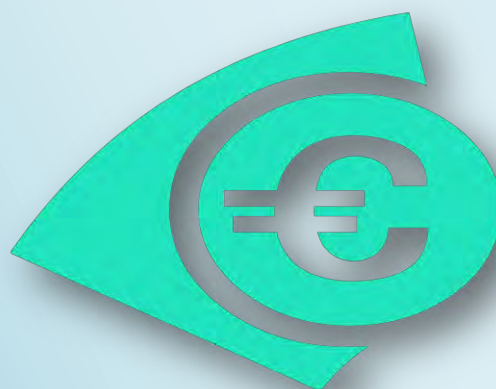


*Promover
a verdade, a
qualidade
e a
responsabilidade
nas finanças
públicas*

Tribunal de Contas

*Auditoria às remunerações mais
elevadas pagas pelas unidades
hospitalares que integram o
Serviço Nacional de Saúde*





Tribunal de Contas

ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

*Auditoria às remunerações mais elevadas pagas pelas
unidades hospitalares que integram o Serviço Nacional de Saúde*



Índice

Volume I

I.	INTRODUÇÃO	7
1.	ANTECEDENTES, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA	7
2.	METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....	8
3.	CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES.....	9
4.	AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO	10
II.	SUMÁRIO EXECUTIVO	16
5.	CONCLUSÕES	16
5.1.	Remuneração total auferida pelos médicos com as remunerações mais elevadas no universo das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde	17
5.2.	Remuneração dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas das unidades hospitalares auditadas.....	20
5.2.1.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.....	22
5.2.2.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	23
5.2.3.	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	25
5.3.	Trabalho extraordinário	26
5.3.1.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.....	29
5.3.2.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	29
5.3.3.	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	30
5.3.4.	Infrações Financeiras	30
5.4.	Prevenções.....	31
5.5.	Produção cirúrgica adicional - SIGIC.....	32
5.5.1.	Listas de espera	33
5.5.2.	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.....	34
5.5.3.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	38
5.5.4.	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	39
5.5.5.	Infrações financeiras – Produção Adicional.....	40
5.6.	Processo de contratação de serviços de anestesiologia	43
5.7.	Licenças sem vencimento de longa duração.....	44
6.	RECOMENDAÇÕES	48
III.	Infrações Financeiras.....	50



IV. Emolumentos	50
V. Determinações Finais	51

Volume II – Desenvolvimento da Auditoria

Volume III – Anexos

Volume IV – Alegações

RELAÇÃO DE SIGLAS

Sigla	Designação
ACT	Acordo Coletivo de Trabalho
ACCE	Acordo Coletivo da Carreira Especial Médica
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARS	Administrações Regionais de Saúde
CA	Conselho de Administração
CHBA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
CHMT	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CITFP	Contrato Individual de Trabalho em funções públicas
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
LVCR	Lei sobre os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas
MRA	Modalidade Remuneratória Alternativa
MRC	Modalidade Remuneratória Convencional
NR	Nível remuneratório
PAEF	Programa de Ajustamento Económico e Financeiro
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera em Cirurgia
PGRC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
RCTFP	Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas
SCI	Sistema de Controlo Interno
SEAS	Secretário de Estado Adjunto da Saúde
SEE	Setor Empresarial do Estado
SES	Secretário de Estado da Saúde
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
TC	Tribunal de Contas
ULSBA	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
UHGIC	Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia



GLOSSÁRIO

Terminologia	Significado
Chamada	É o regime segundo o qual, os trabalhadores médicos, encontrando-se em período de descanso, se comprometem a comparecer nas instalações da entidade empregadora pública para a realização de um ato médico assistencial de natureza ocasional, inadiável e de especial complexidade. Conforme previsto no Acordo Coletivo de Trabalho celebrado entre as entidades públicas empresariais e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos, publicado no Boletim do Trabalho e Emprego (BTE), n.º 41, de 8 de novembro de 2009, o trabalho realizado em regime de chamada dá direito a remuneração correspondente à que caberia por igual tempo de trabalho extraordinário acrescida de 50 %. Neste regime o médico só recebe se for chamado.
Cirurgia de ambulatório	Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, locoregional ou local que, embora habitualmente efetuada em regime de internamento pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas.
Episódio cirúrgico	Conjunto de informação, respeitante aos utentes, que conduz ou decorre de uma proposta terapêutica ou avaliação diagnóstica.
Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH)	Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracteriza, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros atos médicos relevantes.
Lista de espera	Número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial.
Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)	Conjunto de episódios cirúrgicos referentes a utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, prescrita e validada por médicos especialistas num hospital, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia.
Outsourcing	Designa a ação que existe por parte de uma organização em obter mão-de-obra de fora da entidade, ou seja, mão-de-obra terceirizada. Está fortemente ligada a ideia de sub-contratação de serviços.
Prevenção	É o regime segundo o qual, os trabalhadores médicos, encontrando-se ausentes do local de trabalho, são obrigados a permanecer contactáveis e a comparecer ao serviço dentro de um lapso de tempo inferior a 45 minutos, para o desempenho de um ato médico assistencial de urgência. O trabalho realizado neste regime é remunerado com 50% das importâncias que seriam devidas por igual tempo de trabalho prestado nos mesmos períodos e em regime de presença física permanente, nos termos do disposto no n.º 3 do art.º 9 do Decreto - Lei n.º 62/79, de 30 de março, auferidas independentemente da necessidade da sua comparência ou não na unidade de saúde.
Primeira consulta	Consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez e referente a um episódio de doença.
Produção Base	Entende-se por produção base a produção hospitalar contratada no início do ano, considerando o histórico de produção, a melhoria da eficiência e a evolução da sua procura. Fonte: http://portalcodgdh.min-saude.pt/
Produção Adicional	É a produção que excede a produção base contratualizada com os hospitais do SNS bem como, a efetuada pelas entidades convencionadas no âmbito do SIGIC. Os hospitais EPE contratualizam com as ARS a sua produção, estipulando, entre outras, metas para a produção base e para a produção adicional. No fim de cada ano (ou período contratualizado) é verificado que parte da produção foi realizada para além do valor base contratado. O não cumprimento da produção adicional representa penalização para o hospital. E a realização de produção adicional para além da contratualizada só favorece o hospital até determinado valor e é um meio de promoção da recuperação das listas de espera cirúrgicas. Os incentivos do governo levaram à emissão de legislação regulando a atividade do setor público e de muitas entidades convencionadas na realização de cirurgias para além do horário normal de trabalho dos cirurgiões. A última portaria que regula a produção adicional cirúrgica é a Portaria n.º 852/2009 de 7 de Agosto "Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais convencionadas". Fonte: http://portalcodgdh.min-saude.pt/



Tribunal de Contas

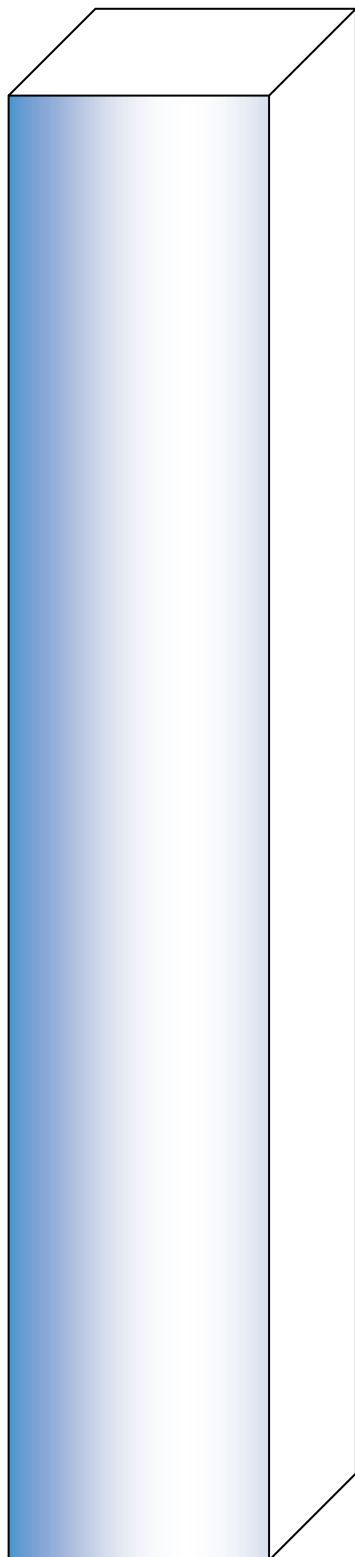
ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Auditoria às remunerações mais elevadas pagas pelas unidades hospitalares que integram o Serviço Nacional de Saúde

Trabalho em Serviço de Urgência Externa e Interna	É o serviço de ação médica, em regra com instalações próprias, destinado à prestação de cuidados assistenciais a indivíduos provenientes do exterior, ou não, com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde, podendo dispor de unidade de internamento de curta duração para doentes que necessitem de observação por período de tempo inferior a 24 horas. No serviço de urgência, os trabalhadores médicos exercem funções no regime presencial ou no regime de prevenção.
Trabalho Extraordinário /Suplementar ou Horas Incómodas	Considera-se trabalho extraordinário todo aquele que ultrapassa o número de horas de trabalho semanal normal a que os médicos estão obrigados, praticado em regime de presença física permanente. Por trabalho suplementar ou horas incómodas, entende-se todo aquele que é prestado dentro do número de horas de trabalho semanal normal em períodos noturnos de dias úteis ou em fim-de-semana, ou em períodos diurnos de fim-de-semana e/ou de descanso semanal.
Tabela de Preços do Serviço Nacional de Saúde (SNS)	Tabela de preços a cobrar pelas prestações de saúde realizadas pelas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, estabelecida por Portaria do Ministro da Saúde ao abrigo do art.º 25º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).
Tempo de Espera (TE)	Número de dias que medeia, estando o episódio cirúrgico ativo, entre o momento em que é proposta a intervenção cirúrgica e o momento em que é efetuada a cirurgia, cancelado o episódio ou à data do indicador.



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

Conceição Silveiro*
(Licenciada em Auditoria)

José António Gomes
(Licenciado em Economia)

João Luís Gomes**
(Licenciado em Direito)

Francisco Porto Ribeiro***
(Licenciado em Gestão de Empresas)

Apoio Jurídico

Ana Campos
(Licenciada em Direito)

*Desde fevereiro de 2012.

**Até 1 de fevereiro de 2013, análise jurídica.

*** Até 31 de julho de 2012, análise e tratamento de dados.



Tribunal de Contas

*ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor*

*Auditoria às remunerações mais elevadas pagas pelas
unidades hospitalares que integram o Serviço Nacional de Saúde*



I. INTRODUÇÃO

1. ANTECEDENTES, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AUDITORIA

Em cumprimento dos Programas de Fiscalização aprovados pelo Tribunal de Contas para os anos de 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, a Unidade de Apoio Técnico 2 (UAT 2) do Departamento de Auditoria VI, realizou uma auditoria às remunerações mais elevadas pagas pelas unidades hospitalares que integram o Serviço Nacional Saúde (SNS).

A presente auditoria teve origem na sequência da recolha e análise de informação obtida no âmbito da Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE¹. Neste Relatório de auditoria apurou-se que o total auferido pelos cinco profissionais com as remunerações mais elevadas de cada instituição superou em mais do dobro a remuneração total dos membros de todos os conselhos de administração (198 membros) das unidades hospitalares EPE, em 2008 e 2009. Constatou-se também que essas remunerações mais elevadas respeitavam aos profissionais da carreira médica.

O **âmbito temporal** da auditoria foi o biénio 2009-2010, alargado aos anos de 2011 e de 2012, tendo em vista a evolução das situações detetadas nas unidades hospitalares auditadas.

Esta auditoria teve como **objetivos**: identificar as cinco remunerações mais elevadas em cada entidade do universo das unidades hospitalares do SNS, analisar as componentes que integram a remuneração total desses profissionais face à eficiência de gestão, conformidade legal e regulamentar e ainda, a avaliação dos procedimentos de controlo interno das unidades hospitalares e a sua compatibilidade com as práticas de boa gestão dos dinheiros públicos.

O Tribunal de Contas não pretende emitir qualquer juízo de valor sobre a tabela remuneratória da classe médica. Esta ação visou detetar e analisar as remunerações que se destacaram pelo seu valor elevado no período de 2009 a 2012 e as assimetrias remuneratórias² daí decorrentes.

O presente Relatório de Auditoria é composto por quatro volumes:

- ✓ Volume I – Sumário Executivo;
- ✓ Volume II – Desenvolvimento da Auditoria;
- ✓ Volume III – Anexos;
- ✓ Volume IV – Alegações.

¹ Relatório n.º 17/2011-2S., Processo n.º 20/2010 – AUDIT.

² A eventual responsabilidade financeira associada é dos membros dos conselhos de administração das unidades hospitalares auditadas, e não dos médicos enquanto profissionais de saúde, nos termos do art.º 61 da LOPTC, aprovada pela Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto.



2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Na fase de planeamento, procedeu-se ao estudo prévio dos diplomas legais, referências bibliográficas, relatórios de auditorias anteriores realizadas pelo Tribunal de Contas e recolha de informação junto do universo das unidades hospitalares (EPE e SPA) do SNS sobre os montantes totais³ pagos aos cinco médicos de cada um dos 59 hospitais⁴. Os dados obtidos⁵ foram processados de modo a agregar as várias componentes remuneratórias e ordenar as cinco remunerações mais elevadas em cada unidade hospitalar.

Para efeitos de verificações e testes de auditoria selecionaram-se as três unidades hospitalares que pagaram os montantes mais elevados (> que 1 milhão de euros) ao conjunto dos respetivos cinco profissionais de saúde com as remunerações mais elevadas em 2009: a **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, e o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE** – cfr. Anexos, 17 e 18 do volume III.

A segunda fase dos trabalhos consistiu no tratamento dos dados, no sentido de obter informação agregada e comparável que viabilizasse a realização de trabalho de campo junto das entidades selecionadas, no que respeita ao controlo de horas extraordinárias, prevenções e realização de produção cirúrgica adicional e redução das listas e tempos de espera para cirurgia. Procedeu-se, ainda, à comparação dos valores remuneratórios da realização de cirurgias à catarata nas unidades hospitalares auditadas e no Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE.

O âmbito temporal da auditoria procurou abranger as alterações decorrentes do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro, justificando assim, o acompanhamento da evolução das situações remuneratórias dos cinco profissionais de cada uma das unidades hospitalares auditadas, até ao final de 2012.

Na realização desta auditoria foram seguidas, quando aplicáveis, as normas, procedimentos e metodologias adotados pelo Tribunal de Contas e acolhidos no seu “Manual de Auditoria e de Procedimentos” e as normas de auditoria da INTOSAI.

³ Os valores analisados são valores brutos sujeitos aos descontos legais obrigatórios.

⁴ Em 2009 o universo hospitalar era composto por 59 unidades hospitalares (39 EPE e 20 SPA) e em 2010 mantiveram-se as 59 unidades passando os EPE para 42 e os SPA para 17 unidades hospitalares. Em 31 de dezembro de 2012 aquele universo contava com apenas 48 unidades hospitalares (40 EPE e 8 SPA).

⁵ Os dados declarados pelos respondentes beneficiam da presunção de verdade, sem prejuízo dos pedidos de esclarecimentos pontuais que posteriormente lhes foram solicitados. Sempre que necessário foi obtida informação adicional junto das entidades inquiridas, bem como documentação comprovativa das declarações efetuadas.



3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

Quadro 1 – Universo das unidades hospitalares

Unidade: número de unidades hospitalares

Unidades de Saúde	2009	2010	2011 2012
Setor Empresarial do Estado	39	42	40
Setor Público Administrativo	20	17	8
Total	59	59	48

Fonte: Elaboração própria com base na legislação.

As constantes alterações ocorridas anualmente no universo hospitalar, através da passagem das unidades hospitalares do setor público administrativo para o setor empresarial do Estado, bem como da fusão de diversas unidades hospitalares que deram lugar à criação de centros hospitalares e a unidades locais de saúde têm provocado instabilidade no referido universo, prejudicando as comparações anuais entre as mesmas⁶.

Os montantes auferidos pelos profissionais de saúde apresentados neste relatório⁷ podem não corresponder integralmente às unidades produzidas em cada um dos anos em análise, atento o **diferimento temporal existente entre o momento da realização do trabalho e o seu efetivo pagamento**.

Ocorreram algumas dificuldades na realização dos testes de auditoria em virtude da inconsistência dos dados disponibilizados pelos conselhos de administração, que originaram reiterados pedidos de esclarecimento e informação complementar e que apenas foram supridas no decurso do contraditório. Estas ocorrências confirmam as falhas de controlo interno existentes nas unidades hospitalares, prejudicando a fiabilidade da informação.

Apesar das condicionantes referidas realça-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários de todas as unidades hospitalares em fornecer os elementos solicitados.

Salienta-se, ainda, a cooperação dos médicos ouvidos em sede de contraditório, que contribuíram para melhorar a compreensão dos dados analisados.

⁶ No período em que decorreu a análise da presente ação, 3 das unidades hospitalares que em 2009 detinham o estatuto jurídico SPA passaram a EPE em 2010 (Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de novembro, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2010 -, Hospital do Litoral Alentejano, EPE -Decreto-Lei n.º 303/2009, de 22 de outubro, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2010 -, e Hospital Curry Cabral, EPE - Decreto-Lei n.º 21/2010, de 24 de março, com efeitos a partir de 1 de abril -, estando assim prejudicada a análise da evolução anual dos valores globais SPA versus EPE. Em 2012 a redução deve-se à criação de seis novos centros hospitalares por fusão de várias unidades hospitalares, através do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março. Não foi considerado na análise o Hospital de São Marcos, em Braga uma vez que este estabelecimento hospitalar foi transmitido em 1 de setembro de 2009 à Escala Braga, sociedade gestora do estabelecimento, SA, que assumiu a obrigação de o gerir mesmo até à conclusão do edifício a ser afeto ao novo Hospital de Braga - cfr. Disposições constantes no contrato de gestão celebrado em 9 de fevereiro de 2009 entre o Estado Português, representado pela ARSN, IP, a Escala Braga, sociedade gestora do estabelecimento, S.A., e a Escala Braga, sociedade gestora do edifício, S.A..

⁷ Relativos à produção adicional, trabalho extraordinário e prevenções.



4. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, o relato, foi submetido ao contraditório de trinta entidades/responsáveis, designadamente:

- Ministro do Estado e das Finanças;
- Ministro da Saúde;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
- Aos três membros do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, das gerências dos anos de 2009, 2010 e 2011;
- Presidente do Conselho de Administração de cada uma das unidades hospitalares auditadas:
 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE;
 - Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE;
 - Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.
- Aos cinco membros do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, das gerências dos anos de 2009, 2010 e 2011;
- Aos seis membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, das gerências dos anos de 2009, 2010 e 2011;
- Aos sete membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, das gerências dos anos de 2009, 2010 e 2011.

