicadas, devendo ser ressarcidas pela SPMS,EPE.”*.

Face à alegação apresentada, importa salientar no que respeita às aquisições a fornecedores fora do Catálogo, que esta matéria se encontra resolvida no presente documento, e que a posição do Tribunal assenta na premissa de que as aquisições devem ser feitas nos termos da lei (vg. ponto 11 Jurisprudência).

A ocorrer um eventual ressarcimento, tal seria consequência de indeferimento de um pedido de dispensa da obrigatoriedade de aquisição a fornecedor fora do Catálogo, suportado em informação, da responsabilidade da SPMS, não fundamentada e quantificada do ponto de vista económico e, por vezes tardia. Note-se que, nesta situação, as unidades hospitalares salvaguardam os trâmites necessários para o pedido de dispensa da obrigatoriedade e respetiva decisão, sendo o indeferimento consequência de informação pela SPMS sem fundamento económico bastante e em tempo útil.

Quanto à matéria versada, convém referir que as alegações apresentadas não afastam as observações constantes do presente documento – vd. ponto 11 . Regista-se, no entanto, a justificação apresentada pela SPMS, sobre a celeridade na apreciação dos pedidos de dispensa de obrigatoriedade, sem prejuízo de se proceder ao acompanhamento da recomendação em sede própria.

Ainda sobre os acordos-quadro, a SPMS nas suas alegações coloca a seguinte questão *“Será que existem situações que merecem uma avaliação ponderada sobre o levantamento da obrigatoriedade de submissão aos acordos?”(...)*

- 1) *Um fornecedor que detinha uma AIM (autorização de introdução no mercado) válida à data do concurso do acordo-quadro e que entendeu não concorrer para depois apresentar ofertas supostamente mais atrativas, - Deve ser premiado este comportamento que se furta às regras de concorrência? Em princípio não.*
- 2) *Um fornecedor que concorrendo ao acordo-quadro não foi selecionado por apresentar preços superiores aos seus concorrentes e que depois aparece com melhores ofertas. Por maioria de razão não parece ser de apoiar tais condutas.*
- 3) *Um fornecedor que apresenta um genérico novo numa área onde só havia um único produto com patente que expirou. Parece ser um caso interessante, só que nos casos em que existe apenas um fornecedor/produto selecionado, a SPMS, EPE segue o princípio da não obrigatoriedade do acordo-quadro, já prevenindo essas situações.*
- 4) *Existindo já um número de produtos genéricos concorrentes, por um novo processo ou atitude comercial um determinado fornecedor apresenta condições muito favoráveis. Neste caso os passos a dar pela entidade para poder cumprir com transparência os procedimentos legais deverão ser os seguintes:*



- a. *Obter do fornecedor a oferta firme e incondicional do preço para uma estipulada quantidade, nas condições de pagamento habituais da entidade.*
- b. *Lançar um ajuste direto ao abrigo do acordo-quadro para a quantidade em causa, convidando todos os fornecedores qualificados e com preço-base igual ao da oferta firme do fornecedor alternativo.*
- c. *Caso o processo anterior fique deserto, então deve submeter à tutela o pedido de autorização de isenção da obrigatoriedade de seguir o acordo-quadro.*

Nestas condições, que nunca foram apresentadas com esta sequência e transparência, a SPMS,EPE poderá avaliar objetivamente a poupança que se pretende efetuar e as suas causas e consequências (escoamento de produto em fim de prazo de validade, alteração do mercado, efeito em próximos concursos.”

Face à informação prestada pela SPMS, quanto aos pedidos de dispensa da obrigatoriedade relativa aos Contratos Públicos de Aprovisionamento, considera-se que a mesma deveria constituir um normativo circular a ser divulgado pelas entidades do SNS, tal como aqui apresentado, para que as estas entidades possam atuar em conformidade, garantindo assim, a disciplina do sistema centralizado, tendo em vista o cumprimento das medidas previstas no “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica”.

Veja-se o caso do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, que dirigiu um ofício ao Secretário de Estado da Saúde⁹³, para “Pedido de autorização para eventual aquisição de um conjunto específico de medicamentos, extra Contratos Públicos de Aprovisionamento da ACSS”. Este hospital apresentou informação quantificada da poupança anual⁹⁴ no valor total de € 117.000, resultante da aquisição de três medicamentos a fornecedores que não se encontram no Catálogo.

65

Como fundamento daquele pedido de autorização, foi também utilizada argumentação como de seguida se transcreve um breve trecho: *“O superior interesse público que devemos prosseguir na gestão do Hospital e o cumprimento do princípio da economia, eficiência e eficácia da despesa pública, obriga-nos a adquirir aqueles medicamentos ao preço mais vantajoso comercializados pelos fornecedores extra Catálogo.”*

Por seu turno, o Gabinete do Secretário de Estado da Saúde reenviou o referido ofício para o Presidente da ACSS se pronunciar, tendo este solicitado parecer jurídico a uma sociedade de advogados⁹⁵, que concluiu dever ser feita por parte da Unidade Operacional de Contratos e Aquisições da ACSS uma avaliação das implicações financeiras das propostas, que pudesse servir de base à decisão da Tutela.

Os responsáveis pela área farmacêutica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, afirmaram não ter obtido resposta. Ainda assim, foi dado início ao processo de aquisição dos produtos pretendidos, alegadamente ao melhor preço, em defesa do superior interesse público na perspetiva deste hospital.

⁹³ Ofício CA 72/2010, de 10.05.2010 do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

⁹⁴ Poupança total anual com a aquisição fora do Catálogo dos medicamentos: Docetaxel; Sevoflurano e Oxaliplatina.

⁹⁵ BAS – Sociedade de Advogados de responsabilidade limitada.



Outro exemplo apresentado em relação ao Centro Hospitalar Lisboa Central, que se reporta ao ano 2010, relativo ao medicamento Exemestano 25 mg, cujo preço mais baixo praticado pelos fornecedores do Catálogo estava fixado em € 3,28, podendo o mesmo artigo ser adquirido fora do Catálogo por € 1,7. O Centro Hospitalar Lisboa Central afirmou que com esta aquisição, fora do Catálogo, estimava uma poupança de € 88.606, face ao volume de produtos a comprar.

Neste sentido o Centro Hospitalar Lisboa Central, dirigiu um pedido de dispensa de aquisição ao abrigo dos CPA, que após parecer desfavorável por parte da SPMS, por “... *não haver garantia de que o Centro Hospitalar de Setúbal venha a conseguir melhores preços que estes Serviços.*”, o Secretário de Estado da Saúde, emitiu o despacho que se transcreve: “*Concordo com as informações que antecedem. Uma vez que os SPMS, EPE, tem a possibilidade de obter preços substancialmente inferiores aos de Catálogo e não estando demonstrado que o Centro Hospitalar Lisboa Central consegue obter melhores condições comerciais do que a contratualização central, não se afigura justificado que se exclua o citado Centro Hospitalar Lisboa Central do procedimento previsto no Despacho Conjunto SETF/SES de 30/11/2010*”.

Feita a circularização da informação, verificou-se que, presentemente⁹⁶, o fornecedor que disponibilizava o artigo Exemestano, fora do Catálogo, a preço mais baixo, já consta do mesmo, a par de outros fornecedores, entre os quais o fornecedor que apresentava um preço mais elevado, mantendo-se, aquela situação das diferenças de preços, o que leva a concluir que a afirmação sobre as eventuais poupanças por parte do Centro Hospitalar Lisboa Central poderiam ter razão de existir. Assim sendo, pelo facto do aludido Despacho Conjunto SETF/SES de 30/11/2010, não ter sido favorável atendendo o pedido do Centro Hospitalar Lisboa Central, houve, em princípio, um prejuízo para o Estado estimado em € 88.606.

Outro exemplo de que se teve conhecimento foi o pedido do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, processo que teve a duração de aproximadamente nove meses, tendo o pedido sido indeferido. No âmbito deste pedido, que contemplava diversos produtos foi apresentada uma estimativa para o total de benefício de €125.996.

Atendendo apenas às situações que aqui foram evidenciadas apurou-se um montante de € 331.602, correspondente a potenciais poupanças e que a confirmar-se estar-se-ia, na mesma medida, perante um prejuízo para o erário público. Sem prejuízo destas entidades hospitalares estarem vinculadas a adquirirem aos fornecedores do Catálogo, não existe evidência de que estas entidades, que solicitaram a dispensa de obrigatoriedade, tivessem chamado à negociação aqueles fornecedores, sendo, por isso, conveniente que os respetivos sistemas de controlo interno assegurem que sejam prioritariamente, realizadas negociações com os fornecedores constantes do Catálogo. A não ser assim, não só não se cumpre com a disciplina instituída, como restará sempre a dúvida sobre as poupanças que resultariam caso tivessem cumprido. (Vg. ponto 10.3).

Neste contexto, o único pedido de dispensa de aquisição ao abrigo dos Contratos Públicos de Aprovisionamento deferido, do qual se teve conhecimento, foi mais recente, o relativo ao Centro Hospitalar de Setúbal.

⁹⁶ A informação foi obtida através do sítio na internet do Cat@logo, www.Catálogo.min-saude.pt.



O próprio Centro Hospitalar de Setúbal lançou um concurso para a aquisição de medicamentos do foro oncológico. Feita a comparação entre os preços apresentados nas propostas no âmbito do concurso promovido pelo Centro Hospitalar de Setúbal e as cotações do Catálogo, foi apresentado um diferencial de poupança equivalente a €1.020.647.

Confrontados com os valores apresentados, a SPMS, confirmou que efetivamente as empresas presentes no Catálogo praticavam preços superiores aos apresentados pelo Centro Hospitalar de Setúbal, tendo sugerido a rescisão do Contrato Público de Aprovisionamento, mas proposto a não dispensa da aquisição ao abrigo dos CPA⁹⁷. Contrariamente a esta proposta, por haver evidência e confirmação sobre a possibilidade de se adquirirem os produtos por preços inferiores fora do Catálogo, o Secretário de Estado da Saúde autorizou, em 19 de maio de 2011, o solicitado pelo Centro Hospitalar de Setúbal.

Relativamente aos pedidos de dispensa por parte das entidades hospitalares, não se obteve evidência que a ACSS e posteriormente a SPMS tenha feito um apuramento dos montantes envolvidos neste processo e que eram indicados como potenciais poupanças. O único registo sobre a dispensa da obrigatoriedade que foi autorizado pelo membro do Governo, é o que respeita ao Centro Hospitalar de Setúbal desde já referido. O reflexo financeiro desta decisão foi a rescisão unilateral do contrato com o fornecedor do Catálogo.

A entidade que dá o parecer sobre a dispensa da obrigatoriedade de aquisição ao abrigo do Contrato Público de Aprovisionamento, subjacente à decisão do membro do Governo, é presentemente a SMPS, a mesma que instrui os procedimentos de contratação pública e gere os Contratos de Aprovisionamento Públicos. **Tratando-se de uma unidade ministerial de compras, o referido parecer deveria ser feito por uma entidade exterior ao processo.**

67

A este propósito vem o Ministro da Saúde alegar que “... sem prejuízo de ser avaliada a melhor forma de tornar mais célere e mensurável o procedimento relativo à dispensa da obrigatoriedade, entende o Ministério da Saúde que a solução preconizada não é viável.

Com efeito, o recurso a outra entidade para a realização desta avaliação só iria aduzir maior carga burocrática e retardar o desenvolvimento do processo, a que acresceriam também, eventualmente, mais custos, sem grandes vantagens associadas. Acresce que, para poderem solicitar a não obrigatoriedade de seguir um acordo-quadro, as entidades envolvidas têm de demonstrar que não é possível obter iguais poupanças e que é mais vantajoso adquirir fora do contrato público de aprovisionamento. Assim sendo, desde que tais vantagens sejam demonstradas considera este Ministério não haver razão para que a dispensa de obrigatoriedade não seja autorizada.”

Embora pertinentes as alegações apresentadas, mantém-se a conclusão respeitante a este ponto, por se entender que o parecer sobre **a dispensa da obrigatoriedade de aquisição ao abrigo do Contrato Público de Aprovisionamento, deve ser imparcial e emitido, por uma outra entidade habilitada para o efeito, do Ministério da Saúde, que não a SPMS.** Por outro lado, mesmo nos casos em que os pedidos de dispensa demonstravam quantitativamente as potenciais poupanças, a falta de celeridade das decisões sobre os pedidos de dispensa não constitui o incentivo adequado à esperada adesão das administrações hospitalares à disciplina do sistema centralizado de compras.

⁹⁷ Foi enviada pela SPMS, uma mensagem Fax (219243677) à Sandoz Farmacêutica, Lda., em 5 de maio de 2011, a comunicar a intenção de rescisão unilateral dos CPA partir do dia 12 de julho de 2011.



Por último, cabe acrescentar que na fase de desenvolvimento da auditoria, foi publicado um despacho⁹⁸ de revogação da obrigatoriedade de aquisição através dos Contratos Públicos de Aprovisionamento celebrados no âmbito do Concurso Público n.º 2010/3, para fornecimento de Corretivos da Volémia e outras Soluções Estéreis e no âmbito do Concurso Público n.º 2010/18, para fornecimento de medicamentos do consumo geral e outros. Esta medida, a revogação do despacho do Secretário de Estado da Saúde que versava sobre a obrigatoriedade dos referidos contratos públicos, foi fundamentada com base em critérios de economia⁹⁹, como se passa a citar, “*As condições comerciais emergentes dos anteriores Contratos Públicos de Aprovisionamento (...) não têm revelado potenciar a máxima poupança e a obtenção dos mais elevados níveis de economia, pelas Instituições do Serviço Nacional de Saúde.*”. Contudo constatou-se que não existem estudos de avaliação que pudessem ter sustentado tal afirmação e, não existe evidência de anteriores despachos com semelhante teor, o da revogação da obrigatoriedade de determinado Contrato Público de Aprovisionamento.

11. JURISPRUDÊNCIA

A determinação de certos hospitais em comprar a fornecedores não adjudicados no âmbito de concurso público de aprovisionamento, que vendem os mesmos produtos constantes do Catálogo a preços mais baixos, já começou a ter consequências jurídicas. Contudo, este tipo de confronto afigura-se proveitoso, porque viabiliza a fixação de jurisprudência, o que leva a que se esbatam dúvidas quanto a esta matéria.

A este propósito, foi anulada, pelo Tribunal Administrativo¹⁰⁰, uma decisão de adjudicação do Instituto Português de Oncologia do Porto¹⁰¹ a uma empresa titular de um medicamento genérico que apresentou um preço mais baixo, que a empresa adjudicada no âmbito do Contrato Público de Aprovisionamento então vigente, designadamente por aquele Instituto não ter sido dispensado, pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, da obrigatoriedade de adquirir ao abrigo do referido contrato¹⁰².

Em bom rigor, a lei que versa sobre a contratação pública, tal como foi estabelecida, não admite que um fornecedor que inicialmente não se apresentou a concurso, possa vir a integrar o Catálogo.

Tendo em conta o regime de exceção à contratação centralizada de bens e serviços, a obrigatoriedade que impende sobre as entidades hospitalares na aquisição de medicamentos através de Contrato Público de Aprovisionamento, pode ser sanada através de autorização prévia expressa do membro do Governo responsável pela área da saúde que dispense a entidade dessa obrigatoriedade. Contudo, tal como já se referiu anteriormente, a demora média das respostas aos pedidos de dispensa da obrigatoriedade aproximou-se dos sete meses e apenas se teve conhecimento de um pedido que tivesse sido deferido, pelo que este mecanismo não tem sido eficaz.

⁹⁸ Despacho do SES, n.º 4225/2012, de 15 de março, publicado no DR, 2ª série, n.º 59, de 22 de março.

⁹⁹ Informação prestada pela SPMS, (Docs, 1, 2 e 3), através do ofício 627, de 4 de abril de 2012.

¹⁰⁰ Cfr. Acórdão n.º 7832/2011, de 22 de setembro, do Tribunal Central Administrativo do Sul.

¹⁰¹ Encontra-se em fase de execução uma auditoria do TC, Auditoria orientada às boas práticas de gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, que trata esta matéria.

¹⁰² Portaria n.º 145/2009, publicada no Diário da República, 2ª série, n.º 18, de 27 de janeiro de 2009.



A inadmissibilidade da vinculação de um fornecedor ao Catálogo para a venda de produtos, sem que tenha participado em determinado concurso público e, a ineficácia da dispensa da obrigatoriedade da compra de determinado produto através de Contrato Público de Aprovisionamento, que pode levar a que, no limite, se lese o superior interesse público pela inobservância dos princípios da economia, eficiência e eficácia da despesa pública que obriga que as aquisições públicas sejam feitas ao preço mais vantajoso, são dois aspetos que deviam ser reequacionados, por forma a não se violar a lei, por um lado e, por outro lado, a salvaguardar o superior interesse público.

Duas situações, incompatíveis com aquelas duas premissas e que devem ser, necessariamente, solucionadas, é o caso em que o fornecedor é novo no mercado e apresenta determinado produto a preço mais baixo que o fixado no Catálogo ou quando o fornecedor estabelecido no mercado entra com um produto novo a preço mais baixo, como é o caso dos medicamentos genéricos.

12. COMPARAÇÃO INTERNACIONAL: REINO UNIDO

Em sede de contraditório a SPMS salientou que o sentido que se poderia retirar sobre a referência que constava no relato de auditoria a um Relatório do *NAO (National Audit Office)*¹⁰³ terá sido deturpada. Assim, de modo a contemplar os aspetos que terão suscitado reparos, clarifica-se o ponto que versa sobre essa matéria.

O referido Relatório do *NAO*, de 2011, salientou que a aquisição de medicamentos e outros consumíveis clínicos, por parte dos hospitais do *NHS (National Healthcare Service)* constitui uma área crítica da despesa que precisava de ser revista, ao nível dos próprios hospitais públicos, das regiões e até mesmo a nível nacional, tendo em vista a melhor valorização do dinheiro em benefício dos contribuintes.

Nesse contexto, a aquisição de medicamentos e outros consumíveis clínicos podia ser feita pelos hospitais¹⁰⁴, individualmente ou em agrupamento, diretamente ao fornecedor ou então, através de estruturas centralizadas a nível regional ou nacional¹⁰⁵.

O Relatório do *NAO* identificou alguns aspetos, indiciadores de ineficiências, que obstavam ao alcance de poupanças significativas no *NHS*, tais como por exemplo:

- A perda de significativas economias de escala no âmbito do *NHS* em virtude da dispersão dos expedientes utilizados pelas unidades hospitalares em virtude da sua autonomia;
- A informação relativa às compras de cada hospital era bastante limitada, designadamente pela inexistência de análises comparativas da variação dos preços de produtos idênticos

¹⁰³ O Relatório do *NAO – National Audit Office, Report by the Comptroller and Auditor General, HC 705 Session 2010-2011, 2 February 2011 – Department of Health, the procurement of consumables by NHS acute and Foundation trusts.*

¹⁰⁴ Um grande número de hospitais passou a ter a natureza jurídica de Fundação Pública, o que lhes permitiu uma autonomia substancial em relação ao Departamento Central (tutela). Este processo deverá continuar até 2014, no sentido de transformar cada hospital público em fundação.

¹⁰⁵ Estas estruturas consistem, por um lado em agências de compras centralizadas a nível regional, na qual participam várias entidades públicas associadas, independentemente de pertencerem ao *NHS*. Por outro lado, existe a Central de Aprovisionamento e Logística para o *NHS*, com uma cobertura a nível nacional de produtos para a área da saúde, que disponibiliza catálogos eletrónicos, por último existe ainda a *Buying Solution*, que é uma agência de contratação pública, que contempla apenas algumas das categorias de produtos onde se inclui o material clínico.



adquiridos pelos vários hospitais. Caso esta informação fosse partilhada entre os hospitais, as relações de mercado ficariam mais estreitas e o mercado mais concorrencial;

- Por outro lado, as sucessivas aquisições de pequenas quantidades de produtos idênticos implicavam um acréscimo desnecessário com custos administrativos para o hospital;
- Acresce que a amálgama de pedidos avulsos e de pequeno volume, que poderiam ser transformados, de forma concertada entre os vários hospitais, em maiores volumes de negócio poderiam gerar poupanças em maior escala;
- A falta de padrões na área das compras, evidenciado através da diversidade de designações existentes para o mesmo tipo de produtos, adquiridos de forma díspar entre os hospitais reduzia o potencial para gerar poupanças.

Em síntese, conclui-se naquele relatório que a combinação entre diferentes níveis de informação e circuitos de compras fragmentados prejudicava o *Value for Money* da aquisição de produtos consumíveis nos hospitais do NHS. A assimetria de informação entre os hospitais, bem como a falta de colaboração entre si e as estruturas de compras centralizadas nas aquisições que realizam, obstava à utilização mais eficaz das plataformas eletrónicas disponíveis e ao desejável aumento do volume de negócios, de modo a serem criadas as condições favoráveis ao incremento de poupanças à escala do NHS.

As principais recomendações que o NAO dirigiu ao Departamento Central, às estruturas regionais de compras (*Hubs*) e às administrações dos hospitais consistiram, fundamentalmente, no seguinte:

- **O Departamento Central** deve implementar e divulgar as estratégias de aprovisionamento para o NHS, promovendo a transparência relativamente aos preços pagos pelas instituições e incentivando as comparações. Definir padrões de referência através de uma codificação uniforme dos produtos. Melhorar o aproveitamento da cadeia de aprovisionamento do NHS, incentivando os hospitais a recorrerem aos circuitos de compras centralizadas para o NHS, através dos quais possam ser agregados pedidos de aquisição dos vários hospitais de forma articulada com as ofertas do mercado fornecedor.
- Na necessidade das **estruturas regionais** colaborarem entre si, com o intuito de definirem os padrões de comparação de performance de cada uma (*benchmarking*), de modo a que os associados possam escolher as centrais que revelam melhores resultados.
- Finalmente, as administrações hospitalares deviam, em síntese, rever as suas estratégias de compras e de preços considerando os constrangimentos orçamentais, eliminar falhas de informação, rever a sua capacidade de contratação, procurando em conjunto soluções para realizar maiores volumes de negócios em vez de compras pontuais e de pequeno volume. Avaliar o sistema de gestão de *stock* e procedimentos tendo em conta o reflexo nos custos de aquisição, analisando as notas de encomenda em função do número de pedidos e do valor, normalizando os produtos em categorias principais por forma a serem reduzidas as gamas de produtos comprados e com isso o número de fornecedores em carteira. Por isso, considerou-se que deveria ser reduzida a assimetria de informação entre os hospitais, incumbindo a estes a partilha da mesma, bem como o dever de colaboração entre si e as estruturas de compras centralizadas, designadamente através de uma utilização mais eficaz das plataformas eletrónicas disponíveis tendo em vista o aumento do volume de negócios e a criação das condições favoráveis à obtenção de poupanças à escala do NHS.



13. APROVISIONAMENTO DAS UNIDADES HOSPITALARES AUDITADAS

13.1. Custos com material clínico e produtos farmacêuticos

Os custos com o pessoal são os mais representativos na estrutura de custos das unidades hospitalares auditadas, atingindo, em 2010, o peso mais elevado no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, 56%, e o mais baixo no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca com 37%. A rubrica com os consumos de mercadorias vendidas e matérias consumidas, onde estão incluídos os produtos farmacêuticos e o material de consumo clínico, constituem a segunda rubrica com maior peso na estrutura total de custos.

Quadro 8 - Estrutura dos custos hospitalares

Unid: euros

	Centro Hospitalar Lisboa Norte		Centro Hospitalar Barreiro Montijo		Hospital Garcia de Orta		Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	
	2010	%	2010	%	2010	%	2010	%
Custos c/Pessoal	202.981.509	45%	51.567.153	56%	77.174.370	47%	60.862.242	37%
CMVMC	158.667.409	35%	20.736.539	23%	55.681.578	34%	48.407.070	29%
FSE	62.346.528	14%	15.206.184	17%	19.426.478	12%	36.120.847	22%
Outros	23.494.578	5%	4.602.968	5%	11.736.573	7%	18.863.093	11%
Custos Totais	447.490.024		92.112.844		164.018.998		164.253.252	

Fonte: Unidades Hospitalares

Os custos com os produtos farmacêuticos, no período de 2009 e 2010, relativos às unidades hospitalares indicadas no quadro seguinte, representam cerca de 73% a 83% do total dos custos das mercadorias vendidas e matérias consumidas.

Quadro 9- Decomposição da rubrica de custos das mercadorias vendidas e matérias consumidas

Unid: euros

Unidades Hospitalares	CMVMC	2009		2010		% 2009	% 2010	%Δ
Centro Hospitalar Barreiro Montijo	Produtos Farmacêuticos	16.629.708		16.949.796		81%	82%	2%
	Material de Consumo Clínico	3.514.431		3.238.089		17%	16%	-8%
	Outras Rubricas	395.481		384.088		2%	2%	-3%
	Total	20.539.620		20.571.973				0,16
Centro Hospitalar Lisboa Norte	Produtos Farmacêuticos	113.593.525		122.637.185		79%	77%	8%
	Material de Consumo Clínico	29.492.626		34.147.185		20%	22%	16%
	Outras Rubricas	1.482.300		1.883.040		1%	1%	27%
	Total	144.568.451		158.667.409				10%
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	Produtos Farmacêuticos	64.953.892		68.526.088		81%	83%	5%
	Material de Consumo Clínico	13.381.254		12.651.319		17%	15%	-5%
	Outras Rubricas	1.528.748		1.492.706		2%	2%	-2%
	Total	79.863.894		82.670.113				4%
Hospital Garcia de Orta	Produtos Farmacêuticos	39.900.366		40.417.593		71%	73%	1%
	Material de Consumo Clínico	14.672.491		13.758.499		26%	25%	-6%
	Outras Rubricas	1.645.561		1.505.486		3%	3%	-9%
	Total	56.218.418		55.681.578				-1%

Fonte: Balançetes analíticos das unidades hospitalares

Os custos com o material de consumo clínico representam, no período em análise, cerca de 17% a 26% dos custos totais, tendo decrescido¹⁰⁶ entre 2009 e 2010, em todas as unidades hospitalares, com exceção do Centro Hospitalar Lisboa Norte, que registou um acréscimo de 16%, devido, essencialmente, à fusão ocorrida em 2008, entre o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente, cujos reflexos se manifestaram nos custos de 2010.

¹⁰⁶ Cumprindo com o estabelecido no Despacho Conjunto n.º 10760/2010, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, de 22 de junho, publicado em DR, 2ª S – n.º 124, de 29 de junho.



Relativamente aos montantes orçamentados para as aquisições de material de consumo clínico, verifica-se que as entidades auditadas, em 2009, não tiveram em consideração o orçamento disponível, assumindo encargos para além dos orçamentados. Em 2010, à exceção do CHLN, observa-se que essa tendência se inverteu, sendo o processado inferior ao orçamentado, o que revela um maior controlo no que se refere às aquisições efetuadas ao longo do ano.

Quadro 10- Orçamento vs executado – material de consumo clínico

Table with 9 columns: Entity, 2009, 2010, 2009 a), 2010, 2009, 2010, 2009, 2010. Rows: Orçamentado, Processado, Desvio.

Fonte: Unidades Hospitalares

a) Em 2009 foi constituído o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE por fusão do Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE com o Hospital do Montijo, com efeitos a 1/11/2009, pelo que o orçamento de 2009 corresponde ao somatório dos orçamentos dos 2 hospitais.

Da documentação recolhida nas unidades hospitalares auditadas, verificou-se que as mesmas recorrem a Análises Custo-Benefício como instrumento de suporte à gestão, designadamente no que respeita a decisões que envolvem volumes financeiros significativos.

13.2. Aprovisionamento de medicamentos e material de consumo clínico

Da comparação do valor das aquisições de medicamentos e material de consumo clínico efetuadas nos dois anos em análise sobressai o Centro Hospitalar Lisboa Norte, que como se pode verificar nos gráficos seguintes apresenta o maior desequilíbrio entre o montante das compras e os consumos. Esta situação é, em parte, justificada pelo facto de esta entidade ter passado a centro hospitalar (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente).

Gráfico 1 - Compras vs consumos de medicamentos

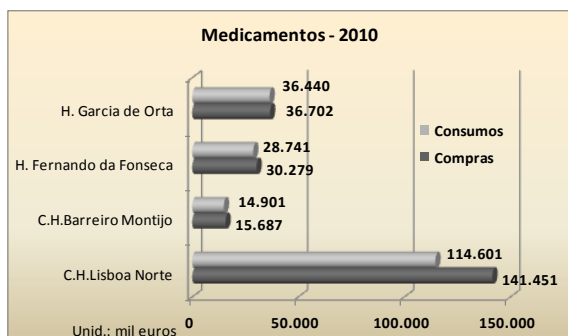


Gráfico 2 - Compras vs consumos de medicamentos

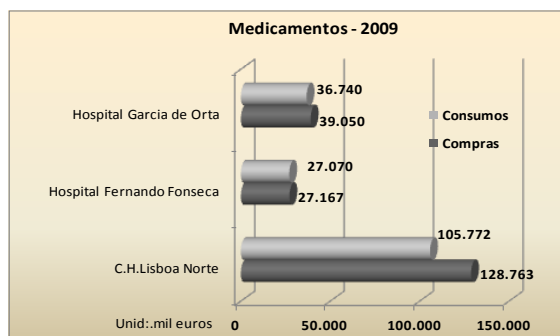




Gráfico 3 - Compras vs consumos de material clínico

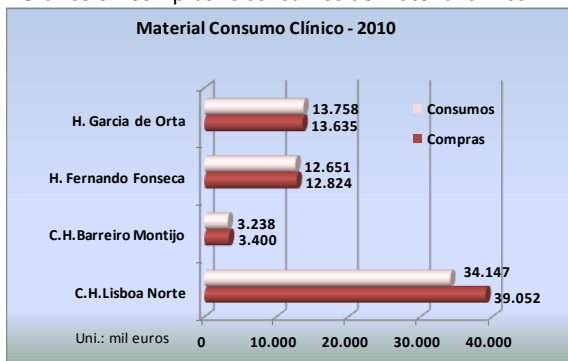
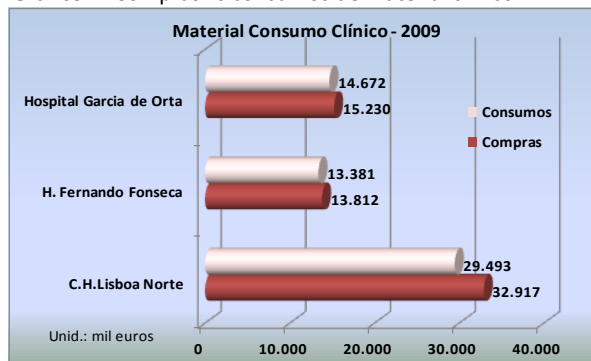


Gráfico 4- Compras vs consumos de material clínico



O hospital que apresenta maior equilíbrio entre as compras e os consumos é o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Este facto tem consequência ao nível da constituição de stocks, apresentando este hospital os níveis de stocks mais baixos, no que concerne aos medicamentos.

Quadro 11- Consumos vs existências finais, medicamentos

Medicamentos	2010			2009		
	Consumos	Exist. Finais	Ex.Finais/Consumo	Consumos	Exist. Finais	Ex.Finais/Consumo
C.H.Lisboa Norte	114.601.419	16.031.645	14%	105.771.578	13.730.949	13%
C.H.Barreiro Montijo	14.900.768	1.737.564	12%			
Hospital Fernando Fonseca	28.741.127	2.123.431	7%	27.070.486	2.003.836	5%
Hospital Garcia de Orta	36.740.424	3.378.160	9%	36.440.334	5.601.075	15%

Fonte: Balançetes analíticos

Quadro 12- Consumos vs existências finais, material clínico

Material de consumo clínico	2010			2009		
	Consumos	Exist. Finais	Ex.Finais/Consumo	Consumos	Exist. Finais	Ex.Finais/Consumo
C.H.Lisboa Norte	34.147.184	5.386.569	16%	29.492.626	5.719.895	19%
C.H.Barreiro Montijo	3.238.088	473.551	15%			
Hospital Fernando Fonseca	12.651.319	1.825.787	14%	13.381.253	1.837.945	14%
Hospital Garcia de Orta	13.758.498	1.167.797	8%	14.672.490	1.552.058	11%

Fonte: Balançetes analíticos

14. AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS LOGÍSTICOS EXISTENTES NAS ENTIDADES HOSPITALARES

Nas entidades objeto da presente auditoria verificou-se existirem manuais de procedimentos para a logística hospitalar, alguns dos quais aprovados recentemente (ano de 2011, como foi o caso do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e Centro Hospitalar Lisboa Norte) e outros que se encontram desatualizados face à implementação, também em 2011, de novos sistemas logísticos como é o caso do Hospital Garcia de Orta, que se encontrava a atualizar os referidos manuais. O Centro Hospitalar Barreiro Montijo foi a unidade que instituiu há mais tempo procedimentos de gestão e controlo de stocks (desde 2007), no âmbito do Projeto Integrado de Logística Hospitalar, através da implementação do sistema e-Kanban.

Apesar da adoção de novos sistemas logísticos não é ainda prática corrente nas entidades hospitalares a monitorização da gestão de stocks através de indicadores de desempenho.

No que respeita à utilização de indicadores de desempenho para o apoio à gestão de Stocks, o Presidente do Conselho de Administração do CHLN, EPE, em sede de contraditório, vem informar que "... já são disponibilizados consumos de medicamentos e de material de consumo clínico e de indicadores de produção via e-mail aos dirigentes e administradores de área dos diversos serviços clínicos, de forma a possibilitar uma monitorização adequada dos seus serviços.

Por sua vez, o Conselho de Administração do HGO, EPE, informou que "... não entendemos que seja uma prioridade, pois os custos não são diretamente faturados ao utente/doente." Salienta ainda que "... uma área a privilegiar o(s) Bloco(s) Operatório(s) – havendo algumas ferramentas/aplicações no



terreno – no sentido de sendo um Serviço basilar num Hospital e com custos muito elevados se puder apurar os custos por intervenção cirúrgica. Já tivemos reunião com uma empresa e estamos numa fase de contactos exploratórios.” Face ao alegado, embora os custos com medicamentos e material de consumo clínico não sejam faturados diretamente aos utentes/doentes, o Hospital devia proceder ao apuramento e imputação dos mesmos, no sentido de que as suas decisões pudessem ser sustentadas em princípios de racionalidade tendo em atenção a afetação dos dinheiros público. Neste sentido, mantêm-se as observações anteriormente formuladas, não obstante de se proceder ao acompanhamento daquela iniciativa, em sede própria.

Independentemente de se reconhecer o esforço feito por parte das entidades hospitalares auditadas ao nível da evolução dos processos logísticos, com especial incidência nos anos 2009-2010, convém salientar que o Centro Hospitalar Lisboa Norte apesar de ter procedido a uma recente reestruturação dos processos logísticos ainda não maximizou todas as suas potencialidades, tendo em conta que o sistema informático implementado não se encontra a funcionar na sua plenitude. Já o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca destaca-se quanto à eficiência dos processos logísticos, em termos globais, uma vez que todo o processo incluindo a informatização dos serviços se encontra consolidado, resultado da anterior gestão a cargo de uma sociedade gestora¹⁰⁷.

Quanto à evolução dos processos logísticos, o Presidente do Conselho de Administração do CHLN, EPE, em sede de contraditório, vem informar que “... tem sido feito um esforço expressivo para expandir o sistema logístico do tipo Kanban a todo este Centro Hospitalar, referindo-se que, durante o ano de 2012, já foram implementados 8 (oito) novos sistemas deste tipo.”. Face às alegações apresentadas, e não obstante o Tribunal registar com apreço o esforço feito no sentido de expandir o sistema logístico do tipo Kanban, considera-se que as alegações proferidas não alteram as anteriores observações de auditoria

14.1. Distribuição de medicamentos

A prescrição de medicamentos eletrónica ao nível do internamento e da cedência de medicamentos em ambulatório encontra-se generalizada nas unidades hospitalares auditadas. No entanto, coexistem diversas formas de distribuição de medicamentos, nomeadamente a distribuição por reposição de *stocks* nivelados, distribuição por dose unitária e a distribuição de medicamentos mais automatizada realizada pelos equipamentos *Pyxis*.

Todos os hospitais mantêm serviços clínicos com distribuição por reposição de *stocks* nivelados, ou porque existem fármacos que não se coadunam com a dose unitária ou devido à necessidade de assegurar a existência desses medicamentos nos serviços clínicos nas horas de encerramento da farmácia hospitalar (apesar de se ter verificado uma tendência para o alargamento do horário de funcionamento das farmácias hospitalares nas entidades auditadas, que chegam a funcionar 24 horas durante a semana). A constituição desses *stocks* implica que os medicamentos já foram considerados como consumidos pela farmácia, sendo de difícil monitorização o seu correto consumo.

A distribuição por dose unitária nas entidades hospitalares é suportada por um equipamento de distribuição semi-automática de medicamentos, *Kardex* vertical, que associada à prescrição

¹⁰⁷ O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, teve uma gestão privada desde 1995 a 2008, por ter sido celebrado um contrato de gestão entre o Estado, através da ARSLVT e, a Hospital Amadora/Sintra Sociedade Gestora, SA.



informatizada, permite um rápido acesso ao perfil terapêutico do doente e uma mais adequada intervenção farmacêutica, através da validação da prescrição médica. Este equipamento além de possibilitar o armazenamento dos medicamentos dispõe de “gavetas” dimensionadas para as respetivas doses individualizadas - *Vd. Anexo C.*

Cada medicamento contido no *Kardex* possui um *stock* mínimo e máximo definido pelo utilizador aquando da criação da ficha do artigo, sendo a manutenção dos mesmos efetuada diariamente de acordo com as entradas/saídas de fármacos. O programa que lhe está associado permite a gestão dos prazos de validade dos medicamentos armazenados.

Como suporte ao carregamento de medicamentos do *Kardex* vertical, os hospitais utilizam uma máquina cuja função consiste na reembalagem de todas as apresentações não conformes com a dose unitária¹⁰⁸. O facto de os medicamentos serem retirados da embalagem original tem como consequência a redução do prazo de validade dos mesmos.

Por sua vez, o sistema automatizado de distribuição de medicamentos *Pyxis*, permite a retirada da medicação nos serviços utilizadores só após prescrição médica, validação pelo farmacêutico e identificação do enfermeiro através da biometria, sendo o consumo atribuído ao doente no momento da retirada da medicação, contribuindo para que haja uma diminuição do erro de medicação inerentes ao processo de distribuição. Com este sistema as demoras na chegada da medicação aos serviços, que ocorrem na distribuição por dose unitária, são ultrapassadas uma vez que o referido equipamento funciona como um armazém avançado da farmácia hospitalar onde a medicação está sempre disponível, otimizando o tempo de enfermagem.

Ao nível de gestão de *stocks*, o equipamento automatizado de distribuição de medicamentos permite à farmácia hospitalar obter informação atualizada do consumo e das existências dos serviços clínicos e adaptar o *stock* de cada serviço às suas necessidades. Responsabiliza todos os operadores na movimentação dos *stocks* e melhora a gestão de informação sobre a utilização de recursos e custos associados. Os *stocks* destes serviços tendem a ser mais reduzidos do que no caso da distribuição por reposição de *stocks* nivelados¹⁰⁹. O Centro Hospitalar Lisboa Norte, de entre as entidades auditadas, é a única que possui o sistema automatizado de distribuição de medicamentos *Pyxis*. Em 2006, estimaram que a alteração do método de distribuição de medicamentos, em 23 dos cerca de 35 serviços clínicos, para o sistema automatizado *Pyxis* teria um potencial impacto de poupança de cerca de € 356.486 nos dois primeiros anos de implementação e de € 1.277.326, nos anos seguintes.

Quanto à distribuição automatizada de medicamento, o Presidente do Conselho de Administração do CHLN, EPE, alegou que “... faz parte do Plano de Atividades do Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica para o ano de 2012 a finalização de projeto de colaboração de equipamentos *Pyxis* nos serviços clínicos e Urgências e o alargamento do método de unidose.”.

¹⁰⁸ A título exemplificativo procedeu-se ao cálculo do custo de reembalagem assumindo-se os seguintes pressupostos. Valor mensal de dois funcionários € 1.523,06, valor mensal dos consumíveis € 689,51, n.º médio de unidades reembaladas por mês: 30.000. O valor unitário de cada unidade reembalada será de € 0,074 (€ 1.523, 06+ € 689,51) /30.000.

¹⁰⁹ No documento “*Pyxis* – implementação de uma nova tecnologia de dispensa medicamentosa num hospital central”, de A. Silva, A. Sousa e S. Nogueira, para além das vantagens já mencionadas os autores apontam também o facto da acessibilidade condicionada traduzir-se numa diminuição de desvios de medicamentação. Como desvantagens salientam a dependência na automatização que exige um elevado apoio técnico informático, que muitas vezes se apresenta insuficiente e demasiado moroso.



Ainda, no que respeita, a esta matéria, o Conselho de Administração do HGO, EPE, nas suas alegações informou que, *“A distribuição diária de medicamentos está implementada em todos os Serviços passíveis de beneficiar dela (inclusive U. Cuidados Intensivos que raramente são contemplados neste sistema). Os stocks nivelados são, agora, da responsabilidade do S. Farmacêuticos, tanto no levantamento dos níveis como no controlo de prazos de validade.”*. O teor destas alegações não contraria as observações de auditoria, no entanto será posteriormente avaliado, em sede de acolhimento de recomendações, o ponto de situação.

Em 2009, avaliaram o impacto da colocação dos equipamentos *Pyxis* (em conjugação com a prescrição *on-line*) nos 11 serviços clínicos que o utilizavam há pelo menos um ano¹¹⁰, tendo sido apurada uma redução de € 849.396 no consumo de medicamentos, em 8 dos 11 serviços clínicos avaliados. Como o investimento no equipamento totalizou € 649.980, a poupança obtida ascendeu a € 199.516.

Face ao investimento em equipamentos que a distribuição automática de medicamentos exige seria prudente efetuarem-se avaliações custo-benefício que determinassem a viabilidade ou não do investimento atendendo ao volume e valor dos medicamentos consumidos nas unidades hospitalares.

Nesse sentido, foi desenvolvido um estudo¹¹¹, num hospital espanhol, com o objetivo de determinar o impacto económico da substituição do método tradicional de distribuição de medicamentos pela forma automatizada com equipamentos *Pyxis*. O método adotado consistiu no apuramento dos custos, através do cálculo do valor atual líquido (VAL), de 4 tipo de fluxos:

- (f1) valor do investimento em capital (aquisição dos referidos equipamentos);
- (f2) custo com o pessoal envolvido em cada uma das alternativas (distribuição tradicional vs distribuição automatizada);
- (f3) custo dos *stocks* de medicamentos;
- (f4) custos da política de consumo de medicamentos.

Apurado o valor atual líquido, nos 5 anos de amortização do equipamento *Pyxis*, de cada um dos fluxos, concluíram que o custo do investimento na aquisição dos referidos equipamentos (€ 316.226) foi compensado pelo benefício gerado pelos restantes 3 fluxos (€ 616.750), ou seja, a substituição do método de distribuição de medicamentos, do tradicional para o automatizado, apresenta um rácio positivo custo-benefício de 1,95.

¹¹⁰ A metodologia utilizada para a análise dos consumos baseou-se nas quantidades consumidas de cada medicamento, multiplicadas pelo preço médio nos períodos em análise, anos de 2003 a 2008, de modo a anular-se o impacto da variação dos preços dos medicamentos. A análise da produção de cada serviço incidiu no mesmo período e incluiu os doentes saídos, dias de internamento e demora média. Após obtenção do doente ajustado pelo índice de *case-mix*, calcularam o consumo por doente ajustado (consumo de medicamentos/n.º de doentes ajustados) nos anos de 2003 a 2008.

¹¹¹ *“Análisis coste-beneficio de la implantación de los sistemas automáticos de dispensación de medicamentos en las Unidades de críticos y Urgencias”, J.L.Poveda Andrés, C.García Gómez, M. Hernández Sansalvador, A. Valladolid Walsh, 2003, Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete.*



Para além do equipamento *Pyxis*, o Centro Hospitalar Lisboa Norte dispõe também de um *Kardex* horizontal, que funciona como equipamento de armazenamento (cerca de 85% dos medicamentos existentes na farmácia hospitalar encontram-se neste equipamento) e de distribuição. O investimento neste equipamento totalizou € 100.468, sendo que a ACSS participou em € 60.542.

Ilustração 1- *Kardex* horizontal



Os *stocks* dos serviços são previamente fixados para um nível mínimo de segurança, atendendo ao histórico do consumo e a frequência da reposição. Quando o *stock* chega ao nível mínimo o equipamento emite automaticamente um pedido de reposição ao *Kardex* horizontal. Assim, a reposição de *stocks* à farmácia é feita de forma automática entre os serviços utilizadores e o sistema que gere o equipamento, possibilitando que o operador realize o aviamento de 6 serviços em simultâneo, estando a escolha dos serviços a aviar dependente da semelhança de medicação entre os pedidos, por forma a rentabilizar o processo.

O *Kardex* horizontal permite também a reposição dos *stocks* nivelados nos serviços que não possuem equipamentos *Pyxis* ou dose unitária (*stocks* de fármacos de prescrição livre).

Relativamente à distribuição de medicamentos nas unidades hospitalares auditadas, é feita para 24 horas, à exceção do Hospital Garcia de Orta que distribui medicamentos 3 vezes por dia, dando a garantia aos serviços de que existe uma cobertura imediata das suas necessidades.

14.2. Distribuição de material de consumo clínico

Os modelos logísticos existentes nas unidades hospitalares selecionadas são muito semelhantes entre si, tendo sido adaptados à realidade de cada uma dessas unidades, que optaram por soluções informáticas que lhes permitem proceder a todos os registos desde a aquisição do artigo até ao seu consumo.

Os modelos adotados assentam no sistema logístico denominado *Kanban* cuja filosofia de gestão *just in time* baseia-se na redução de *stocks*, eliminação de desperdícios e aperfeiçoamento do processo produtivo. A implementação deste sistema obrigou a que as unidades hospitalares otimizassem o *layout* dos armazéns gerais que se encontram, em regra, organizados por zonas de receção de mercadorias, expedição de *stocks*, arrumação e devolução, de *picking*¹¹² e área de paletizado¹¹³. Na zona de *picking* os artigos encontram-se arrumados em prateleiras com códigos de localização, designação do artigo e de acordo com arrumação baseada na análise ABC, o que facilita e reduz o tempo de procura dos artigos, *vd.* anexo D.

A tarefa do *picking* é realizada diariamente, obedecendo a uma calendarização pré-estabelecida, pelo aprovisionamento e respetivos serviços, para reposição de *stocks*. As tarefas de *picking* e de

¹¹²Consiste na recolha em armazém de certos artigos podendo ser diferentes em categoria e quantidades, consoante o pedido dos serviços.

¹¹³Consolidação de diversas unidades de materiais e componentes sobre uma plataforma de metal, visando tornar mais ágeis e seguras as operações de manuseio, armazenagem e movimentação através de empilhadores e prateleiras reduzindo em grande parte a mão-de-obra e agilizando o processo de movimentação do produto.



distribuição são efetuadas pelos mesmos funcionários, à exceção do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca em que existe semanalmente rotatividade nas funções.

O sistema *Kanban* consiste na utilização de um conjunto de armários (armazéns avançados) nos serviços clínicos que permitem a arrumação dos artigos em gavetas, e posterior leitura ótica do seu consumo através da utilização de PDA ou PDT (*portable data terminal*), uma vez que os artigos se encontram identificados por códigos de barras.

Quanto ao controlo de acesso aos armários avançados, o Conselho de Administração do HGO, EPE, alegou que *“O controlo de acesso aos armazéns avançados assenta em portas com código de acesso apoiado na biometria – que por um lado acautela o manusear do material aí armazenado e por outro evita desvios de produtos – e está a ser estudado só em alguns Serviços (ex. S. Urgência) porque será um investimento muito significativo se for instalado em todos os Serviços.”* Relativamente a esta matéria, no decurso da auditoria, não se verificou *in loco* a existência desse controlo de acesso nos serviços clínicos selecionados, pelo que se mantêm válidas as anteriores observações de auditoria e respetiva recomendação que será objeto de acompanhamento em sede própria.

No Centro Hospitalar Barreiro Montijo e no Centro Hospitalar Lisboa Norte os pedidos de reposição de *stocks* são, na maioria dos respetivos serviços clínicos, gerados automaticamente pelo sistema informático, quando a informação é transferida do PDT para o terminal do armazém central, com a indicação dos consumos efetuados.

De um modo geral os níveis de *stocks* dos serviços com sistema *Kanban* são calculados tendo por base o histórico dos fornecimentos e consumo dos artigos. A quantidade de artigos a colocar nos armazéns avançados dos serviços clínicos é definida de acordo com os ciclos de aviamento, que variam entre a reposição diária, semanal e bissemanal, dependendo da atividade de cada unidade hospitalar.

Os *stocks* de segurança encontram-se definidos para 5 dias¹¹⁴, o material cujo *stock* em armazém é igual ou menor ao *stock* de segurança, é objeto de avaliação de fornecimento, por parte do gestor de *stocks*, junto do fornecedor.

Nas situações em que a estimativa de fornecimento ocorre fora do prazo previsível de duração dos *stocks*, é despoletado automaticamente pelo sistema um pedido de aquisição alternativo para evitar uma possível rutura de *stocks*.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte estimou uma poupança de cerca 4,4 milhões de euros, com a otimização da logística tendo a mesma resultado da redução de recursos humanos, das existências em armazém, das existências nos serviços utilizadores e na racionalização do consumo.

O quadro seguinte reflete a poupança estimada com a racionalização dos processos logísticos do Hospital de Santa Maria.

¹¹⁴ A título de exemplo, selecionou-se um artigo que faz parte do *stock* do serviço de gastroenterologia do CHLN, com um consumo anual de 76.800 unidades de luva exame latex N/Estéril, e que tem um ciclo de reposição semanal. Assim, considerando que o consumo médio mensal desse serviço é de 6.400 unidades, o *stock* de segurança = (6.400 unid/30 dias) * 5 dias = 1.066 unidades. Resumindo, o serviço de gastroenterologia tem um *stock* de segurança de +/- 1.000 unidades para uma reposição semanal. Se essa reposição fosse bissemanal o *stock* de segurança seria de 500 unidades.



Quadro 13- Otimização dos processos logísticos

	Custos /2005	Propostas de redução de custos	Poupança	%
Stocks nos serviços utilizadores	716.488 €	74.648 €	641.840 €	89,6%
Stocks do armazém central	2.753.800 €	1.236.000 €	1.517.800 €	55,1%
Consumo	21.045.000 €	18.940.500 €	2.104.500 €	10,0%
Recursos humanos	290.346 €	164.234 €	126.112 €	43,4%
Total	24.805.634 €	20.415.382 €	4.390.252 €	

Fonte: Unidade hospitalar

Em resultado da implementação no Hospital Garcia de Orta, em 2011, dos armazéns avançados em 22 serviços clínicos, foram efetuadas contagens físicas dos artigos em *stocks*, que já tinham sido registados como consumo à saída do armazém e conseqüentemente considerados novamente como existências em armazém. O montante destes artigos totalizou € 83.948¹¹⁵, o que evidencia uma gestão mais eficiente, acautelando eventuais desperdícios.

Apesar das vantagens descritas, verificou-se que os registos do consumo dos artigos nos armazéns avançados nem sempre são feitos aquando da sua utilização, o que eventualmente pode originar desfasamentos entre a informação existente no sistema informático do armazém e os *stocks* dos armazéns avançados. Esta situação, tem reflexos ao nível do controlo e monitorização do circuito logístico, designadamente no que respeita à insuficiência ou rutura do *stock*.

Sendo indiscutível, as vantagens da implementação deste novo sistema, a verdade é que existem alguns procedimentos a melhorar, designadamente no que respeita ao registo do consumo de material clínico por doente.

A este propósito, salienta-se que Centro Hospitalar Barreiro Montijo implementou no bloco operatório o projeto de modelo integrado de registo de custos ao doente¹¹⁶, prática, esta que deveria ser replicada em todos os serviços dos hospitais, de modo a permitir o apuramento rigoroso do custo por doente, para que os Conselhos de Administração possam sustentar as suas decisões em princípios de racionalidade tendo em atenção a afetação dos dinheiros públicos.

Sobre a matéria em apreço, o Presidente do Conselho de Administração do CHLN,EPE, informou que *“... já foi encetado, ao abrigo do Despacho nº17069/11 de 16 de dezembro, do Senhor Secretário de Estado da Saúde, sobre o processo de monitorização de fármacos e MCDT, um projeto inicial para promover o desenvolvimento de mecanismos que permitam a imputação dos custos, nestas áreas, por utente e por prescriptor.”*. Regista-se com apreço a iniciativa sobre os mecanismos que permitem a imputação dos custos de fármacos e MCDT, por doente e por prescriptor, não obstante da recomendação vir ser objeto de acompanhamento em sede própria.

115

Serviço	Data de arranque	Valor (1)	Serviço	Data de arranque	Valor (2)	Total (1)+(2)
Cardiologia	01.06.2011	2.604,73 €	B.O. Pneumolog	26.10.2011	73,22 €	2.677,95 €
UCI Cardiologia	01.06.2011	2.432,29 €	B.O. ORL	26.10.2011	1.295,75 €	3.728,04 €
Neurocirurgia	24.08.2011	2.256,70 €	B.O. Neurocirurg	26.10.2011	2.743,02 €	4.999,72 €
UCI Neurocirurgia	24.08.2011	4.606,62 €	B.O. Ortopedia	26.10.2011	2.105,51 €	6.712,13 €
Medicina I	23.08.2011	4.501,55 €	B.O. Cirurg.Vasc.	26.10.2011	2.454,80 €	6.956,35 €
Urologia	05.09.2011	9.982,77 €	B.O. Cirurg.Pediat	26.10.2011	366,55 €	10.349,32 €
UCI Neonatais	22.08.2011	8.235,36 €	B.O. Oftalmologia	26.10.2011	1.114,36 €	9.349,72 €
Oncologia	16.08.2011	2.870,30 €	Gastro/Nefro	24.10.2011	3.805,58 €	6.675,88 €
B.O. Urologia	26.10.2011	4.129,59 €	Traumatologia	31.10.2011	6.221,45 €	10.351,04 €
B.O. Anestesiolog	26.10.2011	4.790,65 €	Medicina II		3.966,31 €	8.756,96 €
B.O.Cirurg.Geral	26.10.2011	10.422,53 €	Ginecologia	07.11.2011	2.968,57 €	13.391,10 €
						83.948,21 €

¹¹⁶ Metodologia com base em estudos específicos e nos consumos diretos ao doente.



Refira-se ainda que esta entidade hospitalar renovou em 2010, pelo segundo ano consecutivo, a sua certificação, através da norma ISO 9001/2008, para além de ter obtido o 1.º prémio para Equipas de Melhoria, num concurso realizado pela Associação Portuguesa de Qualidade em 2009 e o 1.º prémio “Qualidade em Saúde: certificação” dos Prémios Hospital do Futuro 2009/2010.

Conclui-se, assim, que este modelo apresenta, diversas vantagens apesar de se considerar que existem pontos a melhorar.