No sentido de conferir maior amplitude ao princípio do contraditório, o relato, ou extrato do mesmo, foi também remetido, para efeitos de audição, às dezassete entidades/responsáveis a seguir indicadas:

- Bastonário da Ordem dos Médicos;
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE;
- Aos cinco médicos com as remunerações mais elevadas, em 2009, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE;
- Aos cinco médicos com as remunerações mais elevadas, em 2009, do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE;
- Aos cinco médicos com as remunerações mais elevadas, em 2009, do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.



Foram recebidas quarenta e uma respostas⁸. O Bastonário da Ordem dos Médicos, apesar do convite reiterado⁹ para se pronunciar não respondeu.

As alegações/respostas apresentadas constam, na íntegra, do Volume IV do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, nº 4, da Lei nº 98/97 e 60º, nº 3, do Regulamento da 2ª Secção, do Tribunal de Contas aprovado pela Resolução nº 3/98 – 2ª Secção, de 19 de junho, com as alterações introduzidas pela Resolução nº 2/2002 – 2ª Secção, de 17 de janeiro, e pela Resolução nº 3/2002 – 2ª Secção, de 23 de maio, e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório - Conclusões e Desenvolvimento - a que respeitam.

Relativamente aos reparos efetuados pelos médicos, quanto às cirurgias realizadas no âmbito da produção cirúrgica adicional/SIGIC em sobreposição de horário, foram os dados revistos e realizadas as diligências necessárias para confirmação dos mesmos tendo sido efetuadas as devidas correções.

Considerando que o teor da generalidade das alegações não contradiz a apreciação efetuada nesta auditoria, mantêm-se substancialmente as conclusões e recomendações inicialmente formuladas, sem prejuízo de o resultado da implementação de algumas das medidas enunciadas vir a ser confirmado em sede de acolhimento de recomendações ou de outras auditorias a realizar ou em curso.

➤ **Ministro da Saúde**

A resposta do Ministro da Saúde foi orientada para os projetos de recomendações que lhe foram dirigidas no Relato a propósito das quais enfatizou as medidas entretanto tomadas. Contudo, tal não significa que tais recomendações estejam acolhidas.

Nas suas alegações o Ministro da Saúde alega que: *(...) este Relato consubstancia uma oportunidade para prosseguir o trabalho que tem vindo a ser realizado, de forma a ser possível uma melhor e mais eficaz gestão do Serviço Nacional de Saúde."*

➤ **Administração Central do Sistema de Saúde, IP**

O Vice-Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, inicia as suas alegações referindo-se à dualidade de regimes existentes no sistema remuneratório dos médicos, referindo que também a tutela estava ciente de que este facto não favorecia o normal funcionamento dos serviços e por isso o Governo procurou harmonizar aquele ao incluir na Lei do OE, para 2012, uma norma que determinou que as remunerações dos trabalhadores em regime de CIT não poderiam ser superiores às devidas aos trabalhadores em funções públicas.

⁸ Não respondeu o Ministro do Estado e das Finanças, o Bastonário da Ordem dos Médicos, um membro do Conselho de Administração da ULSBA e um médico de cada uma das três unidades hospitalares auditadas. O Ministro da Saúde respondeu através do respetivo Chefe do Gabinete.

⁹ Ofício n.º 18720 de 3 de dezembro de 2012 e ofício n.º 161 de 4 de janeiro de 2013.



Quanto à tabela de preços SIGIC alega que a mesma: “ (...) *tem vindo a ser atualizada em baixa e que corresponde em média a 65% do preço da tabela SNS. As percentagens para as equipas que foram recomendadas, nas primeiras tabelas de preços tinham por base a prática em instituições privadas, havendo por tal evidenciada viabilidade económica do modelo. Presentemente já não se mantêm as orientações normativas, pelo que os hospitais podem encontrar as soluções que maximizem a sua eficiência.*”

Enumera as vantagens do SIGIC face aos anteriores programas, nomeadamente:

- “1 - (...) *estabelece, (...), a garantia que o financiamento hospitalar da produção adicional está dependente do cumprimento da produção base, salvaguardando dessa forma sempre o interesse público.*”
- 2 – *Passa a decisão sobre a utilização deste modelo, bem como sobre as circunstâncias da sua utilização para a equipa de gestão de cada hospital, permitindo flexibilidade no estabelecimento dos preços e seleção da produção a efetuar nesta modalidade.*”

Alega ainda que: “**Os hospitais foram instruídos que deviam utilizar esta ferramenta com o objetivo de maximizar a eficiência e de garantir a acessibilidade**” e apresenta informação sobre a produção total do SNS em MRA e em MRC para mostrar que há cabal evidência de melhoria no acesso.

Sobre estas alegações cumpre referir que o Conselho Diretivo da ACSS, IP, não contraditou, nem comentou aspetos relevantes do sistema remuneratório, nomeadamente: o trabalho extraordinário, a forte concentração da produção cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC, em determinadas especialidades e profissionais bem como a realização da mesma em sobreposição do horário de trabalho, como lhe competia face às atribuições que lhe estão cometidas, pelo Decreto-Lei n.º 35/2012 de 15 de fevereiro, art.º 3.º e em conformidade com o previsto nos estatutos aprovados pela Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio, pronunciando-se apenas sobre questões pontuais e colaterais.

➤ **Atuais membros dos Conselhos de Administração das três unidades hospitalares auditadas**

Os atuais membros dos Conselhos de Administração das três unidades hospitalares auditadas teceram as seguintes considerações:

- **O Presidente do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, IP**, justifica o excesso de horas em trabalho extraordinário com a escassez de recursos humanos na área médica, referindo que sempre que existiu tal necessidade foi solicitada a autorização à tutela. Acrescenta que para assegurar o Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Continuados “(...) *pugnou este Conselho de Administração por respeitar os valores/hora legalmente contemplados de 30€/ aos prestadores de serviço que vêm colmatar as falhas que o quadro de pessoal de alguns serviços não consegue cobrir.*” Reconhece no entanto que em algumas especialidades não conseguem negociar por esse preço, solicitando nesses casos, autorização ao Secretário de Estado.

Relativamente ao registo de assiduidade admitem que o sistema existente no centro hospitalar carecia de algumas correções, motivo pelo qual contrataram os serviços da empresa fornecedora para otimização do mesmo, manutenção anual e criação de uma interface com o



sistema informático do Serviço de Recursos Humanos, com o objetivo de eliminar de vez as folhas de ponto em papel.

Refere, também, que é necessário recorrer ao expediente da contratação de produção adicional para promover melhor acesso, com a condicionante dos números da mesma não ultrapassarem os da produção programada. Para este efeito o CA criou também uma direção de produção, que monitoriza a produção interna, alertando as direções de serviços para eventuais desvios.

A criação desta direção de produção pelo atual Conselho de Administração vem ao encontro das observações de auditoria, quanto às falhas de controlo interno existentes no acompanhamento da atividade cirúrgica do Centro Hospitalar, que devia ter sido efetuado pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia (UHGIC), no âmbito das atribuições que lhe estão cometidas, cfr. art.º 56º da Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro.

- **O Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, IP,** refere que este órgão conseguiu, negociar com os prestadores de serviços os valores/hora legalmente estabelecidos¹⁰ pelo que atualmente não mantêm contratos de prestações de serviços por valores superiores aos indicados.

Relativamente ao trabalho extraordinário refere que o Conselho de Administração está ciente dos limites impostos legalmente, no entanto face à escassez de médicos não podem deixar de garantir a adequada cobertura dos serviços clínicos. Esta escassez de clínicos é justificada pelo envelhecimento do quadro clínico do centro hospitalar e pela dificuldade em “(...) atrair e fixar novos jovens especialistas (...)”. Perante este cenário o Conselho de Administração tem procedido ao redimensionamento das equipas de urgências e à centralização progressiva da atividade cirúrgica numa das Unidades de Saúde do Centro Hospitalar.

Relativamente ao registo de assiduidade o Conselho de Administração está a envidar esforços para rever todos os horários médicos procurando alargar a cobertura dos serviços com os recursos existentes, negociando horários desfasados e eliminando várias jornadas contínuas injustificadas e indevidamente praticadas. Justificam este trabalho no sentido de “(...) dar resposta às parametrizações necessárias da nova aplicação (...) e que se espera que permita aumentar o nível de controlo e eficiência da gestão dos horários médicos.”

Quanto às situações recorrentes do pagamento de atividade cirúrgica adicional realizada durante o cumprimento de horário normal, trabalho extraordinário, prevenção ou outros o atual Conselho de Administração solicitou uma auditoria interna a todos os processamentos autorizados em 2012, que incluem cirurgias realizadas em 2011 e 2012. Acrescentam que vão implementar um procedimento de controlo para que apenas sejam validadas para pagamento cirurgias realizadas fora dos horários supra referidos.

O Tribunal de Contas regista com apreço as medidas em curso, encetadas pelo atual Conselho de Administração, as quais serão objeto de confirmação em sede de acolhimento das recomendações formuladas no presente Relatório.

¹⁰ € 25 para não especialistas e € 30 para especialistas.



- **O Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, IP,** alega, que, confrontando o número de profissionais existentes, horários praticados e as necessidades dos serviços “(...) o número de profissionais é manifestamente insuficiente para as necessidades, o que impede qualquer tipo de reorganização com vista ao aumento da produtividade.” Acrescenta que os concursos para contratar mais especialistas ficaram desertos e que “ Manifestada a necessidade urgente de contratação de especialistas junto da ARS do Alentejo, IP e do Senhor Secretário de Estado da Saúde, malgradadamente, não foi autorizada a abertura do procedimento concursal (...). Também não considera o trabalho extraordinário solução porque: “(...) para além dos elevados encargos que representam para os cofres da instituição, (...), provocam cansaço e desgaste nos profissionais, aumentando exponencialmente a margem de erro e potenciando dano para os utentes.”

No que respeita à substituição do regime de prevenção pelo regime de chamada, refere que o CA deliberou nesse sentido, no entanto “(...) os profissionais não aceitaram e o órgão de gestão não pode, unilateralmente impor a alteração, face ao disposto no n.º 3 da cláusula 44.º do ACT, que pressupõe o acordo escrito entre a entidade empregadora e o médico.”

➤ **Administrações Regionais de Saúde, IP**

As respostas dos Presidentes das Administrações Regionais de Saúde foram substancialmente orientadas para as recomendações que lhes foram dirigidas como de seguida se sintetiza:

- **O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP,** refere que: “ Os hospitais da Região em articulação com os ACES estão a desenvolver trabalho no sentido do aproveitamento e esgotamento da capacidade instalada em termos da Região de Saúde, nomeadamente no âmbito da reformulação de horários e consequentemente organização de serviços e intercomunicação de profissionais.”

Quanto ao reporte de informação à ACSS e à tutela, relativa ao trabalho extraordinário, à celebração e renovação de contratos de trabalho e ou da prestação de serviços, bem como da contratação de médicos que se encontravam em licença sem vencimento considera a recomendação cumprida atento o cumprimento dos Despachos n.º 2991/2012, de 29 de fevereiro e o Despacho n.º 12083/2011, de 7 de setembro.

Reconhece também que:“(…) apesar da plena articulação e cooperação entre os estabelecimentos de saúde da Região, face à carência de profissionais nalgumas especialidades não tem sido possível recorrer a soluções mais económicas” e que “(...) apesar de implementados nos dois hospitais da região, sistemas automáticos de registo de presenças, os mesmos necessitam de aperfeiçoamentos e ajustamentos.”

- **O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP,** manifestou agrado pela realização da presente auditoria “(...) por se considerar fundamental na constante procura de uma cada vez mais otimizada gestão dos dinheiros públicos, em termos de economia, eficiência e eficácia “(...) as contribuições resultantes das questões e sugestões colocadas no Relatório (...) da auditoria em mérito são cruciais para que se possam ajustar linhas de orientação e corrigir os procedimentos que suportam a atividade da entidade ora auditada” .



Quanto à produção adicional vem referir que: *“(...) no âmbito da negociação dos Contratos Programa com os Hospitais EPE e SPA, (...) promovem a plena utilização da capacidade instalada sem incremento da atividade adicional” e que: “ A atividade adicional só é recomendável para instituições que tenham um elevado número de doentes em espera que ultrapassam os tempos clinicamente aceitáveis e que necessitam de um reforço de atividade para a resolução concreta desses casos.”* Salienta no entanto que: *“o processo de contratualização interna com os serviços hospitalares é da responsabilidade dos CA dos Hospitais, que face à negociação externa realizada com a ARSLVT devem determinar se a atividade carece de ser efetuada com recurso a atividade adicional.”*

Relativamente ao trabalho extraordinário, compromete-se a *“(...) implementar os circuitos necessários para proceder à recolha mensal do número e valor de horas de trabalho extraordinário realizado, por carreira e grupo profissional (...)” e a implementar os circuitos necessários para proceder à recolha mensal “(...) da informação sobre os contratos individuais de trabalho ou contratos de aquisição de prestações de cuidados médicos, nas unidades hospitalares que integram o SNS (...) procederá também ao envio das recomendações às unidades hospitalares que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) incentivando o integral cumprimento”*.

Quanto à contratação de médicos que se encontrem em licença sem vencimento de longa duração, a ARSLVT, IP refere que: *“(...) será tida em consideração a recomendação, passando a constar, em futuros procedimentos, dos documentos pré-contratuais a indicação expressa que não serão admitidas propostas que concorram com médicos em situação de licença de longa duração.”*

Compromete-se também a *“(...) providenciar no sentido de proceder ao levantamento, das unidades hospitalares que integram o SNS que não utilizam em pleno o sistema automático de registo de presenças incentivando a sua utilização.”*

- **O Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP**, refere que aceitam globalmente as observações inseridas nas conclusões e que terão em consideração as recomendações sugeridas no Relatório, tecendo no entanto as seguintes alegações:
 - Relativamente à promoção da eficiência da atividade cirúrgica programada e correspondente diminuição da produção adicional e à garantia de que a contratualização interna contemple objetivos revistos e atualizados refere que: *“(...) a linha assistencial da atividade cirúrgica está contemplada na metodologia definida pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, assim como o seu financiamento. A contratualização e gestão interna da atividade cirúrgica programada (base) e de produção adicional é da competência dos órgãos de gestão dos Hospitais.”*
 - O reporte do número e valor de horas extraordinárias está a ser efetuado desde abril de 2012, em cumprimento do Despacho n.º 2991/2012, de 21/02, do SES: *“ é enviado mensalmente para a Secretaria de Estado da Saúde e para a ACSS, IP, a informação sobre o grau de cumprimento das metas estabelecidas para redução dos custos com trabalho extraordinário (...). “(...) a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE apresentou uma variação homóloga no mês de outubro de 2012, face a igual período do ano de 2010 de -32,76%, o que supera o objetivo definido no referido Despacho.”*



- No que respeita ao recurso à contratação de serviços médicos só depois de esgotadas todas as alternativas que sejam mais vantajosas para o SNS informa que: "(...) desde novembro de 2011 tem vindo a dar cumprimento ao ponto 5 do Despacho n.º 12083/2011, de 15/09".

Sobre esta matéria, referira-se que este último despacho¹¹, se aplica apenas aos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde integrados no SEE, que no período entre janeiro e julho de 2011 não tenham procedido a uma redução em, pelo menos, 10% da despesa com recursos humanos, comparativamente com o valor da despesa de igual natureza realizada em período homólogo do ano de 2010.

- Quanto ao processamento dos suplementos remuneratórios, relativos ao regime de prevenção e ou chamada, apenas após validação através do sistema de registo biométrico de presenças, verificação do cumprimento do tempo utilizado para a comparência no local de trabalho e registo dos atos médicos praticados relacionados com a comparência no estabelecimento hospitalar alega que, conjuntamente com os restantes membros do Conselho de Administração vai desenvolver esforços no sentido do cumprimento desta recomendação.
- Relativamente à publicitação nos relatórios anuais de gestão e no sítio da internet das unidades hospitalares, de informação sobre as remunerações mais elevadas, a lista dos CIT ou contratos de prestação de serviços e da especificação da produção adicional por especialidade, consideram a recomendação **muito pertinente**, referindo que já é prática nesta ARS a publicitação dos contratos de aquisição de prestação de serviços médicos.

II. SUMÁRIO EXECUTIVO

5. CONCLUSÕES

- No regime de trabalho do pessoal hospitalar do SNS, o sistema remuneratório dos médicos, além do vencimento base, conjuga vários suplementos remuneratórios¹², regulados por legislação especial ou acordos coletivos de trabalho. Na prática, o sistema gera, casuisticamente, significativas assimetrias na remuneração dos médicos que exercem funções públicas nas unidades hospitalares do SNS.
- Assim, este sistema remuneratório, excessivamente complexo, tem-se revelado pouco transparente e de difícil controlo. No plano da sua aplicação além de induzir desigualdades na remuneração do trabalho entre os médicos, confere uma perceção errada das remunerações

¹¹ Do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde.

¹² Pela prestação de trabalho noturno, extraordinário, prevenção, chamada, trabalho em serviço de urgência e trabalho em unidades de cuidados intensivos ou intermédios, entre outros.



praticadas e não permite aferir a remuneração dos médicos face a outros grupos profissionais, que exercem funções públicas.

- A análise dos valores, condições remuneratórias e justificações de contexto remetidas pelas entidades ouvidas em sede de contraditório revela a escassez de médicos, em certas especialidades cirúrgicas, e permitiu concluir pelo excesso de regulamentação avulsa e pela falta de divulgação da remuneração expectável em função da satisfação das necessidades de produção hospitalar. Neste contexto, propicia-se que os Conselhos de Administração, no uso da sua autonomia gestonária, privilegiem, a qualquer custo, a permanência de alguns recursos humanos (médicos).
- Mais precisamente, foi nas unidades hospitalares do Alentejo e do Algarve que se detetaram os médicos que auferiam as remunerações mais elevadas ficando por esclarecer se a causa radicar-se-á na falta de atratividade de novos médicos devido à escassez de informação sobre as remunerações potencialmente auferíveis por cada profissional. Não sendo de excluir, bem pelo contrário, que a publicitação das remunerações levasse a migrações internas de médicos conducentes à redução das horas extraordinárias e à mitigação das assimetrias salariais constatadas nesta auditoria.