Vantagens

- Circuito que potencia o *paper free*.
- A saída dos artigos do armazém central para os serviços utilizadores é considerada uma transferência, sendo o consumo registado apenas quando o material é retirado do armazém avançado para administração no doente.
- Estão definidos no sistema informático o nível de *stocks* máximos e mínimos dos serviços utilizadores, sendo despoletado pelo próprio sistema o pedido de reposição para os serviços que necessitam de repor o stock para o nível máximo.
- Maior controlo das potenciais ruturas de material.
- Diminuição do nível de *stocks* existentes nos serviços, aumentando-se a cadência de fornecimento.
- Maior controlo dos prazos dos artigos.
- Conhecimento em tempo real dos artigos existentes no armazém central e nos serviços utilizadores.
- Bloqueio por parte do sistema informático de pedidos superiores ao nível estabelecido para o serviço.
- Maximização de espaço e conseqüente redução dos custos de armazenamento.
- Existência de um conjunto de indicadores de gestão que permite apoiar de uma forma mais célere a tomada de decisões.

Pontos a melhorar

- O sistema logístico implementado não impede que o registo do consumo não se dê efetivamente para a administração no doente. Esta situação poderá ser ultrapassada quando se avançar para a imputação direta dos consumíveis ao doente.
- A definição de *stocks* máximos pode estar enviesada, dado que os respetivos níveis, foram pré-estabelecidos com base em consumos históricos, que eventualmente poderiam encontra-se artificialmente empolados.
- A informação relativa aos consumos dos serviços e à produção dos mesmos, por vezes, não é periodicamente monitorizada, podendo eventualmente originar desperdícios.
- O espaço onde funciona o armazém geral de algumas unidades hospitalares deve centralizar e arrecadar todos os artigos, de forma a evitar o recurso a locais fora da vigilância do aprovisionamento.

14.3. Sistemas de informação

As tecnologias de informação desempenham um papel essencial na eficiência das unidades hospitalares, designadamente quanto à gestão de processos. Nas unidades hospitalares auditadas, verificou-se que os sistemas têm vindo a ser melhorados de uma forma contínua e adaptados às suas



necessidades, tendo por objetivo acompanhar as melhores práticas de gestão da cadeia de abastecimento dos respetivos serviços.

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca detém como solução informática um sistema integrado de gestão empresarial - ERP (*Enterprise Resource Planning*), que integra os dados e processos das áreas logística, financeira e recursos humanos. Esta solução informática arrancou, em janeiro de 2012, no Centro Hospitalar Lisboa Norte, que, até então, desenvolvia a sua atividade apoiado no sistema de informação SHI (Sistema Hospitalar Integrado) que integrava a área da logística e das compras.

Em outubro de 2011, no Centro Hospitalar Lisboa Norte, o sistema de informação ERP já se encontrava parametrizado, tendo sido colocado à disposição dos utilizadores principais em ambiente teste, de modo a que fossem minimizadas quaisquer dúvidas aquando da entrada em funcionamento do novo sistema.

Quadro 14- Sistema de informação ERP

ERP - Enterprise Resource Planning	Valor faturado
Licenciamento de SOFTWARE	156.062,40 €
Contrato manutenção	34.333,73 €
Implementação do SOFTWARE	233.577,00 €
Total	423.973,13 €
Fonte: Unidade Hospitalar	

O custo total do sistema de informação ERP, da implementação, do licenciamento e do contrato de manutenção, no Centro Hospitalar Lisboa Norte, ascendeu a € 423.973. Refira-se, que o valor do contrato de manutenção anual é de 22% sobre o valor do contrato de licenciamento.

No que se refere aos sistemas de informação, o Presidente do Conselho de Administração da SPMS vem alegar que o presente documento faz apologia a determinada marca comercial de um sistema informático e respetivo custo de implementação, acrescentando “*Se extrapolarmos para 40 entidades do SNS ...*” e conclui com a indicação de um montante global para o hipotético investimento. Sem prejuízo do alegado, salienta-se que as unidades hospitalares têm autonomia para fazer as suas escolhas, dentro dos limites previstos na lei. Acrescenta-se ainda que foi feito o levantamento dos circuitos de compras/armazenamento/distribuição, de todas as unidades hospitalares auditadas, contemplando as aplicações informáticas que suportam este circuito, tendo-se verificado que para aquele efeito são utilizadas diversas aplicações.

Quanto ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, a referência feita ao sistema de informação adotado, insere-se no contexto da recente reestruturação ao nível da logística.

Por sua vez, o Hospital Garcia de Orta desenvolve a sua atividade ao nível do aprovisionamento apoiado no sistema de informação SGICM (CPC – Glintt), que integra as áreas de logística, compras e pré-faturação. Esta unidade hospitalar não tem um sistema integrado de informação, tendo necessidade de recorrer à importação dos ficheiros de consumos de existências e de notas de encomenda para integração na contabilidade.

Apesar da aplicação informática SGICM, que arrancou em 2008 no Hospital Garcia de Orta, satisfazer as necessidades existentes, não foi suficientemente desenvolvida causando constrangimentos ao nível da agilização de procedimentos, designadamente no processo eletrónico de compras e correta parametrização dos PDA para armazéns avançados.



Em 2005, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca modernizou a sua gestão de *stocks*, tendo sido escolhida a solução informática *Mobile Healthcare Solution*. Esta solução semi *on-line*, que interage com a *OCS Mobile* e sincroniza com o ERP ¹¹⁷, veio permitir que os terminais portáteis circulassem livremente dentro das instalações processando e recolhendo informação via *batch*. Esta opção foi a base para o desenvolvimento dos sistemas, ERP, BIZGOV, RFQ, TWITTER, Portal Colaborativo e Portal Executivo, que contribuiu para que os inventários sejam totalmente automatizados e processados entre o ERP e o *OCS Mobile*.

O sistema de informação ERP existente no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca tem sido desenvolvido nos últimos anos para as áreas de compras e de logística e encontra-se integrado com o sistema de informação financeiro e de recursos humanos, impossibilitando desta forma que sejam efetuadas compras à revelia da gestão logística, isto porque o sistema de segurança não autoriza que a contabilidade proceda a autorizações de pagamento sem que exista uma nota de encomenda devidamente autorizada. A ilustração que consta do anexo D é demonstrativa do fluxo informático dos processos logísticos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

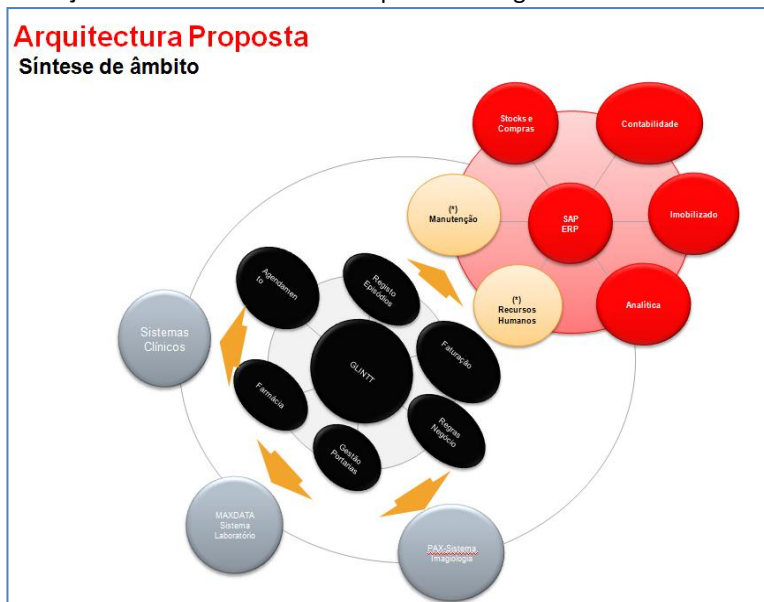
O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca tem por objetivo integrar os artigos consignados em ERP, permitindo ter conhecimento exato destes artigos e seus movimentos de forma automatizada. Pretendem ainda desenvolver um programa de consumo de Bloco (*software* da *Outsystem*) com o ERP e *OCS Mobile*.

O sistema de informação ERP implementado no Centro Hospitalar Lisboa Norte reúne um conjunto de vantagens designadamente as que se indicam:

¹¹⁷ ERP – Integra 8 Bases de dados, nomeadamente, a Base de dados de fornecedores, Base de dados de encomendas e Base de dados de clientes internos, Base de dados de artigos, Base de dados de preços atuais. A plataforma *BIZGOV* tem como função a comunicação, gestão e arquivo de informação dos concursos públicos e ajustes diretos. Com a plataforma *RFQ* a área de negociação tem a possibilidade de solicitar e elaborar consultas ao mercado. Na plataforma *TWITTER* encontra-se a divulgação de todas as consultas que a Unidade de Negociação inicia. No *Portal Executivo* são inseridas as propostas para serem autorizadas por níveis superiores de acordo com a delegação de competências.



Ilustração 2 - Fluxo informático dos processos logísticos do CHLN



- Detenção da propriedade intelectual da aplicação.
- Menor dependência em termos de suporte e manutenção.
- Controlo dos custos de manutenção e evolução.
- Tempo e capacidade de resposta a solicitações.
- Robustez da solução para processos que exijam a utilização de registos.
- Sustentabilidade e capacidade de desenvolvimento e evoluções futuras.

O sistema de informação ERP, implementado pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e em fase de implementação no Centro Hospitalar Lisboa Norte, à data de trabalho de campo da presente auditoria permite processar os dados em tempo real facilitando, desta forma o cruzamento da informação, bem como a produção de *reports*, utilizados como ferramenta de gestão no âmbito da decisão. Se por um lado, este sistema tecnológico viabiliza uma gestão mais eficiente, por outro lado, permite uma maior segurança e controlo, como por exemplo não autorizar que a contabilidade emita autorizações de pagamento sem que exista uma nota de encomenda devidamente autorizada. Contudo, revela-se necessário que os avultados investimentos neste tipo de tecnologias sejam precedidos de Análises Custo-Benefício, o que não sucedeu.

14.4. Formas de gestão de stocks de material clínico

As unidades hospitalares desenvolvem a gestão de *stocks* com base no modelo tradicional e em regime de consignados.

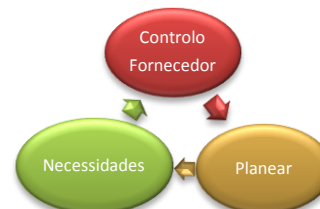
- **Modelo tradicional**

O modelo de gestão tradicional é desenvolvido com base num conjunto de operações tendentes ao abastecimento dos serviços clínicos. Estas operações consistem em funções de gestão, nomeadamente, no que respeita às previsões dos consumos e definições dados mestre (codificação de artigos e a definição dos níveis de *stock*) e funções ao nível dos procedimentos como o apuramento das necessidades da aquisição dos artigos, encomenda, receção/conferência, e, sendo o caso, a arrumação dos mesmos no armazém geral e/ou armazéns periféricos.

▪ **Consignados**

Relativamente ao regime de consignados¹¹⁸, os hospitais optaram por esta modalidade quanto aos artigos, com características muito próprias, de uso muito esporádico e de elevado valor. O consumo deste tipo de artigos é por norma utilizado nas especialidades de ortopedia¹¹⁹ e cardiologia¹²⁰, gastroenterologia, oftalmologia, pneumologia entre outras, exatamente por serem artigos muito específicos e com custos elevados.

Ilustração 3- Processo de reposição de artigos à consignação



O processo inicia-se nos serviços clínicos das unidades hospitalares que procedem a um planeamento da atividade a desenvolver, tendo em atenção as necessidades decorrentes dessa atividade. Este tipo de artigos encontra-se armazenado nos serviços clínicos. O fornecedor, por sua vez, fica responsável pelo fornecimento dos artigos e controlo quanto à quantidade de *stocks* a repor, data de reposição e prazo de validade.

Estes artigos encontram-se registados contabilisticamente, apesar de serem valorizados no momento da utilização e regularizados mediante a nota de encomenda nos consumos de *stocks*.

Quadro 15- Material à consignação

	2009			2010			Unid: euros Δ%
	Consumo clínico	Consignados	%	Consumo clínico	Consignados	%	
Centro Hospitalar Lisboa Norte	29.492.626	9.947.641	34%	34.147.185	12.338.038	36%	24,0%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo	3.119.463	953.918	31%	3.238.089	899.614	28%	-5,7%
Hospital Fernando Fonseca	18.866.800	1.205.094	6%	14.918.229	1.566.071	10%	30,0%
Hospital Garcia de Orta	14.672.491	4.036.333	28%	13.758.499	3.873.670	28%	-4,0%

Fonte: Direcção Logística/Serviço de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares

Esta forma de gestão do material à consignação tem vantagens para as unidades hospitalares uma vez que as responsabilidades de reposição de *stocks* e controlo do prazo de validade são do fornecedor, evitando o custo de posse desses *stocks*.

Refira-se, que relativamente às compras e consumo de próteses não existe um padrão a nível nacional a ser seguido pelas unidades hospitalares. É com base em critérios de avaliação do doente tais como, a idade, mobilidade, entre outros, que se determina qual a prótese a aplicar.

O valor dos artigos à consignação, no período de 2009 e 2010, tem um peso pouco relevante no total do material de consumo clínico. Porém, o valor dos artigos à consignação no CHLN cresceu, em 2010 cerca de 24% face a 2009, ao contrário do CHBM e HGO, que reduziram o seu valor em cerca de 6% e 4%, respetivamente.

Quadro 16- Material à consignação no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Consignados	Unid: euros		
	2009	2010	%Δ
Bloco	318.095,67	599.521,36	88,47
Unidade Pacing	188.348,10	219.012,10	16,28
Hemodinâmica	598.745,00	607.750,00	1,50
Unidade de Gastro	51.745,71	48.525,00	-6,22
Unidade de Pneumo	23.967,82	13.137,25	-45,19
Imagiologia	14.682,00	14.682,00	0,00
Cirurgia de ambulatório	9.510,00	63.445,00	567,14
Total	1.205.094,30	1.566.072,71	29,95

Fonte: Unidade Hospitalar

¹¹⁸ Obter um produto/artigo junto do fornecedor sendo o pagamento efetuado apenas com base na informação de consumo, com a possibilidade de devolução ao fornecedor a custo zero se não for utilizado.

¹¹⁹ Osteossíntese e próteses.

¹²⁰ *Pacemakers*.



Em sede de contraditório, o Ministro da Saúde, veio alegar que “... está em curso um processo de emissão de normas de orientação clínica pela Direção-Geral da Saúde (DGS), existindo já 28 normas de orientação clínica sobre prescrição de medicamentos (representando 78% dos encargos do SNS) e 32 normas referentes à prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (abrangendo 82% dos encargos do SNS).

Para outras áreas terapêuticas não abrangidas pelas normas de orientação clínica emitidas pela DGS, a Comissão do Programa do Medicamento Hospitalar supra-aludida está a avaliar a oportunidade de emissão de protocolos clínicos referentes a terapêuticas e âmbito hospitalar para posterior divulgação pelas instituições do SNS.

Neste sentido, a respetiva intervenção já incide sobre as seguintes áreas terapêuticas: Degenerescência Macular da Idade (DMI) Associar protocolo de preparação da terapêutica, Hepatite C, Doença Inflamatória Intestinal/Artrite Reumatologia/Psoríase, Cancro do Pulmão, Cancro da Próstata, HematoOncologia-Linfomas/Mieloma Múltiplo.”

Sobre esta matéria, o Conselho de Administração do HGO, EPE, informou também que “... será uma das competências da Comissão de Consumo Clínico, já nomeada, e cujo Regulamento irá ser aprovado muito brevemente.”

O Tribunal regista com apreço a iniciativa sobre esta matéria, não obstante mantêm-se as observações de auditoria e o resultado esperado através da implementação de algumas das medidas enunciadas ou em curso será observado em sede de acompanhamento de recomendações.

▪ **Vendor Managed Inventory – VMI**

Neste sistema, o fornecedor funciona como responsável operacional, ou seja, responsabiliza-se pelo *stock*, pela encomenda, por garantir que o artigo chega nas melhores condições ao hospital, que os artigos estão dentro do prazo de validade, entre outros. Por norma, os artigos através de VMI, são os mais caros e os mais diversificados.

O VMI funciona na base de um contrato celebrado entre o hospital e o fornecedor, em que estabelece os níveis máximos e mínimos de *stocks*, responsabilizando, assim, o fornecedor pelas ruturas que eventualmente possam existir.

Este sistema garante uma maior estabilidade de *stocks* e conseqüente redução de ruturas, bem como uma redução nos custos de processamento de encomendas, dado que o fornecedor tem acesso à gestão dos artigos em VMI. Apesar destes artigos serem geridos pelo fornecedor, os mesmos encontram-se no armazém das unidades hospitalares podendo o fornecedor, em qualquer momento, proceder à conferência dos mesmos. Apesar destes artigos não fazerem parte dos *stocks* do armazém, encontram-se inventariados.

Numa perspetiva económica o Centro Hospitalar Lisboa Norte e o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca operam com artigos em VMI, beneficiando do facto de não ser necessário investimento prévio nesse tipo de artigos, bem como da redução dos custos de armazenagem.



O valor do consumo clínico, através de VMI, em 2010, ascendeu a € 249.285, tendo sido em 2009 de € 34.000, valor pouco expressivo no total do consumo do material clínico.

O Hospital Fernando Fonseca, em 2009, regista um consumo de material clínico de € 25.502. Em 2010, verifica-se um aumento de cerca de 10% (€ 27.934), que face ao custo total do material de consumo clínico representa apenas 0,2%

Quadro 17- Material em VMI

	2009			2010		
	Consumo clínico	VMI	%	Consumo clínico	VMI	%
Centro Hospitalar Lisboa Norte	29.492.626	34.000	0,1%	34.147.185	249.285	0,7%
Centro Hospitalar Barreiro Montijo	3.119.463	a)		3.238.089	a)	
Hospital Fernando Fonseca	18.866.800	25.502	0,1%	14.918.229	27.934	0,2%
Hospital Garcia de Orta	14.672.491	a)		13.758.499	a)	

Fonte: Unidades Hospitalares
a) Não tem artigos em VMI

No caso do Centro Hospitalar Lisboa Norte o peso dos artigos consumidos em VMI representa 0,7% do consumo total.

14.5. Indicadores de desempenho da gestão de stocks

No âmbito da presente auditoria procedeu-se ao apuramento e análise de alguns indicadores de gestão de *stocks*, relativos ao material de consumo clínico, designadamente no que se refere à taxa de rotação e de cobertura.

Apesar dos hospitais auditados terem evoluído para novas formas de organização logística mais informatizadas ainda não se encontram totalmente desenvolvidos mecanismos a nível informático que permitam obter com fiabilidade, em algumas destas unidades, os indicadores de desempenho da gestão de *stocks*, quer de medicamentos quer de material de consumo clínico.

Note-se que estes indicadores respeitam a todos os artigos de consumo clínico e de medicamentos, não tendo em consideração a maior ou menor rotatividade face às características específicas de cada produto e às necessidades de consumos de cada hospital.

Quadro 18 – Número de doentes padrão

	ano 2009	ano 2010	Δ% 09/10
C.H. Lisboa Norte	78.036	79.463	2%
C.H. Barreiro Montijo	28.453	26.226	-8%
H. Fernando Fonseca	63.450	65.833	4%
H. Garcia de Orta	31.181	30.597	-2%

Fonte: ACSS, IP

Obteve-se, ainda, junto da ACSS, o número de doentes padrão das entidades hospitalares auditadas que permitiu efetuar o cálculo do consumo por doente (apresentados nos quadros 19 e 20) quer dos medicamentos quer do material clínico.

Assim, os quadros seguintes refletem os diversos indicadores de gestão de *stocks*, apurados com base na informação recolhida junto das unidades hospitalares auditadas.



Quadro 19 - Indicadores de gestão de stocks de material de consumo clínico

	Centro Hospital Lisboa Norte		Centro Hospitalar Barreiro Montijo		Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca		Hospital Garcia de Orta*	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
(1)-Stock médio	9.682.738 €	5.770.902 €	345.145 €	390.985 €	1.542.967 €	1.622.708 €	1.552.059 €	1.167.797 €
(2)-Consumos	29.492.626 €	34.147.185 €	3.119.463 €	3.238.089 €	18.866.800 €	14.918.229 €	14.672.491 €	13.758.499 €
(3)-Consumo médio mensal	2.457.719 €	2.845.599 €	259.955 €	269.841 €	1.572.233 €	1.243.186 €	1.222.708 €	1.146.542 €
(1/3)- taxa de cobertura	3,94	2,03	1,33	1,45	0,98	1,31	1,27	1,02
(2/1) - taxa de rotação	3,05	5,92	9,04	8,28	12,23	9,19	9,45	11,78
taxa de rutura	n/d	n/d	1,07	1,52	4,5	4,28	3,73	2,69
Consumo por doente padrão	378 €	430 €	110 €	123 €	297 €	227 €	471 €	450 €

Stock médio: somatório do stock no final de cada mês /12; Taxa de cobertura: stock médio/ consumo médio mensal; Taxa de rotação : consumo/stock médio;

Taxa de rutura: n.º de requisições não satisfeitas/ n.º total de requisições; n.d. - não disponível

Fonte: Informação das entidades hospitalares, com exceção do HGO cujos valores foram retirados dos balancetes analíticos

Apesar das unidades hospitalares apresentarem realidades diferentes quanto à sua dimensão, destaca-se o Centro Hospitalar Lisboa Norte por ter uma **taxa de cobertura** superior às dos outros hospitais, muito embora o consumo médio tenha aumentado, os respetivos *stocks* diminuíram. Esta situação tende a evidenciar uma melhoria da eficiência na gestão dos *stocks* destes artigos, por parte deste hospital. Por sua vez, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca apresenta rácios de cobertura de *stocks* mais baixos indiciando um menor investimento em *stocks*.

Quanto ao consumo de material clínico por doente padrão são o Centro Hospitalar Barreiro Montijo e o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca que apresentam os valores mais baixos.

De um modo geral os hospitais não detêm um *stock* de segurança rígido uma vez que depende da rotatividade dos artigos, volume e preço. No caso do Centro Hospitalar Lisboa Norte os *stocks* de segurança tanto podem ser constituídos para 30 dias como para 8 dias de consumo, dependendo da necessidade de cada serviço e da monitorização efetuada pelos respetivos gestores de *stocks*. As requisições de compra são desencadeadas com 30 dias de antecedência tendo em consideração os *stocks* em armazém mais quantidade pendente em encomenda menor ou igual a 30 dias de consumo médio.

Relativamente à gestão de *stocks de medicamentos* os rácios de cobertura do Centro Hospitalar Lisboa Norte são os mais elevados no contexto dos hospitais auditados, tendo decrescido de 1,45 para 1,34, entre 2009 e 2010, apesar dos consumos de medicamentos terem aumentado cerca de 7%. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca é o que apresenta taxas de cobertura mais baixas.

Quadro 20 - Indicadores de gestão de stocks de medicamentos

	Centro Hospitalar Lisboa Norte		Centro Hospitalar Barreiro Montijo		Hospital Prof. Dr.º Fernando Fonseca		Hospital Garcia de Orta	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
1 -Stock médio	12.797.946 €	12.824.253 €	998.696 €	1.273.046 €	1.864.070 €	2.014.860 €	4.129.624 €	3.506.567 €
2 -Consumo	105.771.579 €	114.601.419 €	14.301.662 €	16.161.328 €	27.379.716 €	29.847.240 €	38.961.816 €	38.848.225 €
3 -Consumo médio mensal	8.814.298 €	9.550.118 €	1.191.805 €	1.346.777 €	2.281.643 €	2.487.270 €	3.246.818 €	3.237.352 €
(1/3)-Taxa de cobertura	1,45	1,34	0,84	0,95	0,82	0,81	1,27	1,08
(2/1)-Taxa de rotação	8,3	8,9	14,32	12,70	14,69	14,81	9,43	11,08
Taxa de ruptura	n.d.	n.d.	n.d.	7,15	n.d.	n.d.	6,67	6,67
Consumo por doente padrão	1.355 €	1.442 €	503 €	616 €	432 €	453 €	1.250 €	1.270 €

Stock médio: somatório do stock no final de cada mês /12; Taxa de cobertura: stock médio/ consumo médio mensal; Taxa de rotação : consumo/stock médio;

Taxa de rutura: n.º de requisições não satisfeitas/ n.º total de requisições; n.d. - não disponível

Fonte: Informação das entidades hospitalares



Analisando os consumos de medicamentos por doente padrão verificou-se que também foram o Centro Hospitalar Barreiro Montijo e o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca que apresentaram consumos mais baixos.

14.6. Regularizações no final do ano

As unidades hospitalares auditadas utilizam o inventário permanente, o que lhes permite ter conhecimento em qualquer momento do valor das existências em armazém. Em regra, no final do ano, procedem a contagens físicas na presença do fiscal único, sendo elaborado um balanço anual. Este procedimento tem como objetivo efetuar uma conferência quantitativa e qualitativa das existências e verificar os prazos de validade dos artigos em *stocks*.

A realização da inventariação física das existências no final do ano originaram acertos que resultaram, na sua maioria, de divergências entre os montantes registados nas aplicações informáticas de gestão de existências (aprovisionamento e farmácia) e os registados na contabilidade. Esta situação ocorre devido à não interligação das referidas aplicações informáticas. Os montantes de acertos, efetuados no final de 2009 e 2010, no que respeita ao material de consumo clínico e medicamentos encontram-se refletidos nos quadros seguintes.

Quadro 21- Regularizações de material clínico

	Unid: euros			
	2009		2010	
	Quebras	Sobras	Quebras	Sobras
C.H.Lisboa Norte	-	36.885	103.809	278.356
C.H.Barreiro Montijo	a)	a)	2.701	11.287
Hospital Fernando Fonseca	126.864	103.973	136.410	103.131
Hospital Garcia de Orta	-	303.425	-	436.454

Fonte: Balanços anuais das unidades Hospitalares

a) Não se encontrava criado o CHBM,EPE

Quadro 22- Regularizações de medicamentos

	Unid: euros			
	2009		2010	
	Quebras	Sobras	Quebras	Sobras
C.H.Lisboa Norte	557.304	384.016	404.757	257.194
C.H.Barreiro Montijo	a)	a)	62.359	565.721
Hospital Fernando Fonseca	-	-	54.941	-
Hospital Garcia de Orta	363.530	519.294	386.687	-

Fonte: Balanços anuais das unidades Hospitalares

a) Não se encontrava criado o CHBM,EPE

Em 2010 o Centro Hospitalar Lisboa Norte apresenta um valor de sobras, de material de consumo clínico, superior ao verificado em 2009, devendo-se esta situação à fusão do Hospital Pulido Valente e Hospital de Santa Maria. Já o Hospital Garcia de Orta apresenta um ligeiro acréscimo em sobras, que resulta da reestruturação e da implementação do novo sistema logístico.

15. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONSUMO HOSPITALAR DE MEDICAMENTOS

Na conjuntura atual em que Portugal se posiciona a despesa com medicamentos tem merecido frequentes e recorrentes análises com vista ao seu controlo e tentativa de diminuição do seu peso no contexto económico nacional. A despesa com medicamentos em ambiente hospitalar não foge à regra e tem sido sucessivamente objeto de tentativas de racionalização e disciplina por parte do poder político.

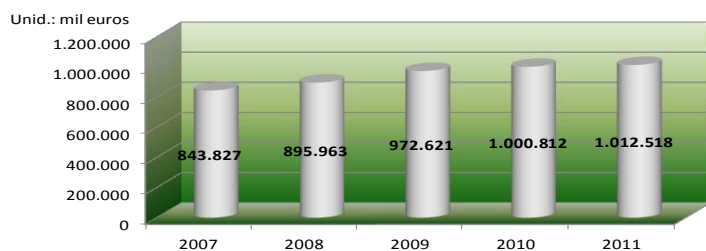
Com o objetivo de uniformizar a informação sobre a utilização de medicamentos nas entidades hospitalares do SNS, foi criado, em 2007¹²¹, o Código Hospitalar Nacional do Medicamento, que facilitou o tratamento, por parte do INFARMED, dos dados relativos ao consumo hospitalar de

¹²¹ Portaria n.º 155/2007, de 31 de janeiro.



medicamentos. A ilustração seguinte reflete a evolução do consumo de medicamentos nos hospitais do SNS, desde 2007.