5.1. Remuneração total auferida pelos médicos com as remunerações mais elevadas no universo das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

(Cf. Ponto 2.1 do volume II)

- Em 2009 e em 2010, as cinco remunerações mais elevadas de cada uma das 59 unidades hospitalares que integram o SNS respeitavam a um universo de 295 médicos que pertenciam, em grande parte (46% em 2009 e 39% em 2010) à categoria de chefe de serviço.
- As 59 unidades hospitalares que integram o SNS pagaram, naqueles anos, o total de € 46 milhões a título de remuneração dos 295 profissionais¹³ identificados com as remunerações mais elevadas. Neste universo, a média das remunerações mensais praticadas foi de € 12.528,95 e € 12.941,55, respetivamente, em 2009 e 2010, valores significativamente superiores aos anunciados pelas tabelas salariais. Entre as unidades hospitalares que integram o SNS **foram as unidades hospitalares do Setor Empresarial do Estado (SEE), entidades públicas empresariais (EPE), que pagaram as remunerações mais elevadas.**
- Em 2009, a remuneração mensal (média) mais baixa e mais próxima da tabela salarial foi de € 5.794,9 e foi auferida por um médico¹⁴ do Hospital Garcia da Orta, EPE. Em 2010, a remuneração mensal média mais baixa (€ 5.872,48) foi auferida por um médico¹⁵ do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE.

¹³ A unidade hospitalar que suportou o maior encargo com o conjunto dos seus cinco médicos com as remunerações mais elevadas, foi a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, € 1,9 milhões e € 1,7 milhões em 2009 e em 2010, respetivamente.

¹⁴ Com a categoria de chefe de serviço posicionado no escalão 4 com o regime de trabalho de dedicação exclusiva de 42 horas.

¹⁵ Com a categoria de chefe de serviço posicionado no escalão 4 com o regime de trabalho de dedicação exclusiva de 42 horas.



- Por sua vez, a remuneração mensal (média) mais elevada, € 53.189,69, em 2009, e € 48.595,97, em 2010, foi auferida por um médico¹⁶ do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

Região	Hospital	Remuneração	2009		% do Acréscimo da remuneração base	2010		% do Acréscimo da remuneração base
			Remuneração base mensal	Remuneração média mensal		Remuneração base mensal	Remuneração média mensal	
LVT	Hospital Garcia de Orta, EPE	Mínima	5.664,86	5.794,90	2,3%			
Norte	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Mínima				5.523,25	5.872,48	6,3%
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Máxima	5.523,24	53.189,69	863,0%	5.523,24	48.595,97	779,8%
		Média	4.736,54	12.528,95	164,5%	4.443,34	12.941,55	191,3%

Nota: As remunerações totais anuais dizem respeito a 14 meses.

- **A remuneração base mensal de tabela remuneratória revelou-se baixa e excessivamente desproporcionada face ao valor total auferido por estes profissionais**, para o qual contribuiu significativamente o valor das horas extraordinárias e o pagamento da produção adicional (SIGIC).
- **A remuneração base dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas representou pouco menos de metade dos montantes totais auferidos**, no biénio em análise, isto é, cerca de 42%, destacando-se, entre as outras componentes, o **trabalho extraordinário**¹⁷, com um peso de cerca 26% e 29%, a **produção adicional**¹⁸, com 13% e 8%, e **as prevenções**¹⁹ com cerca de 6% e 8% da remuneração total, em 2009 e 2010 respetivamente.
- Em 2011 e 2012 foram adotadas medidas no âmbito do Memorando de Políticas Económicas e Financeiras celebrado entre o Governo Português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, que provocaram uma **redução de cerca de 24%, no período de 2009²⁰ para 2012**, na remuneração base de topo da carreira médica. Por sua vez, a remuneração da categoria do início da carreira médica sofreu, no mesmo período e nas mesmas condições, uma quebra de cerca de 18%.

¹⁶ O médico com a remuneração máxima detém a categoria de chefe de serviço posicionado no escalão 3 com o regime de trabalho de dedicação exclusiva com 42 horas, da especialidade de oftalmologia.

¹⁷ As 59 unidades hospitalares que compunham o SNS, suportaram um encargo anual de € 12 e € 14 milhões, respetivamente, em 2009 e 2010, com o trabalho extraordinário realizado pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas.

¹⁸ O valor auferido pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas originou nas unidades hospitalares, um encargo anual de € 6 e € 4 milhões, respetivamente em 2009 e 2010, correspondente a cerca de 13% e 8%, no total da remuneração auferida anualmente.

¹⁹ A despesa com as prevenções dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas do universo das unidades pertencentes ao SNS ascendeu a um encargo anual de € 3 e € 4 milhões, respetivamente, em 2009 e 2010, apresentando um crescimento de 44% no biénio.

²⁰ De 2009 para 2010 a remuneração base mensal não sofreu qualquer alteração.



Categorias	2010		Valor Hora	2011		Valor Hora	2012		Valor Hora	Variação 2010/2011 Remuneração anual	Variação 2011/2012 Remuneração anual	Total da variação
	Mensal	Anual (14 meses)		Mensal	Anual (14 meses)		Mensal	Anual (12 meses)				
Chefe de Serviço*	5.664,86	79.308,04	31,13	5.098,37	71.377,24	28,02	4.370,03	61.180,49	24,01	-10,00%	-14,29%	-24,29%
Assistente Hospitalar**	1.853,96	25.955,44	12,22	1.789,07	25.047,00	11,79	1.533,49	21.468,86	10,11	-3,50%	-14,29%	-17,79%

*Escala 4 dedicação exclusiva 42 Horas, remuneração base mais elevada da carreira médica, Cfr. Anexos 13 e 14 do volume III.

**Escala 1, 1 tempo completo 35 Horas, remuneração base mais baixa da carreira médica, Cfr. Anexos 13 e 14 do volume III.

Nota: No ano de 2012 a remuneração anual foi estimada a partir da extrapolação dos dados semestrais, no entanto, no cálculo da remuneração média mensal consideraram-se os 14 meses para aí refletir o corte dos dois subsídios (de férias e de natal) que ocorreu neste ano cfr. art.º 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012 como medida excecional de estabilidade orçamental.

- Em outubro de 2012 foi concluído o procedimento de negociação relativo à alteração do regime remuneratório da carreira médica e à organização do tempo de trabalho médico, designadamente no serviço de urgência²¹.
- No quadro seguinte destacam-se os 10 médicos com as remunerações mais elevadas em 2009 e a evolução da respetiva situação remuneratória no período 2009-2012, destacando-se 2 médicos com remunerações médias mensais de € 53 e 42 mil, em 2009 e € 49 e € 34 mil, em 2010.

Região de Saúde	Profissionais/Especialidade	2009		2010		2011		2012		2009/2011 Δ Remuneração	2009/2012 Δ Remuneração
		Remuneração total	Remuneração mensal média	Remuneração total	Remuneração mensal média	Remuneração total	Remuneração mensal média	Remuneração total	Remuneração mensal média		
Algarve	Oftalmologia	€ 744.655,65	€ 53.189,69	€ 680.343,55	€ 48.595,97	€ 382.129,61	€ 27.294,97	€ 156.365,34	€ 11.168,95	-49%	-79%
Alentejo*	Oftalmologia	€ 586.851,52	€ 41.917,97	€ 479.788,16	€ 34.270,58	€ 349.478,80	€ 24.962,77	€ 41.487,32	€ 2.963,38	-40%	-93%
Alentejo	Ortopedia	€ 371.128,34	€ 26.509,17	€ 421.853,95	€ 30.132,43	€ 260.755,08	€ 18.625,36	€ 207.835,96	€ 14.845,43	-30%	-44%
Alentejo	Oftalmologia	€ 369.711,59	€ 26.407,97	€ 256.695,88	€ 18.335,42	€ 191.566,70	€ 13.683,34	€ 38.876,90	€ 2.776,92	-48%	-89%
LVT	Cirurgia Geral	€ 330.433,09	€ 23.602,36	€ 308.917,56	€ 22.065,54	€ 196.802,83	€ 14.057,35	€ 86.184,26	€ 6.156,02	-40%	-74%
Alentejo	Pediatria	€ 323.377,24	€ 23.098,37	€ 223.586,75	€ 15.970,48	€ 203.613,38	€ 14.543,81	€ 184.373,46	€ 13.169,53	-37%	-43%
Alentejo	Anestesiologia	€ 318.933,89	€ 22.780,99	€ 310.440,69	€ 22.174,34	€ 281.591,68	€ 20.113,69	€ 214.077,90	€ 15.291,28	-12%	-33%
Alentejo	Anestesiologia	€ 298.222,04	€ 21.301,57	€ 288.144,99	€ 20.581,79	€ 245.718,52	€ 17.551,32	€ 203.678,02	€ 14.548,43	-18%	-32%
LVT	Ortopedia	€ 297.621,77	€ 21.258,70	€ 248.900,84	€ 17.778,63	€ 251.512,45	€ 17.965,18	€ 176.985,82	€ 12.641,84	-15%	-41%
Norte**	Cirurgia Geral	€ 283.667,73	€ 20.261,98	€ 262.361,96	€ 18.740,14	€ 90.607,93	€ 6.472,00			-68%	

*Estão aqui considerados montantes recebidos como prestador de serviço (consultas adicionais). Em 2012 ainda não auferiu qualquer montante como prestador de serviço.

**Aposentou-se (em 2011 a remuneração total inclui: remuneração base de 3 meses +pensão provisória+ férias não gozadas).

Nota: No ano de 2012 a remuneração anual foi estimada a partir da extrapolação dos dados semestrais. No entanto, no cálculo da remuneração média mensal consideraram-se os 14 meses para aí refletir o corte dos dois subsídios (de férias e de natal) que ocorreu neste ano cfr. lei que do OE para 2012 como medida excecional de estabilidade orçamental.

²¹ Entre o Governo, os representantes indicados e credenciados pelas Entidades Públicas Empresariais e os representantes do Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e da Federação Nacional dos Médicos (FNAM). Acordo assinado em 14 de outubro de 2012, entre os Sindicatos Médicos e o Ministério da Saúde a vigorar durante dois anos estando marcada para o início de 2015 (princípio n.º 22, página 5) a abertura da mesa negocial com vista à renegociação do mesmo. “As partes tiveram em vista que as alterações acordadas não tenham impacto global negativo em termos de Orçamento de Estado, aquando da entrada em vigor do novo modelo organizacional e da nova grelha para as 40 horas semanais” – vd. ponto 2 da Ata de Entendimento. No novo acordo entre os Sindicatos Médicos e o Ministério da Saúde foram definidos os novos níveis remuneratórios das categorias da carreira especial médica para um regime de 40 horas semanais: indicativo-base o NR 45 no montante de € 2.746,24 e o topo da carreira com o NR 90 com o valor de € 5.063,38. Este regime aplica-se a partir de 1 de janeiro de 2013 a todos os novos médicos a contratar e a todos os que tenham contrato individual de trabalho com remuneração inferior ao nível remuneratório da primeira posição remuneratória da respetiva categoria ponto 8, pp. 3 da Ata de Entendimento.



- No triénio 2009-2011, os dez médicos (**do universo dos 295**) com **as remunerações mais elevadas sofreram uma redução generalizada (entre os 12% e os 49%)**, que se acentuou **no ano de 2012 atingindo, na maioria dos casos, mais de 40% e em quatro casos essa redução estimada poderá ter chegado a superar os 70%**. Para esta redução contribuiu significativamente a diminuição da realização da produção cirúrgica adicional/SIGIC em 2012 resultante das medidas de contenção orçamental e não da diminuição de necessidades de cuidados de saúde. Porém, não se obteve evidência sobre medidas de administração hospitalar e direção clínica que fomentassem a produção cirúrgica programada em horário normal.
- Ao longo dos últimos quatro anos, apenas um dos médicos que integrava este universo em 2009²², não continuou incluído nos cinco profissionais com as remunerações mais elevadas da sua unidade hospitalar entre 2010-2012, sugerindo que, no universo das unidades hospitalares do SNS, especialidades médicas, como, a oftalmologia, a ortopedia e a anestesiologia são as que têm gerado as remunerações mais elevadas. **Tais situações espelham um sistema remuneratório que permite acomodar uma desproporcionalidade injustificada entre a remuneração anual mais elevada verificada em 2010 (€ 680.343,55) e a que resulta do nível salarial mais elevado da tabela remuneratória em vigor nesse ano, (€ 79.308,04)²³, mais cerca de 758%.**
- **As diferenças entre o valor de referência de tabela da remuneração base e o valor das remunerações auferidas pelos médicos, nestas unidades hospitalares, revelam que as remunerações praticadas traduzem distorções remuneratórias com benefício para algumas das especialidades médicas.**
- Poder-se-ia questionar, se esta realidade resulta da falta de médicos²⁴ especialistas nestas áreas. Contudo recorde-se o relatório final sobre o Estudo das Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos, da ACSS, IP, de 2009, que apresentou modelos de oferta e das necessidades para o período de 2007 a 2020, e concluiu que “(...) a capacidade teórica instalada no sistema formativo nacional, representada no Modelo da Oferta, demonstra potencial de produção de recursos para satisfazer o cenário considerado no Modelo das Necessidades, gerando mesmo um “excedente” de profissionais (...)”²⁵.

5.2. Remuneração dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas das unidades hospitalares auditadas

(Cf. Ponto 3 do volume II)

- **As três unidades hospitalares selecionadas**, nomeadamente, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (ULSBA), o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (CHBA) e o Centro

²² Médico ortopedista na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, (ULSBA).

²³ (5.664,87*14=79.308,04), em 2010.

²⁴ No novo acordo entre os Sindicatos Médicos e o Ministério da Saúde ficou prevista, no biénio 2012/2013, a conclusão do plano de abertura de vagas para ingresso de recém-especialistas nas várias áreas de exercício profissional da carreira médica única aponta para cerca de 2000 novos médicos, ponto 19, pp. 4 da Ata de Entendimento.

²⁵ Cfr. Estudo, ACSS, 2009, pp. 11 e 12.



Hospitalar do Médio Tejo, EPE (CHMT), foram as que pagaram as remunerações mais elevadas em 2009²⁶.

- Os cinco profissionais com as remunerações mais elevadas, objeto de análise, auferiram no ano de 2009 remunerações médias mensais que variaram entre os € 12 mil e os € 53 mil. Estas remunerações resultaram de **decisões deliberadas de gestão da responsabilidade dos respetivos conselhos de administração (CA)**, que concentraram a produção de cuidados de saúde nestes profissionais e que conjugaram de forma irregular e pouco transparente ou, eventualmente, sem controlo interno adequado²⁷, várias componentes remuneratórias que acresceram à remuneração base.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo					
Profissionais	2009	2010	2011	2012	VARIACÃO 2009/2012
	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mensal	
Oftalmologista_2	€ 41.917,97	€ 34.270,58	€ 24.962,77	€ 3.123,36	-93%
Ortopedista	€ 26.509,17	€ 30.132,43	€ 18.625,36	€ 15.242,61	-43%
Anestesiista_1	€ 22.780,99	€ 22.174,34	€ 20.113,69	€ 14.990,75	-34%
Anestesiista_2	€ 21.301,57	€ 20.581,79	€ 17.551,32	€ 14.118,52	-34%
Oftalmologista_1	€ 26.407,97	€ 16.227,35	€ 13.683,34	€ 2.907,79	-89%

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio					
Profissionais	2009	2010	2011	2012	VARIACÃO 2009/2012
	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mês do Sem	
Oftalmologista	€ 53.189,69	€ 48.595,97	€ 27.294,97	€ 17.769,69	-67%
Ortopedista_2	€ 13.510,99	€ 13.119,28	€ 11.610,49	€ 9.268,86	-31%
Ortopedista_1	€ 11.727,91	€ 9.933,33	€ 8.560,19	€ 6.563,73	-44%
Cirurgião Geral	€ 11.987,54	€ 9.817,71	€ 7.903,30	€ 1.528,23	-87%
Imuno-hemoterapeuta	€ 11.619,79	€ 13.033,84	€ 5.315,54	€ -	-100%

Centro Hospitalar do Médio Tejo					
Profissionais	2009	2010	2011	2012	VARIACÃO 2009/2012
	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mensal	Rem.Média Mês do Sem	
Ortopedista_1	€ 21.258,70	€ 17.778,63	€ 17.965,18	€ 10.159,06	-52%
Ortopedista_3	€ 18.019,99	€ 16.723,76	€ 15.958,99	€ 8.633,08	-52%
Ortopedista_2	€ 14.288,23	€ 12.229,11	€ 13.133,54	€ 8.159,14	-43%
Anestesiista_1	€ 12.673,32	€ 12.565,30	€ 11.976,97	€ 3.585,54	-72%
Anestesiista_2*	€ 16.613,99				

As remunerações destes profissionais apresentam, em 2012 face a 2009, uma redução significativa, entre 31% e 93%, resultante, das alterações ocorridas nos níveis remuneratórios em função da redução da base salarial, imposta por fatores externos, nomeadamente a já referida estabilidade orçamental²⁸ que também influenciou a produção cirúrgica adicional (SIGIC).

*Cessou funções a partir abril de 2010.

- Verificou-se ainda, que a maioria dos médicos com as remunerações mais elevadas em 2012 são os mesmos de anos anteriores, revelando a manutenção das políticas e práticas de gestão, da relação contratual que permitem a concentração da produção hospitalar nestes profissionais a coberto das componentes remuneratórias complementares, fundamentalmente, produção cirúrgica adicional, horas extraordinárias e prevenções, protegendo assim o seu *status* remuneratório.
- O facto dos concursos abertos para contratação de médicos terem ficado desertos, revela falta de informação sobre as remunerações totais pagas nessas unidades hospitalares, isto é, incluídos todos os complementos remuneratórios, de modo a tornar os concursos mais atrativos. Tal omissão acabou por proteger o *status* remuneratório dos médicos que já se encontravam ao

²⁶

A médicos especialistas, na sua maioria chefes de serviço, respeitando os casos analisados, predominantemente, às especialidades de oftalmologia, ortopedia e anesthesiologia.

²⁷

Designadamente no plano do controlo de assiduidade.

²⁸

Redução da remuneração base a partir de janeiro de 2011, redução do valor da hora extraordinária e do corte dos dois subsídios (de férias e de natal) que ocorreu em 2012. O Cirurgião Geral (CHBA) aposentou-se no final de 2011. O Imuno-hemoterapeuta (CHBA) foi para o laboratório nacional de saúde pública do Algarve.



serviço destas unidades hospitalares, possibilitando-lhe elevados níveis remuneratórios. Não é crível que havendo médicos a auferir por mais que 20 médicos assistentes²⁹ os concursos para essas unidades hospitalares fiquem desertos.