Gráfico 5-Consumo hospitalar de medicamentos



Fonte: Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, INFARMED, IP

Entre 2007 e 2008 o consumo de medicamentos no meio hospitalar cresceu 6,2%, aumentando de 843.827 mil euros para 895.963 mil euros, tendo registado o maior crescimento no ano seguinte, 8,6%, ou seja mais 76 milhões de euros do que em 2008.

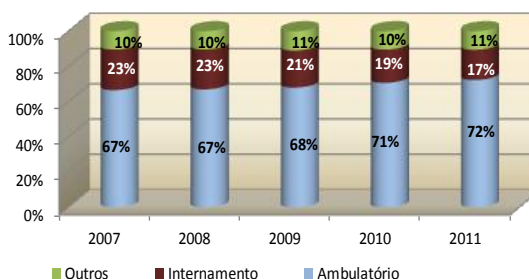
Por outro lado, entre 2009 e 2010 a taxa de crescimento do consumo de medicamentos nos hospitais do SNS foi de 2,9%, tendo, em 2011, registado a taxa mais baixa dos anos analisados, isto é, 1,2%.

Conclui-se assim, que o aumento no consumo de medicamentos em meio hospitalar foi de 20% nos últimos 5 anos.

O consumo hospitalar de medicamentos por linha de produção está basicamente concentrado no ambulatório, onde se incluiu as consultas externas e o hospital de dia, em detrimento do internamento que tem vindo paulatinamente a decrescer, conforme se evidencia na figura seguinte.

O consumo de medicamentos no ambulatório, que em 2007 representava 67% do total do consumo hospitalar das entidades do SNS, aumentou para 72% em 2011, ao contrário do internamento hospitalar que em 2010 registou um consumo de medicamentos na ordem dos 17% enquanto em 2007 representava 23%.

Gráfico 6 - Consumo hospitalar por linha de produção



Fonte: Observatório do Medicamento e Produtos da Saúde, INFARMED, IP

Esta situação é fruto da estratégia para a saúde no sentido de incrementar o tratamento da doença em ambulatório em detrimento do internamento hospitalar.

No que respeita ao desenvolvimento de mecanismos de controlo e de monitorização a nível nacional sobre os consumos de medicamentos e material clínico, veio o Ministro da Saúde em sede de contraditório informar que, neste sentido, foram tomadas e desenvolvidas algumas medidas, designadamente:



- *Fortalecimento dos mecanismos de monitorização de consumos de medicamentos nos hospitais já existentes, através da melhoria do reporte de informação – Cfr. Circular Normativa da ACSS nº 03/2012/UEFOG, publicada no respetivo sítio eletrónico¹²²;*
- *Avaliação da implementação de medidas nos hospitais pelo INFARMED, I.P. e ACSS, I.P.; da avaliação da exequibilidade de emissão de recomendações de uniformização da codificação dos centros de custos relativos a medicamentos e material de consumo clínico pela ACSS, I.P. ou através da avaliação sobre a possibilidade de certificação de aplicações informáticas de reporte de consumos pela SPMS, E.P.E - cfr. Despacho do Secretário de Estado da Saúde nº 1004/2012 (...);*
- *Adicionalmente, foi criada a Comissão do Programa do Medicamento Hospitalar pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 13378/2011 (2ª série) de 6 de Outubro que tem como missão rever o enquadramento da dispensa hospitalar de medicamentos em ambulatório – cfr Despacho acima referido – cobrindo aproximadamente 70% dos atuais custos hospitalares com medicamentos;*
- *Monitorização do consumo de medicamentos nos hospitais do SNS pelo INFARMED, I.P desde a criação do Código Hospitalar Nacional do Medicamento. A partir do consumo e custos reportados pelas unidades hospitalares ao INFARMED, é produzido um relatório mensal por hospital, grupos terapêuticos e de prestação hospitalar e principais medicamentos e outros. No âmbito do programa do medicamento hospitalar estão a ser analisadas as possibilidades de alargar os dados analisados, nomeadamente cruzando consumos com indicadores de produção e qualidade. No que concerne ao material de consumo clínico, está em curso um processo de atribuição e normalização de códigos aos dispositivos médicos, primeiro passo para em seguida se poder proceder ao reporte e análise dos consumos.*
- *Implementação por todos os estabelecimentos do SNS de um processo de monitorização da prescrição interna de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) – cfr. Despacho n.º 17069/2011 (2ª série) de 21/12, do Secretário de Estado da Saúde – tendo sido recentemente emitidas orientações específicas sobre este despacho, através da circular informativa n.º 12/2012, da ACSS”.*

Face às alegações apresentadas, registam-se com apreço as medidas enunciadas, tomadas e desenvolvidas pela tutela, sem prejuízo das mesmas virem a ser objeto de análise em sede do acompanhamento das recomendações.

15.1. Consumo hospitalar de medicamentos no ambulatório

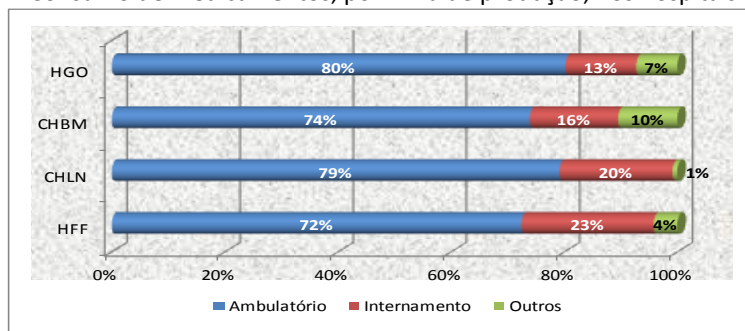
Ao nível dos hospitais auditados a tendência do consumo de medicamentos é idêntica à verificada no contexto nacional. O ambulatório é a linha de produção que mais medicamentos consome ao nível hospitalar, representando nestas entidades mais de 70%, chegando a atingir praticamente os 80%

¹²² Na sequência da publicação desta circular, foi publicada uma outra, a Circular Normativa n.º 32/2012/UOC, em 18.07.2012, no que respeita ao reporte de informação sobre medicamentos inscritos no Código Hospitalar Nacional do Medicamento, desagregada por fornecedor, a determinar, entre outros aspetos formais, que as entidades pertencentes ao SNS, procedam ao envio da informação mensal acumulada, detalhada por fornecedor das existências iniciais, compras liquidadas, consumos e existências finais de medicamentos.



em 2010, no caso do Hospital Garcia de Orta e Centro Hospitalar Lisboa Norte, como se pode verificar na figura seguinte. Em segunda linha encontra-se o internamento, mas com percentagens de consumo bastante inferiores ao ambulatório, na ordem dos 20%.

Gráfico 7 – Consumo de medicamentos, por linha de produção, nos hospitais auditados



Na linha de produção “outros” estão considerados os consumos de medicamentos na urgência, bloco operatório e outros. O hospital com menor consumo de medicamentos nesta área é o Centro Hospitalar Lisboa Norte que em 2010 atingiu apenas 1% do total de consumo. Por sua vez o Centro Hospitalar Barreiro Montijo (sem considerar o anterior hospital do Montijo) atingiu os 10% nesse ano de consumo de medicamentos.

É pois no ambulatório que se concentra a maior fatia dos gastos com medicamentos em ambiente hospitalar, devido essencialmente aos elevados custos das terapêuticas praticadas no Hospital de Dia e da cedência de medicamentos abrangidos pelos regimes especiais de participação.

O diploma que estabelece o regime de participação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS¹²³, prevê a regulamentação em legislação própria de medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou em grupos especiais de utentes, estando legalmente previsto a dispensa gratuita de determinados medicamentos quando efetuados nos serviços farmacêuticos dos hospitais do SNS e prescritos em consultas especializadas no diagnóstico da referida patologia.

Nesta situação encontram-se diversos medicamentos que devido às características patológicas da doença a que se destinam¹²⁴, à especificidade dos tratamentos disponíveis, ao grau de eficácia e perfil de segurança que exigem, para além de deverem ser administrados sob estreita vigilância médica, a sua dispensa só é efetuada pelos serviços farmacêuticos hospitalares, recaindo no hospital a responsabilidade dos encargos financeiros onde o mesmo é prescrito.

Também são dispensados gratuitamente medicamentos biológicos, para o tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas, prescritos em consultas especializadas fora do meio hospitalar¹²⁵,

¹²³ Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 305/98, de 7 de outubro.

¹²⁴ Nomeadamente medicamentos que se destinam ao tratamento de doentes com esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, insuficientes renais crónicos e transplantados renais, hepatite C, fibrose quística, imunodeficiência humana adquirida, entre outros.

¹²⁵ Trata-se de patologias crónicas, responsáveis por altas taxas de morbilidade, que a longo prazo interferem significativamente na qualidade de vida. Face à necessidade de um diagnóstico correto, à especificidade dos



desde de que o centro prescritor esteja registado na Direção-Geral da Saúde. Nestes casos o encargo financeiro pela dispensa destes medicamentos é da Administração Regional de Saúde competente, que paga posteriormente às entidades hospitalares.

O quadro seguinte espelha o impacto dos encargos com a dispensa gratuita de medicamentos a doentes em regime de ambulatório para os quais existe diploma legal a suportar a dispensa¹²⁶ e autorização do Conselho de Administração, nos casos em que não exista diploma legal, em contraponto com os consumos internos do hospital efetuados pelos seus doentes nas linhas de produção do internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia e outros.

Quadro 23 – Dispensa gratuita em ambulatório vs consumo interno

Encargos com consumo de medicamentos	2009	%	2010	%	Δ% 09/10
HGO	38.959.725		38.836.127		
Dispensa gratuita em ambulatório	21.588.587	55%	23.787.854	61%	10,2%
Consumo interno no hospital	17.371.138	45%	15.048.273	39%	-13,4%
CHBM*	9.456.702		15.276.544		
Dispensa gratuita em ambulatório	3.360.156	36%	5.811.498	38%	n/a
Consumo interno no hospital	6.096.546	64%	9.465.046	62%	n/a
CHLN	130.890.452		138.733.244		
Dispensa gratuita em ambulatório	69.682.582	53%	74.539.559	54%	7,0%
Consumo interno no hospital	61.207.870	47%	64.193.685	46%	4,9%
HFF	27.370.337		28.741.127		
Dispensa gratuita em ambulatório	17.531.044	64%	20.549.084	71%	17,2%
Consumo interno no hospital	9.839.293	36%	8.192.044	29%	-16,7%

Fonte: Quadros do SICA

*Em 2009, os valores respeitam aos meses de Janeiro a Junho do antigo Hospital N.º 5r.º do Rosário - Barreiro e aos meses de Novembro e Dezembro do CHBM

n/a não aplicável

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca destaca-se dos restantes hospitais uma vez que em 2010, 71% dos encargos com medicamentos destinou-se à distribuição gratuita a doentes do ambulatório e apenas 29% respeitam a consumos de medicamentos efetuados no hospital, ou seja, no internamento, bloco operatório, entre outros. O Hospital Garcia de Orta também apresenta percentagens elevadas de consumo de medicamentos em ambulatório, 61%, em 2010, face aos 39% de consumo interno.

Aliás, é nestes dois hospitais, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e Hospital Garcia de Orta, que se verifica o maior aumento na dispensa gratuita de medicamentos em ambulatório, nos dois anos em análise. Enquanto o primeiro teve uma variação de mais de 17%, o Hospital Garcia de Orta aumentou 10%.

Verifica-se, assim, que os medicamentos cedidos aos utentes de forma gratuita¹²⁷ em ambulatório e cuja responsabilidade financeira cabe, maioritariamente, ao hospital que os dispensa, têm uma tendência de aumento em detrimento do consumo registado pelos demais serviços do hospital.

tratamentos disponíveis e ao risco dos próprios medicamentos, foi considerado que a administração destes medicamentos fosse iniciada e controlada por médicos com experiência no diagnóstico e tratamento destas doenças e disponibilizada através dos serviços farmacêuticos dos hospitais

¹²⁶ Patologias abrangidas por diversos despachos: fibrose quística, doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais, deficiência da hormona do crescimento na criança e Síndrome de Turner, paraplegias espásticas familiares, ataxias cerebelosas hereditárias, doentes acromegálicos, profilaxia da rejeição aguda de transplante renal, cardíaco e hepático alogénico, hepatite C, esclerose múltipla, doença de *Chron* activa grave ou formação de fístulas.

¹²⁷ Quer tenham diploma legal ou autorização do Conselho de Administração a suportar a sua dispensa.



Ou seja, a maior fatia dos encargos com o consumo de medicamentos em ambiente hospitalar recai numa área, ambulatório, cujas medidas de contenção de despesa são pouco eficazes, atenta à dispersão dos despachos que determinam a cedência deste tipo de medicação e à inexistência de procedimentos que permitam aos hospitais verificarem se estão cumpridos os critérios de inclusão dos medicamentos no respetivo diploma legal, aquando de cedência da terapêutica ao utente.

O Ministro da Saúde, nas suas alegações vem referir que foram “... mandatados:

- *A Comissão do Programa do Medicamento Hospitalar, para avaliar os mecanismos de dispensa de medicamentos em ambulatório hospitalar e propor alterações consideradas necessárias para uma melhoria da evidência e controlo na utilização destes medicamentos;*
- *O INFARMED, I.P, para apresentar uma revisão profunda dos seguintes regimes especiais existentes de comparticipação e das condições de prescrição, controlo e monitorização de medicamentos.”.*

Considerando que o teor destas alegações não contraria as observações de auditoria, mantêm-se as conclusões e recomendações respeitantes a este ponto e o resultado esperado através da implementação de algumas das medidas enunciadas ou em curso será observado em sede de acolhimento de recomendações.

15.2. *Patologias com maior consumo no ambulatório hospitalar*

Nos quadros seguintes estão refletidos o consumo de medicamentos em ambulatório por patologias, dos anos de 2009 e 2010, tendo-se destacado as patologias com maior consumo em cada umas das entidades auditadas.

Quadro 24 – Consumo medicamentos em ambulatório por patologia – 2009

Patologias	HGO			CHLN			HFF			Unid.: euros
	N.º doentes	Encargos medicam.	%	N.º doentes	Encargos medica.	%	N.º doentes	Encargos medica.	%	
HIV	1378	11.873.705	55%	3078	25.527.427	37%	1387	12.142.862	69%	
Patologia oncológica	2254	3.259.706	15%	3758	8.979.120	13%	1815	2.945.036	17%	
Hemofilia	1	112.657	1%	94	10.358.665	15%	0	0	0%	
Esclerose múltipla	215	1.849.008	9%	552	4.855.268	7%	83	744.336	4%	
Artrite reumatóide	203	1.558.104	7%	289	2.832.663	4%	20	108.424	1%	
Insuficientes crónicos e transplantados renais	896	1.696.416	8%	2811	2.269.483	3%	606	364.556	2%	
Doença de Gaucher	1	270.043	1%	22	3.760.781	5%	0		0%	
Fibrose quística	0	0	0%	112	1.316.235	2%	0		0%	
Outros	391	1.238.992	6%	910	9.782.940	14%	174	1.225.830	7%	
Total	5339	21.588.588	100%	11626	69.682.582	100%	4085	17.531.044	100%	

Fonte: Quadros do SICA (sistema de informação para contratualização e acompanhamento)



Quadro 25 – Consumo medicamentos em ambulatório por patologia – 2010

Patologias	HGO			CHLN			HFF			CHBM			Unid.: euros
	N.º doentes	Encargos medicam.	%	N.º doentes	Encargos medica.	%	N.º doentes	Encargos medica.	%	N.º doentes	Encargos medica.	%	
HIV	1438	11.782.895	50%	3351	28.740.524	39%	1558	13.261.728	65%	654	3.933.702	68%	
Patologia oncológica	2351	3.497.094	15%	3193	9.171.497	12%	2086	4.196.995	20%	841	257.238	4%	
Hemofilia	2	81.041	0%	169	9.498.667	13%	0	0		0	0		
Esclerose múltipla	223	1.813.570	8%	598	5.157.200	7%	90	776.133	4%	50	445.119	8%	
Artrite reumatóide	211	1.616.264	7%	728	3.446.384	5%	76	501.986	2%	51	376.929	6%	
Insuficientes crónicos e transplantados renais	776	1.552.736	7%	1885	1.301.791	2%	602	374.644	2%	3	975	0%	
Doença de Gaucher	1	138.879	1%	21	3.313.886	4%	0	0		0	0		
Hepatite C	79	312.340	1%	101	1.341.014	2%	72	354.113	2%	85	273.139	5%	
Outros	437	2.993.035	13%		12.568.596	17%	114	1.083.484	5%	194	524.396	9%	
Total	5518	23.787.854	100%	11191	74.539.559	100%	4598	20.549.083	100%	1878	5.811.498	100%	

Fonte: Quadros do SICA

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é de longe a patologia que maior peso tem na cedência de medicamentos, chegando a atingir 68% no Centro Hospitalar Barreiro Montijo e 65% no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, em 2010, do total dos encargos com medicamentos em ambulatório, logo secundada pela patologia oncológica, hemofilia (no caso do Centro Hospitalar Lisboa Norte) e da esclerose múltipla (que em 2010 foi a patologia, no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, com maior cedência de medicamentos a seguir ao vírus da imunodeficiência humana).

Quadro 26 – Número utentes HIV

N.º utentes HIV	2009	2010	Δ%
HGO	1378	1438	4%
CHLN	3078	3351	9%
HFF	1387	1558	12%

Fonte: SICA

No que concerne à patologia do vírus da imunodeficiência humana é também notório que nestes hospitais o número de utentes que acedem a esta terapêutica tem aumentado nos dois anos analisados, sendo de salientar a variação de 12% registada no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, entre 2009 e 2010.

Relativamente à cedência gratuita de medicamentos em regime de ambulatório constatou-se, nas entidades auditadas, que o controlo sobre a terapêutica distribuída aos utentes, nomeadamente os utentes com o vírus da imunodeficiência humana, é diminuta, se não mesmo inexistente.

Os procedimentos atualmente existentes cingem-se ao controlo, em suporte informático, do número do utente e processo (existência de prescrição médica e plano terapêutico) e periodicidade do aviamento da medicação (regra geral os medicamentos são cedidos para um período máximo de um mês). Tais procedimentos não impedem que o mesmo utente se dirija a outra entidade hospitalar a reclamar a mesma terapêutica, uma vez que não existe uma base de dados, partilhada por todas as unidades hospitalares do SNS, com a identificação dos utentes a quem são cedidos gratuitamente os medicamentos para o tratamento da infeção do vírus da imunodeficiência humana.

A este propósito, o Ministro da Saúde, em sede de contraditório vem informar que “... será publicado um despacho que determinará a obrigatoriedade de recurso ao sistema informático do VIH/SIDA (SI.VIDA), desenvolvido pelo Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, para efeitos de prescrição e dispensa de medicamentos anti-retrovíricos. Entende este Ministério que a obrigatoriedade de utilização deste sistema permitirá a compilação de informação relevante para monitorização e avaliação da utilização destes medicamentos, respeitando as exigências determinadas pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Deste modo, prevê o Ministério da Saúde que a implementação do SI.VIDA em todos os hospitais com dispensa de medicamentos anti-retrovíricos possa ocorrer até 1 de Dezembro de 2012.” Face às alegações apresentadas pelo Ministro da Saúde, regista-se com apreço a



iniciativa, não obstante da referida matéria vir a ser objeto de acompanhamento das recomendações.

Sabendo-se que a não adesão aos tratamentos é provavelmente a principal causa de insucesso das terapêuticas e que o seu incumprimento acarreta custos adicionais para o sistema de saúde, constatou-se que as entidades auditadas são confrontadas com utentes que interrompem a terapêutica tendo que lhes ser administrados *a posteriori* planos de tratamento potencialmente mais caros.

16. IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO

No âmbito da atividade do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC)¹²⁸ foram emitidas duas recomendações (a n.º 1/2009, de 1 de julho e a n.º 1/2010, de 7 de abril), às entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, para que elaborassem planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os publicitassem no sítio da respetiva entidade na *internet*.

Em cumprimento da recomendação n.º 1/2009, três das unidades hospitalares auditadas, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, e o Hospital Garcia de Orta, EPE, aprovaram o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas¹²⁹. Quanto ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, informou o responsável pelo Conselho de Administração em sede de contraditório, ter desenvolvido vários procedimentos de prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, contemplando, entre outras áreas, as respeitantes ao objeto de análise da presente auditoria, que são a logística, a farmácia e a gestão de compras. Confirmou-se que esta informação foi remetida ao Conselho de Prevenção da Corrupção, em 31 de dezembro de 2009¹³⁰.

Das áreas de risco identificadas pelo **Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE**, destaca-se, quanto ao processo de aquisição de bens e serviços, as compras. Tendo por base a escala de risco: Elevado; Moderado e Fraco, em função do grau de probabilidade de ocorrência foi determinada a frequência do risco em: Alto, Médio e Baixo.

A frequência de risco apresentada balizou-se entre Médio e Baixo, sendo os de Frequência de Risco Médio os seguintes:

- as aquisições diversas ao mesmo fornecedor; a violação dos princípios gerais de contratação; corrupção passiva para ato ilícito; tráfico de influência; participação económica em negócio e abuso de poder. Para prevenir a sua ocorrência foi adotado o procedimento de ter que se justificar a necessidade da aquisição e de ter que se qualificar e selecionar os melhores fornecedores, capazes de satisfazer as necessidades do hospital;

¹²⁸ Criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, o Conselho de Prevenção da Corrupção é uma entidade administrativa independente, que funciona junto do Tribunal de Contas e que tem como finalidade desenvolver uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

¹²⁹ Em cumprimento da Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, n.º 1/2010, de 7 de abril, todos os Hospitais selecionados têm este documento publicado nos respetivos sítios da Internet: (<http://www.hsm.min-saude.pt>); <http://www.chbm.min-saude.pt> e <http://www.hgarciaorta.min-saude.pt/>, à exceção do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

¹³⁰ Através do ofício "CA 196/09", do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.



- fornecimento por familiares ou pessoas com relações de forte amizade ou inimizade; informação privilegiada; violação do segredo por funcionário; conluio entre adjudicatários e os funcionários; corrupção passiva para ato lícito ou ilícito e tráfico de influência. A medida adotada para prevenir a sua ocorrência baseou-se na ampla divulgação do regime de impedimentos e a subscrição de declaração de compromisso relativo a incompatibilidades, impedimentos ou reservas.
- quanto à renovação de contratos, foram identificados os riscos de falha no sistema de alerta dos *terminus* dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem possibilidade de avaliação da necessidade da renovação; favorecimento de fornecedores; participação económica em negócio; corrupção passiva para ato ilícito ou lícito e tráfico de influência. Os procedimentos adotados para prevenir a ocorrência destes riscos, foram: a criação de uma base de dados com os contratos existentes e sua calendarização em termos de renovações; a criação de uma listagem mensal dos contratos suscetíveis de renovação e a criação de sistemas de alertas informáticos.

Não se verificaram riscos de Frequência Alta.

O **Hospital Garcia de Orta, EPE**, relativamente à área de risco do Aprovisionamento/Gestão de Compras, definiu e graduou o risco em: Elevado; Moderado e Fraco. As áreas de risco mais sensíveis foram a área da Gestão Económica e Física dos Stocks, devido a existências não geridas, originando desperdício, obsolescência, caducidade entre outros e o Serviço de Aprovisionamento, devido à violação do dever de sigilo profissional.

Em resposta aos riscos identificados com maior probabilidade de ocorrência:

- foi identificada a necessidade de se garantir a existência de um modelo de controlo de stocks quanto à arrumação e redefinição de métodos de trabalho no armazém a modelos de reposição que garantissem níveis mínimos de existências nos serviços e calendarizações de entrega de mercadorias o menos espaçadas possível. A medida adotada foi a implementação do modelo de reposição por níveis e a implementação de armazéns avançados;
- como resposta ao risco relativo ao dever de sigilo profissional, optou-se por se reforçar em reuniões de serviço o sentido daquele dever a que os profissionais se encontram obrigados, dever este que já se encontrava legalmente previsto e na descrição de funções, associado.

No que respeita à matéria relativa ao Serviço de Aprovisionamento, o **Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE**, fez uma separação entre a *Gestão de Compras* e a *Gestão de Stocks*.

Foram apresentados indicadores quanto aos riscos, identificados para as principais atividades, inerentes a cada uma das áreas que integram as duas subunidades orgânicas, a *Gestão de Compras* e a *Gestão de Stocks*.

Um primeiro indicador refere-se à probabilidade de ocorrência do risco, tendo sido graduada em Risco Elevado, Risco Moderado e Risco Fraco, cabendo desde já referir que não foram identificados riscos com um grau de probabilidade de ocorrência “Elevado”.

Quanto aos riscos com uma probabilidade de ocorrência “Moderada”, tanto ao nível da Gestão de Compras, como ao nível da Gestão de Stocks foram identificados e apresentados os mesmos dois riscos para ambas as áreas, conforme se indicam:



- um deles, prende-se com a gestão económica e física dos *Stocks*, pelo facto de haver existências não geridas, originando desperdício, obsolescência e caducidade, entre outros. Em resposta ao risco, consideraram a necessidade de garantir a existência de um modelo de controlo de *stocks*, que passe pela arrumação e redefinição de métodos de trabalho no armazém a modelos de reposição que garantam níveis mínimos de existências nos serviços e calendarização de entrega de mercadorias o menos espaçadas possível. Para a obtenção deste resultado, a medida adotada e apresentada, passa por alargar a implementação do modelo de reposição logística hospitalar, *E-Kanban*, aos serviços do hospital do Montijo, onde a entrega da mercadoria ainda se realiza sem níveis definidos e sem reposições calendarizadas. Mais foi apresentado, como medida, a realização anual de inventários físicos, quer no armazém quer nos serviços. Foram, ainda, implementados os armazéns periféricos.
- o outro risco com uma probabilidade Moderada de ocorrência, está relacionado com o ERP utilizado, quanto à violação do dever de sigilo profissional. Na resposta apresentada a este risco, foi feita referência à necessidade de se reforçar, em reuniões de serviço e descrição de funções, o dever de sigilo a que os profissionais se encontram obrigados. Contudo, acrescentam que já existe este dever, previsto, quer em termos legais, quer em termos de descrições de funções e é reforçado em reuniões de serviço. Dada a subjetividade deste risco, não é possível garantir o seu controlo.

Considerando a indispensabilidade de avaliar os mecanismos de controlo instituídos, de forma a validar a sua adequação, designadamente, ao desencorajamento e minimização das atividades potenciadoras de fraude, devem os conselhos de administração dar continuidade ao seu trabalho e proceder ao acompanhamento dos desenvolvimentos, nomeadamente:

- verificar se o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, PGRCIC está a ser cumprido;
- para além das medidas adotadas, identificar aquelas que ainda não foram iniciadas, por cada um dos serviços;
- apurar o grau de execução do plano por cada um dos serviços;
- identificar novos riscos, propondo melhorias corretivas.

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 maio¹³¹, 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 as Notas de Emolumentos apresentadas no Anexo II do Volume I, são devidos emolumentos, num total de **€ 17.164,00**, a suportar por:

- × Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - **€ 4.363,50**
- × Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE - **€ 4.452,28**
- × Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - **€ 4.249,98**
- × Hospital Garcia de Orta, EPE - **€ 4.098,24**

¹³¹ Alterado pela Lei n.º139/99, de 28 de agosto e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de abril.



V. DETERMINAÇÕES FINAIS

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

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. a) do n.º 2 do artigo 78º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente relatório seja remetido às seguintes entidades:
 - Ministro de Estado e Finanças.
 - Ministro da Saúde.
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
 - Presidente do Conselho de Administração da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE.
 - Presidente dos Conselhos de Administração das unidades hospitalares auditadas:
 - × Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.
 - × Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE.
 - × Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.
 - × Hospital Garcia de Orta, EPE.
 - Diretora-Geral da Gilead Sciences, Lda.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, o mesmo, e respetivos anexos, seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades auditadas o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta ação.
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de seis meses, após a receção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.
6. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, 55º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto.



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

Tribunal de Contas, em 20 de setembro de 2012.

O Juiz Conselheiro Relator

(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos

(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)

(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

Fui presente

O Procurador-Geral Adjunto

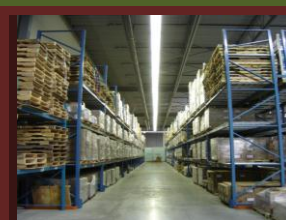


Ajudar o Estado e a
sociedade a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria de resultados ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

Relatório n.º 28/2012
Processo n.º 30/2011 - AUDIT
Volume II - Alegações





Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



Índice

ANEXO I – DESENVOLVIMENTOS AO RELATÓRIO	5
<i>Anexo A- Ações de fiscalização realizadas</i>	7
<i>Anexo B - Caracterização sumária das unidades hospitalares auditadas</i>	8
<i>Anexo E - Poupanças obtidas, em 2011, pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo na negociação direta com os fornecedores.</i>	11
<i>Anexo F - Poupanças obtidas, em 2011, pelo Hospital Garcia de Orta, na negociação direta com os fornecedores</i>	12
<i>Anexo G - Poupanças obtidas, em 2011, pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, na negociação direta com os fornecedores.</i>	13
<i>Anexo H - Fluxo informático dos processos logísticos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca</i>	14
ANEXO II – EMOLUMENTOS	15
ANEXO III- ALEGAÇÕES	25
<i>Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde</i>	27
<i>Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE</i>	31
<i>Administração Central do Sistema de Saúde, IP</i>	63
<i>Gilead Sciences, Lda</i>	64
<i>Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE</i>	72
<i>Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE</i>	75
<i>Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE</i>	77
<i>Hospital Garcia de Orta, EPE</i>	79



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



ANEXO I – DESENVOLVIMENTOS AO RELATÓRIO



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



Anexo A- Ações de fiscalização realizadas

Em 2008, a Inspeção-Geral de Finanças desenvolveu uma ação direcionada ao aprovisionamento de medicamentos nos hospitais EPE, (33 unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde) tendo por objetivos apreciar a qualidade geral da função aprovisionamento, a adequação da política de compras, centrada na perspetiva da legalidade, regularidade e boa gestão e a eficiência e eficácia da gestão administrativa, material e económica em matéria de *stocks*.

Do resultado da ação concluíram que:

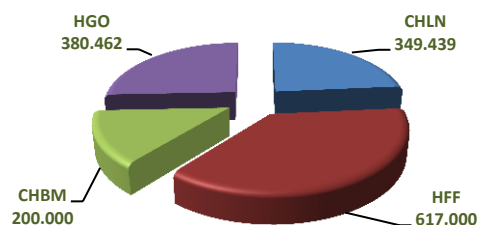
- Em algumas unidades hospitalares não é elaborado anualmente um plano de aprovisionamento contemplando a integração do plano de compras e de gestão de *stocks*, esta deficiência tem consequências, não só, ao nível da política de compras prosseguida, mas também, ao nível da própria gestão de *stocks* que é baseada quase exclusivamente em consumos, não dispondo de elementos que permitam o exercício de funções de natureza mais prospetiva;
- Não existe, a nível nacional, um conjunto adequado de indicadores que permitam a monitorização e avaliação dos resultados da função aprovisionamento;
- Em geral, os hospitais EPE têm privilegiado a realização das aquisições através da adoção de procedimentos concursais menos solenes, o ajuste direto e a consulta, em detrimento do concurso, o que está relacionado, em grande medida, com a existência do Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde;
- Existência de deficiências em matéria de planeamento e de organização interna, associadas, designadamente, à inexistência de um plano de aprovisionamento ou de compras, à insuficiência das previsões anuais e à conclusão tardia dos processos anuais desencadeados, o que, em última instância, se tem traduzido numa gestão “por impulsos”;



Anexo B - Caracterização sumária das unidades hospitalares auditadas

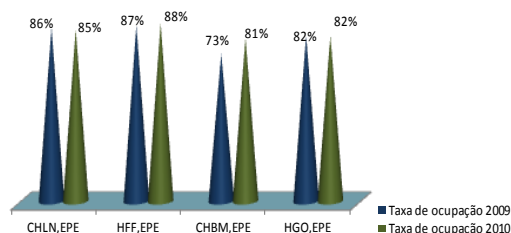
As unidades hospitalares auditadas, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Hospital Garcia de Orta e Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, encontram-se inseridas em áreas de influência com um peso significativo de habitantes. Estas unidades interagem de acordo com as especialidades e as competências dos seus serviços e dos seus profissionais, tentando com os recursos disponíveis, prestar os cuidados de saúde aos utentes das respetivas áreas de influência.

Ilustração 1- Habitantes da área de influência



Fonte: Relatório e Contas das unidades hospitalares

Ilustração 2- Taxa de ocupação



Fonte: ACSS,IP - Mapa doentes saídos, dias de internamento e lotação praticada

O Hospital Professor Doutor Fernanda Fonseca e o Hospital Garcia de Orta registam um número bastante significativo de população residente nas suas áreas de influência, tendo contribuído para este aumento o efeito migratório da população que nos últimos anos se fez sentir nos concelhos das respetivas áreas de influência, implicando um maior esforço a nível da atividade assistencial, uma vez que este tipo de população requer muitos cuidados de saúde, designadamente no âmbito da infeciologia.

Face à capacidade instalada das unidades hospitalares em análise verifica-se que têm uma rotatividade muito próxima, evidenciando-se o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca com taxas de rotação ligeiramente superiores às dos restantes hospitais, 87% em 2009 e 88% em 2010.

A rotatividade das camas no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca resulta da implementação do sistema de gestão de camas¹, que tem como grande objetivo o planeamento e programação do internamento de doentes em função das necessidades identificadas, otimizando a capacidade de internamento.

¹ A metodologia deste sistema tem por base um responsável pela gestão de internamentos que atua essencialmente como elo facilitador e dinamizador de todos os processos relativos ao fluxo de doentes, suportado por um sistema de informação centralizado sobre a capacidade real de internamento dentro do Hospital.



Quadro 1- Indicadores de atividade assistencial

	Doentes saídos		Dias de internamento		Demora média		Lotação		taxa de ocupação	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
CHLN,EPE	50.128	49.091	421.562	416.352	8,41	8,48	1.342	1.345	86%	85%
HFF,EPE	36.689	36.155	248.910	252.358	6,78	6,98	785	785	87%	88%
CHBM,EPE	14.970	13.531	113.663	106.756	7,89	7,89	428	360	73%	81%
HGO,EPE	22.336	21.132	175.088	174.138	7,80	8,24	585	585	82%	82%

Fonte: ACSS - Mapa doentes saídos, dia de internamento e lotação praticada

O número de doentes saídos diminuiu em todos os hospitais entre 2009 e 2010, bem como o número de dias de internamento, com exceção do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca que registou um aumento neste indicador de cerca 1,3%.

Anexo C – Circuito do Medicamento

O fluxograma seguinte reflete, de uma forma sucinta, como o medicamento chega até ao doente:

Ilustração 3- Circuito do medicamento

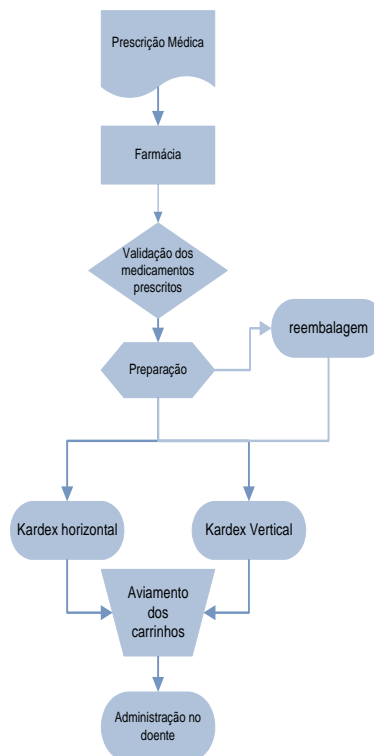
A prescrição de medicamentos é feita on-line pelo médico, tendo a farmácia acesso imediato à terapêutica prescrita.

O farmacêutico procede à validação da mesma, cruzando a informação sobre a terapêutica médica e/ou as várias terapêuticas associadas ao doente, e assegurando o cumprimento dos protocolos preestabelecidos.

Segue-se a fase de preparação dos medicamentos:

- Medicamentos manipulados (ex: xaropes), em que à preparação se segue a respetiva verificação;
- Medicamentos reembalados (ex: unidose), que consiste no fracionamento dos blisters tal como vêm do fornecedor e reembalados na máquina em unidose;
- Medicamentos fracionados (ex: soro fisiológico) à semelhança da unidose também estes fármacos são fracionados sem que necessitem de ser reembalados.

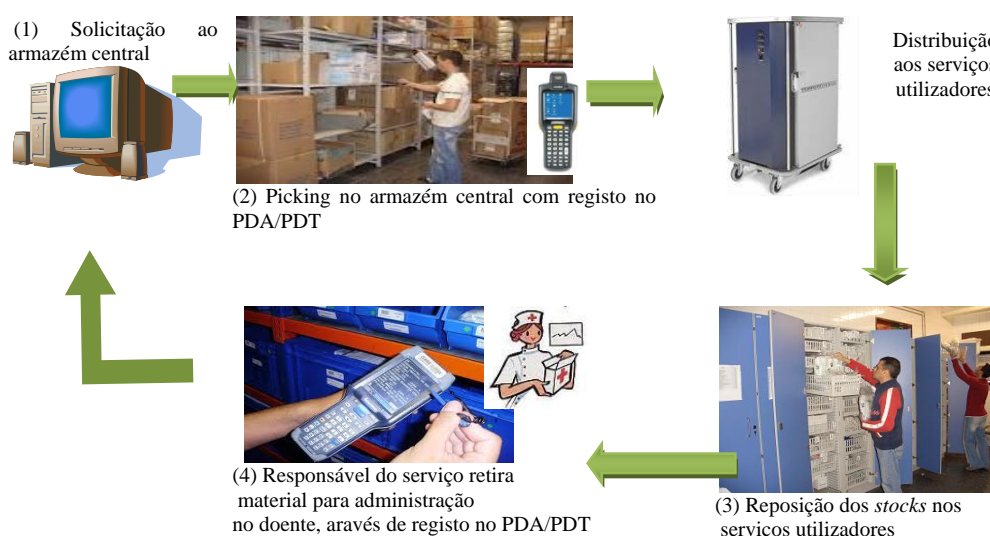
Após o carregamento nas máquinas distribuidoras do tipo Kardex, são aviados os dispensadores móveis (carrinhos) que serão distribuídos pelos vários serviços com os medicamentos já preparados para a administração no doente.





Anexo D - Circuito de distribuição de material de consumo clínico

A figura seguinte esquematiza, sumariamente, o circuito de distribuição de material de consumo clínico:



(1) - As necessidades de reposição de material de consumo clínico são despoletadas informaticamente pelos diversos serviços utilizadores ao armazém geral.

(2) - A informação das quantidades a repor é descarregada no PDA/PDT, procedendo-se o *picking* do material através da leitura ótica dos códigos de barras de cada artigo.

(3) - A distribuição aos serviços utilizadores está em regra calendarizada e é efetuada em carros específicos para o efeito. O funcionário do armazém procede à reposição dos *stocks* nos armazéns avançados².

(4) - O material clínico é considerado consumido quando é retirado do armazém avançado para administração no doente e registado no PDA/PDT, que faz disparar, para o armazém geral, a necessidade de reposição.

² Os armazéns avançados ou periféricos mais não são do que as antigas arrecadações de cada serviço onde se encontravam armazenadas as existências. Atualmente os artigos encontram-se dispostos nas prateleiras dos respetivos armários de forma organizada obedecendo a uma determinada codificação.



Anexo E - Poupanças obtidas, em 2011, pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo na negociação direta com os fornecedores.

Unid: euros

Medicamento	Valor IGIF	Preço Médio do CHBM	Quant. Consumida 2011	Valor total do IGIF	Valor total ao preço médio do CHBM	Diferença
A	2,27	1,70	24.980	56.704,60	42.466,00	14.238,60
B	25,00	10,85	1.068	26.700,00	11.587,80	15.112,20
C	0,89	0,59	8.421	7.494,69	4.968,39	2.526,30
D	3,28	1,37	7.478	24.527,84	10.244,86	14.282,98
E	994,99	931,90	544	541.274,56	506.953,60	34.320,96
F	2,80	0,94	15.393	43.100,40	14.469,42	28.630,98
G	13,98	10,00	184	2.572,32	1.840,00	732,32
H	6,50	3,00	3.644	23.686,00	10.932,00	12.754,00
I	400,00	41,72	720	288.000,00	30.038,40	257.961,60
J	2,59	1,14	36.802	95.317,18	42.690,32	52.626,86
L	3,57	3,20	11.851	42.343,77	37.955,20	4.388,57
M	0,80	0,05	11.440	9.152,00	606,32	8.545,68
N	3,50	1,45	19.687	68.904,50	28.546,15	40.358,35
O	3,74	1,75	1.630	6.102,72	2.852,50	3.250,22
P	22,00	12,00	709	15.598,00	8.508,00	7.090,00
Q	25,52	16,48	4.004	102.182,08	65.985,92	36.196,16
R	10,00	4,83	1.191	11.910,00	5.752,53	6.157,47
S	2,38	1,94	70.020	166.507,56	135.838,80	30.668,76
T	0,22	0,11	72.104	15.862,88	7.931,44	7.931,44
u	4,00	2,87	699	2.796,00	2.006,13	789,87
V	10,20	4,90	5.120	52.224,00	25.088,00	27.136,00
W	9,00	3,70	654	5.886,00	2.419,80	3.466,20
X	0,85	0,37	2.660	2.261,00	984,20	1.276,80
Z	1,85	0,93	2.112	3.907,20	1.964,16	1.943,04
AA	25,00	6,90	872	21.800,00	6.016,80	15.783,20
BB	19,88	13,80	87	1.729,56	1.200,60	528,96
CC	57,00	25,70	413	23.541,00	10.614,10	12.926,90
DD	2,95	0,89	30.473	89.895,35	27.120,97	62.774,38
EE	6,60	2,20	24.050	158.730,00	52.910,00	105.820,00
FF	0,35	0,23	34.776	12.171,60	7.988,48	4.183,12
GG	1.683,03	1.628,00	191	321.458,73	310.948,00	10.510,73
HH	0,62	0,01	12.647	7.841,14	107,50	7.733,64
II	1,00	0,40	9.875	9.875,00	3.950,00	5.925,00
JJ	1,30	0,50	5.437	7.068,10	2.718,50	4.349,60
LL	3,80	2,28	2.078	7.896,40	4.737,84	3.158,56
MM	4,00	1,93	1.900	7.600,00	3.667,00	3.933,00
NN	784,24	702,40	1.412	1.107.346,88	991.788,80	115.558,08
Total				3.391.969,06	2.426.408,53	965.560,53

Fonte: Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE



Anexo F - Poupanças obtidas, em 2011, pelo Hospital Garcia de Orta, na negociação direta com os fornecedores

Produto	Catálogo	HGO	Unid: euros	
			Consumo anual	Impacto
A	2,47	1,06	2.164	3.051,24
B	1,41	0,60	2.330	1.887,30
C	3,84	3,06	3.473	2.708,94
D	2,44	1,77	6.256	4.191,52
E	0,78	0,55	13.675	3.145,25
F	2,80	1,15	2.774	4.577,10
G	6,50	2,09	5.111	22.539,51
H	430,00	58,00	23	8.556,00
I	100,00	18,20	728	59.550,40
J	400,00	55,00	508	175.260,00
L	45,00	30,00	275	4.125,00
M	9,90	1,70	5.355	43.911,00
N	9,40	2,85	4.699	30.778,45
O	1,03	0,79	38.326	9.198,24
P	1,92	0,70	3.584	4.372,48
Q	2,58	1,20	1.250	1.725,00
R	67,15	25,00	63	2.655,45
S	11,90	6,47	570	3.095,10
T	22,00	9,50	1.066	13.325,00
u	10,00	4,25	4.133	23.764,75
V	45,00	40,00	579	2.895,00
W	14,00	2,27	249	2.920,77
X	6,56	4,50	2.899	5.971,94
Z	1,29	0,40	10.461	9.310,29
AA	10,00	3,50	463	3.009,50
Bb	25,00	6,50	1.269	23.476,50
CC	10,20	6,65	16.903	60.005,65
DD	1,30	1,20	13.312	1.331,20
EE	57,00	27,80	258	7.533,60
FF	11,78	7,30	300	1.344,00
GG	30,85	9,80	235	4.946,75
HH	2,95	0,85	52.859	111.003,90
II	1.276,00	600,00	300	204.152,00
JJ	6,60	2,50	30.897	126.677,70
LL	11,22	3,77	1.334	9.938,30
MM	28,05	9,74	1.209	22.136,79
NN	0,55	0,20	70.157	24.625,11
OO	4,38	1,92	9.629	23.687,34
PP	336,60	313,00	325	7.670,00
QQ	1.683,03	1.587,00	342	32.842,26
RR	5,90	3,50	679	1.629,60
SS	4,70	3,92	2.202	1.717,56
TT	12,61	10,09	520	1.310,40
UU	3,09	1,80	1.052	1.357,08
VV	3,61	3,40	1.369.525	287.600,25
WW	4,00	1,75	1.272	2.862,00
XX	6,00	3,25	1.291	3.550,25
ZZ	60,00	14,00	1.865	85.790,00
AAA	48,00	33,00	337	5.055,00
BBB	2,41	2,00	9.656	3.958,96
CCC	784,24	729,00	910	50.268,40
DDD	273,00	212,94	680	40.840,80
EEE	3.040,36	2.815,00	17	3.831,12
FFF	22,56	18,00	216	984,96
GGG	3,80	2,55	7.484	9.355,00
HHH	1,27	1,04	184.194	42.180,43
III	5,90	3,50	679	1.629,60
Total				1.651.817,74

Fonte: Hospital Garcia de Orta, EPE



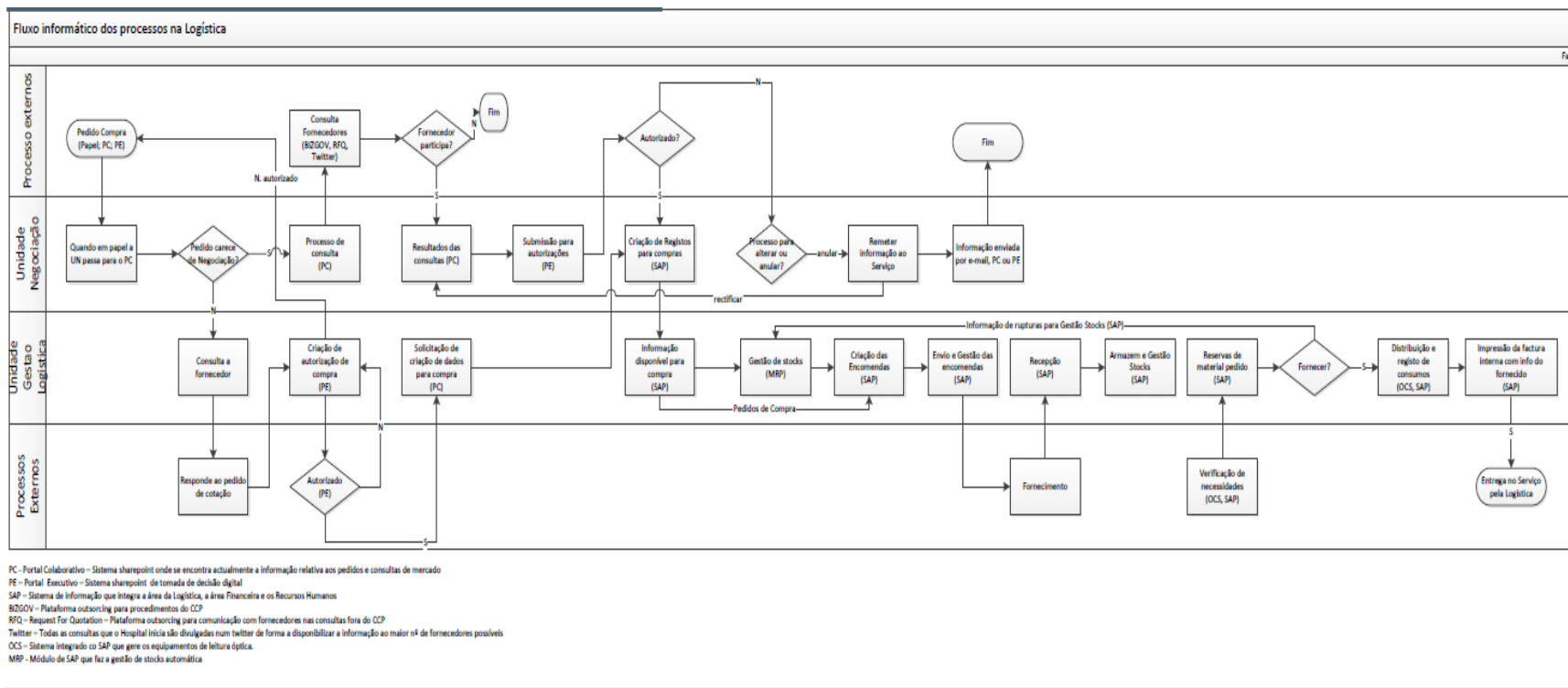
Anexo G - Poupanças obtidas, em 2011, pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, na negociação direta com os fornecedores.

Identificação do Medicamento	Fornecedor do Catálogo	Quantidade Anual	Preço HFF s/desconto	Desconto	Preço HFF c/desconto	Poupança Anual
A	Generis, Bristol	84.251	1,30 €	12,00%	1,14 €	198.832,36 €
B	Teva, Farnoz, Generis, Pharmis, Hikma, Fresenius, Combino, AstraZeneca	19.892	5,20 €	12,50%	4,55 €	235.720,20 €
C	Sanofi	174	65,00 €	12,50%	56,88 €	106.116,51 €
D	Teva, Amgen	1.408	15,19 €	12,50%	13,29 €	124.901,92 €
E	Bayer	2.454	51,85 €	25,00%	38,89 €	39.760,94 €
F	Abbott	825	165,00 €	10,00%	148,50 €	28.462,50 €
G	Farnoz, Actavis, Generis, Hospira, Sandoz, Ciclum, Lilly	967	12,00 €	12,00%	10,56 €	32.336,48 €
H	Teva, Farnoz, Generis, Pharmis, Hikma, Fresenius, Combino, AstraZeneca	4.249	3,85 €	12,50%	3,37 €	30.082,92 €
I	Sanofi	149	17,50 €	12,50%	15,31 €	22.938,18 €
J	Teva, Actavis, Hospira, Sanofi, Mylan, Medac, , Ciclum, Sandoz, Generis, Overpharma	1.047	7,00 €	12,00%	6,16 €	19.725,48 €
L	Farnoz, Generis, Teva, Ciclum, Novartis	38.762	0,13 €	0,00%	0,13 €	20.156,24 €
M	Hospira, Generis, Ciclum, Teva, Sandoz	627	6,75 €	0,00%	6,75 €	7.674,48 €
N	Rovi, Fresenius, Generis, Bbraun, Roche	1.041	3,25 €	0,00%	3,25 €	9.525,15 €
O	Amgen	2	29,72 €	12,50%	26,01 €	278,93 €
P	Farnoz, Actavis, Generis, Hospira, Sandoz, Ciclum, Lilly	401	4,00 €	12,00%	3,52 €	3.199,98 €
Q	Teva, Actavis, Hospira, Sanofi, Mylan, Medac, , Ciclum, Sandoz, Generis	329	5,00 €	12,00%	4,40 €	3.487,40 €
R	Janssen, Sandoz, Wynn	706	3,50 €	0,00%	3,50 €	691,88 €
S	Janssen, Sandoz, Wynn	345	6,00 €	0,00%	6,00 €	589,95 €
T	Janssen, Sandoz, Wynn	332	5,20 €	0,00%	5,20 €	355,24 €
U	Janssen, Sandoz, Wynn	672	2,27 €	0,00%	2,27 €	154,56 €
Total						884.991,29 €

Fonte: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE



Anexo H - Fluxo informático dos processos logísticos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca





ANEXO II – EMOLUMENTOS



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 30/11 – Audit	
		Relatório nº /2010 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> <i>a)</i>	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial	€ 119,99			€ 20.704,01
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	234,5		
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 20.704,01
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 4.363,50

17

a) Cfr. Resolução nº 4/98 – 2ªS

A Coordenadora da Equipa de

(Maria Isabel Viegas)



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 30/11 – Audit	
		Relatório nº /2010 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial	€ 119,99	30		€ 3.599,70
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	198,5		€ 17.525,57
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 21.125,27
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 4.452,28

a) Cfr. Resolução nº 4/98 – 2ªS

A Coordenadora da Equipa de Auditoria

(Maria Isabel Viegas)



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 30/11 – Audit	
		Relatório nº /2010 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE		
Entidade devedora:	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial	€ 119,99	22		€ 2.639,78
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	190		€ 17.525,57
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 20.165,35
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 4.249,98

21

a) Cfr. Resolução nº 4/98 – 2ªS

A Coordenadora da Equipa de Auditoria

(Maria Isabel Viegas)



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 30/11 – Audit	
		Relatório nº /2010 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Hospital Garcia de Orta, EPE		
Entidade devedora:	Hospital Garcia de Orta, EPE		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> <i>a)</i>	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial	€ 119,99	16		€ 1.919,84
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	190		€ 17.525,57
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 19.445,41
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 4.098,24

23

a) Cfr. Resolução nº 4/98 – 2ªS

A Coordenadora da Equipa de Auditoria

(Maria Isabel Viegas)



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



ANEXO III- ALEGAÇÕES



Tribunal de Contas

Auditoria ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS



Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde

Ofício N.º: 4585
Data: 08-05-2012



MINISTÉRIO DA SAÚDE

C/C Senhor Secretário de Estado da Saúde

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

Sua referência
DAVI -UAT.1 - Proc n.º30/11-Audit
Ofício n.º 7060

Sua comunicação
20.04.2012

Nossa referência
Entrada - 5339
Processo - 99/2012

ASSUNTO: Auditoria orientada às formas de aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

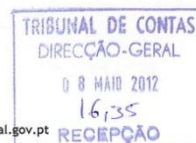
27

Relativamente ao assunto mencionado em epígrafe, encarrega-me S. Exa. o Ministro da Saúde de transmitir a V. Exa. os seguintes comentários que o Relato da Auditoria em apreço suscitou, nos termos e para os efeitos previstos nos artigos 13.º e 87.º, n.º3, ambos da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, republicada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto:

- 1 - Na generalidade, cabe desde já referir que o relato em análise suscita algumas questões e evidencia diversas preocupações já detetadas e sobre as quais tem recaído especial intervenção por parte deste Ministério, traduzidas na adoção de várias medidas que, no contexto das presentes alegações, serão em seguida devidamente enunciadas por referência aos pontos que merecem particular observação.
- 2 - Especificamente, e no que respeita às conclusões e recomendações do relato de auditoria, tenha-se presente que a primeira recomendação dirigida ao Senhor Ministro da Saúde centrou-se na necessidade de *"Providenciar pelo desenvolvimento dos mecanismos de controlo e de monitorização a nível nacional sobre os consumos de medicamentos e material clínico de cada unidade hospitalar. Esta seria uma forma viável de se incrementar a aquisição de novos artigos a fim de se alargar a cobertura dos Contratos Públicos de Aprovisionamento, de se eliminarem duplicações de procedimentos reduzindo-se os custos com os processos de aquisição e obterem-se economias de escala"*.