- Os órgãos de gestão destas três unidades hospitalares foram incapazes de fazer cumprir o determinado pela Tutela³⁰ quanto à plena utilização do registo biométrico de assiduidade por parte dos médicos não se verificando qualquer tipo de sanção para o incumprimento da obrigatoriedade do registo de assiduidade. Já quanto aos restantes grupos profissionais não ocorreram dificuldades quanto à utilização e controlo de assiduidade através destes sistemas.
- O sistema de registo biométrico não foi devidamente utilizado para efeitos de controlo interno, designadamente para a deteção de sobreposição de horários³¹ ou confirmação de presenças nos casos de prevenção e para a realização de controlos automáticos associados ao processamento de salários. *Sobre esta matéria cumpre referir que, no geral, em sede de contraditório, tanto os membros dos Conselhos de Administração das unidades hospitalares auditadas, como os membros dos Conselhos Diretivos das respetivas Administrações Regionais de Saúde reconheceram esta falha, comprometendo-se, entretanto, a realizar todos os esforços, para a suprir. O Tribunal de Contas regista com apreço todas as iniciativas em curso. O efeito das medidas entretanto implementadas será objeto de avaliação no âmbito do acatamento das recomendações do presente relatório ou em futuras auditorias.*

5.2.1. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

(Cf. Ponto 3.1 do volume II)

- Nesta unidade hospitalar os cinco médicos com as remunerações mais elevadas auferiram no seu conjunto em 2009, 2010 e 2011 cerca de € 1,9, € 1,7, e € 1,3 milhões. No triénio, o conjunto das outras remunerações (SIGIC, horas extraordinárias, prevenções e outras, incluindo prestações de serviços) permitiram a estes cinco médicos um acréscimo da remuneração base de 512%, 408%, 324%, respetivamente de 2009 a 2011, o que equivale, em média, a 63, 54 e 39 salários de assistente no início de carreira³², respetivamente, no primeiro, segundo e terceiro anos analisados.
- Ao longo do triénio a componente remuneratória mais significativa foi a produção cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC (em 2009, 52%, cerca de € 1 milhão, 44%, em 2010 cerca de € 767 mil e 31%, em 2011, com € 410 mil), por sua vez as horas extraordinárias foram a componente mais relevante em 2011 com 34%, € 457 mil (em 2009, 18%, cerca de € 345 mil, e em 2010, 27% correspondente a € 478 mil).
- No triénio em análise destacaram-se dois profissionais:

²⁹ Colocados no escalão 1, índice 120, no montante de € 1.853,96.

³⁰ O Despacho n.º 187/2007, de 18 de setembro, do Secretário de Estado da Saúde, determina a implementação de registo biométrico, como forma de controlar a assiduidade de todos os profissionais de saúde.

³¹ Na realização de vários atos médicos que originaram duplicação de pagamentos.

³² Com o vencimento de € 1.853,96, escalão 1, índice 120.



- ✓ Um médico **ortopedista**³³ com um acréscimo na remuneração base de 418%, 514% e 302%, respetivamente em 2009, 2010 e 2011, que auferiu em 2010 uma remuneração total de € 422 mil;
- ✓ Um **oftalmologista**³⁴ com um acréscimo de remuneração base de 1188%, 953% e 750%, respetivamente em 2009, 2010 e 2011, cuja remuneração anual máxima foi de € 587 mil, em 2009³⁵.

Os acréscimos referidos resultaram essencialmente dos pagamentos por produção adicional e por horas extraordinárias.

Os cinco médicos com as remunerações mais elevadas de 2012 continuam a ser os mesmos de 2009 com exceção do cardiologista cuja remuneração foi identificada como uma das cinco mais elevadas, em 2010, em substituição do oftalmologista 2.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo		
Profissionais	2012	
	Remuneração total anual	Remuneração média mensal
Ortopedista_1	€ 213.396,58	€ 15.242,61
Anestesista_1	€ 209.870,43	€ 14.990,75
Anestesista_2	€ 197.659,22	€ 14.118,52
Cardiologista	€ 196.611,02	€ 14.043,64
Anestesista_3	€ 161.213,34	€ 11.515,24
Total	€ 978.750,59	

5.2.2. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

(Cf. Ponto 3.2 do volume II)

- Nesta unidade hospitalar os cinco médicos com as remunerações mais elevadas pertenciam às especialidades de oftalmologia, ortopedia, imunohemoterapia e cirurgia geral, e auferiram cerca de € 1,4 milhões, em 2009 e 2010 e, € 1,2 milhões, em 2011. No triénio, o conjunto das outras remunerações (SIGIC, horas extraordinárias, prevenções, outros complementos e prestações de serviços) permitiram a estes cinco médicos um acréscimo da remuneração base correspondente a 324%, 352% e 319%, respetivamente de 2009 a 2011, o que equivale, em média, a 42³⁶ e 34³⁷ salários de assistente no início de carreira.
- Ao longo do triénio, a componente remuneratória mais significativa foi a produção cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC, designadamente, em 2009, com 40% da remuneração total, cerca de € 567 mil, 36%, em 2010, correspondente a € 499 mil e 29%, em 2011, com € 336 mil. As horas extraordinárias registaram um crescimento de 2010 para 2011, passou de cerca de € 164 mil para € 230 mil, contrariando o decréscimo de 23% verificado de 2009³⁸ para 2010 de cerca de € 49 mil.

³³ Com a categoria de chefe de serviço, escalão 1, índice 175, em regime de dedicação exclusiva 42 horas semanais, a que corresponde uma remuneração base mensal de € € 4.956,76.

³⁴ Com a categoria de chefe de serviço, escalão 2, índice 185, em regime de tempo completo 35 horas semanais, a que corresponde uma remuneração base mensal de € 2.858,18.

³⁵ Nas quais se incluiu o montante de cerca de € 125 mil, por via de uma contratação de prestação de serviços adicional. No âmbito desta contratação auferiu € 94 mil, em 2010 e € 86 mil, em 2011.

³⁶ Em 2009 e 2010.

³⁷ Em 2011.

³⁸ Em 2009 € 213 mil e em 2010 € 164 mil (€ 213 mil – € 164 mil = € 49 mil).



- Neste Centro Hospitalar destacou-se um médico oftalmologista³⁹ que conseguiu uma “alavancagem” da remuneração base em mais de 700%, ao longo do triénio, alcançando em 2009 e em 2010 a remuneração total mais elevada de todo o universo das unidades hospitalares do SNS, cerca de € 745 e € 680 mil, respetivamente, que correspondem a uma remuneração mensal média na ordem dos € 53 mil e € 49 mil.
- A “alavancagem” da remuneração base, referida no ponto anterior, resultou, sobretudo, dos pagamentos da produção cirúrgica adicional (SIGIC), com € 503 mil, € 454 mil e € 291 mil, respetivamente, em 2009, 2010 e 2011, que lhe permitiram acréscimos na remuneração base na ordem dos 628%, 587%, e 617%, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente. Acresceu ainda a remuneração resultante da execução de um contrato de prestação de serviços no âmbito do rastreio da retinopatia diabética⁴⁰.
- As remunerações auferidas pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas, em 2009, apresentam, em 2012 face a 2009, uma redução significativa entre 31% e 87%. A redução da remuneração do médico oftalmologista resultou, para além das já referidas medidas de contenção orçamental de âmbito geral, da forte diminuição⁴¹ da produção adicional, quer cirúrgica quer de exames de retinopatia, bem como da redução da remuneração base pelo facto de em 2011 este médico ter alterado o seu regime de trabalho em exclusividade com 42 horas semanais para tempo completo⁴². Esta redução poderá também ter sido influenciada pelo facto do Conselho de Administração ter sido confrontado com a realização desta auditoria, bem como a referência a esta situação constante do relatório do Tribunal de Contas n.º 17/2011, 2.ª S.

Em 2012 os cinco médicos com as remunerações mais elevadas são dois profissionais⁴³, que se mantiveram desde 2009 e os restantes três que auferiram as remunerações mais elevadas em cada um dos anos de 2010 a 2012.

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio		
Profissionais	2012	
	Remuneração total anual	Remuneração média mensal
Oftalmologista	€ 248.775,60	€ 17.769,69
Anatomia Patológica	€ 233.089,82	€ 16.649,27
Ortopedista_3	€ 133.491,89	€ 9.535,14
Medicina Interna	€ 131.913,61	€ 9.422,40
Ortopedista_2	€ 129.764,09	€ 9.268,86
Total	€ 877.035,01	

³⁹ Chefe de Serviço, escalão três, índice 195, em regime de exclusividade – 42 horas semanais, a que corresponde uma remuneração base mensal de € 5.523,24.

⁴⁰ Ao abrigo do qual auferiu € 90 mil, em 2009.

⁴¹ No 1º semestre de 2012 auferiu € 40 mil de produção cirúrgica adicional e € 21 mil de exames de retinopatia.

⁴² Passou de uma remuneração base mensal de € 4.970,93, para € 2.789,70, (sofrendo assim uma redução mensal de € 2.181,23 euros e anual (12 meses) de € 26.174,76), estes valores estão atualizados tendo em conta os cortes que ocorreram nas remunerações no âmbito das medidas de estabilidade orçamental.

⁴³ O Ortopedista 2 e o Oftalmologista.



5.2.3. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

(Cf. Ponto 3.3 do volume II)

- Os cinco médicos com as remunerações mais elevadas auferiram em 2009, 2010 e 2011 cerca de € 1,2 milhões, € 1 milhão e € 982 mil, respetivamente. No triénio, o conjunto das outras remunerações (SIGIC, horas extraordinárias, prevenções, outros e prestações de serviços) contribuíram com uma “alavancagem” da remuneração base, daqueles profissionais, correspondente a 261%, 221%, 240%, de 2009 a 2011, o que equivale, em média, a 32, em 2009 e 27⁴⁴ salários de assistente no início de carreira⁴⁵.
- Ao longo do triénio, a componente remuneratória mais significativa foi a produção cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC, designadamente, em 2009, com 28%, cerca de € 319 mil e 23%, em 2011, correspondente a € 228 mil. Por sua vez, as horas extraordinárias aumentaram de 2009 para 2010, de 31% para 37%, isto é de € 359 mil para € 374 mil e em 2011 registaram um ligeiro decréscimo para cerca de 31% correspondente a € 308 mil. Destacam-se ainda as prevenções que nesta unidade hospitalar foram pagas a três dos cinco médicos e que representaram 12% em 2009 e 14% nos dois últimos anos, a que corresponderam € 141 mil, em 2009 e cerca de € 137 mil, em 2010 e 2011.
- Destacou-se um médico ortopedista⁴⁶ que, em 2009, auferiu uma remuneração total de € 298 mil a que correspondeu um vencimento médio mensal de cerca de € 21 mil. A remuneração base foi acrescida das componentes remuneratórias relativas à produção cirúrgica adicional, horas extraordinárias e prevenções⁴⁷ em 329%, 259% e 303%, nos anos de 2009, 2010 e 2011 respetivamente.
- As remunerações mais elevadas, em 2009, apresentam, em 2012 uma redução significativa, entre 43% e 72%. Esta redução deveu-se, em parte, à redução da produção cirúrgica adicional, na sequência de reestruturações da unidade hospitalar e dos respetivos serviços que adiaram o início da produção adicional para maio de 2012, bem como às já referidas medidas de contenção orçamental de âmbito geral.

Em 2012 os cinco médicos com as remunerações mais elevadas são os três profissionais que se mantiveram desde 2009 e dois novos⁴⁸ que foram identificados em 2012.

Centro Hospitalar do Médio Tejo		
Profissionais	2012	
	Remuneração total anual	Remuneração média mensal
Anestesiista	€ 143.896,17	€ 10.278,30
Ortopedista_1	€ 142.226,83	€ 10.159,06
Imuno-hemoterapeuta	€ 130.204,68	€ 9.300,33
Ortopedista_3	€ 120.863,06	€ 8.633,08
Ortopedista_2	€ 114.228,01	€ 8.159,14
Total	€ 651.418,75	

⁴⁴ Em 2010 e em 2011.

⁴⁵ Com o vencimento de € 1.853,96, escalão 1, índice 120.

⁴⁶ Com a categoria de Chefe de Serviço, escalão 1 com o regime de trabalho de dedicação exclusiva com 42 horas semanais a que corresponde uma remuneração mensal de € 4.956,76.

⁴⁷ Auferiu cerca de € 56 mil, € 58 mil e € 50 mil, respetivamente em 2009, 2010 e 2011.

⁴⁸ Um médico de anesthesiologia e outro de imunohemoterapia.



5.3. Trabalho extraordinário

(Cf. Pontos 3.1.2, 3.2.2 e 3.3.2 do volume II)

- Nas três unidades hospitalares auditadas (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e Centro Hospitalar do Médio Tejo), no triénio 2009-2011, constatou-se que a realização de trabalho extraordinário **pelos cinco médicos melhor remunerados ocorreu para além do limite legal de um terço da remuneração mensal principal**, em violação do disposto no n.º 7 do art.º 7 do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março e **do limite das 200 horas anuais, sem autorização prévia dessas despesas**. O limite suprarreferido foi ultrapassado, em mais de 300%⁴⁹.
- Os conselhos de administração das três unidades hospitalares não concederam nenhuma autorização formal e admitiram que não dispunham de despacho autorizador necessário para justificar o excesso face aos limites estabelecidos legalmente⁵⁰ para o trabalho extraordinário.
- O **trabalho extraordinário tem constituído uma componente muito significativa na estrutura remuneratória dos médicos**, sendo de estranhar que nos anos em análise tivesse escapado ao âmbito do exercício da tutela a verificação dos casos em que o trabalho extraordinário igualava ou superava o número de horas de trabalho em horário normal que devia ser realizado ao longo de um ano. Nesses casos, a componente remuneratória do trabalho extraordinário foi casuisticamente um meio para “compôr” o nível remuneratório de alguns profissionais médicos, nas unidades hospitalares auditadas.

Em sede de contraditório, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, vem esclarecer que *“(...) sendo o serviço de urgência a consumir a quase totalidade do trabalho extraordinário, foi incluída na Lei que aprovou o OE para 2013 uma norma que isenta este tipo de atividade de quaisquer limites (...)”*.

A Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro que aprova o OE para 2013 aditou ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, o artigo 22.º B do mesmo diploma, onde se determina que: *“A realização de trabalho suplementar e extraordinário no âmbito do SNS não está sujeita a limites máximos quando seja necessária ao funcionamento de serviços de urgência ou de atendimento permanente, não podendo os trabalhadores realizar mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar ou extraordinário, num período de referência de seis meses.”*

Face ao que precede, a letra do citado normativo não é clara, visto que na primeira parte diz-se que a realização de trabalho suplementar ou extraordinário no âmbito do SNS não está sujeita a limites (n.º de horas suplementares ou extraordinárias = ∞)⁵¹; na segunda parte estipula-se que cada profissional não pode realizar mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar ou extraordinário, num período de referência de seis meses. Neste sentido, os

⁴⁹ ULSBA: três casos em 2009, quatro em 2010 e em 2011. CHBA: um caso em 2009, dois em 2010 e dois em 2011. CHMT: dois casos em 2009 e em 2011 e três em 2010.

⁵⁰ Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março.

⁵¹ Quando seja necessária ao funcionamento de serviços de urgência ou de atendimento permanente.



médicos com os horários semanais de trabalho de 35, 40 e 42 horas não poderão realizar semestralmente mais do que 338, 208 e 156 horas extraordinárias ou suplementares, respetivamente⁵², o que constitui uma limitação, donde se conclui que esta norma é vazia de significado numérico.

O trabalho extraordinário tem carácter excecional e o recurso ao mesmo não deve, assim, sobrepor-se à organização eficiente dos horários e escalas de funcionamento desses serviços.

- Nas três unidades hospitalares auditadas, o valor hora médio pago, pelo trabalho extraordinário⁵³, ao longo do triénio a estes médicos foi superior ao valor hora de referência para a contratação dos serviços médicos especialistas fixado em € 35⁵⁴. Caso estas unidades hospitalares tivessem recorrido, em alternativa, ao “outsourcing” de serviços médicos, ao preço fixado de € 35, teriam conseguido realizar economias significativas no custo da remuneração anual destes profissionais que seriam ainda muito superiores se extrapolados para os restantes profissionais que realizaram trabalho extraordinário nestas unidades hospitalares. Por exemplo e a título de hipótese:
 - A **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**, pagou, em média, por cada uma das horas extraordinárias realizadas € 58 em 2009 e 2010, e € 53 em 2011, valores superiores ao valor hora de referência, fixado em € 35⁵⁵, para a contratação dos serviços médicos em mais de 50%. Logo, se esta unidade hospitalar tivesse recorrido, em alternativa, ao “outsourcing” de serviços médicos, ao preço fixado de € 35, teria conseguido uma redução do custo da remuneração anual destes profissionais, em cerca de € 137 mil, € 190 mil e € 156 mil⁵⁶ respetivamente, em 2009, 2010 e 2011.

Em sede de contraditório a Presidente do atual Conselho de Administração da ULSBA, EPE, alega que: “A contratação externa não é solução porque não há quem se disponha a (...) prestar serviço pelo preço fixado no Despacho do Secretário de Estado (...) para além do que, estas horas não constituem necessidades temporárias e excecionais, mas antes necessidades permanentes (...).”

A este respeito refira-se que a alegação apresentada não está fundamentada num estudo que tivesse determinado qual era a melhor opção. Por outro lado, com a publicação do Despacho n.º 3572/2013, de 21 de fevereiro, do SES, foi divulgado o Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde, com a lista de prestadores de serviços abrangidos por

$$a + t_n * b \leq 1248$$

a (trabalho suplementar ou extraordinário) = ∞
t_n = trabalho normal semanal de 35, 40 e 42 horas
b = n.º de semanas no semestre (26)

52

53

No novo acordo, entre os Sindicatos Médicos e o Ministério da Saúde, prevê-se que “Durante os anos de 2013 e 2014 a majoração prevista no anexo ao Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, e nos instrumentos de regulamentação colectiva negociais em vigor, para o pagamento, quer das comumente designadas horas incómodas quer do trabalho extraordinário é reduzida em 50% (...)” ponto 3 pp. 2 da Ata de Entendimento.

54

Alterado para € 30, em agosto de 2011 pelo Despacho n.º 10428/2011 do SES.

55

Através do Ofício circular n.º 23841, de 08/12/2008, em cumprimento do disposto no Despacho n.º 29533/2008, do SEAS, de 7 de novembro, alterado em 2011 para € 30 pelo Despacho n.º 10428/2011, do SES, de 1 de agosto.

56

Ou seja, -40% em 2009 e 2010 e -34% em 2011.



contratos públicos de aprovisionamento no qual constam vários prestadores de serviços médicos para Beja, das especialidades de oftalmologia, ortopedia, anestesiologia entre outras⁵⁷, o que demonstra que também nesta região existe oferta de serviços médicos face às condições oferecidas pela SPMS, EPE.