MS*

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6.º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt





Ora, a este respeito, não pode deixar de se evidenciar as medidas que neste âmbito têm sido tomadas e desenvolvidas, designadamente desde meados do ano transato, por este Ministério, e que concretizam a particular atenção que tem sido dada à implementação de mecanismos de controlo e monitorização, a saber:

- Fortalecimento dos mecanismos de monitorização de consumos de medicamentos nos hospitais já existentes, através da melhoria do reporte de informação – cfr. Circular Normativa da ACSS nº 03/2012/UEFOG, publicitada no respetivo sítio eletrónico;
- Avaliação da implementação de medidas nos hospitais pelo INFARMED, I.P. e ACSS, I.P.; da avaliação da exequibilidade de emissão de recomendações de uniformização da codificação dos centros de custos relativos a medicamentos e material clínico pela ACSS, I.P. ou através da avaliação sobre a possibilidade de certificação de aplicações informáticas de reporte de consumos pela SPSM, E.P.E. – cfr. Despacho do Secretário de Estado da Saúde nº 1004/2012, cuja cópia se anexa;
- Adicionalmente, foi criada a Comissão do Programa do Medicamento Hospitalar pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde nº 13 378/2011 (2ª série) de 6 de Outubro, que tem como missão rever o enquadramento da dispensa hospitalar de medicamentos em ambulatório – cfr. Despacho acima referido - cobrindo aproximadamente 70% dos atuais custos hospitalares com medicamentos;
- Monitorização do consumo de medicamentos nos hospitais do SNS pelo INFARMED, I.P desde a criação do Código Hospitalar Nacional do Medicamento. A partir do consumo e custos reportados pelas unidades hospitalares ao INFARMED, é produzido um relatório mensal por hospital, grupos terapêuticos e de prestação hospitalar e principais medicamentos e outros. No âmbito do programa do medicamento hospitalar estão a ser analisadas as possibilidades de alargar os dados analisados, nomeadamente cruzando consumos com indicadores de produção e qualidade. No que concerne ao material clínico, está em curso um processo de atribuição e normalização de códigos aos dispositivos médicos, primeiro passo para em seguida se poder proceder ao reporte e análise dos consumos.
- Implementação por todos os estabelecimentos do SNS de um processo de monitorização da prescrição interna de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) – cfr. Despacho n.º 17069/2011 (2ª série) de 21/12, do Secretário de Estado da Saúde - tendo sido recentemente emitidas orientações específicas sobre este despacho, através da circular informativa n.º 12/2012, da ACSS.



- 3 - Ainda no relato em apreço recomenda esse douto Tribunal que a realização de *“estudos sobre a viabilidade, racionalidade económico-financeira e vantagens das centrais de compras públicas, na preceptiva dos ganhos de qualidade e eficiência devidamente quantificados, sejam feitos por uma entidade externa ao processo da criação da central”*.

Neste ponto, entende-se informar que não se perspetiva a criação de novas centrais de compras públicas, sendo antes de salientar, conforme já comunicado em anterior informação prestada ao processo, que, ainda relativamente a 2012, se prevê que as compras centralizadas pela SPMS possam originar poupanças efetivas na ordem dos 60 milhões de euros.

- 4 - No que respeita à recomendação que aponta para que o *“parecer sobre a dispensa da obrigatoriedade de aquisição, ao abrigo do Contrato Público de Aprovisionamento, subjacente à decisão do membro do Governo, presentemente conferido pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E, seja, também, feito por uma entidade externa ao processo de contratação pública e sustentado numa perspetiva económica, que quantifique o prejuízo que a autorização da dispensa poderia acarretar para as compras na ótica de centralização”*, e sem prejuízo de ser avaliada a melhor forma de tornar mais célere e mensurável o procedimento relativo à dispensa de obrigatoriedade, entende o Ministério da Saúde que a solução preconizada não é viável.

Com efeito, o recurso a outra entidade para a realização desta avaliação só iria aduzir maior carga burocrática e retardar o desenvolvimento do processo, a que acresceriam também, eventualmente, mais custos, sem grandes vantagens associadas. Acresce que, para poderem solicitar a não obrigatoriedade de seguir um acordo-quadro, as entidades envolvidas têm de demonstrar que não é possível obter iguais poupanças e que é mais vantajoso adquirir fora do contrato público de aprovisionamento. Assim sendo, desde que tais vantagens sejam demonstradas considera este Ministério não haver razão para que a dispensa de obrigatoriedade não seja autorizada.

- 5 - Recomendou ainda esse Tribunal que *“a central de compras reveja cláusula relativa ao prazo anual na parte que respeita à renovação automática dos Contratos Públicos de Aprovisionamento, de modo a garantir que a execução dos contratos seja previamente avaliada”*

A este respeito cabe elucidar que qualquer alteração que se preconize para esta cláusula não poderá deixar de contemplar a prorrogação do acordo até que o processo de celebração de novo acordo-quadro esteja concluído. A existência de um hiato entre acordos-quadro poderá sim ser pernicioso para os processos de aquisição das entidades, sendo certo que a SPMS,EPE, deverá, em qualquer circunstância, fundamentar junto da tutela o recurso à extensão dos acordos existentes por falta de conclusão atempada de um novo acordo.



- 6 - Outra recomendação alinhada no relato de auditoria que nos merece especial observação, relaciona-se com a implementação de *“um sistema uniforme de codificação de material clínico e farmacêutico à semelhança do existente para os medicamentos”*

Neste ponto, deve sublinhar-se que já está em curso um processo de uniformização da codificação de dispositivos médicos, pelo INFARMED, I.P., que permite o estabelecimento de catálogo de dispositivos médicos disponíveis no país, acessível a todos os hospitais (em Fevereiro de 2012 estavam devidamente codificados 679.054 dispositivos médicos).

- 7 - No que tange à recomendação desse Tribunal que aponta para a *“instituição de guidelines, que possibilitem a uniformização de práticas médicas, de modo a garantir a prescrição racional que atenda ao controlo dos custos de material clínico/dispositivos e que assegure a qualidade da saúde”*, esclarece-se que está em curso um processo de emissão de normas de orientação clínica pela Direção Geral da Saúde (DGS), existindo já 28 normas de orientação clínica sobre prescrição de medicamentos (representando 78% dos encargos do SNS) e 32 normas referentes à prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (abrangendo 82% dos encargos do SNS).

Para outras áreas terapêuticas não abrangidas pelas normas de orientação clínica emitidas pela DGS, a Comissão do Programa do Medicamento Hospitalar supra-aludida está a avaliar a oportunidade de emissão de protocolos clínicos referentes a terapêuticas e âmbito hospitalar para posterior divulgação pelas instituições do SNS. Neste sentido, a respetiva intervenção já incide sobre as seguintes áreas terapêuticas: Degenerescência Macular da Idade (DMI) Associar protocolo de preparação da terapêutica, Hepatite C, Doença Inflamatória Intestinal/Artrite Reumatologia/Psoríase, Cancro de Pulmão, Cancro da Próstata, HematoOncologia-Linfomas/Mieloma Múltiplo.

- 8 - No decurso do relato em apreço, é dada particular atenção *“à cedência gratuita de medicamentos”* que constitui *“a principal fonte de encargos no ambulatório hospitalar”*, e ao fato de existirem *“procedimentos pouco eficazes no controlo destas cedências”*, recomendando esse douto Tribunal que *“as prescrições da medicação abrangidas pelos regimes especiais de comparticipação efetuadas em regime privado sejam comunicada em tempo útil aos hospitais de forma a impedir a constituição de stocks elevados destes medicamentos e consequentemente empate de capital desnecessário.”*

Esta questão preocupa, sobremaneira, o Ministério da Saúde, tendo já tendo sido mandatados:



Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE



Exm^o Senhor
Diretor-Geral da Direção-Geral
do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Lisboa,

N/ Ref.º: **L 0864 *08.05.12**
Assunto: **Auditoria orientada às formas de aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS (Proc. nº 30/11 – Audit).**

Em resposta ao solicitado através do V/ ofício nº 7087, de 20 de abril, remete-se em anexo o documento que consubstancia as alegações da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, sobre o teor do relato da auditoria identificada em assunto.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Raul Mascarenhas

10516





Auditoria de resultados às formas de aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS
Processo nº 30/2011 – AUDIT

Na sequência da análise efetuada ao documento que consubstancia o relato da auditoria identificada em título, a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS, EPE) apresenta de seguida as suas alegações, as quais foram estruturadas por forma a responder às exigências de objetividade preconizadas no ofício do Tribunal de Contas nº 7087, de 20 de abril.

Nesse sentido, o presente documento foi estruturado em quatro vertentes, com a seguinte configuração:

1. Recomendações à SPMS, EPE;
2. Recomendações a outras entidades e que afetam a SPMS, EPE;
3. Sugestões de correção ao Sumário e Conclusões;
4. Aspetos pontuais de informação de base que merecem correção.

1. Das recomendações à SPMS, EPE:

- a) Imprimir maior celeridade, no máximo de 30 dias, na apreciação dos pedidos de dispensa de obrigatoriedade (...) » Concordamos, desde que este CA tomou posse temos estado a cumprir esse prazo.
- b) Rever a cláusula contratual sobre o prazo de validade, na parte que respeita à renovação automática, no sentido de no final de cada ano seja efetuada uma avaliação das condições financeiras.
» Entendemos que a recomendação não será exequível pelas seguintes razões:
 - o objetivo traçado pela auditoria e com o qual concordamos é não fechar o acordo-quadro ao aparecimento de novos fornecedores / produtos ou melhores condições do mercado;
 - se elaborássemos a avaliação financeira no final de cada ano, qualquer que fosse a conclusão, existiria sempre um período entre o fim de um acordo e o estabelecimento de um novo (processo que dura em média 3/4 meses), em que o sistema não teria qualquer acordo-quadro de suporte;
 - mantendo a possibilidade de renovação, mesmo sendo nossa intenção lançar novos processos ainda em vigência de acordo existente (como temos feito recentemente), ainda que se atrase, por qualquer motivo procedimental o processo, nunca o sistema fica sem acordo-quadro;

Atento o exposto, propõe-se que a recomendação seja efetuada no seguinte sentido:



“A obrigatoriedade dos acordos-quadro tem uma vigência anual carecendo de confirmação da tutela a sua extensão temporal.”



2. Das recomendações a outras Entidades e que afetam a SPMS, EPE:

Recomendações acerca da obrigatoriedade de aquisição pelos Hospitais ao abrigo dos acordos-quadro.

Partimos do princípio que é vantajoso para os Hospitais disporem de um instrumento como o acordo-quadro, não tanto pela diminuição de burocracia no procedimento pré-contratual, pois até aos limiares comunitários os Hospitais EPE estão dispensados da parte II do CCP, mas em especial porque obtêm uma lista de fornecedores e preço máximo de aquisição.

Como a auditoria reconhece, a capacidade negocial dos grandes hospitais é muito maior e o benefício do preço máximo é fundamental para as pequenas entidades; logo quanto mais baixo for o preço máximo, mais útil é o catálogo de artigos.

Se não existir obrigatoriedade de aquisição ao abrigo do catálogo, qual o incentivo dos fornecedores a apresentarem os seus preços, ou sequer encetarem o processo burocrático de se apresentar aos concursos? É, por certo, muito mais cómodo não apresentar qualquer preço e esperar pela publicação do catálogo para junto das entidades adquirentes acenar com ofertas mais vantajosas.

Mas admitindo que os fornecedores usam o catálogo como veículo de divulgação dos seus produtos, neste caso o único incentivo é apresentarem um preço muito alto, para em seguida fazerem ofertas mais "generosas" às entidades, que até contabilizarão tais diferenças como poupanças, segundo a metodologia da auditoria.

Foi para alterar esta situação que o atual CA tomou a decisão de modificar os concursos para o estabelecimento dos acordos-quadro, deixando de ser mera lista de fornecedores / produtos para conterem um primeiro momento de seleção baseado no preço.

A seleção implica que os selecionados têm como prémio o figurarem por um período (um ano) no catálogo e os não-selecionados têm a punição de exclusão. Parece-nos equilibrado o período de vigência.

Mas como corolário, só é exequível esta medida se o instrumento for a obrigatoriedade.

Não colhe o argumento de que os excluídos poderão apresentar melhores preços e que as entidades adquirentes assim ficam prejudicadas, devendo ser ressarcidas pela SPMS, EPE.





Em todos os concursos (ou quase todos) os fornecedores se pudessem refazer o seu lance, ofereceriam melhores condições, mas tal não nos parece compatível com os princípios éticos mais comuns a privados e a públicos, para não falar das violações legais que tais condutas encerram.

Não se entende assim, de todo, e deve ser retirada do texto final a apologia que a auditoria faz das ilegalidades ao afirmar na página 15: “Nestas circunstâncias a racionalidade da gestão financeira daqueles hospitais sobrepôs-se à disciplina legal.”

A existência de um catálogo de preços-máximos não impede, antes pelo contrário estimula que as entidades na fase de *call-off* procurem pelos meios legais obter melhores condições entre os fornecedores selecionados. A própria auditoria reconhece que o CHLN, que é de longe dos auditados, o que tem maior poder negocial, efetuou sempre as aquisições ao abrigo do catálogo e não é plausível que os seus dirigentes não tivessem em linha de conta a racionalidade da gestão financeira mesmo com a disciplina legal.

Será que existem situações que merecem uma avaliação ponderada sobre o levantamento da obrigatoriedade de submissão aos acordos-quadro?

Vejamos as situações:

- 1) Um fornecedor que detinha uma AIM (autorização de introdução no mercado) válida à data do concurso do acordo-quadro e que entendeu não concorrer para depois apresentar ofertas supostamente mais atrativas. – Deve ser premiado este comportamento que se furta às regras de concorrência? Em princípio não.
- 2) Um fornecedor que concorrendo ao acordo-quadro não foi selecionado por apresentar preços superiores aos seus concorrentes e que depois aparece com melhores ofertas. Por maioria de razão não parece ser de apoiar tais condutas.
- 3) Um fornecedor que apresenta um genérico novo numa área onde só havia um único produto com patente que expirou. Parece ser um caso interessante, só que nos casos em que existe apenas um fornecedor/produto selecionado, a SPMS, EPE segue o princípio da não obrigatoriedade do acordo-quadro, já prevenindo essas situações.
- 4) Existindo já um número de produtos genéricos concorrentes, por um novo processo ou atitude comercial um determinado fornecedor apresenta condições muito favoráveis. Neste caso os passos a dar pela entidade para poder cumprir com transparência os procedimentos legais deverão ser os seguintes:
 - a. Obter do fornecedor a oferta firme e incondicional do preço para uma estipulada quantidade, nas condições de pagamento habituais da entidade.
 - b. Lançar um ajuste direto ao abrigo do acordo-quadro para a quantidade em causa, convidando todos os fornecedores qualificados e com preço-base igual ao da oferta firme do fornecedor alternativo.
 - c. Caso o processo anterior fique deserto, então deve submeter à tutela o pedido de autorização de isenção da obrigatoriedade de seguir o acordo-quadro.





Nestas condições, que nunca foram apresentadas com esta sequência e transparência, a SPMS, EPE poderá avaliar objetivamente a poupança que se pretende efetuar e as suas causas e consequências (escoamento de produto em fim de prazo de validade, alteração do mercado, efeito em próximos concursos).



3. Correções ao Sumário e Conclusões

a) O Relatório do NAO – *National Audit Office*

Este Relatório muito completo e sucinto é utilizado no decurso desta Auditoria de forma errada, deturpando as suas conclusões.

Transcreve-se no original o texto que, supostamente, suporta o que a auditoria refere na página 18:

Government policy is that increasingly, hospital trusts have the freedom to manage their operations with minimal intervention or direction from central government. The government expects that this approach will encourage innovation and improvements in the quality and efficiency of services. Under this model, the Department of Health provides a framework and incentives for trusts to improve efficiency, but does not mandate particular actions.

As part of this model of devolved responsibility, hospital trusts in England have complete freedom to decide what consumables they buy and how they go about doing so. Trusts can make use of a network of regional collaborative procurement hubs, and a national supplies and distribution organisation, NHS Supply Chain, but there is no requirement for them to do so, and they are free also to buy directly from suppliers. Most trusts use a combination of all three arrangements.

Repare-se que foi acrescentado na versão da auditoria a frase inexistente no original “**a fim de obter uma gestão mais económica e eficiente nas suas aquisições**”.

Mas será que o relatório citado, ainda que não contenha a frase, suporta esta síntese? Tudo pelo contrário, o relatório critica nas “*key findings*”:

NHS hospital trusts pay widely varying prices for the same items. *Our analysis of spending data found around 66,000 products, where data permitted a like-for-like comparison, which showed some variation in the price trusts paid for them. The average variation between the highest and lowest unit price paid was around 10 per cent. For 5,201 products, the variation was greater than 50 per cent. We estimate that £150 million or an average of £900,000 per trust could be saved if trusts had bought the same volume and type of products, but paid the lowest available price at the point of purchase.*

Much hospital purchasing is administered in multiple, small purchase orders, which means unnecessary administrative costs for trusts. *Our data shows that NHS trusts are carrying out a large number of transactions in key categories; the 61 trusts in our dataset issued more than 1,000 orders each per year for A4 paper alone. Taking just four high volume products, around £7 million in administration costs could be saved on purchase order costs, if the number of orders were reduced to the level achieved by the best 25 per cent of trusts. Reducing the number of purchase orders can also result*





in better unit prices, since consolidated purchases allow volume discounts to be secured, although additional stock holding should be avoided. For four key product categories, we estimated that consolidating purchases on a weekly basis could save the 61 trusts in our sample up to a total of £631,000. Large numbers of small volume transactions may indicate poor inventory management within trusts. Sophisticated 'just in time' supply management techniques can also involve multiple small transactions, but there is little evidence to indicate that these are widely operated in the NHS.

We estimate that if hospital trusts were to amalgamate small, ad-hoc orders into larger, less frequent ones, rationalise and standardise product choices and strike committed volume deals across multiple trusts, they could make overall savings of at least £500 million, around 10 per cent of the total NHS consumables expenditure of £4.6 billion. This could be achieved through a combination of amalgamating small ad-hoc orders into larger, less frequent ones; rationalising and standardising product choices, and striking 'committed volume' deals across multiple trusts. The public sector procurement agency Buying Solutions has estimated, on the basis of discussions with suppliers, that for some types of office supplies such as IT hardware and paper, committed volume arrangements combined with standardised product specifications could produce discounts of between 10-30 per cent for central government departments. If similar discounts were available for the range of products in the scope of this report, accounting for £4.6 billion in expenditure, using a conservative estimate of 10 per cent, savings of around £500 million could be made.

There is potential for much larger savings of up to 30 per cent in some categories. Evidence from specific initiatives indicates that where trusts and procurement hubs come together to identify a common requirement around specific products, whether they are straightforward such as nurses' uniforms, or more specialist items such as cardiac or orthopaedic devices, they can secure significant savings. For example, the HPC Collaborative Procurement Hub estimates that discounts of 10-30 per cent are possible for orthopaedic products and 10-20 per cent for cardiology devices, through trusts joining together and engaging with the market more effectively.

E tem-se reconhecido no Reino Unido a importância de liberdade e autonomia dos hospitais públicos...?

É possível que sim, que haja quem a defenda, agora todas as conclusões do citado relatório são no sentido oposto.

Recommendations for the Department:

With no direct control over Foundation Trusts, the Department cannot require them to collaborate in ways which would secure better value in procurement. The Department should, however, take forward and publish its procurement strategy for the NHS, currently in draft, to include specific, time-bound commitments and performance measures under the three general themes (product bar-coding, use of Buying Solutions and work with NHS Supply Chain) of its strategy.





b) Pressupostos do Plano Estratégico 2011-2013 da SPMS, EPE – página 11

Reconhecendo que melhorias poderiam ser introduzidas nos pressupostos do Plano Estratégico 2011-2013 da SPMS, EPE, não se entendem as perplexidades da auditoria sobre o aumento de 381% do volume de vendas e serviços prestados. As atribuições da SPMS, EPE foram incrementadas com a passagem das TIC para a sua competência, conforme a própria auditoria reconhece ao citar na página 12 o contrato-programa e o valor que lhe está associado de € 42.306.142,13, com IVA incluído.

c) Não houve evidência que a Central de Compras tenha desenvolvido outros trabalhos – página 11

A própria auditoria na página 12 reconhece que foram feitas aquisições conjuntas para a ARS Centro e MAC. Foram também adquiridos os anti-concetivos para todas as ARSs, em Dezembro de 2011.

d) Poupanças e benefícios

Define a auditoria que as poupanças só existem quando há **negociação direta** entre a Central de Compras e os fornecedores. Seria muito útil que fosse claramente identificada a norma legal habilitante e os casos de sua aplicabilidade para que a SPMS, EPE pudesse acolher esta recomendação e melhorar a sua prestação.

Quanto à distinção entre poupança e benefício na página 44 que constitui uma inovação teórica na matéria, a SPMS, EPE não terá qualquer dificuldade em acolher nos seus objetivos estratégicos “a procura de benefícios e também de poupanças para o SNS” se tal for considerado relevante para a tutela.

e) Procedimentos tendentes à contratação pública – página 12

Não entendemos o alcance da expressão nem com a nota explicativa de rodapé.

f) “Quanto ao grau de satisfação (...) nunca houve, por parte destas entidades, o cuidado e interesse em auscultarem as entidades compradoras.” – página 13

Esta é uma matéria em que concordamos com a auditoria, a ser feito, deve ser realizado por uma entidade independente, e sendo os níveis de serviço monitorizados pela ACSS, a esta entidade competiria a promoção de tal iniciativa. Aqui sim, poderíamos ser julgados pela auditoria como atuando em causa própria no desenho do processo, na escolha de entidade ou divulgação dos resultados.





g) Quanto à prospeção e estudos de mercado e tendências

Aqui a auditoria repete frases feitas de iniciação à logística, sem qualquer adesão à realidade.

O mercado do medicamento, e é deste que estamos a tratar em grande parte, não é um mercado livre onde brotam iniciativas de marketing ou campanhas promocionais.

A introdução de novos medicamentos é um processo regulado, com tempos calculados em semanas e meses, com uma autoridade – o Infarmed – que concede as autorizações de introdução no mercado.

Com esta instituição a SPMS, EPE contrasta diariamente a lista de medicamentos e preços, base que é fundamental para a prescrição eletrónica.

Por outro lado, e do lado da procura do medicamento hospitalar, o SNS é praticamente a totalidade desta equação. Os hospitais comunicam, mensalmente, ao Infarmed, os seus consumos e preços, aos quais a SPMS, EPE tem tido a colaboração do Infarmed para efetuar os seus estudos. Em anexo cópia do índice dos estudos efetuados¹ e texto integral² sobre os medicamentos /hospitais citados na auditoria com evidentes desconformidades em termos de informação.

Neste último estudo pode concluir-se que:

- 1) Os valores citados na auditoria são diferentes dos reportados pelos Hospitais ao Infarmed quer em volume de consumo quer no preço médio.
- 2) Por exemplo no artigo CHNM=10034378 citado como adquirido na quantidade de 19892 pelo Hospital Fernando da Fonseca com uma poupança de €235.720,2 constatamos o seguinte: se a poupança fosse toda efetuada com o acordo anterior (2008-14) em que o preço unitário mais baixo era de €23, o HFF teria adquirido ao valor unitário de €11,10. Mas esse valor não representa grande poupança pois no concurso 2010-05, de maio, o preço máximo para aquisição dos Hospitais já tinha baixado para €10,2. E como se sabe e é afirmado pela auditoria existe sempre um *gap* entre os valores do acordo-quadro e os de aquisição firme com quantidades exatas e prazos. Curiosamente para este artigo o HFF reportou ao Infarmed uma quantidade de 3796 e um preço unitário de €13,1.

De facto, não adquirimos estudos, estudamos nós os assuntos na medida da sua relevância e interesse.

No que toca aos dispositivos clínicos, o melhor estudo que consultámos foi publicado no livro *“The Economics of Public Procurement”*, editor Gustavo Piga.

¹ “Aquisição de Medicamentos nos Hospitais do SNS – Janeiro a Setembro de 2011” e “Política Comum para o Uso Racional de Medicamentos”.

² “Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS”.



h) Acordo com a Gilead Sciences, Lda

O CA da SPMS, EPE reitera todas as afirmações feitas anteriormente e não se revê em nenhuma das contradições apresentadas pela auditoria.

1. “O acordo não foi promovido à luz do Código dos Contratos Públicos”
Até se poderia afirmar que foi feito por “negociação direta” com o fornecedor como parece exortado pela auditoria, mas este CA não promoveu o Acordo e não pretende renová-lo.
2. *Rappel*
Com o acordo que estava firmado a única alteração possível era incrementar o valor do desconto financeiro na forma existente, não se revendo esta CA, nem promovendo soluções de *rappel*.
3. O terceiro ponto apresentado não tem qualquer ligação com o Acordo Gilead, pelo que não se alcança a contradição.

Mas o que a auditoria não revela, ou o fez em sentido errado, é a existência de garantia de crédito a disponibilizar pela SPMS, EPE.

O que existia, à data da renegociação do Acordo, por este CA, era uma obrigação da SPMS, EPE constituir uma linha de crédito, com um consórcio bancário, para pagamento das faturas da Gilead.

Não apenas era ilegal essa obrigação, porque não podia a SPMS, EPE recorrer a tais créditos sem autorização do Ministro das Finanças, como economicamente desastrosa, tendo em conta um desconto de apenas 2 %.

O que este CA fez foi paulatinamente renegociar o Acordo, retirando essa obrigação e alterando o desconto financeiro. Assim se evitaram danos maiores pelo que a auditoria ao reconhecer que não se chegou a concretizar deveria ter valorizado positivamente esse facto.



Apresenta dados estatísticos de Itália no período de 1995-2005 com grande relevância e aplicabilidade para Portugal, no paper “*Efficiency of Procurement Procedures for Medical Devices*”.

Uma leitura apressada e muito conveniente para a SPMS, EPE seria citar que os concursos produzem melhores resultados que as negociações. Contudo, as próprias conclusões que suportam a frase anterior recomendam prudência e aconselham a que se incluam os incentivos certos na participação dos profissionais clínicos sem os quais as especificações que condicionam as escolhas podem alterar os resultados.

Não se trata de matéria simples, e a SPMS, EPE tem recebido os incentivos dos Hospitais para prosseguir nesta linha (anexo³) e já iniciou uma série de reuniões preparatórias para o lançamento de concursos em alguns subconjuntos de maior valor económico.

³ Ofício nº 4212, de 11 de abril, subscrito pelos representantes de um grupo de 14 hospitais da região norte.





h) Acordo com a Gilead Sciences, Lda

O CA da SPMS, EPE reitera todas as afirmações feitas anteriormente e não se revê em nenhuma das contradições apresentadas pela auditoria.

1. “O acordo não foi promovido à luz do Código dos Contratos Públicos”
Até se poderia afirmar que foi feito por “negociação direta” com o fornecedor como parece exortado pela auditoria, mas este CA não promoveu o Acordo e não pretende renová-lo.
2. *Rappel*
Com o acordo que estava firmado a única alteração possível era incrementar o valor do desconto financeiro na forma existente, não se revendo esta CA, nem promovendo soluções de *rappel*.
3. O terceiro ponto apresentado não tem qualquer ligação com o Acordo Gilead, pelo que não se alcança a contradição.

Mas o que a auditoria não revela, ou o fez em sentido errado, é a existência de garantia de crédito a disponibilizar pela SPMS, EPE.

O que existia, à data da renegociação do Acordo, por este CA, era uma obrigação da SPMS, EPE constituir uma linha de crédito, com um consórcio bancário, para pagamento das faturas da Gilead.

Não apenas era ilegal essa obrigação, porque não podia a SPMS, EPE recorrer a tais créditos sem autorização do Ministro das Finanças, como economicamente desastrosa, tendo em conta um desconto de apenas 2 %.

O que este CA fez foi paulatinamente renegociar o Acordo, retirando essa obrigação e alterando o desconto financeiro. Assim se evitaram danos maiores pelo que a auditoria ao reconhecer que não se chegou a concretizar deveria ter valorizado positivamente esse facto.