Note-se que, ao longo das muitas auditorias que o Tribunal de Contas já realizou a instituições do Ministério da Saúde, são muito escassas as decisões que se baseiam em estudos económicos científicos, o que levou à formulação, no Relatório de Auditoria n.º 48/2010 – 2.ª Secção, da seguinte recomendação ao membro do Governo responsável pelo Ministério: “Promover a proficiência quantitativa dos membros dos Conselhos de Administração das unidades hospitalares”. No entanto, apesar do tempo já decorrido, a recomendação ainda não foi acolhida.

Profissionais	Peso do trabalho extraordinário face ao trabalho normal		
	2009	2010	2011
Ortopedista			122%
Anestesista 1	105%	105%	109%
Anestesista 2	112%	110%	114%
Anestesista 3		100%	98%

O número de horas realizadas em trabalho extraordinário pelos profissionais da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo **representou cerca de 100% do trabalho normal a que cada um está vinculado, o que equivale a dizer que num ano trabalharam um número de horas correspondente a dois anos de trabalho.**

- O **Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE**, pagou, em média, por cada uma destas horas extraordinárias, € 55, € 48 e € 47, respetivamente em 2009, 2010 e 2011, valores superiores ao valor hora de referência em mais 56%, 38% e 36% em 2009, 2010 e 2011, respetivamente. Se, em alternativa, tivesse recorrido à contratação externa de serviços médicos a € 35 por hora, teria conseguido uma redução⁵⁸ do custo da remuneração anual destes profissionais, no montante de € 76 mil, € 45 mil e € 60 mil, respetivamente, em 2009, 2010 e 2011.

Profissionais	Peso do trabalho extraordinário face ao trabalho normal		
	2009	2010	2011
Cirurgião Geral	41%		
Ortopedista 1	91%		
Ortopedista 2	74%	79%	90%
Ortopedista 3		83%	84%
Imunohemoterapia	3%	2%	
Anestesiologia			66%

O número de horas extraordinárias efetuado por estes profissionais em cada um dos anos em análise, representou, na maioria dos casos, cerca de 70% do trabalho normal que decorre do regime de trabalho a que cada um está vinculado, o que equivale **a um número de horas correspondente a cerca de dois terços de um ano de trabalho.**

- O valor unitário médio que o **Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE**, suportou por cada uma destas horas extraordinárias, € 54, em 2009, € 52, em 2010 e € 49, em 2011, superou o valor hora de referência em mais de 54%, 50% e 39% em 2009, 2010 e 2011, respetivamente. **Caso esta unidade hospitalar tivesse, recorrido, em alternativa, à contratação externa de serviços médicos, a € 35 por hora, teria conseguido uma**

⁵⁷ Pediatria, Urologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Geral e Familiar, Imuno-hemoterapia, Ginecologia, Gastroenterologia.

⁵⁸ De -36%, -28% e -26%, em 2009, 2010 e 2011 respetivamente.



redução⁵⁹ do custo da remuneração anual destes médicos, no valor de € 126 mil, € 125 mil e € 87 mil, respetivamente, em 2009, 2010 e 2011.

Profissionais	Peso do trabalho extraordinário face ao trabalho normal		
	2009	2010	2011
Ortopedia 1	59%	59%	52%
Ortopedia 2	41%	70%	58%
Ortopedia 3	48%	48%	53%
Anestesiologia 1	89%	86%	94%
Anestesiologia 2	101%		
Cirurgia geral		94%	
Pediatria			69%

O trabalho extraordinário representou, na maioria dos casos, mais de 50% do trabalho normal, destacando-se três profissionais que conseguiram perto de 100%, o que equivale a dizer que num ano o total de horas trabalhadas (horário normal e extraordinárias) correspondeu a dois anos de trabalho.

- Estas unidades hospitalares não demonstraram ter equacionado outras alternativas para fazer face às necessidades de prestação de cuidados de saúde com economia, eficiência e eficácia, nem realizaram iniciativas oportunas para contratar outros profissionais. Ao invés, sobrecarregaram os referidos profissionais, retirando-lhes as horas de descanso necessárias para salvaguarda dos padrões de qualidade e segurança da prestação de cuidados médicos isentos de erro clínico⁶⁰.

5.3.1. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

(Cf. Ponto 3.1.2 do volume II)

- A **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**, foi, entre as três entidades auditadas, a que suportou os montantes mais significativos, isto é, cerca de € 345, € 478 e € 457 mil, nos anos de 2009, 2010 e 2011, com o pagamento de horas extraordinárias ao conjunto dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas. O valor auferido em horas extraordinárias por cada um dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas permitiu-lhes incrementos na remuneração base que variaram entre 133% e 184%, com destaque para as especialidades de ortopedia e de anestesiologia.
- O valor pago pela unidade hospitalar em horas extraordinárias a estes cinco **profissionais em cada um dos anos em análise equivale ao valor que então seria necessário para contratar mais seis médicos em 2009, e mais oito, em 2010 e, em 2011**, com uma remuneração mensal de € 4.107,03, equivalente à categoria de assistente graduado escalão 1, com o regime de trabalho de dedicação exclusiva com 42 horas semanais.

5.3.2. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

(Cf. Ponto 3.2.2 do volume II)

- O **Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE**, suportou cerca de € 213 mil, € 164 mil e € 230 mil, nos anos de 2009, 2010 e 2011, com o pagamento de horas extraordinárias ao conjunto dos

⁵⁹ De -35%, -33% e -28%, em 2009, 2010 e 2011 respetivamente.

⁶⁰ Eventualmente provocado por falhas de atenção e de destreza. Neste sentido ver Fragata, J., 2011, in "Segurança dos Doentes, Uma abordagem prática", Lidel, pp 21 e segs.



cinco médicos com as remunerações mais elevadas. O valor auferido nesta componente remuneratória por estes cinco médicos, permitiu, a um médico ortopedista, no ano de 2009, um incremento na remuneração base de 200%, (cerca de € 88 mil).

- O valor auferido em horas extraordinárias por estes cinco profissionais em cada um dos anos em análise, equivale ao valor necessário para contratar mais 4 médicos em 2009 e em 2011 e mais 3 médicos em 2010, com uma remuneração mensal de € 4.107,03.

5.3.3. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

(Cf. Ponto 3.3.2 do volume II)

- O **Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE**, suportou cerca de € 360, € 374 e € 308 mil, nos anos de 2009, 2010 e 2011, com o pagamento de horas extraordinárias ao conjunto dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas. O valor auferido nesta componente remuneratória por estes cinco médicos, permitiu-lhes uma “alavancagem” da remuneração base entre 76% e 155%, nos três anos analisados.
- O valor auferido em horas extraordinárias por estes cinco profissionais em cada um dos anos em análise, equivale ao montante necessário para contratar mais 6 médicos em 2009, mais 7 em 2010 e mais 5 médicos em 2011, com uma remuneração mensal de € 4.107,03.

5.3.4. Infrações Financeiras

(Cf. Pontos 3.1.2, 3.2.2 e 3.3.2 do volume II)

- A realização da despesa com as horas extraordinárias para além do limite de um terço da remuneração principal, não foi devidamente justificada e previamente autorizada como impunha o regime decorrente do n.º 7 do art.º 7 do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março. Mesmo aceitando o regime mais favorável que está previsto nos n.ºs 2 e 3 do art.º 161º da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro⁶¹, ainda assim não foram respeitados esses limites. Tal situação pode acarretar, para os membros do Conselho de Administração, das três unidades hospitalares, nas gerências de 2009 e 2010, responsabilidade financeira sancionatória, p.p. nos termos das al. b) e d) do n.º 1 do art.º 65 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, Cfr. Anexo 5 do volume III.

Em sede de contraditório, os membros dos conselhos de administração das unidades hospitalares auditadas das gerências relativas ao âmbito da auditoria apresentaram as seguintes alegações:

ULSBA, EPE

- ❖ “(...) não existirá de facto despacho autorizador, pela simples razão de que essa necessidade, há muito que não constituiu a exceção mas antes a regra (...) a autorização era feita à posteriori porque era notório que esse trabalho não podia deixar de ser prestado.” Entendem por isso :“(...) que não devem ser penalizados (...) porque consideram ter dado cumprimento à injunção prevista no n.º 7 do

⁶¹ Lei que aprova o regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas.



artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, e bem assim, a contida no artigo 161.º da Lei n.º n.º 59/2008, de 11 de setembro, pela notoriedade da necessidade e indispensabilidade da prestação desse trabalho para evitar encerramento de serviços.”

CHBA, EPE

- ❖ *“(…) o recurso a trabalho extraordinário, que pelos motivos expostos não tinha caráter excecional, encontrava-se claramente detalhado nestes documentos de gestão e era do conhecimento de todas as entidades envolvidas na celebração do contrato programa, máxime da Administração Central (...). A elaboração das escalas que mensalmente programavam a atividade dos médicos no serviço de urgência era da responsabilidade do Diretor de cada Serviço sendo as mesmas objeto de posterior validação por parte do Diretor Clínico.”*

CHMT, EPE

- ❖ *Invocam a estrutura hospitalar do CHMT, composta por três unidades hospitalares, todas elas com serviço de urgência e com algumas especialidades presentes em todas, o quadro médico disponível e a necessidade de assegurar o atendimento para o elevado número de horas extra necessário. Acrescentam que: “A legislação que determina que nenhum médico deva fazer mais de 200 horas por ano, se aplicada ao CHMT teria como consequência a limitação acentuada da atividade ou encerramento por períodos em muitas especialidades ou ainda o comprometimento da qualidade assistencial”.*

Não obstante os argumentos aduzidos pelos Conselhos de Administração das unidades hospitalares auditadas serem pertinentes, ainda assim revelaram-se insuficientes, não alterando os fatos relatados nem o seu enquadramento jurídico, porquanto, apesar da indispensabilidade da prestação desse trabalho o mesmo carecia de prévia autorização nos termos do n.º 7 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, mantendo-se assim, as observações de auditoria e as eventuais infrações financeiras suscetíveis de gerar responsabilidade financeira sancionatória, p.p. nos termos das alíneas b) e d) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pelas Leis n.º 48/2006, de 29 de agosto, aos responsáveis individuais identificados nos Anexos 1, 2 e 3 e 5 do Volume III.

5.4. Prevenções

(Cf. Pontos 3.1.3, 3.2.3 e 3.3.3 do volume II)

- O Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, foi a unidade hospitalar que suportou os maiores encargos nesta componente remuneratória com três dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas, € 141 mil, em 2009 e € 137 mil, em 2010 e 2011, todos ortopedistas. A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE suportou, em 2009, um encargo de cerca de € 83 mil e, em 2010, € 49 mil com os médicos da especialidade de oftalmologia e ortopedia, enquanto o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, suportou, cerca de € 104 mil, em 2009, e € 122 mil, em 2010, com os médicos da especialidade de ortopedia e de imuno-hemoterapia.



- Os órgãos de gestão das três unidades **hospitalares não providenciaram pelo controlo⁶² das presenças físicas dos médicos em regime de prevenção** de forma a avaliar a percentagem de ocorrências/necessidade de deslocação à unidade hospitalar e o cumprimento do tempo máximo legalmente estabelecido (40 minutos), **apesar de existirem os instrumentos para a realização desse controlo, designadamente o registo biométrico de assiduidade.**
- Os órgãos de gestão das três unidades hospitalares auditadas não conseguiram implementar a alteração do regime de prevenção para o regime de chamada⁶³, tendo em **conta a redução de custos.**

Em sede de contraditório, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informa que *“Relativamente aos regimes de prevenção e de chamada, o Ministério da Saúde irá monitorizar a aplicação dos regimes previstos, e a manter-se a verificação de situações anómalas, adotará as medidas adequadas.”*

Note-se que as conclusões de auditoria identificaram o regime de prevenção como o mais oneroso para o erário público, o qual poderia ser substituído pelo regime de chamada que se revela mais económico e mais eficiente, sem prejudicar o serviço prestado ao utente.

Em sede de contraditório os membros do **Conselho de Administração da ULSBA**, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, vêm reconhecer que competia ao órgão de gestão que integravam a implementação dos mecanismos de controlo e que neste caso, *“inegavelmente falharam”*.

Alguns⁶⁴ dos membros do **Conselho de Administração do CHMT** das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria, alegam que: *“A existência de três unidades hospitalares e a dispersão de serviços obrigava a negociações de regimes de prevenção quando o clinicamente correto seria a presença física (...). O regime de chamada só é passível de ser aplicado com a anuência dos clínicos e nunca por imposição da entidade empregadora, de acordo com a legislação em vigor, e essa anuência, efetivamente, nunca foi obtida.”*

Não obstante as alegações aduzidas pelos Conselhos de Administração, o Tribunal de Contas entende que não foram apresentados argumentos objetivos que alterem as conclusões inicialmente vertidas no relatório.

5.5. Produção cirúrgica adicional - SIGIC

(Cf. Pontos 3.1.4, 3.2.4 e 3.3.4 do volume II)

- Nas três unidades hospitalares auditadas as remunerações auferidas, entre 2009 e 2011, relativamente às cirurgias realizadas em SIGIC **resultaram exclusivamente da produção**

⁶² Em 2011 o órgão de gestão da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, implementou o registo das deslocações dos médicos em regime de prevenção à unidade hospitalar.

⁶³ É o regime segundo o qual, os médicos, encontrando-se em período de descanso, se comprometem a comparecer nas instalações da entidade empregadora pública para a realização de um ato médico assistencial de natureza ocasional, inadiável e de especial complexidade. O trabalho realizado em regime de chamada dá direito a remuneração correspondente à que caberia por igual tempo de trabalho extraordinário acrescida de 50 %, no caso de se ter de deslocar à unidade de saúde.

⁶⁴ Dois Vogais, um Diretor Clínico e a Enfermeira Diretora.



adicional interna que os cinco médicos com as remunerações mais elevadas realizaram no respetivo hospital e não em outras unidades hospitalares convencionadas (privadas e sociais).

- Constatou-se a realização de produção adicional em sobreposição com o horário normal de trabalho e com o regime de prevenção, tal significa que a atividade normal dos respetivos serviços teria capacidade para realizar as mesmas cirurgias, revelando que os conselhos de administração das unidades hospitalares não fomentaram a implementação de uma maior produtividade da atividade cirúrgica no período normal de trabalho. Esta realidade originou um elevado peso das remunerações destes profissionais, para as unidades hospitalares, fruto dos pagamentos em duplicado para o mesmo período de trabalho.

5.5.1. Listas de espera

(Cf. Pontos 3.1.5, 3.2.5 e 3.3.5 do volume II)

- **Entre 2008 e 2010 verificou-se uma diminuição gradual do número de inscritos para cirurgia, nas três unidades hospitalares,** com destaque para as especialidades de oftalmologia e ortopedia. Consequentemente os **tempos de espera para cirurgia**, nestas especialidades registaram reduções de mais de 40%⁶⁵ nos mesmo período, justamente nas especialidades que respeitam aos médicos com as remunerações mais elevadas.

Tempos de espera (meses)						
Unidade hospitalar	Oftalmologia			Ortopedia		
	2008	2010	%	2008	2010	%
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	2,2	1,1	-52%	3,8	1,7	-56%
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	3,2	1,5	-53%	12,4	18,3	48%
Centro Hospitalar do Médio Tejo	5	3	-40%	8	4	-50%

Tempos de espera (meses)						
Unidade hospitalar	Oftalmologia			Ortopedia		
	2011	2012	%	2011	2012	%
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	2,2	2	-14%	3,6	3,2	-11%
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	9,2	4,6	-50%	16	14	-14%
Centro Hospitalar do Médio Tejo	1,6	2,5	53%	4	6	50%

- Em 2011 registou-se, nalguns casos, um **aumento, do número de doentes em espera bem como do tempo de espera para cirurgia.** Em 2012 o número de doentes em espera continuou a agravar-se dada a generalizada redução da produção adicional no âmbito das medidas de contenção orçamental e, uma vez que se aguardava a publicação da Portaria que procedeu à revisão dos preços e das regras de pagamento do SIGIC⁶⁶. No entanto, apesar do agravamento do número de doentes em espera para cirurgia, em 2012, o tempo de espera diminuiu dado tratarem-se de doentes que entraram para a lista de espera em 2011 e em 2012.

⁶⁵ Exceto a especialidade de ortopedia do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

⁶⁶ De acordo com a revisão do SIGIC o hospital de origem passa a ter a responsabilidade financeira pela realização atempada de toda a atividade cirúrgica inscrita na lista de inscritos para cirurgia da respetiva instituição hospitalar – vd. art.º 9.º Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, o que significa que se o utente for intervencionado noutra unidade hospitalar, quer seja publica ou privada com acordo ou convenção, os respetivos encargos são da responsabilidade do hospital de origem do utente.



- O agravamento do número de doentes em espera que ocorreu, entre 2011 e 2012, coincidiu com a redução das remunerações destes mesmos médicos nestas unidades hospitalares ⁶⁷ revelando que, os incentivos remuneratórios associados à produção adicional nos anos de 2009 e 2010 tiveram um considerável impacto para a redução das listas de espera. No entanto, o facto de, nalguns casos, a produção cirúrgica adicional ter sido realizada durante o horário normal de trabalho sugere a existência de capacidade instalada, nas unidades hospitalares, para resolução das listas de espera, de forma mais económica e eficiente.

5.5.2. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

(Cf. Ponto 3.1.4 do volume II)

- A atividade cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC foi a que mais contribuiu para o total da remuneração anual dos profissionais em análise, destacando-se um oftalmologista que conseguiu um incremento ⁶⁸ na remuneração base de cerca de 849% (€ 387 mil), 687% (€ 313 mil) e 483% (€ 199 mil) respetivamente, e outro de ortopedia com, 252%, 308% e 68% em 2009, 2010 e 2011 ⁶⁹.
- Em 2012 a remuneração total destes dois profissionais registou uma redução de 93% (o Oftalmologista) e 43% (o Ortopedista) face a 2009, resultante, em grande parte, da forte ⁷⁰ diminuição da produção cirúrgica adicional.

Ano	Produção cirúrgica adicional - ULSBA		Peso no total pago aos médicos (3)/(2)
	Valor total pago aos médicos (2)	Valor pago aos cinco médicos (3)	
2009	1.696.273,55 €	1.007.552,34 €	59,40%
2010	1.546.445,30 €	766.764,78 €	49,58%
2011	934.836,36 €	409.547,52 €	43,81%

O valor auferido pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas representou, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente, cerca de 60%, 50% e 44% da remuneração auferida nesta componente remuneratória por todos os médicos da unidade hospitalar que auferiram valores nesta componente remuneratória.