4. Aspetos pontuais que merecem correção

- a) Acordo da Gilead e opções terapêuticas – página 15
Se, como o texto indica, os fármacos antirretrovirais da Gilead estão considerado como primeira opção terapêutica, como poderia o Acordo com a Gilead, alterar essa opção?
- b) “Impossibilidade de que sejam efetuadas compras à revelia da gestão logística, porque o sistema de segurança não autoriza a que a contabilidade proceda a qualquer pagamento sem que exista uma nota de encomenda devidamente autorizada” – página 24
1. Deve tratar-se de “à revelia da gestão financeira”;
 2. A contabilidade não procede a pagamentos como princípio básico de controlo interno.
- c) “Como parte da reforma do National Healthcare Service (...)” – página 35
Todo este parágrafo é confuso e não se alcança o objetivo. Os dois parágrafos anteriores estão formalmente errados e sem suporte no Relatório do NAO.
- d) “Posteriormente teve-se conhecimento que este mecanismo de pagamentos já não funcionará desta forma, mas sim ao abrigo de um contrato-programa entre estas entidades, o qual ainda se desconhece” – página 42, nota de rodapé 54
O contrato-programa celebrado entre a ACSS e a SPMS é do integral conhecimento da equipa de auditoria, como aliás resulta do texto vertido na página 12 do relato.
- e) “Portanto, os responsáveis pelas centrais de compras públicas nunca se esforçaram por saber (...)” – página 47
Como é dito no parágrafo anterior “a avaliação feita aos fornecedores é a que decorre da Lei”; sugere a auditoria que se façam avaliações à margem da Lei?
- f) “A determinação de certos hospitais em comprar a fornecedores não adjudicados no âmbito do concurso público de aprovisionamento (...) já começou a ter consequências jurídicas” – página 55
Nos anexos A, B e C, a auditoria fornece material que permite aos fornecedores listados na catálogo processarem as entidades hospitalares. Será mesmo necessário esta publicitação?
- g) Sistemas de Informação – Capítulo 13.3



Neste capítulo faz-se a apologia do sistema comercial SAP que teve o custo de implementação de € 423.973.

Se extrapolarmos para 40 entidades do SNS, estaríamos a falar de um investimento que rondará os 17 Milhões de Euros.

Os 22% de manutenção anual são sobre o valor das licenças antes ou depois dos descontos comerciais? Só este custo anual, na melhor das hipóteses, rondaria os 2 Milhões de Euros. Foi tomado em conta este valor tão elevado?

- h) A SAP cedeu a propriedade intelectual ao CHLN? – página 70
É aqui referido que a SAP, uma empresa cotada em bolsa internacional, cujo valor deriva da sua propriedade intelectual, o terá cedido ao CHLN?
Como é possível esta afirmação?
E que o sistema tem menor dependência em termos de suporte e manutenção?
Ou que o tempo e capacidade de resposta às solicitações são melhores? Estas afirmações baseiam-se na experiência própria ou foram obtidas do fornecedor?

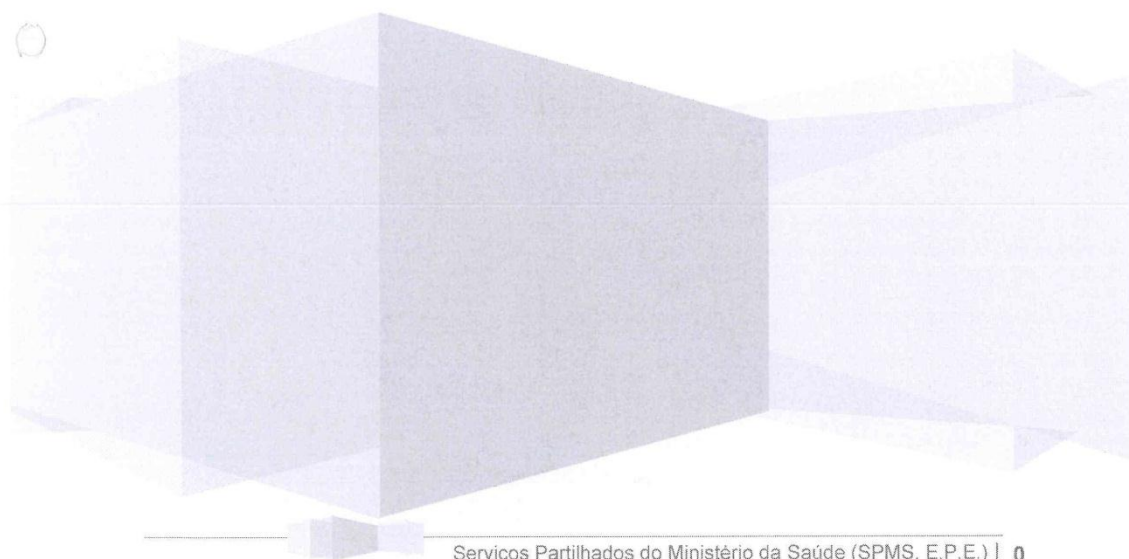


Aquisição de Medicamentos nos Hospitais do SNS | Janeiro-Setembro de 2011

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS, E.P.E.)

Aquisição de Medicamentos nos Hospitais do SNS

Janeiro a Setembro de 2011





Índice

• Enquadramento	2
• Notas Importantes:.....	3
• Objectivos (OB1 e OB2)	5
• Sumário Executivo OB2	6
• Metodologia OB1	10
• Metodologia OB2	12
• Resultados OB1	13
• Resultados OB2	14
• Distribuição das Aquisições por Hospital.....	16
• Comparação entre os Valores Unitários de Aquisição, Média nacional e CAPS 21	
• Correlação entre Valores Unitários, Quantidades, CAPS e Fornecedores	39
• Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de São João (dados disponibilizados pelos próprios)	53
• Próximos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA).....	72
• Anexo 1.....	73



Índice

• Enquadramento	2
• Notas Importantes:.....	3
• Objectivos (OB1 e OB2)	5
• Sumário Executivo OB2	6
• Metodologia OB1	10
• Metodologia OB2	12
• Resultados OB1	13
• Resultados OB2	14
• Distribuição das Aquisições por Hospital.....	16
• Comparação entre os Valores Unitários de Aquisição, Média nacional e CAPS 21	
• Correlação entre Valores Unitários, Quantidades, CAPS e Fornecedores	39
• Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Hospital de São João (dados disponibilizados pelos próprios)	53
• Próximos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA).....	72
• Anexo 1.....	73



Política Comum para Uso Racional de Medicamentos



Política Comum para Uso Racional de Medicamentos

49

13 de Março de 2012

Luísa Couceiro

Área de Planeamento e Controlo de Gestão



Política Comum para Uso Racional de Medicamentos

Índice

1. Enquadramento.....	3
A. Objetivo	3
B. Notas.....	3
C. Destaques	4
2. Patologias	5
D. Acromegalia	5
E. Angioedema Hereditário	5
F. Artrite idiopática, psoriásica (AP), reumatoide (AR), pelvesspondilite anquilosante (PEA), D. inflamatória Intestinal (DII).....	5
G. Psoríase em Placas.....	6
H. Fabry.....	6
I. Gaucher	6
J. Niemann-Pick.....	6
K. Pompe.....	6
L. MPS Tipo I.....	7
M. Hunter.....	7
N. Maroteaux-Lamy	7
O. DMI	7
P. Esclerose Lateral Amiotrófica.....	7
Q. Esclerose Múltipla	7
R. Fibrose Quística	8
S. Anti-eméticos	8
T. Oncologia.....	9
U. Epoetinas.....	20
V. Quelantes de ferro.....	27
W. Fatores de Crescimento.....	27
X. Bifosfonatos.....	28
Y. Antifúngicos.....	29
Z. Imunossuppressores.....	30
AA. Hepatites B e C	32
BB. Hepertensão Pulmonar	33
CC. Nanismo.....	34
DD. Anti-Virais (não HIV-SIDA)	35
EE. Insuficiência Renal	36
FF. Deficiência de Antitripsina.....	36
GG. Asma	36



Política Comum para Uso Racional de Medicamentos

HH. Hemorragia Digestiva	37
II. HIV-SIDA	37
JJ. Hemofilia	37
KK. Antibacterianos	37
LL. Prevenção Vírus Sincial Respiratório	38
MM. Puberdade Precoce.....	38
NN. Toxina Botulínica	38
OO. AINE	38
PP. Outras	39
3. Tabela- Resumo dos medicamentos com preço mais baixo no CAPS, por patologia	34



Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades
Hospitalares do SNS

Nº
30/2011



Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS

26 de Abril de 2012

Luísa Couceiro

Área de Planeamento e Controlo de Gestão



➤ **Enquadramento:**

- Auditoria de resultados ao aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS;
- **Objetivos:** i) avaliar as práticas instituídas para aquisição e gestão de *stocks* de produtos de maior volume financeiro, como instrumento de contenção de custos; ii) verificar se foram implementadas as recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção;
- Auditoria abrangeu os anos de 2009 e 2010.

➤ **Destaques:**

- **Página 15/Página 48:** *“...o medicamento docetaxel 80mg que, em 2011, constava no Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde pelo montante de €400,00/unidade, mas foi adquirido pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo por €41,72/unidade e pelo Hospital Garcia da Orta por €55,00/unidade, a outros fornecedores que não constavam no referido Catálogo.”*

- Das diferentes opções de Docetaxel 80mg, a que consta no CAPS é Docetaxel 80 mg/2 ml Conc e solv sol inj Fr 2 ml IV (CHNM: 10078990). Esta é, também, a única opção comprada pelos Hospitais em causa;

CHNM	CAPS (+baixo)	CAPS + IVA	CH Barreiro/Montijo			H Garcia da Orta			Média	Máximo	Mínimo
			Quant.	Valor Total	PU	Quant.	Valor Total	PU			
10078990	€400*	€424	709	131.949	€186,1	508	47.495	€93,5	€267,5	€706,7	€62,1

Valor máximo= CHLC; Valor Mínimo= Hospital de Santo André

- Em 2011, segundo a base de dados do Infarmed, o CH Barreiro/Montijo adquiriu este produto a um preço unitário de €186,1 e o Hospital Garcia da Orta a €93,5. Através desta base não é possível identificar o fornecedor;



Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS

Nº
30/2011

- O valor mais baixo do Docetaxel 80mg em 2011 era efetivamente €400 (€424 c/ IVA) (Generis). Com o Contrato Público 2011006/263/0040, que entrou em vigor a 16 de Dezembro de 2011, o valor unitário mais baixo passou para €380 (€402,8 c/ IVA) (Generis). Contudo, a Sanofi concede desconto de quantidade de 45% (quantidade>0), o que a torna o fornecedor com o preço mais baixo (€330; €349,8 c/IVA);

ARTIGO	FORNECEDOR	Nº CONTRATO	PU	DESCONTOS					
				Escalão	Tipo de Escalão	Valor Mínimo	Valor Máximo	% de Desconto	Preço c/ Desconto
DOCETAXEL [80MG; F/AMP] 10078990	GENERIS	2011006/263/0040	380						
	TEVA PHARMA	2011006/334/0120	397						
	SANDOZ	2011006/326/0283	399	1	Prazo Pagamento (dias)	0	30	4%	383,04
				2	Prazo Pagamento (dias)	31	60	3%	387,03
				3	Prazo Pagamento (dias)	61	90	2%	391,02
	HOSPIRA PT	2011006/155/0151	399						
	ACTAVIS	2011006/455/0077	400						
	HIKMA	2011006/62/0191	545						
	SANOFI	2011006/12/0065	600	1	Quantidade	0	99999	45%	330,0

- **Página 86:** No Anexo do relatório do Tribunal de Contas encontram-se uns quadros relativos ao CH Barreiro/Montijo, Hospital Garcia da Orta e Hospital Fernando da Fonseca com o nome do medicamento, valor no CAPS, valor de aquisição pelo Hospital, consumo anual e poupanças obtidas com a aquisição fora do Catálogo. Verificaram-se algumas incongruências:

- Alguns valores na base do Infarmed não correspondem aos apresentados pelos serviços farmacêuticos dos Hospitais. Regra geral, o valor dos serviços farmacêuticos é bem mais baixo do que o do Infarmed.
- HFF refere a Fresenius como o Fornecedor extra-catálogo mas este fornecedor encontra-se em Catálogo e corresponde ao preço mais baixo.
- Não foram registadas na base do Infarmed aquisições deste produto nos Hospitais em análise em 2011. No relatório do Tribunal de Contas são identificadas as seguintes quantidades e preços unitários:

		CAPS	Barreiro/Montijo		Garcia da Orta		HFF	
			PU	Quant.	PU	Quant.	PU	Quant.
10087620	Gemcitabina 1 g Pó sol inj Fr IV	€22	€12	709	€9,5	1066	-	967



- **Página 88:** Quadro com as poupanças obtidas pelo HFF na negociação direta com os fornecedores que não se encontravam no CAPS
 - Durante o ano de 2011, para os medicamentos em análise estiveram em vigor dois concursos. No início do ano vigoravam os fornecedores/preços dos concursos de 2008 e a partir de Maio, Julho ou Dezembro os concurso de 2010 e 2011 (tabela na página seguinte);
 - De facto, no início do ano (concursos de 2008) não estavam no CAPS os fornecedores apresentados pelo HFF como fornecedores extra-catálogo e aos quais compraram os produtos mais baratos. A maioria destes fornecedores foi depois integrada nos concursos subsequentes e com preços Unitários (PU) mais baixos;
 - Considerando: i) as quantidades apresentadas pelo HFF; ii) a poupança declarada pelo HFF; iii) os preços unitários mais baixos dos concursos do início do ano, estimou-se o valor total de aquisição do HFF e o correspondente preço unitário. Verifica-se que estes preços unitários estimados são mais baixos que o mínimo do CAPS (com concursos de 2008) mas, por vezes, mais alto que o verificado nos concursos abertos no decorrer de 2011;
 - Existem grandes discrepâncias entre as quantidades e preços unitários declaradas pelo HFF e o registado no Infarmed.



Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS

Nº
30/2011

CHNM	Medicamento	Hospital Fernando da Fonseca (2011)							Concurso em vigor no início de 2011				Concurso em vigor no decorrer de 2011				Notas							
		Fornec.	Quant.	Poupança anual (b)	Valor de aquisição estimado (a-b)	PU HFF estimado (aa)	Valor de aquisição estimado (aa-b)	PU HFF estimado (ab)	Concurso	Fornec.	PU	Valor Total (e)	Concurso	Fornec.	PU	Valor Total (aa)								
10034378	Meropenem 1000 mg Pó sol inj Fr IV	Hospira	19.892	235.720,2	220.801,2	11,10	-32.821,8																	Hospira continua fora do CAPS. Registrado no Infarmed. Quantidade=3796; PU=13,1
10002829	Paracetamol 10 mg/ml Sol Inj Fr 100 ml IV	Fresenius	84.251	198.832,4	96.046,1	1,14	49.708,1	0,59																Registrado no Infarmed: Quantidade=20.025; PU=2,4
10033326	Filgrastim 30 M.U.I./1 ml Sol Inj Fr 1 ml IV SC	Hospira	1.408	124.901,9	20.685,3	14,69	18.150,9	12,89																Sem registo no Infarmed
10098808	Docetaxel 10 mg/ml Sol Inj Fr 8 ml IV	Hospira	174	106.116,5			-36.516,5																	Registrado no Infarmed: Quantidade=51; PU=160,6
10026794	Interferão beta-1b 8 M.U.I. Pó sol inj Fr SC	Novartis	2.454	39.760,9			87.479,0	35,65																Registrado no Infarmed: Quantidade=619; PU=51,34



Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS

Nº
30/2011

CHNM	Medicamento	Hospital Fernando da Fonseca (2011)						Concurso em vigor no início de 2011				Concurso em vigor no decorrer de 2011				Notas
		Fornec.	Quant.	Poupança anual (b)	Valor de aquisição estimado (a-b)	PU HFF estimado (aa)	Valor de aquisição estimado (aa-b)	PU HFF estimado (aa)	Concurso	Fornec.	PU	Valor Total (e)	Concurso	Fornec.	PU	
10087620	Gemcitabina 1 g Pó sol inj Fr IV	Presenius	967	32.336,5	10.211,5	10,6	-11.062,5	2008-14	Hospira	44,0	42.548,0	2010-18 (Julho)	Presenius	22,0	21.274	Sem registo no Infarmed
												Azevedos	22,0	21.274		
												Farmoz	58,0	56.086		
												Actavis	46,0	44.482		
												Generis	40,0	38.680		
												Hospira	30,0	29.010		
												Sandoz	46,0	44.482		
												Ciclum	40,0	38.680		
												Lilly	150,4	145.437		
												Hikma	51,0	49.317		
												Teva	155,0	149.885		
												Rathiofarm	155,0	149.885		
												Medac	30,0	29.010		
												Teva	9,0	38.241		
								2008-14	Teva	12,0	50.988,0		Generis	9,0	38.241	
									Generis	12,0	50.988,0		Hikma	9,0	38.241	
												Presenius	10,5	44.402		
												Farmoz	10,5	44.402		
												Pharmis	11,8	49.926		
												Hikma	12,3	52.050		
												Astrazeneca	15,0	63.735		
												Baxter	15,3	65.010		
10065929	Meropenem 500 mg Pó sol inj Fr IV	Hospira	4.249	30.082,9	20.905,1	4,9	8.158,1	2008-14	Teva	1,92	50.988,0	2010-05 (Maio)	Generis	165,0	136.125	Sem registo no Infarmed
									Generis	12,0	50.988,0		Abbott	183,0	150.975	
10031600	Sevofurano Liq inal vapo Fr 250 ml	Baxter	825	28.462,5	122.512,5	148,5	107.662,5	2008-14	Abbott	183,0	150.975,0	2010-02 (Maio)	Abbott	183,0	150.975	Registado no Infarmed; Quantidade=188; PU=174,9



Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS

Nº
30/2011

CHNM	Medicamento	Hospital Fernando da Fonseca (2011)						Concurso em vigor no início de 2011				Concurso em vigor no decorrer de 2011				Notas	
		Fornec.	Quant.	Poupança anual (b)	Valor de aquisição estimado (a-b)	PU HFF estimado (aa)	Valor de aquisição estimado (a-b)	PU HFF estimado (aa)	Concurso	Fornec.	PU	Valor Total (a)	Concurso	Fornec.	PU		Valor Total (aa)
10098797	Docetaxel 10 mg/ml Sol Inj Fr 2 ml IV	Hospira	149	22.938,2			-8.038,2						2010-18 (Julho)	Hospira	100,0	14.900	Registo no Infarmed: Quantidade=38 ; PU=40,22
10048470	Letrozol 2.5 mg Comp	Actavis	38.762	20.156,2	5.039,1	0,13	-11.628,6		2008-06	Farmoz	0,7	25.195,3	2010-18 (Julho)	Azevedos Ciclum Novartis	0,2 0,3 3,4	8.528 9.691 129.853	Registo no Infarmed: Quantidade=8503; PU=0,14
10041458	Oxaliplatina 100 mg Pó sol Inj Fr IV	Fresenius	1.047	19.725,5	6.449,5	6,2			2008-14	Actavis	25,0	26.175,0					Sem registo no Infarmed
10071914	Flumazenilo 0.1 mg/ml Sol Inj Fr 5 ml IV	Hikma	1.041	9.525,2	3.331,2	3,2	364,4	0,35	2008-14	Generis	12,4	12.856,4		Hikma Fresenius Generis	9,5 9,5 9,5	9.890 9.890 9.890	Registo no Infarmed: Quantidade=286; PU=5,35
10062228	Doxorrubicina 2 mg/ml Sol Inj Fr 25 ml IV	Medac	627	7674,48	4232,25	6,75	1568	2,5	2008-06	Hospira	19,0	11906,73					Registo no Infarmed: Quantidade=224; PU=15,5
0414	Oxaliplatina 50 mg Pó sol Inj Fr IV	Fresenius	329	3487,4	1447,6	4,4	-197,4		2008-14	Actavis	15,0	4935	2010-18 (Julho)	Medac Fresenius	10,0 10,0	3290 3290	Sem registo no Infarmed



Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS

Nº
30/2011

CHNM	Medicamento	Hospital Fernando da Fonseca (2011)							Concurso em vigor no início de 2011				Concurso em vigor no decorrer de 2011				Notas		
		Formc.	Quant.	Poupança anual (b)	Valor de aquisição estimado (β-b)	PU HFF estimado	Valor de aquisição estimado (ααβ)	PU HFF estimado (αα)	Concurso	Formc.	PU	Valor Total (α)	Concurso	Formec.	PU	Valor Total (αα)			
10030376	Gencitabina 200 mg Pó sol.inj Fr IV	Fresenius	401	3199,98	1411,52	3,52	-392,98		2008-14	Farmoz	11,5	4611,5	2010-18 (Julho)	Actavis	12,0	4812	Registado no Infarmed: Quantidade=99; PU=3,51		
1006133	Fentanilo 50 µg/h Sist.transd	Actavis	706	691,88	2471	3,5	2287,44	3,2	2008-14	Janssen-Cilag	4,48	3162,9	2010-02 (Maio)	Actavis	4,2	2979	Registado no Infarmed: Quantidade=163; PU=3,60		
1002137	Fentanilo 100 µg/h Sist.transd	Actavis	345	589,95	2070,7	6,0	1994	5,78	2008-14	Janssen-Cilag	7,71	2660,6	2010-02 (Maio)	Actavis	7,50	2588	Registado no Infarmed: Quantidade=98; PU=4,10		
04	Fentanilo 75 µg/h Sist.transd	Actavis	332	355,24	1736,36	5,23	1607	4,84	2008-14	Janssen-Cilag	6,3	2091,6	2010-02 (Maio)	Actavis	5,91	1962	Registado no Infarmed: Quantidade=73; PU=4,17		



Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS

N.º
30/2011

CHNM	Medicamento	Hospital Fernando da Fonseca (2011)						Concurso em vigor no início de 2011				Concurso em vigor no decorrer de 2011				Notas	
		Formc.	Quant.	Poupança anual (b)	Valor de aquisição estimado (a-b)	PU HFF estimado (aa)	Valor de aquisição estimado (aa-b)	PU HFF estimado (aa)	Concurso	Formc.	PU	Valor Total (a)	Concurso	Formac.	PU		Valor Total (aa)
10094717	Filgrastim 48 M.U./0.8 ml Sol inj Ser 0.8 ml IV SC	Hospira	2	278,93	49,07	24,5	48,07	24,04	2008-06	Teva	164,0	328	2011-06 (Dezemb.)	Teva	163,5	327	Sem registo no Infarmed
10042318	Fentanilo 25 µg/h Sist transd	Actavis	672	154,56	1522,8	2,3	1425	2,12	2008-14	Janssen-Cilag	2,5	1677,3	2010-02 (Maio)	Actavis Janssen-Cilag Wynn	2,35 2,35 2,37	1579 1582 1592	Registado no Infarmed: Quantidade=133; PU=0,33



Exmo. Senhor

Dr. Raul Mascarenhas

Presidente do Conselho de
Administração dos Serviços Partilhados
do Ministério da Saúde, E.P.E

004212 11-APR '12

Um grupo de 14 hospitais da Região Norte organizou-se através da constituição de um agrupamento de entidades adquirentes com o objetivo de otimizar as condições pré-contratuais definidas nos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA's), dando visibilidade a um perfil de consumos consistente, num período de tempo identificado e apoiado por uma política terapêutica comum, consubstanciada em "Acordo e Compromisso", subscrito pelos hospitais que constituem o grupo.

Para o efeito, reconhecemos que:

- Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) são fundamentais na condução de procedimentos pré-contratuais centralizados destinados à aquisição de bens específicos das Instituições de saúde;
- A utilização destes processos de aquisição centralizados são determinantes como instrumento de obtenção de ganho em tempo útil;
- A expressão de processos centralizados de aquisição sendo hoje já significativa na área do medicamento, é ainda residual quanto aos dispositivos médicos, sendo por isso particularmente importante a criação de procedimentos pré-contratuais nesta área, de forma a permitir às Instituições de saúde um maior dinamismo e consequente redução de custos nestas aquisições. É especialmente importante incluir alguns dispositivos da classe A, tais como implantáveis de técnicas de cardiologia, ou próteses de ortopedia, ou ainda material de sutura mecânica ou laparoscopia.
- Os SPMS assumem um papel fundamental como garante máximo da execução contratual, dado o registo de violação das condições de pagamento e/ou fornecimento fixadas nos Acordos Quadro (AQ) por parte de alguns fornecedores;

Tendo já o atrás referido Acordo merecido a concordância de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde e encontrando-se em vias de ser avaliado pelo Infarmed, através de Despacho Superior, revela-se de grande utilidade a convergência de estratégias entre este Grupo de Hospitais e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), especialmente nas circunstâncias abaixo expressas:



- 1) Quando não exista CPA decorrente de AQ para determinadas aquisições identificadas no Acordo e Compromisso, e os SPMS tenham disponibilidade para iniciar, de imediato, os procedimentos pré-contratuais tendentes à celebração do respetivo AQ;
- 2) Quando e sempre se verifique que, auscultando o mercado homologado pelo CPA, não se consiga obter resposta por parte de alguns fornecedores sem que haja justificação para tal, ausência de resposta esta que é suscetível de configurar uma violação dos precisos termos fixados no Acordo Quadro;
- 3) Quando também e mais ainda esta mesma atitude de ausência de resposta possa vir a ser replicada no fornecimento de medicamentos exclusivos, porventura também a par de ameaças mais ou menos veladas de interrupção de fornecimento, o que nos obrigaria a recorrer a compras a nível internacional, compras essas que no momento atual nos estão vedadas por lei, mas que perante tal situação passariam a justificar-se.

Certos que os lugares de difícil exercício se outra vantagem não têm podem sempre servir para revelar o mérito de quem os exerce, estamos convictos que com este nosso pedido e iniciativa poderemos consolidar a colaboração institucional entre a SPMS e estes hospitais da Região Norte procurando contribuir, de forma decisiva, para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

Com os melhores cumprimentos

Álvaro Monteiro

Presidente do Conselho de Administração do C.H. Gaia / Espinho epe

António Ferreira

Presidente do Conselho Administração do C.H. S. João epe

Sollari Allegro

Presidente do Conselho de Administração do C.H. Porto epe



Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ACSS - 09839 - 12/JUN/19

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

S/referência: DA VI - UAT.1
Proc. Nº30/11 - Audit

N/referência: 151-2012-UAGRA

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

Assunto: Auditoria de resultados às formas de aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS elaborado pelo Tribunal de Contas - Processo nº30/2011

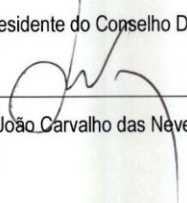
No âmbito do assunto em epígrafe e no seguimento do envio, do V. ofício nº 7061 de 20 de abril de 2012, Proc nº 30/11 - Audit, do projeto de relatório de auditoria, que mereceu a nossa melhor atenção, informamos que uma vez que:

- 1) As atribuições da ACSS, enquanto unidade ministerial de compras, passaram, de acordo com o Decreto Lei 19/2010 de 2 de março, a ser da competência da SPMS;
- 2) Os recursos humanos afetos a essa unidade ou já não se encontram na ACSS ou foram integrados na SPMS.

Entende esta Administração Central não ter alegações a fazer.

Com os melhores cumprimentos,


O Presidente do Conselho Diretivo


(João Carvalho das Neves)

DGTC 20 06'12 13200

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO - GERAL
20 JUN. 2012
RECEPÇÃO

78 18

 GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 848
E-Mail: geral@acss.min-saude.pt



Gilead Sciences, Lda



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

Lisboa, 8 de Maio de 2012

Assunto: Auditoria orientada às formas de aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

V. Referência: DA VI – UAT.1

Proc. N.º 30/11 - Audit

64

Exmo. Senhor,

A Gilead Sciences, Lda. (doravante a “Gilead”), tendo sido notificada, através do V/ Ofício n.º 7088, datado de 20 de Abril de 2012, referente à secção 1.2.1 do Relato da Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS (doravante o “Relato”), vem expor o seguinte:

1. Em primeiro lugar, gostaríamos de confirmar a afirmação, referida no primeiro ponto da secção 1.2.1 do Relato, de que se teve por objectivo, através do Acordo celebrado entre a Gilead e a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (doravante o “Acordo”), conceder condições mais vantajosas aos hospitais do SNS para o fornecimento de medicamentos antirretrovirais e antifúngicos comercializados pela Gilead contribuindo assim para garantir que os elevados padrões de qualidade estabelecidos nas recomendações terapêuticas nacionais e internacionais, no que à terapêutica antirretroviral e antifúngica diz respeito, são assegurados,



mantendo, ao mesmo tempo, condições de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com as características de universalidade que lhe impõe o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa.