- Como mera hipótese ⁷¹, o órgão de gestão teria conseguido uma redução de cerca de € 166 mil e € 207 mil, respetivamente em 2009 e 2010, nas cirurgias realizadas ⁷², em produção adicional (SIGIC), por este oftalmologista, se tivesse optado, em alternativa, pela remuneração do mesmo

⁶⁷ No relatório síntese da atividade cirúrgica programada do 1º semestre de 2012, da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, publicado a 23 de outubro de 2012, disponível em www.acss.min-saude.pt, refere-se que se verificou um aumento de episódios a aguardar cirurgia face ao período homólogo de 2011 (à data da aprovação do presente relatório não estava ainda disponível o relatório do ano de 2012).

⁶⁸ Este incremento resultou ainda da retribuição, como cirurgião principal, na maioria das cirurgias realizadas em produção adicional, 82% em 2009 e 86% em 2010, à catarata (GDH 39).

⁶⁹ Cfr. Anexos 21, 22 e 23 do volume III.

⁷⁰ O Oftalmologista 2 auferiu em 2009 cerca de € 387 mil e em 2012 auferiu cerca de € 7 mil, menos 98%. O Ortopedista auferiu em 2009 cerca de € 181 mil e em 2012 auferiu cerca de € 10 mil, menos 95%.

⁷¹ Tendo em conta os pressupostos considerados na hipótese de trabalho realizada no ponto 4 do volume II.

⁷² Enquanto cirurgião principal.



médico ao custo de hora extraordinária, o que equivale a uma diminuição⁷³ de cerca de € 286 e € 294, em 2009 e 2010 respetivamente, por cada cirurgia realizada. **Esta alternativa teria resultado num ganho para o erário público permitindo, ainda, o aumento, pelo mesmo dinheiro gasto, do número de cirurgias, beneficiando assim mais utentes.**

- Na especialidade de ortopedia o predomínio da produção adicional na remuneração total poderá ter sido influenciada pela seleção das cirurgias em função da complexidade e, consequentemente do valor remuneratório daí resultante, o qual serve de base ao cálculo da remuneração de acordo com a tabela SIGIC.

Ano	GDH	Preço GDH	Total de episódios	GDH	Preço GDH	Total de episódios
2009	222	1.258,72 €	77	209	5.925,11 €	136
	225	1.363,71 €	28	225	1.363,71 €	85
	867	1.333,84 €	19	818	5.927,86 €	47
	230	1.353,45 €	12	867	1.333,84 €	22
	229	883,72 €	11	229	883,72 €	7
2010	222	1.258,72 €	65	209	5.925,11 €	108
	867	1.333,84 €	32	225	1.363,71 €	76
	225	1.363,71 €	26	222	1.258,72 €	37
	227	1.075,36 €	15	818	5.927,86 €	32
	219	1.743,98 €	12	867	1.333,84 €	27
2011	211	2.456,16 €	82	209	5.925,11 €	35
	818	5.927,86 €	57	225	1.363,71 €	15
	222	1.258,72 €	54	818	5.927,86 €	14
	867	1.333,84 €	51	867	1.333,84 €	10
	219	1.743,98 €	47	227	1.075,36 €	3

Nota: Nesta análise apenas foi considerada a atividade convencional.

5.5.2.1. Contratualização interna para realização de cirurgias – Serviço de Oftalmologia da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

- No Serviço de Oftalmologia a **contratualização com o órgão de gestão, para a realização de produção cirúrgica adicional, teve como base um sistema de pontos atribuídos para a produção base.** Segundo este sistema, uma vez esgotados os pontos contratualizados para a realização da produção base, toda a restante produção cirúrgica realizada, passava a ser remunerada à peça, por se considerar adicional.
- Com esta modalidade de contratualização, os oftalmologistas esgotaram os pontos contratualizados, para a realização da produção base, até ao mês de maio e de junho quer de 2009, quer de 2010, ficando a partir daí, nos restantes meses de cada um desses anos a auferir toda a restante produção cirúrgica realizada como produção adicional. **Neste caso os oftalmologistas realizaram o tralhado de um ano em cinco e seis meses.** Assim, em 2009 e 2010 mais de 80% do total das cirurgias realizadas nesses anos e mais de 69% em 2011 foram remuneradas “à peça”, de acordo com a tabela SIGIC, apesar de algumas terem sido realizadas durante o período normal de trabalho.
- A remuneração da produção cirúrgica adicional, realizada depois de esgotados os pontos, no período normal de trabalho ou de prevenção é considerada pagamento em duplicado e considera-se ilegal e indevida, tal como adiante se refere no ponto 5.5.5.

⁷³ O referido médico recebeu em média € 307 e € 299 por cada cirurgia em 2009 e 2010 respetivamente e receberia € 13, caso a mesma tivesse sido paga ao respetivo valor da hora extraordinária.



- Repare-se ainda que a **cirurgia à catarata (GDH 39) foi a intervenção mais realizada em produção adicional**⁷⁴. Esta produção adicional terá sido fortemente influenciada pelo modelo de contratualização por pontos, uma vez que, sendo possível realizar, em média, numa hora 3 a 4 cirurgias à catarata (GDH 39), tal terá possibilitado esgotar ainda mais rapidamente os pontos contratualizados para a produção base, permitindo antecipar a realização da produção adicional e, conseqüentemente, que os médicos oftalmologistas auferissem elevados montantes dada a relação tempo gasto/valor recebido⁷⁵ por cirurgia.
- Ao longo dos seis anos (2006-2011) em que vigorou a contratualização por pontos a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, manteve inexplicavelmente o mesmo expediente sem qualquer revisão que ajustasse os objetivos contratualizados, isto é elevando o número de pontos a realizar em produção base nos anos seguintes, de modo a que a produção adicional constituísse a exceção e não a regra. Este expediente subverteu a regra da remuneração do trabalho em horário normal ao permitir a remuneração em produção adicional/SIGIC da maior parte das cirurgias realizadas ao longo dos segundos semestres de 2009 e 2010, revelando incumprimento dos princípios prudenciais inerentes à racional gestão dos dinheiros públicos, que deve estar presente no processo decisório.
- No ano de 2012 a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo não realizou a referida contratualização com o Serviço de Oftalmologia para a realização de produção adicional, eventualmente, na sequência da realização dos procedimentos desta auditoria e por razões de “contenção orçamental”, impostas pelo PAEF.

5.5.2.2. Contratação de serviços médicos para realização de consultas acrescidas – Serviço de Oftalmologia da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

(Cf. Ponto 3.1.6 do volume II)

- O Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo autorizou, em 12 de Fevereiro de 2008, a “contratualização de consultas acrescidas” ao Serviço de Oftalmologia⁷⁶, com cinco médicos, incluindo o diretor daquele serviço, com contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado. Idêntica contratualização abrangeu ainda dois médicos anestesistas, os quais também tinham uma relação de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, com dedicação exclusiva.
- Embora o conselho de administração considere que se tratava de uma situação de “contratualização acrescida”, o que passou a existir, entre esta Unidade Local de Saúde e os vários médicos daquele serviço, foram verdadeiras prestações de serviços, cujo maior sinal distintivo foram os “recibos verdes” entregues, pelos respetivos médicos, que titularam o recebimento das importâncias que lhes foram pagas.

⁷⁴ Foram realizadas 1540, 1726 e 1136 cirurgias, respetivamente, em 2009, 2010 e em 2011.

⁷⁵ Em 2009 e 2010 o valor pago à equipa cirúrgica por cada cirurgia realizada do GHD 39, eram € 500 e em 2011 € 450.

⁷⁶ Cfr. Ata do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, n.º 7 de 12.02.2008.



- O concurso entre o vínculo laboral e a prestação de serviços conduziu a uma acumulação do exercício de funções, que se enquadra no regime das incompatibilidades dos profissionais, designadamente aos médicos dos quadros do SNS⁷⁷.
- Sucede ainda que a acumulação de funções, públicas ou privadas, carece de autorização a conceder pela entidade empregadora pública, a requerimento do interessado, tendo-se também verificado que nestes casos não houve qualquer alteração do regime de funções e o consequente pedido de autorização dessa acumulação.

As alegações apresentadas pelos membros do Conselho de Administração das gerências relativas ao âmbito da auditoria pretendem esclarecer que tal situação se enquadra na contratualização interna do serviço para produção adicional respeitando a trabalho realizado no âmbito do vínculo laboral daqueles profissionais, apesar do erro de forma verificado quanto aos documentos que suportaram os pagamentos, entretanto já suprido. No entanto estes membros do Conselho de Administração da ULSBA não levantaram quaisquer dúvidas sobre a razão destes profissionais, **em regime de exclusividade**, estarem inscritos como prestadores de serviços na Administração Tributária Aduaneira e serem portadores e emissores de recibos verdes.

Encargos com a contratação de consultas acrescidas

Anos	Especialidades	Valor	Retenção	IRS	Remuneração Líquida
2008	Oftalmologia 1	€ 2.244,00	€ 448,80	20,0%	€ 1.795,20
	Oftalmologia 2	€ 64.281,00	€ 12.856,20	20,0%	€ 51.424,80
	Oftalmologia 3	€ 3.289,50	€ 707,24	21,5%	€ 2.582,26
	Total	€ 69.814,50	€ 14.012,24	20,1%	€ 55.802,26
2009	Oftalmologia 1	€ 48.383,50	€ 9.676,70	20,0%	€ 38.706,80
	Oftalmologia 2	€ 125.709,50	€ 25.141,90	20,0%	€ 100.567,60
	Oftalmologia 3	€ 35.103,00	€ 7.056,60	20,1%	€ 28.226,40
	Oftalmologia 4	€ 21.776,00	€ 4.355,20	20,0%	€ 17.420,80
Total	€ 230.972,00	€ 46.230,40	20,0%	€ 184.921,60	
2010	Oftalmologia 1	€ 18.870,50	€ 4.057,16	21,5%	€ 14.813,34
	Oftalmologia 2	€ 93.660,50	€ 19.710,41	21,0%	€ 73.950,09
	Oftalmologia 3	€ 3.978,50	€ 855,38	21,5%	€ 3.123,12
	Oftalmologia 4	€ 10.330,00	€ 2.220,95	21,5%	€ 8.109,05
	Anestesiologia 1	€ 966,28	€ 207,76	21,5%	€ 758,52
Anestesiologia 2	€ 246,96	€ 49,40	20,0%	€ 197,56	
Total	€ 128.052,74	€ 27.101,06	21,2%	€ 100.951,68	
2011	Oftalmologia 1	€ 24.723,15	€ 5.159,71	20,9%	€ 19.563,44
	Oftalmologia 2	€ 85.817,50	€ 18.450,76	21,5%	€ 67.366,74
	Oftalmologia 3	€ 12.191,00	€ 2.620,89	21,5%	€ 9.570,11
	Oftalmologia 4	€ 10.364,00	€ 2.228,26	21,5%	€ 8.135,74
Total	€ 133.095,65	€ 28.459,62	21,4%	€ 104.636,03	

Os pagamentos aos médicos anestesiológicos, ocorrido nos anos de 2009, 2010 e 2011, no âmbito destes contratos, são indevidos e ilegais por violação das normas que disciplinam o regime de acumulação do exercício de funções públicas, uma vez que estes médicos prestaram esses serviços apesar da relação de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado que detinham com a ULSBA, em regime de dedicação exclusiva.

- A deliberação que o órgão de gestão da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo tomou quanto à modalidade de contratação de consultas adicionais, na especialidade de oftalmologia e de anestesiologia, teve como consequência direta o aumento da despesa comprometendo, de alguma forma, as metas definidas para a redução da despesa, que face aos recursos escassos alocados ao SNS, é censurável.

Os factos descritos são assim, suscetíveis de fazer incorrer os seus responsáveis⁷⁸ em **responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória**, esta última quanto ao valor auferido, pelos médicos anestesiológicos em regime de dedicação exclusiva, p.p. nos termos das

⁷⁷ Art.º 9º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, revogado pelo Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto estabelecendo no entanto um regime transitório nos termos do seu art.º 32.

⁷⁸ Os responsáveis pela autorização da despesa e dos pagamentos foram os membros individuais do CA em cada um dos respetivos exercícios financeiros, melhor identificados no Anexo 3 e 5 do volume III.



als. b) e d) do n.º 1 do art.º 65 e, n.º 1, 4, 5 e 6 do art.º 59, ambos 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.

5.5.3. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

(Cf. Ponto 3.2.4 do volume II)

- Nesta unidade hospitalar constatou-se **uma concentração significativa da despesa com a remuneração da produção cirúrgica destes cinco médicos face aos demais médicos deste Centro Hospitalar.**

Ano	Produção cirúrgica adicional - CHBA		Peso no total pago aos médicos (3)/(2)
	Valor total pago aos médicos (2)	Valor pago aos cinco médicos (3)	
2009	1.070.042,78 €	567.498,28 €	53,04%
2010	892.494,02 €	499.306,22 €	55,95%
2011	543.550,42 €	337.012,97 €	62,00%

Estes cinco médicos auferiram, em produção cirúrgica adicional, montantes que representaram cerca de 53%, 56% e 62%, da remuneração auferida, nesta componente remuneratória, pelos 57, 56 e 37 médicos, que em 2009, 2010 e 2011, respetivamente, realizaram produção adicional.

- No Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio destacou-se um médico oftalmologista com a remuneração total mais elevada, que auferiu nesta componente remuneratória (SIGIC) € 503 mil, € 454 mil e € 291 mil, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente, que lhe valeu um acréscimo na remuneração base de 628%, 587% e 617%. Os restantes profissionais auferiram valores entre € 4 mil e € 34 mil.
- O órgão de gestão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio teria, por hipótese⁷⁹, conseguido uma redução de cerca de € 375 mil e € 363 mil, respetivamente em 2009 e 2010, nas cirurgias realizadas por este oftalmologista, em produção adicional (SIGIC)⁸⁰, se tivesse optado, em alternativa, pela remuneração do mesmo médico ao custo da hora extraordinária por cirurgia, o que equivale a uma redução⁸¹ de cerca de € 387 por cada cirurgia realizada. Esta alternativa teria resultado num ganho para o erário público permitindo ainda o aumento, pelo mesmo dinheiro gasto, do número de cirurgias beneficiando um maior número de utentes e consequentemente reduzindo listas e tempos de espera para cirurgia.
- Os valores realizados pelo referido médico oftalmologista diretor do serviço de oftalmologia resultam da sua participação como cirurgião principal na realização da totalidade da produção cirúrgica adicional ao longo do período analisado. **Note-se ainda, que aquela produção adicional foi totalmente realizada durante o horário normal de trabalho**, em 2009 e em 2010, a que corresponderam remunerações em SIGIC de cerca de € 478 mil e € 426 mil, relativamente a essas cirurgias.

⁷⁹ Tendo em conta os pressupostos considerados na hipótese de trabalho realizada no ponto 4 do volume II.

⁸⁰ Enquanto cirurgião principal.

⁸¹ O referido médico recebeu em média € 407,5 por cada cirurgia e receberia € 20,23 caso a mesma tivesse sido paga ao respetivo valor da hora extraordinária.



- Tal situação revela uma falha de controlo interno, uma vez que os membros do Conselho de Administração autorizaram pagamentos de produção adicional sem se certificarem do período da realização das cirurgias, originando assim pagamentos em duplicado, suscetíveis de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória, tal como adiante se refere no ponto 5.5.5.

5.5.3.1. Contratação de serviços médicos para rastreio da retinopatia diabética

(Cf. Ponto 3.2.6 do volume II)

- O Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, celebrou com o Serviço de Oftalmologia um contrato para execução do programa de rastreio da retinopatia diabética, nos anos de 2009, 2010 e 2011, que compreendia a execução de exames médicos, em horário pós-laboral, pelos seus técnicos de diagnóstico e terapêutica e médicos oftalmologistas, incluindo o seu Diretor.
- Os montantes auferidos por cada exame realizado, no período em análise foram pagos a cada um dos referidos médicos, nuns casos, contra a entrega de recibos verdes, e noutros casos, através da entrega de faturas de sociedades comerciais de que alguns médicos eram sócios únicos⁸².
- Verificou-se ainda que, um dos médicos “contratantes” exercia funções no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio em regime de dedicação exclusiva⁸³. Sucede que o regime de dedicação exclusiva é incompatível com o desempenho de qualquer atividade profissional pública ou privada, desconhecendo-se também qualquer alteração do regime de funções e o conseqüente pedido de autorização da acumulação de funções. Estas situações são suscetíveis de gerar responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória no caso do médico em dedicação exclusiva e quanto ao valor auferido em 2009 através de recibo verde, relativamente aos membros do Conselho de Administração em exercício nos anos de 2009 a 2011, conforme adiante se refere no ponto 5.5.5.

5.5.4. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

(Cf. Ponto 3.3.4 do volume II)

- Os cinco médicos com as remunerações mais elevadas do Centro Hospitalar do Médio Tejo auferiram na componente remuneratória da produção cirúrgica adicional, € 319 mil, € 159 mil e € 228 mil, respetivamente, em 2009, 2010 e 2011.

⁸² Duas médicas do Serviço de Oftalmologia do CHBA constituíram sociedades comerciais unipessoais por quotas.

⁸³ O que aconteceu até 30.04.2011.



Ano	Produção cirúrgica adicional - CHMT		Peso no total pago aos médicos (3)/(2)
	Valor total pago aos médicos (2)	Valor pago aos cinco médicos (3)	
2009	1.402.518,46 €	319.054,53 €	22,75%
2010	1.001.437,43 €	159.404,43 €	15,92%
2011	1.007.540,06 €	228.421,24 €	22,67%

Aqueles valores representaram, em 2009, 2010 e 2011, cerca de 23%, 16% e 23% respetivamente, da remuneração auferida nesta componente remuneratória por todos os médicos desta unidade hospitalar que também realizaram produção cirúrgica adicional.

- Os médicos ortopedistas⁸⁴ realizaram em produção cirúrgica adicional mais de 40% da produção total destacando-se um deles por ter realizado, em produção cirúrgica adicional 88% da produção cirúrgica total, no ano de 2011. Verificou-se ainda que a maioria, das cirurgias realizadas em produção adicional (78%, em 2009, e 67%, em 2010 e, em 2011), apresentavam um preço de GDH superior a € 4000, facto que, permite concluir pela eventual existência de seleção das cirurgias realizadas em produção adicional, em função do valor remuneratório acrescido.

5.5.5. Infrações financeiras – Produção Adicional

(Cf. Pontos 3.1.4, 3.2.4 e 3.3.4 do volume II)

- Na **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**, o médico oftalmologista 1 auferiu os montantes de cerca de € 82 mil em 2009, relativos a produção cirúrgica adicional realizada em sobreposição com o seu horário normal de trabalho e com o regime de prevenção. O médico oftalmologista 2 auferiu os montantes de cerca de € 71 mil e € 101 mil, respetivamente, em 2009 e 2010, relativos a produção adicional realizada em sobreposição com o seu horário normal de trabalho e com o regime de prevenção.

Regime de trabalho	ULSBA		
	Oftalmologista 1 2009	Oftalmologista 2 2009	Oftalmologista 2 2010
Horário normal de trabalho	36.840,00	49.570,00	65.076,00
Prevenções	45.450,00	21.480,00	35.948,00
Total	82.290,00	71.050,00	101.024,00

As situações identificadas na oftalmologia resultaram de uma contratualização interna que subverteu a regra da remuneração do trabalho em horário normal ao permitir a remuneração em “SIGIC” da maior parte das cirurgias realizadas ao longo dos segundos semestres de 2009 e 2010.

Cfr. Ficheiros de produção e mapas de apuramento das cirurgias em sobreposição do Volume V do processo de auditoria.

- No **Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE**, em 2009 e em 2010, três médicos, um oftalmologista e dois ortopedistas realizaram produção adicional quando se encontravam cumulativamente em período de normal de trabalho e em prevenção, como apresentado no quadro seguinte:

⁸⁴ Três profissionais em 2009 e 2011 e dois profissionais em 2010.



Destaca-se o oftalmologista por ter realizado a totalidade das cirurgias classificadas como produção adicional durante o seu horário normal de trabalho, em 2009 e em 2010, tendo auferido cerca de € 475 mil e € 426 mil, relativamente a essas cirurgias.

Regime de trabalho	Ortopedista 1		Ortopedista 2		Oftalmologista	
	2009	2009	2010	2009	2010	
Prevenção	2	2				
Horário normal de trabalho	3	2	23	1151	1030	
Total de cirurgias realizadas em sobreposição de horário	5	4	23	1151	1030	
Valor recebido	2.358,61 €	1.640,07 €	4.305,31 €	474.555,81 €	425.951,52 €	

Cfr. Ficheiros de produção e mapas de apuramento das cirurgias em sobreposição, do Volume V do processo de auditoria.

CHMT							
Regime de trabalho	Anestesiologista 2	Ortopedista 1		Ortopedista 2		Ortopedista 3	
	2009	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Prevenção		23	20	37	46	64	71
Horário normal de trabalho	19	10	8	25	26	26	16
N.º de cirurgias em produção adicional realizadas em sobreposição de horário	19	33	28	62	72	90	87
Valor recebido	6.290,40 €	21.088,73 €	12.768,40 €	39.621,09 €	28.460,45 €	49.562,19 €	34.541,69 €

Cfr. Ficheiros de produção e mapas de apuramento das cirurgias em sobreposição, do Volume V do processo de auditoria.

No Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, em 2009 e 2010, quatro médicos, um de anestesiologia e três de ortopedia, realizaram produção quando se encontravam cumulativamente durante o cumprimento do horário normal de trabalho, e de prevenção, que originou uma duplicação de pagamentos.

- As situações descritas revelam falhas de controlo interno por parte dos responsáveis das três unidades hospitalares auditadas, uma vez que, nos anos de 2009 e 2010, autorizaram pagamentos de produção adicional aos profissionais sem se certificarem do período da realização das cirurgias, originando assim pagamentos em duplicado, com os valores referidos nos quadros anteriores.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE das gerências relativas ao âmbito da auditoria alegam que:“(…) se efetivamente houve pagamento de produção em SIGIC, em sobreposição injustificada com o horário normal de trabalho e com a prestação de trabalho em regime de prevenção, os montantes assim efetuados foram indevidamente pagos pelo que, terão que ser objeto de reposição por quem, indevidamente os recebeu.” “Todos os profissionais eram (e são) conhecedores das obrigações estatutárias, orgânicas e funcionais a que estão obrigados, bem sabendo que a prestação de trabalho ao abrigo do regime do SIGIC, só poderia ter lugar fora do horário normal de trabalho, diário e semanal, nele se incluindo (...) regime de prevenção.”

Apenas os membros do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria entendem que a produção adicional no âmbito do SIGIC poderia ser efetuada em sobreposição com os horários de trabalho a que o profissional esteja afeto, com o fundamento de que os normativos do SIGIC “(...) são omissos quanto à alegada proibição(...)”“(…) a implementação deste sistema visava otimizar os recursos humanos, técnicos e instalações disponíveis/existentes no SNS. (...) uma das estratégias para reduzir o referido tempo médio de espera para cirurgia era aumentar a capacidade produtiva dos hospitais através do recurso a formas de remuneração atrativas para os profissionais envolvidos, que permitam a **utilização extensiva** dos recursos instalados.”

Apesar dos normativos do SIGIC não referirem expressamente a alegada proibição da realização de cirurgias “adicionais” durante o horário normal de trabalho ou no período em que seja



realizado trabalho extraordinário ou em regime de prevenção, verifica-se uma violação do princípio da legalidade constante do art.º 3.º do Código do Procedimento Administrativo, mais precisamente, a violação da norma que fixa o horário de trabalho, art.º 20 do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, bem como a de que prevê a prestação de horas extraordinárias e o regime de prevenção (art.º 7.º e 9.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março).

Aliás, recorde-se o teor da Ata n.º 49 do Conselho de Administração do CHBA, de 16 de dezembro 2010, que no seu ponto 3 estabeleceu, em concreto e na prática, que “(...) **A atividade cirúrgica adicional deverá ser efetuada fora do horário normal de trabalho (...)**” o que demonstra que, então, seria também este o entendimento deste Conselho de Administração.

Salienta-se ainda, que o léxico utilizado nos relatórios da atividade em cirurgia programada produzidos e divulgados periodicamente pela ACSS menciona expressamente que a modalidade remuneratória alternativa refere-se à produção realizada pela equipa cirúrgica fora do seu horário de trabalho estabelecido e paga por unidade ponderada de produção, enquanto a modalidade remuneratória convencional se refere à produção realizada pela equipa cirúrgica dentro do seu horário de trabalho estabelecido e paga no âmbito do seu vencimento mensal.

- Assim, os pagamentos em duplicado ocorridos na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e no Centro Hospitalar do Médio Tejo, relativos à produção cirúrgica adicional durante o horário normal de trabalho, ou de prevenção, consideram-se ilegais e indevidos e acarretam para os responsáveis pela autorização dessa despesa, os membros individuais do Conselho de Administração em funções nas unidades hospitalares nos anos de 2009 e 2010, responsabilidade reintegratória e sancionatória, p.p. nos termos do al. b) do n.º 1 do art.º 65, e n.ºs 1, 4, 5 e 6 do art.º 59º, ambos 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 – LOPTC.
- O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio autorizou o pagamento aos médicos do montante referente à realização do **rastreio da retinopatia diabética**, nos anos de 2009, 2010 e 2011, **contra a entrega de recibos verdes e de faturas de sociedades comerciais de que alguns médicos eram sócios únicos**. Uma vez que as referidas sociedades não foram partes contratantes, e os sucessivos contratos não foram estabelecidos com aqueles médicos enquanto profissionais liberais, o pagamento desses serviços só poderia ter sido efetuado aos respetivos médicos, enquanto pessoas singulares e trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde.
- Verificou-se ainda que, um dos médicos “contratantes” exercia funções no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio em regime de dedicação exclusiva. Sucede que, nos termos do n.º 4 do art.º 9, do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março⁸⁵ “*o regime de dedicação exclusiva é incompatível com o desempenho de qualquer atividade profissional pública ou privada...*”, desconhecendo-se também qualquer pedido de alteração do regime de funções e consequente pedido de autorização de acumulação de funções que tivesse sido efetuado pelo referido médico, nos

⁸⁵ Revogado pelo Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto estabelecendo no entanto um regime transitório nos termos do seu art.º 32.



termos do art.º 28 da Lei n.º 12-A/2008⁸⁶, de 27 de fevereiro, com a redação dada pela Lei n.º 34/2010, de 2 de setembro.

- As **atividades privadas são incompatíveis, a título remunerado, em regime de trabalho autónomo ou de trabalho subordinado, concorrentes ou similares com as funções que exercem na Administração Pública e que com estas sejam conflitantes.**
- Estes factos são assim, suscetíveis de fazer incorrer os seus responsáveis⁸⁷ em **responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória**, esta última quanto ao valor auferido em 2009, pelo médico em regime de dedicação exclusiva, através de recibo verde, p.p. nos termos das als. b) e d) do n.º 1 do art.º 65 e, n.º 1, 4, 5 e 6 do art.º 59, ambos 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.

5.6. Processo de contratação de serviços de anesthesiologia

(Cf. Ponto 3.3.6 do volume II)

- Em 2006, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, recorreu à contratação de uma empresa para a prestação de cuidados médicos de anesthesiologia, remunerada em função do número de horas efetuadas, ao preço de € 75 por hora⁸⁸.
- Em dezembro de 2008, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS)⁸⁹ fixou os preços de referência para a **contratação externa de serviços médicos pelas instituições do SNS**, incluindo as entidades públicas empresariais, fixando para os médicos especialistas o valor de € 35,00/hora, posteriormente alterado para € 30,00/hora⁹⁰.
- Porém, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, (CHMT), não alterou o valor/hora contratado com a referida empresa para a prestação de cuidados médicos de anesthesiologia no serviço de urgência, o qual era superior a mais do dobro do valor de referência fixado pela Administração Central do Sistema de Saúde. Só em 2011, quatro anos após a celebração do contrato e cerca de dois anos após os valores de referência terem sido regulamentados, a Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, de comum acordo com aquela empresa prestadora de serviços, baixou o valor contratado de € 75,00/hora para € 55,00/hora, continuando ainda assim a ser superior em 83,3% face ao valor de referência.

Em sede de contraditório o atual Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, informou que conseguiu negociar com todos os prestadores de serviços os

⁸⁶ Alterada pelas Leis n.º 64-A/2008 de 3 de dezembro e 3-B/2010 de 28 de abril.

⁸⁷ Os responsáveis pela autorização da despesa e dos pagamentos foram os membros individuais do CA em cada um dos respetivos exercícios financeiros, melhor identificados no Anexo 1 e 5 do volume III.

⁸⁸ Até ao ano de 2008 estes contratos não estavam "limitados" em termos de valor/hora e o contrato inicialmente datava de 18 de setembro.

⁸⁹ Através do Ofício Circular n.º 23841, de 08 de dezembro de 2008.

⁹⁰ Através do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10428/2011, de 1 de agosto, publicado no DR, 2.ª Série, n.º 158, de 18 de agosto.



valores/hora legalmente estabelecidos⁹¹, incluindo o contrato de prestação de serviços de anestesiologia supra referido⁹², pelo que atualmente não mantêm contratos de prestações de serviços por valores superiores aos de referência.

Fica por explicar a razão pela qual o Conselho de Administração das gerências relativas ao âmbito da auditoria não conseguiu idêntica negociação imediatamente após a publicação do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e a definição do preço de referência através do Ofício Circular n.º 23841, de 8 de dezembro de 2008, da ACSS, IP. O efeito da negociação conseguida pelo atual CA será verificado em sede de acompanhamento do acatamento das recomendações do presente relatório.

➤ *Infrações financeiras*

- Os membros do Conselho de Administração, que exerceram funções nas gerências de 2009, 2010 e 2011 poderão ser objeto de responsabilidade financeira, **por não terem justificado essa aquisição de serviços por valor superior ao valor/hora de referência fixado para 2009, 2010 e 2011, em cumprimento dos n.ºs 8 e 9 do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, e n.ºs 6 e 7 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10428/2011, de 1 de agosto e ainda, no que respeita a 2011, pela não sujeição do contrato à autorização do membro do Governo responsável pela área da Saúde, a que estavam obrigados, nos termos do n.º 7 do já referido Despacho n.º 10428/2011.**
- A situação referida é potencialmente geradora de responsabilidade sancionatória para os referidos membros do Conselho de Administração, nos termos do disposto na al. b) do n.º 1 do art.º 65 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 – LOPTC.

A falta de justificação para **aquisição de serviços por valor superior ao valor/hora de referência fixado para 2009, 2010 e 2011, em cumprimento dos n.ºs 8 e 9 do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, e n.ºs 6 e 7 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10428/2011, de 1 de agosto** poderá ainda ser objeto de eventual **responsabilidade financeira reintegratória** nos termos dos n.ºs 1, 4, 5 e 6 do art.º 59º, 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 – LOPTC, no valor de € 241 mil em 2009, € 229 mil em 2010 e € 247 mil em 2011, correspondente à diferença entre o valor de referência permitido e o valor efetivamente pago, apurado nos termos do quadro n.º 55 do volume II.

5.7. Licenças sem vencimento de longa duração

(Cf. Ponto 3.4 do volume II)

- No **Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE⁹³**, e na **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE⁹⁴**, foram concedidas, nos anos de 2009 e 2010, licenças sem vencimento de longa

⁹¹ € 25 para não especialistas e € 30 para especialistas.

⁹² Foi celebrado novo contrato em 13 de abril de 2012, para a prestação de atos clínicos de Anestesiologia ao preço hora de € 30.



duração a médicos, alegadamente ao abrigo do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde⁹⁵, tendo os mesmos em seguida celebrado contratos individuais de trabalho com as mesmas unidades hospitalares com condições remuneratórias mais vantajosas relativamente às que resultavam da situação laboral decorrente do vínculo à função pública que detinham anteriormente, tal como a seguir se evidencia:

- No **Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE**, a alteração do regime jurídico de trabalho dos profissionais permitiu-lhes acréscimos remuneratórios de 29%, 40% e 45%, na sua remuneração total.

Profissionais	2008		2009			2010		
	Remuneração anual	Média da remuneração base	Remuneração anual	Média da remuneração base	Variação da remuneração total	Remuneração anual	Média da remuneração base	Variação da remuneração total
Pneumologia	€ 68.986,80	€ 3.269,70	€ 88.779,90	€ 3.923,87	29%			
Radiologia	€ 36.784,73	€ 2.964,83	€ 53.375,59	€ 4.016,90	45%			
Medicina Interna 1	€ 39.287,14	€ 3.240,61	€ 54.882,22	€ 4.573,52	40%			
Medicina Interna 2			€ 76.387,46	€ 2.633,29		€ 115.950,52	€ 5.103,74	52%

- Na **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**, um médico obstetra conseguiu com a alteração do seu regime jurídico de trabalho, um acréscimo remuneratório de 46%, de 2008 para 2009, na sua remuneração total, passando a sua remuneração mensal média de € 1.950, em 2008, para € 2.842, em 2009. Em 2011, terceiro ano do novo contrato, a remuneração auferida por este médico já refletia um acréscimo salarial de mais do dobro (110%), que lhe permitiu alcançar uma remuneração mensal média de € 4.095,30. A médica de medicina no trabalho, que celebrou o contrato individual de trabalho com efeitos a fevereiro de 2009, conseguiu um incremento da sua remuneração base no valor de € 2.282,20 através de um “subsídio mensal de interioridade” no montante de € 700, e de “um abono mensal de ajudas de custo e de subsídio de transporte” de € 1.582,20. Estes abonos perfizeram um valor anual de cerca de € 25 mil, em 2009 e € 27 mil, em 2010 e 2011.
- Nestes casos, a atribuição de licenças sem vencimento e, subsequentemente, a celebração de contratos individuais de trabalho com os mesmos profissionais, teve como principal e único propósito, a alteração efetiva dos vencimentos (remunerações), já que se manteve inalterado o estatuto jurídico (vínculo à função pública), e, respetivamente, as regalias decorrentes do regime da função pública.
- A deliberação de autorizar a celebração dos referidos contratos evidencia uma gestão pouco criteriosa dos recursos, com falta de transparência e censurável, porquanto os conselhos de administração destas unidades hospitalares conheciam as reais necessidades da unidade hospitalar respeitantes à dispensabilidade daqueles médicos e conceberam um “expediente”

⁹³ Seis pedidos de licença sem vencimento, formalizados, em 2009 e 2010, dos quais quatro celebraram contrato com o CHBA.

⁹⁴ Cinco pedidos de licença sem vencimento, formalizados, em 2009 e 2010, dos quais 2 celebraram contrato com a ULSBA.

⁹⁵ SNS – Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 53/98, de 11 de março; Decreto-Lei n.º 68/2000, de 26 de abril e Decreto-Lei n.º 276-A/2007, de 31 de julho) e art.º 17 do Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro.



com vista a distorcer o **verdadeiro objetivo e alcance da aplicação da norma jurídica, ao permitirem, por esse expediente, o aumento do vencimento desses médicos à revelia das regras de progressão na carreira médica.**

- No caso do **Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE**, os despachos que recaíram sobre o pedido de concessão das licenças sem vencimento não continham uma apreciação sobre o interesse público que poderia justificar em cada um dos casos a autorização, o mesmo sucedendo com a entidade competente, a ARS do Algarve, IP, que autorizou os mesmos pedidos de licenças sem vencimento.
- Já, na **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo**, os pedidos de licença sem vencimento, além de também não apresentarem o fundamento do interesse público, nem sequer foram remetidos à ARS do Alentejo, IP, uma vez que o Conselho de Administração entendeu, **erroneamente**, que a respetiva norma legal lhes conferia competência para essa autorização⁹⁶.
- Em sede de acatamento de recomendações formuladas no âmbito do relatório de auditoria à “Contratação externa de serviços médicos pelas unidades hospitalares do SNS”⁹⁷, o Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, informou que “Desde que esse Tribunal de Contas apontou esta Instituição como um exemplo de má gestão por ter concedido licença sem vencimento a três médicos, seguida da celebração de contratos individuais de trabalho (...) não mais autorizou a concessão de licença sem vencimento do quadro público (...)”⁹⁸.
- No **Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE**, no período temporal objeto desta auditoria, não foram detetadas quaisquer situações de licenças sem vencimento de longa duração que tivessem sido solicitadas. Registe-se contudo, que em gerências anteriores a 2009, a celebração de contratos individuais de trabalho com profissionais médicos que antes tinham requerido licenças sem vencimento de longa duração, era também habitual, situação entretanto alterada⁹⁹.

➤ *Infrações financeiras*

- No que respeita ao **Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE**, a concessão das licenças sem vencimento e a consequente celebração de Contrato Individual de Trabalho com quatro dos profissionais que as requereram, bem como a autorização concedida pela Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, sem o respetivo fundamento, nos termos do n.º 2 do art.º 17.º

⁹⁶ Note-se que um aspeto é o referido diploma conceder aos Conselhos de Administração dos Hospitais EPE, a competência para, caso a caso, decidirem se existe ou não interesse público subjacente aos pedidos de licença sem vencimento e, outro, bem diferente, é aferir-se a quem é que pertence a competência para autorizar esses pedidos. Neste caso, competia à Região de Saúde do Alentejo, IP, por delegação do Ministro da Saúde, nos termos do n.º 1 do art.º 21 do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. Assim, sem prejuízo de a ULSBA se ter de pronunciar sobre cada um dos aludidos pedidos de licença sem vencimento de longa duração, deveria depois ter submetido esses pedidos com informação de existência de interesse público à competente ARS, para autorização.