O Acordo pretendia assim assegurar o acesso dos doentes aos medicamentos da Gilead, sempre que estes fossem os mais indicados de acordo com as indicações clínicas desses mesmos doentes. Com efeito, a análise a fazer dos vários elementos do Acordo deve tomar por base o aspeto central de a aquisição dos medicamentos em causa (de resto específicos e apenas comercializados pela Gilead), ser motivada exclusivamente pelas indicações clínicas dos mesmos, que reconhecidamente apresentam vantagens comparativas relativamente a outros esquemas terapêuticos, que se encontram bem espelhadas nas recomendações terapêuticas nacionais e internacionais e que são do pleno conhecimento dos Profissionais de Saúde.

Permanecendo as unidades hospitalares, no contexto e apesar do Acordo, autónomas nas suas decisões de compra de medicamentos, é em última análise a decisão clínica por parte dos médicos que determina a escolha de um medicamento em detrimento de outros. Ora, como é confirmado pelo sexto e último ponto da secção 1.2.1 do Relato, que reitera a vantagem clínica dos medicamentos abrangidos pelo Acordo, a escolha das entidades hospitalares tem em regra recaído sobre os medicamentos cobertos pelo Acordo, não em função do preço mas pelo facto de os medicamentos em causa serem considerados como primeira opção terapêutica pelas *guidelines* nacionais e internacionais.

2. Em segundo lugar, gostaríamos de fazer notar que os medicamentos em causa já vinham sendo adquiridos pelos hospitais do SNS, sendo no caso de Truvada e Atripla dois medicamentos muito utilizados na terapêutica actual dos doentes com infecção VIH/SIDA, face ao nível de recomendação e evidência científica que apresentam. No caso de Truvada este é o único *backbone* que reúne o consenso de diversas *guidelines* terapêuticas como recomendação preferencial. No caso de Atripla, trata-se de um regime terapêutico completo cujos componentes apresentam recomendação preferencial nas diversas *guidelines* terapêuticas.

Esclarece-se assim que estamos sobretudo perante casos de doentes que já se encontravam em terapêutica, embora naturalmente não se excluísse a possibilidade de os mesmos esquemas terapêuticos virem a ser aplicados a novos doentes em virtude, uma vez mais, das decisões clínicas que os médicos considerassem mais adequadas. Em simultâneo, a prossecução deste objetivo, através do estabelecimento do sistema de descontos previsto, enquadrava-se na



necessidade de uma maior contenção da despesa com a aquisição de medicamentos, em linha com as preocupações e orientações transmitidas pelo Governo.

3. Em terceiro lugar, a Gilead gostaria de repudiar a alegação, constante do segundo ponto da secção 1.2.1 do Relato, de que o Acordo “*incentivava o consumo e propiciava o despesismo*”. Desde logo, é importante realçar que esta afirmação é feita sem verdadeiramente ficarem demonstradas as premissas que conduziram a uma tal conclusão.

Por outro lado, a Gilead considera que uma afirmação de despesismo não pode encontrar justificação suficiente no facto de os descontos concedidos através do Acordo se configurarem como *rappel*, i.e. serem aplicados em função do volume de aquisições. Na verdade, o simples facto de os descontos serem calculados através de *rappel* não implica necessariamente um aumento de despesa face à que se verificou até à data. Pelo contrário, a aplicação do *rappel* permitiu que os hospitais do SNS pudessem, em função das necessidades dos seus doentes e das opções clínicas dos seus médicos, adquirir medicamentos por um preço inferior àquele que seria praticado em condições normais.

Adicionalmente, os volumes de aquisições acordados como patamares para obtenção de descontos foram calculados pela Gilead, e aceites pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (doravante a “SPMS”) tendo por base os doentes já em tratamento com os medicamentos em causa, e as previsões de doentes que, de acordo com os critérios clínicos habitualmente utilizados, deles iriam necessitar ao longo do ano de 2011. Como referido anteriormente, os medicamentos seriam adquiridos em função das indicações clínicas e numa lógica de resposta às necessidades sentidas pelas unidades hospitalares e não acriticamente, como parece resultar da alegação vertida no Relato.

4. No que à sustentabilidade diz respeito, é ainda útil salientar que o Acordo permitiu a celebração de protocolos com os hospitais que alinharam com os pressupostos previstos no Acordo central, o que se traduziu globalmente numa poupança de cerca de 6 milhões de euros, sendo certo que, se o Acordo central tivesse sido totalmente operacionalizado a redução de custos poderia ter sido de pelo menos 17 milhões de euros e contribuído, pois, de modo ainda mais significativo para o fim último das partes envolvidas de assegurar a sustentabilidade do SNS português



5. A conclusão que se retira dos parágrafos anteriores encontra-se espelhada no Despacho n.º 5820/2011 de S. Exa. o Secretário de Estado da Saúde, de 25 de Março de 2011, no qual claramente se sustenta, como justificação para o Acordo, o facto de o Ministério da Saúde se encontrar “fortemente empenhado em assegurar o acesso dos doentes, em Portugal, a medicamentos inovadores, bem como em garantir que os elevados padrões de qualidade estabelecidos nas recomendações terapêuticas nacionais e internacionais são assegurados, mantendo, ao mesmo tempo, condições de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com as características de universalidade que lhe impõe o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa” (sublinhado nosso).
6. Gostaríamos ainda de esclarecer que a renegociação referida no quarto ponto da secção 1.2.1 do Relato resultou de solicitações expressas da SPMS, tendo em conta a dificuldade dos hospitais em pagar as faturas no prazo acordado de 90 dias. Assim, apesar do sistemático incumprimento do prazo de pagamento das faturas por parte dos hospitais do SNS, a Gilead, ciente da difícil situação económica e financeira em que estes se encontravam, acedeu ao pedido da SPMS, acordando em ajustar as condições para a concessão dos descontos acordados, mantendo contudo a possibilidade de aqueles obterem as referidas vantagens.
7. Finalmente, no que respeita, à referência no segundo ponto da secção 1.2.1 do Relato, de que “*a contratação da Gilead deveria ter tido por base um procedimento promovido à luz do Código dos Contratos Públicos*”, a Gilead confia hoje, como confiou então, que a SPMS seguiu os procedimentos legais aplicáveis, não lhe cabendo pronunciar-se sobre essa matéria.

Em qualquer caso, e sem prejuízo dessa premissa, sempre se chamará a atenção para o facto de os termos em que o Acordo foi concebido contribuírem positivamente para assegurar o objetivo de transparência no que respeita ao conhecimento do custo real de cada medicamento. Um objectivo, aliás, que tem sido procurado pelo Ministério da Saúde e suas entidades e que este Acordo prossegue pois que, tanto quanto é do nosso conhecimento, estabeleceu pela primeira vez condições para que o custo real com a aquisição de medicamentos seja efetivamente conhecido.

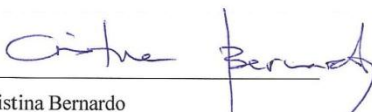


Em suma, no exercício do direito de resposta que lhe é oferecido pelos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, consideraria a Gilead que, em virtude do exposto, seria relevante e adequado incluir na versão final da “Auditoria de Resultados às Formas de Aprovisionamento das Unidades Hospitalares do SNS” referências aos seguintes elementos:

- i. Que o Acordo entre a SPMS, E.P.E e a Gilead Sciences, Lda contribuiu para assegurar os mais elevados padrões de qualidade da terapêutica, nas áreas em que se enquadram os medicamentos que são objeto do mesmo e que são considerados preferenciais pelas *guidelines* nacionais e internacionais;
- ii. Que o objetivo principal do Acordo era contribuir de modo significativo para a sustentabilidade do SNS e que, nesse quadro, o estabelecimento de um sistema de *rappel* pelo Acordo não conduziu a um maior *despesismo* no sector da saúde;
- iii. Que o objetivo de contribuição para a sustentabilidade foi pelo menos parcialmente atingido, uma vez que diversos hospitais obtiveram efetivamente condições mais favoráveis na aquisição destes medicamentos, sendo certo que, caso o Acordo tivesse sido o integralmente cumprido pelas entidades envolvidas, ter-se-ia traduzido numa poupança mais significativa dos gastos com o SNS;
- iv. Que o Acordo estabelece um sistema que contribui de modo decisivo para a transparência relativamente ao conhecimento dos custos reais com os gastos realizados na aquisição de medicamentos.

Esperando ter apresentado toda a informação relevante, ficamos naturalmente disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais que sejam considerados necessários ou úteis.

Antecipadamente gratos por toda a atenção dispensada e certos da V. melhor atenção, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos,


Cristina Bernardo
Diretora-Geral

5 DGTG 09 05 12 10571



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

Lisboa, 29 de Maio de 2012

Assunto: Auditoria orientada às formas de aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

V. Referência: DA VI – UAT.1 – Fax n.º 506/2012 – DAVI.1

Proc. N.º 30/11 - Audit

Exmo. Senhor,

A Gilead Sciences, Lda. (doravante a “Gilead”) vem por este meio apresentar os esclarecimentos que lhe foram solicitados através do V. Fax n.º 506/2012 – DAVI.1, datado de 24 de Maio de 2012.

Em primeiro lugar, e a título de premissa para o que em seguida apresentamos, gostaríamos de salientar que o Acordo celebrado entre a Gilead e a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (doravante o “Acordo”) tinha por objetivo assegurar o acesso dos doentes aos medicamentos da Gilead, sempre que estes fossem os mais aconselhados de acordo com as indicações clínicas.

Relativamente à questão que em concreto nos é colocada, que respeita ao ponto 4 da nossa exposição de 8 de Maio de 2012, esclarecemos que a afirmação que então fizemos segundo a qual “se o Acordo central tivesse sido totalmente operacionalizado a redução de custos poderia ter sido de pelo menos 17 milhões de euros e contribuído, pois, de modo ainda mais significativo para o fim último das partes envolvidas de assegurar a sustentabilidade do SNS português” pode ser facilmente compreendida se tivermos em conta a definição acordada entre as partes das condições comerciais para o ano de 2011, espelhada na tabela seguinte:



Medicamento	Patamar	Unidades ¹	Desconto sobre preço unitário (%)	Desconto (€)
Atripla	1.º Patamar	52.875	10%	4.237.032,38
	2.º Patamar	54.000	12%	5.192.618,40
	3.º Patamar	60.000	14%	6.731.172,00
	4.º Patamar	64.000	15%	7.692.768,00
Truvada	1.º Patamar	90.000	6%	2.834.730,00
	2.º Patamar	99.000	15%	7.795.507,50
AmBisome	1.º Patamar	50.000	7%	639.170,00
	2.º Patamar	55.000	14%	1.406.174,00
	3.º Patamar	59.000	18%	1.939.424,40
Desconto total máximo previsto				17.427.699,90

¹ Atripla: 1 unidade= frasco 30 comprimidos; Truvada 1 unidade= frasco 30 comprimidos; AmBisome: 1 unidade= 1 ampola

As condições acordadas entre as partes ao nível dos objetivos definidos, concretizados através da identificação de patamares de aquisição para atribuição dos descontos, teve em consideração os seguintes pressupostos:

1. O facto de estar a ser tido em conta um universo de doentes que se encontrava já em terapêutica antiretroviral e que, de acordo com as indicações terapêuticas e respetiva situação clínica, poderiam apresentar critérios clínicos para utilização dos medicamentos da Gilead; e
2. O facto de todos os anos iniciarem terapêutica novos doentes, que, pelas razões expostas no ponto anterior, poderiam reunir critérios clínicos para utilização de medicamentos da Gilead.

Caso o Acordo tivesse sido operacionalizado na sua totalidade junto dos hospitais, resultaria previsivelmente da aplicação destes pressupostos àquelas condições comerciais a obtenção por parte das unidades hospitalares dos patamares de desconto mais elevados (isto é, 15% para Atripla, 15% para Truvada e 18% para Ambisome) e, em consequência, uma poupança global do SNS de 17,427 ME.

No curso da atividade de monitorização da aplicação do Acordo, prevista no mesmo e oportunamente realizada pela Gilead, tornou-se clara em determinado momento a existência de algumas dificuldades ao nível da comunicação da operacionalização, dos benefícios e da monitorização do Acordo junto dos hospitais, o que se traduziu numa insuficiente operacionalização do mesmo.



Dessa insuficiência, resultou a renegociação entre as Partes dos termos do Acordo e consequente atribuição aos hospitais de um desconto de 6% desde que fossem cumpridos os prazos de pagamento estabelecidos (90 ou 180 dias, consoante os casos). Em consequência, através da Circular Informativa n.º LIS/N.º012/2011, foram comunicados aos hospitais estes novos termos, viabilizados dentro da mesma lógica de contributo para a sustentabilidade do SNS que sempre caracterizou o comportamento da Gilead ao longo deste processo, e que se materializou na obtenção de um desconto que ascendeu a um valor de 6 M€ no ano de 2011.

Resulta do anteriormente exposto a conclusão de que o Acordo em causa contribuiu de forma consistente para o objetivo de sustentabilidade do SNS, no que reiteramos as afirmações já feitas na nossa comunicação anterior e que nos dispensamos de reproduzir nesta sede.

Apresentados estes esclarecimentos, a Gilead permanece disponível para enviar a V. Exas. quaisquer informações que sejam consideradas pertinentes ou úteis no âmbito da Auditoria em curso.

Antecipadamente gratos por toda a atenção dispensada e certos da V. melhor atenção, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos,

Cristina Bernardo
Diretora-Geral



Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente



Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor Coordenador
do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069 - 045 Lisboa

Refª PCA - 08.MAIO.2012 - 0314

Assunto: Auditoria orientada às formas de aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

Exmo. Sr. Auditor Coordenador,

Na sequência do vosso ofício n.º 7083 de 20 de Abril de 2012, com a referência DA VI - UAT.1, no qual o Centro Hospitalar Lisboa Norte foi notificado do Projeto de Relatório no âmbito do Processo de Auditoria n.º 30/2011 (doravante designado por "Projeto de Relatório") do Tribunal de Contas, para efeitos de contraditório, nos termos do disposto nos artigos 13.º e 87.º n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na sua redação atual.

Neste contexto, serão adiante aduzidos, numa perspetiva construtiva, breves esclarecimentos que se consideram pertinentes para contribuir para a aprovação da versão definitiva do Relatório.

Antes, porém, este Centro Hospitalar pretende registar, com muito agrado, a presença da equipa de auditores do Tribunal de Contas nas suas instalações para a realização da presente auditoria. Para o CHLN, como para qualquer outra entidade, as auditorias do Tribunal de Contas são fundamentais na constante procura de uma cada vez mais otimizada gestão dos dinheiros públicos, em termos de economia, eficiência e eficácia, o que é comprovado pela melhor apreciação e acolhimento interno das recomendações efetuadas.

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

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

www.chln.pt

DETC 09 05'12 10629

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

www.chln.pt

1



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente



Com efeito, as contribuições resultantes das questões e sugestões colocadas no Projeto de Relatório são cruciais para que se possam ajustar linhas de orientação e corrigir os procedimentos que suportam a atividade da entidade ora auditada.

Assim, e sem prejuízo dos esclarecimentos *infra* aduzidos, o CHLN deixa desde já aqui expresso o seu agradecimento à equipa auditora do Tribunal de Contas pelo trabalho realizado.

Quanto aos esclarecimentos tidos por necessários, referimo-nos, em primeiro lugar, ao teor da página 23 do Projeto de Relatório, segundo o qual o sistema logístico do tipo *Kanban* se encontra em diferentes fases de implementação nos hospitais auditados, representando os artigos clínicos consumidos através desse método, no CHLN, cerca de 25% do consumo total de artigos. Relativamente a este ponto do Projeto de Relatório, o CHLN gostaria de sublinhar que tem sido feito um esforço expressivo para expandir o sistema logístico do tipo *Kanban* a todo este Centro Hospitalar, referindo-se que, durante o presente ano de 2012, já foram implementados 8 (oito) novos sistemas deste tipo.

Em segundo lugar, referimo-nos ao conteúdo da página 28 do Projeto de Relatório, na qual se recomenda, entre outros, que sejam utilizados indicadores de desempenho para o apoio à gestão de *stocks*, de forma a permitir a monitorização e avaliação dos consumos *versus* a produção dos serviços clínicos. Recomenda-se ainda a promoção do desenvolvimento de mecanismos que permitam aos serviços clínicos procederem ao apuramento e imputação direta dos custos dos medicamentos e outro material de consumo clínico por utente e por prescritor, de modo que seja possível emitir a fatura/recibo de forma discriminada, com os custos reais incorridos nos atos médicos prestados, paralelamente à taxa moderadora.

Relativamente a estas recomendações, o CHLN gostaria de informar que, neste Centro Hospitalar, já são disponibilizados consumos de medicamentos e de material clínico e de indicadores de produção via e-mail aos diretores e administradores de área dos diversos serviços clínicos, de forma a possibilitar uma monitorização adequada dos seus serviços. Acresce que já foi encetado, ao abrigo do despacho n.º 17069/11 de 16 de Dezembro, do Senhor Secretário de Estado da Saúde, sobre o processo de monitorização de fármacos e

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

2

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



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

MCDT, um projeto inicial para promover o desenvolvimento de mecanismos que permitam a imputação dos custos, nestas áreas, por utente e por prescriptor.

No que respeita ao ponto em que se recomenda o incremento da distribuição diária de medicamentos e/ou distribuição automatizada, nos serviços clínicos, nota-se que faz parte do Plano de Atividades do Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica para o ano de 2012 a finalização do projeto de colocação de equipamentos Pyxis nos serviços clínicos e Urgências e o alargamento do método de unidose.

Finalmente, nas suas páginas 51 e seguintes, o Projeto de Relatório detém-se na questão da aquisição de medicamentos fora do âmbito dos Contratos Públicos de Aprovisionamento em vigor, enquanto método de poupança de dinheiros públicos quando é comprovável a prática de preços inferiores fora dos Contratos Públicos de Aprovisionamento para medicamentos iguais. Aí se refere que o CHLN não recorre a esse tipo de aquisições, ao contrário das demais entidades auditadas, que já o fizeram ou solicitaram autorização ministerial para tanto. Quanto a esta matéria, refira-se que o CHLN não é indiferente à mesma, tencionando em breve solicitar a sua dispensa à obrigatoriedade de aquisição de determinados medicamentos ao abrigo de Contratos Públicos de Aprovisionamento vigentes, com base na demonstração da respetiva sustentabilidade económico-financeira, em benefício da poupança do erário público.

Ao dispor para qualquer esclarecimento que seja tido como necessário.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/CE

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

3



Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE



08.MAI 12 003714

Exmo. Senhor
Auditor Coordenador
Dr. José António Carpinteiro
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

N/Ref.º:

Data: 07|05|2012

Assunto: Auditoria de resultados às formas de aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

Em resposta ao vosso ofício nº 7084 de 20 de Abril, refª DA VI – UAT.1, Proc. Nº 30/11 - Audit – o Centro Hospitalar em sede de alegações e analisado o vosso relatório, tem a referir o seguinte:

1. “O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, foi a unidade que instituiu há mais tempo procedimentos de gestão e controlo de stocks (desde 2008)”. Apenas informamos, que o sistema de controlo implementado através do novo modelo logístico, **teve início em 2007** e não em 2008;
2. Nos descontos comerciais indicados, acrescentamos que deixámos de receber 2 valores de rappel, devido ao facto de não termos cumprido os prazos de pagamento, designadamente: 25.700,00€ - ABBOTT e 31.932,16€ - 2ª tranche da GILEAD;
3. Congratulamo-nos com a referência feita ao nosso modelo logístico e ao investimento no controlo e gestão de stocks que possuímos, bem como a imputação de custos ao doente no Bloco Operatório, que nos encontramos a alargar aos exames especiais (técnicas endoscópicas);



ARSLVT

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO EPE | Av. Movimento das Forças Armadas | 2830-094 Barreiro
Tel. 21 214 73 00 | Fax. 21 214 73 51 | admin@chbm.min-saude.pt | www.chbm.min-saude.pt



-
4. O Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE já possui, aprovado em Dezembro de 2009, o Plano de Prevenção de Corrupção e Infracções Conexas, publicado no seu site da internet; ||

Com os melhores cumprimentos

A Presidente do Conselho de Administração



Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE



Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas
Avenida da República, nº 65
1050-189 Lisboa

CA 55/2012

Amadora, 08 de Maio de 2012

Assunto: Auditoria orientada às formas de Aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS

Exmos. Senhores,

Na sequência do Vosso Ofício com a Refª DA VI –VAT.1, Proc. Nº 30/11-Audit, de 20 de Abril 2012, relativo a “Auditoria orientada às formas de Aprovisionamento das unidades hospitalares do SNS”, os nossos comentários são os seguintes:

1. Ponto 12 – Caracterização sumária das unidades hospitalares auditadas

Não é referida a caracterização dos respectivos Departamentos de Logística, Compras, Negociação e/ou Aprovisionamento das Unidades Hospitalares auditadas (nº de colaboradores, média de idades, formação, etc);

2. Ponto 15 – Implementação das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, (HFF) conforme Ofício “CA 196/09”, enviada ao Conselho para a Prevenção da Corrupção, em 31 de Dezembro de 2009, tem desenvolvido vários procedimentos de prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas. Neste sentido e de acordo com os Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos para Logística/Farmácia e para Gestão de Compras da ACSS, o HFF separou a função de negociação da função de compras, criando o Departamento de Negociação, para a realização de consultas, negociação e gestão de contratos, e o Departamento de Gestão Logística para gestão e compra de materiais.

Correcção:

3. Ponto 13.3 – Sistemas de Informação

Na pág. 69, 4º parágrafo - onde se lê “Em 2006 o Hospital...” deve-se ler “Em 2005 o Hospital...”;

4. Ponto 13.4 – Formas de gestão de stocks de material clínico · Vendor Managed Inventory – VMI



Na pág. 72, Quadro 18 – Material em VMI, no ano 2009, para o HFF onde se lê “a)” deve-se ler “25.502” e, em 2010, onde se lê “25.502” deve-se ler “27.934”.

Ao dispor para qualquer esclarecimento, apresento os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


Luís Marques

DCTC 09 05'12 10628



Hospital Garcia de Orta, EPE



Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro Jose Fernandes
Farinha Tavares
Diretor-geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069 -045 Lisboa

nossa ref. 5912
our ref.

vossa ref.
your ref.

data 08.05.2012
date

assunto **Auditoria orientada às formas de aprovisionamento das unidades**
subject **hospitalares do SNS**

No seguimento de v/Relato de Auditoria, após análise cuidadosa interna, apresentamos as nossas alegações/comentários/observações relativamente às conclusões e recomendações constantes daquele.

I. RECOMENDAÇÕES –

& 1º - Qualquer aquisição de equipamentos e soluções aplicacionais é suportada numa análise económica de pormenor, nomeadamente no respeitante a softwares.

É tida em conta, além do preço, a rapidez de processamento de dados, a produção de relatórios, a capacidade de desenvolvimento e evoluções futuras, o portfólio da empresa,...

& 2º - A distribuição diária de medicamentos está implementada em todos os Serviços passíveis de beneficiar dela (inclusive U. Cuidados Intensivos que raramente são contempladas neste sistema).

Os stocks nivelados são, agora, da responsabilidade dos S. Farmacêuticos, tanto no levantamento dos níveis como no controlo de prazos de validade.

& 3º - Atualmente existem aplicações informáticas diferentes no S. Aprovisionamento e nos S. Farmacêuticos e nos S. Financeiros. Pensamos que haverá toda a vantagem em existir uma só aplicação para estes Serviços, desde que o investimento não ultrapasse consideravelmente os custos atuais de manutenção.



& 4º - Está na fase final o processo de aquisição de um produto informático de B.I., i.é., a negociação de redução de preços com a empresa que apresentou melhores condições.

Pretende-se com este esforço de investimento uma significativa melhoria do sistema de informação para a gestão.

& 5º - Quanto à imputação direta dos custos com medicamentos e material de consumo clínico não entendemos que seja uma prioridade, pois os custos não são diretamente facturados ao utente/doente.

Já deve ser uma área a privilegiar o(s) Bloco(s) Operatório(s)-havendo algumas ferramentas/aplicações no terreno- no sentido de sendo um Serviço basilar num Hospital e com custos muito elevados se puder apurar os custos por intervenção cirúrgica. Já tivemos reunião com uma Empresa e estamos numa fase de contactos exploratórios.

& 6º - Em relação aos medicamentos não se seguiu a solução armazéns avançados.

No HGO coexiste a distribuição por reposição de stocks nivelados em alguns Serviços e a distribuição por dose unitária suportada por um equipamento de distribuição semiautomática de medicamentos (Kardex); aqui, distribuem-se fármacos 3x/dia, dando garantia ao Serviço de que há uma cobertura imediata das suas necessidades.

Em relação ao material de consumo clínico implementou-se em 2011 o sistema Kanban: utilização de um conjunto de armários (armazéns avançados) nos Serviços Clínicos. Atualmente já está em funcionamento em 25 Clínicos.

Baseando-se essencialmente na redução de stocks e eliminação de desperdícios, já produziu uma poupança de cerca de 85 000€.

O controlo de acesso aos armazéns avançados assenta em portas com código de acesso e apoiado na biometria – que por um lado acautela o manusear do material aí armazenado e por outro evita desvios de produtos – e está a ser estudado só em alguns Serviços (ex. S. Urgência) porque será um investimento muito significativo se for instalado em todos os Serviços.



& 7º - Relativamente ao material de consumo clínico, esta será uma das competências da Comissão de Consumo Clínico, já nomeada, e cujo Regulamento irá ser aprovado muito brevemente.

No que respeita aos medicamentos, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, que reúne todas as semanas e tem uma atividade intensa, estimula e encoraja a produção de protocolos, por parte dos Serviços Clínicos e outras Comissões.

& 8º - Porém, não tem havido pedidos de colaboração/participação por parte dos SPMS/Central de Compras, junto do Hospital.

& 9º - O Conselho de Administração do HGO já aprovou o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção, estando publicado na n/Internet.

2. CONCLUSÕES –

2.1. Em relação ao nº 1.3. (negociação direta com os fornecedores), & 3º conjugado com o ponto 9.1.: a aquisição de Docetaxel pelo HGO foi ao preço unitário de 55€, mas com a oferta de 26% em produto, o preço final era de 40,7€

2.2. Sobre o nº 1.3., & 4º e 5º, conjugado com o ponto 9.1.: se adicionarmos às notas de crédito (rappel 2010: 2 281 644€), as poupanças obtidas com as aquisições fora do Catálogo (1 651 817€) e as ofertas em produto (358 487€), obtém-se um total de 4 291 948€ que significa cerca de 11% do total dos consumos (medicamentos).

2.3. Relativamente ao nº 1.3.1., concatenado com o ponto 9.2.: pese o ofício enviado pelo CHBM, foi o HGO que promoveu a 1ª reunião, nas suas instalações, com os outros 2 Hospitais da Península de Setúbal (membros dos CA e Diretores dos S. Aprovisionamento), tendo havido trocas de ficheiros com preços, análises/discussões entre os Responsáveis dos S. Aprovisionamento, embora ainda não se tenha desencadeado qualquer procedimento negocial conjunto.



Está em apreciação pelos outros 2 Hospitais uma proposta do HGO para negociações de aquisição de material de osteossíntese.

No que respeita à área dos medicamentos, não houve qualquer impulso dado pelos Responsáveis dos S. Farmacêuticos dos 3 Hospitais.

Com os melhores cumprimentos,

U Conselho de Administração

Lourdes Bastos
Vogal do Conselho de
Administração