⁹⁷ Cfr. Relatório do Tribunal de Contas n.º 19/2010-2ª S.

⁹⁸ Cfr. Ofício SAI/2011/7272, de 29 de agosto.

⁹⁹ Relatório n.º 5/2010- 2ª S.



do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, determinam uma eventual **infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira sancionatória, nos termos da al. b) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, imputável aos membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, e do conselho diretivo da Administração Regional de Saúde Algarve, IP**, em exercício à data da concessão das respetivas licenças nos anos de 2009 e 2010.

- O facto de os responsáveis do Conselho de Administração da **Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**, não terem submetido os respetivos pedidos com informação de existência de interesse público à competente ARS, para autorização, em cumprimento do disposto no n.º 1 do art.º 21 do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, determina uma eventual **infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira sancionatória, nos termos da al. b) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto¹⁰⁰**, imputável aos membros dos conselhos de administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, em exercício à data da concessão das respetivas licenças nos anos de 2009 e 2010.
- Acresce ainda que em relação à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, e no que respeita ao contrato individual de trabalho outorgado com uma médica de medicina do trabalho, apesar de terem sido acordados nesse contrato o “subsídio mensal de interioridade”, pago à referida médica, o mesmo carece de base legal para a sua atribuição. As ajudas de custo e de transporte, também previstas no contrato, não se encontram justificadas e não traduzem uma compensação das despesas que a trabalhadora tenha suportado na sequência de deslocações ao serviço da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. As quantias pagas à referida médica, a título de subsídio mensal de interioridade e de ajudas de custo e de transporte, entre 2009 e 2011, totalizaram € 79.877,00 (€ 25.104,20, em € 2009, € 27.386,40, em 2010 e € 27.386,40 em 2011).
- Tais importâncias deveriam ter integrado a retribuição paga àquela trabalhadora, por revelarem carácter regular e permanente¹⁰¹, o que não aconteceu. Pelo que, os respetivos pagamentos mensais são ilegais e indevidos e podem configurar infrações financeiras suscetíveis de gerar eventual **responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória imputável aos membros dos conselhos de administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE**, em exercício nos anos de 2009, 2010 e 2011, nos termos do art. 59º, n.º 1, 4 e 6, e do art.º 65º, n.º 1, al. b), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

¹⁰⁰ Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto.

¹⁰¹ E, consequentemente estarem sujeitas à retenção que nos termos do art.º 2 do Código do Imposto sobre o rendimento das pessoas singulares (IRS) é efetuada sobre os rendimentos de trabalho dependente.



6. RECOMENDAÇÕES

Face às conclusões de auditoria, formulam-se as seguintes recomendações:

Ao Ministro da Saúde

1. Providenciar através de alterações legislativas pela harmonização, proporcionalidade e transparência das remunerações dos médicos, praticadas efetivamente nas unidades hospitalares do SNS.
2. Elaborar uma proposta para clarificação da norma constante do art.º 22-B do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, aditado pela Lei n.º 66-B/2012 de 31 de dezembro, Lei que aprova o OE para 2013, tendo em vista o esclarecimento inequívoco do âmbito e limites à realização do trabalho suplementar ou extraordinário, nas unidades hospitalares do SNS.
3. Reitera-se a recomendação “Promover a proficiência quantitativa dos membros dos Conselhos de Administração das unidades hospitalares”¹⁰², de modo a acautelar que a sua autonomia gestonária seja indevidamente utilizada no que respeita à gestão e contratação de médicos.
4. Analisar o regime de licenças sem remuneração previsto no Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, de forma a verificar-se se o mesmo é passível de permitir situações similares às identificadas na presente auditoria e em caso afirmativo estabelecer regras no sentido de as impedir.
5. Comunicar ao Tribunal de Contas os casos identificados em que tenham sido atribuídas licenças sem vencimento de longa duração a médicos que, na sequência das autorizações, tenham sido contratados pela mesma ou por qualquer outra unidade de saúde do SNS, bem como os casos que entretanto foram denunciados, na sequência da avaliação efetuada.
6. Providenciar pela realização de ações inspetivas com a finalidade de detetar situações de aquisição externa de prestação de cuidados médicos, a profissionais que cumulativamente tenham uma relação laboral com a mesma unidade hospitalar, em regime de exclusividade, com comunicação das infrações ao Tribunal de Contas, nos termos legais, sem prejuízo da adoção de medidas sancionatórias aos membros dos Conselhos de Administração.
7. Providenciar pela divulgação semestral, por todos os hospitais do SNS, das vagas existentes em cada unidade hospitalar do SNS.
8. Providenciar pela publicitação semestral da remuneração total global, por especialidade e categoria médica (discriminando-a em remuneração base, trabalho extraordinário, trabalho em regime de prevenção, produção adicional, entre outros), por forma a fomentar as migrações internas e atenuar a falta de médicos no interior do país e no Algarve.

¹⁰² Relatório n.º 48/2010 – 2ª Secção, da Auditoria de Resultados ao Programa de Intervenção em Oftalmologia.



9. Promover a avaliação da aderência das instituições no que respeita à celebração de contratos de prestação de serviços médicos com os fornecedores selecionados através do procedimento organizado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, e concomitantemente à monitorização regular do ponto de situação da satisfação das necessidades de recursos humanos médicos para assegurar a prestação dos cuidados de saúde especializados em todas as instituições do Serviço Nacional de Saúde.
10. Considerar na avaliação de desempenho dos membros dos conselhos de administração o resultado das medidas de gestão adotadas que visaram obter eficiência na atividade cirúrgica programada e correspondente diminuição da produção adicional.
11. Providenciar pela alteração do normativo que regula a produção adicional no âmbito do SIGIC, paga em Modalidade Remuneratória Alternativa, no sentido de precisar na sua redação que a mesma deve ser realizada em período pós laboral, evitando assim, interpretações que originam eventos de duplicação de remunerações.

Aos Conselhos de Administração das três Unidades Hospitalares auditadas

1. Promover a **eficiência da atividade cirúrgica programada e correspondente diminuição da produção adicional**, através do efetivo aproveitamento da capacidade instalada.
2. Realizar um controlo efetivo da produção no âmbito do SIGIC, paga em Modalidade Remuneratória Alternativa, de forma a eliminar eventos de duplicação de remunerações.
3. Garantir que a **contratualização interna contemple objetivos revistos e atualizados anualmente de acordo com as necessidades do serviço, a capacidade instalada e o desempenho das equipas**.
4. **Proceder ao controlo das presenças físicas dos médicos em regime de prevenção** de forma a avaliar a percentagem de ocorrências/necessidade de deslocação à unidade hospitalar e o cumprimento do tempo máximo legalmente estabelecido.
5. Adotar medidas **disciplinares quando os profissionais, independentemente das suas funções ou da natureza do seu vínculo, se recusem a cumprir as obrigações do registo de assiduidade biométrica**, sancionando esse incumprimento.
6. **Tendo em vista a transparência e divulgação de práticas de gestão, incluir nos relatórios anuais de gestão e contas e no seu sítio da internet, referências específicas:**
 - Às cinco remunerações mais elevadas explicitando e justificando as causas respeitantes a cada uma das componentes que concorreram para a remuneração total global desses profissionais;
 - Às autorizações da Tutela, com indicação do número e data dos respetivos despachos que autorizem pedidos excecionais, no âmbito da relação laboral ou contratação externa de serviços médicos;



- Lista de contratos individuais de trabalho ou contratos de aquisição de prestação de cuidados médicos, que tenham sido realizados ao longo do ano, incluindo o valor, objeto, identificação das partes contratantes e duração dos mesmos;
- Especificação da produção adicional (consultas e cirurgias), por especialidade e divulgação dos valores pagos e dos respetivos indicadores de tempos de espera e número de inscritos.

Aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve

1. Comunicar à Tutela **os casos em que venham a ocorrer contratações de médicos que se encontrem em licença sem vencimento de longa duração, seja por contratos individuais de trabalho, seja de aquisição de serviços de médicos**, mesmo por interpostas sociedades comerciais.
2. Promover a **divulgação entre as unidades hospitalares da Região das boas práticas e das soluções mais económicas, eficientes e eficazes**, resultantes das opções que tenham sido adotadas, quer as que respeitam à contratação externa de serviços médicos, quer as que tenham resultado de reorganização ou revisão de processos de produção interna.
3. Providenciar pelas medidas necessárias para que todos os estabelecimentos do SNS, independentemente de pertencerem ao setor público administrativo ou ao setor público empresarial, implementem a utilização plena dos sistemas automáticos de registo de presenças, com recurso a dados biométricos, garantindo assim a verificação da assiduidade e pontualidade.

III. INFRAÇÕES FINANCEIRAS

As eventuais infrações financeiras referidas nos pontos anteriores e respetivos responsáveis encontram-se identificadas no Anexos 1, 2, 3, 4 e 5 do volume III ao presente Relatório.

IV. EMOLUMENTOS

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º e 11º, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de agosto, e 3-B/2000, de 4 de abril, são devidos emolumentos, num total de € 17.164,00, suportados pela Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (€ 5.721,34), Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (€ 5.721,33), e Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, (€ 5.721,33), cfr. anexos 83, 84 e 85 do volume III.



V. DETERMINAÇÕES FINAIS

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

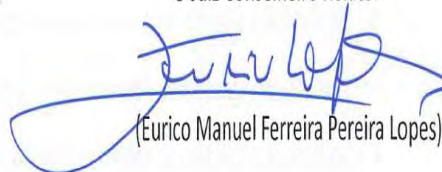
1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. a) do n.º 2 do artigo 78º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades/responsáveis:
 - Ao Ministro do Estado e das Finanças;
 - Ao Ministro da Saúde;
 - Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
 - Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
 - Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
 - Aos três membros do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, das gerências dos anos de 2009, 2010 e 2011;
 - Ao Conselho de Administração das unidades hospitalares auditadas:
 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE;
 - Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE;
 - Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.
 - Aos cinco membros do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, das gerências dos anos de 2009, 2010 e 2011.
 - Aos seis membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, das gerências dos anos de 2009, 2010 e 2011.
 - Aos sete membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, das gerências dos anos de 2009, 2010 e 2011.
 - Propõe-se, também, a remessa do relatório, ao Bastonário da Ordem dos Médicos.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, **que os volumes I e II**, sejam colocados à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades envolvidas e/ou auscultadas 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, nº 4, 55º nº 2, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto.

Tribunal de Contas, em 29 de maio de 2013

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos



(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)



(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

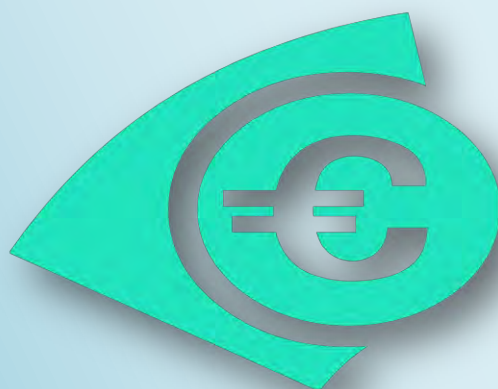
Eu: *Eu: [illegible]*



*Promover
a verdade, a
qualidade
e a
responsabilidade
nas finanças
públicas*

Tribunal de Contas

*Auditoria às remunerações mais
elevadas pagas pelas unidades
hospitalares que integram o
Serviço Nacional de Saúde*



Relatório n.º 12/2013 - 2.ª Secção
Processo n.º 31/2011 - AUDIT
Volume II - Desenvolvimento da Auditoria





Volume II
Índice Geral
Desenvolvimento da Auditoria

I - DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA	9
1. SISTEMA REMUNERATÓRIO DOS MÉDICOS NAS UNIDADES HOSPITALARES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	9
2. REMUNERAÇÃO AUFERIDA PELOS CINCO MÉDICOS COM AS REMUNERAÇÕES MAIS ELEVADAS DO UNIVERSO HOSPITALAR DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	10
2.1. Remuneração total	10
2.2. Trabalho extraordinário	18
2.3. Prevenções	21
2.4. SIGIC/Produção adicional.....	22
2.5. Outros abonos	24
2.6. Mecanismos instituídos para controlo de assiduidade	24
3. UNIDADES HOSPITALARES AUDITADAS	26
3.1. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.....	28
3.1.1. ULSBA - Remunerações auferidas pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas	28
3.1.2. ULSBA – Trabalho extraordinário.....	31
3.1.3. ULSBA – Prevenções	36
3.1.4. ULSBA – Produção cirúrgica adicional – SIGIC	38
3.1.5. ULSBA – Evolução da lista de espera em cirurgia.....	44
3.1.6. ULSBA - Contratação de serviços médicos para realização de consultas	46
3.2. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	48
3.2.1. CHBA - Remuneração total auferida pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas	49
3.2.2. CHBA - Trabalho extraordinário	51
3.2.3. CHBA - Prevenções	56
3.2.4. CHBA – Produção cirúrgica adicional - SIGIC	57
3.2.5. CHBA - Evolução da lista de espera em cirurgia.....	61
3.2.6. CHBA - Rastreio da retinopatia diabética.....	64
3.3. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.....	67
3.3.1. CHMT - Remunerações auferidas pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas	67



3.3.2. CHMT - Trabalho extraordinário	70
3.3.3. CHMT - Prevenções	73
3.3.4. CHMT – Produção cirúrgica adicional - SIGIC	75
3.3.5. CHMT - Evolução da lista de espera em cirurgia.....	78
3.3.6. CHMT - Processo de contratação de serviços de anestesiologia.....	81
3.4. Licenças sem vencimento de longa duração.....	85
3.4.1. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	90
3.4.2. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.....	91
3.5. Comparação das remunerações para a redução de listas de espera de cirurgias à catarata.....	94
4. COMPARAÇÃO DA REMUNERAÇÃO A PAGAR AOS MÉDICOS PELA REALIZAÇÃO DE PRODUÇÃO ADICIONAL POR UNIDADE PRODUZIDA VS REMUNERAÇÃO POR HORAS EXTRAORDINÁRIAS	97
5. IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO	98

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Total auferido pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas	10
Quadro 2 – Tabela remuneratória, para as categorias de topo e de entrada, da carreira médica .	12
Quadro 3 – Médicos com as remunerações mais elevadas entre 2009 e 2012.....	12
Quadro 4 – Percentagem do n.º de especialistas face ao total - 2007	16
Quadro 5 – Percentagem do n.º de especialistas face ao total - 2011	17
Quadro 6 – Projeção do n.º de médicos por tipologia de carreira médica	17
Quadro 7 – Produção cirúrgica adicional	23
Quadro 8 – ULSBA - Remunerações 2009	29
Quadro 9 – ULSBA - Remunerações 2010	29
Quadro 10 – ULSBA - Remunerações 2011	29
Quadro 11 – ULSBA - Remunerações 2012	30
Quadro 12 – ULSBA – Evolução das remunerações 2009 - 2012.....	30
Quadro 13 – ULSBA - Remunerações 2012	31
Quadro 14 – ULSBA - Valor total pago aos cinco médicos	31
Quadro 15 – ULSBA – Horas extraordinárias vs horas em trabalho normal	34
Quadro 16 – ULSBA – Trabalho extraordinário	35
Quadro 17 – ULSBA - Valor total pago aos três médicos	36
Quadro 18 – ULSBA - Valor da produção adicional vs valor de toda a produção adicional.....	38
Quadro 19 – ULSBA – Produção base vs adicional	39
Quadro 20 – ULSBA – Produção base vs adicional do Serviço de Oftalmologia.....	40
Quadro 21 – ULSBA – Valores auferidos em duplicado.....	41
Quadro 22 – ULSBA - Produção adicional vs normal – Serviço de Ortopedia	43
Quadro 23 – ULSBA - Produção cirúrgica realizada	44
Quadro 24 – ULSBA - Encargos com a contratação de consultas acrescidas	47
Quadro 25 – CHBA - Remunerações 2009.....	49



Quadro 26 – CHBA - Remunerações 2010.....	49
Quadro 27 – CHBA - Remunerações 2011.....	50
Quadro 28 – CHBA - Remunerações 2012.....	50
Quadro 29 – CHBA - Evolução das remunerações 2009 - 2012	51
Quadro 30 – CHBA - Remunerações 2012.....	51
Quadro 31 – CHBA – Valor total pago aos cinco médicos	52
Quadro 32 – CHBA – Trabalho extraordinário vs trabalho normal.....	54
Quadro 33 – CHBA - Trabalho extraordinário.....	55
Quadro 34 – CHBA - Valor total pago aos três médicos.....	56
Quadro 35 – CHBA - Valor da produção adicional paga aos cinco médicos vs pagamento de toda a produção adicional	57
Quadro 36 – CHBA - Produção adicional realizada em sobreposição de horário.....	59
Quadro 37 – CHBA - Valor dos cuidados de saúde a prestar	64
Quadro 38 – CHBA - Retinopatia diabética.....	64
Quadro 39 – CHMT - Remunerações 2009.....	68
Quadro 40 – CHMT - Remunerações 2010.....	68
Quadro 41 – CHMT - Remunerações 2011.....	68
Quadro 42 – CHMT - Remunerações 2012.....	69
Quadro 43 – CHMT – Evolução das remunerações 2009 a 2012.....	69
Quadro 44 – CHMT - Remunerações 2012.....	69
Quadro 45 – CHMT - Peso do valor do trabalho extraordinário pago aos cinco médicos	70
Quadro 46 – CHMT – Trabalho extraordinário vs trabalho normal.....	72
Quadro 47 – CHMT – Valor unitário do trabalho extraordinário.....	73
Quadro 48 – CHMT - Valor total pago aos três médicos	74
Quadro 49 – CHMT - Valor da produção adicional vs pagamento de toda a produção adicional...	75
Quadro 50 – CHMT - Produção cirúrgica realizada em produção normal e adicional	76
Quadro 51 – CHMT - Cirurgias realizadas com preço de GDH superior a € 4000	76
Quadro 52 – CHMT - Cirurgias realizadas com preço de GDH superior a € 4000 – Serviço de ortopedia	77
Quadro 53 – CHMT - Cirurgias efetuadas em sobreposição de horário – 2009 – 2010.....	77
Quadro 54 - CHMT - Doentes em espera para consulta – 2008 – 2012	80
Quadro 55 - CHMT – Cuidados médicos de anestesiologia – 2009 – 2011	83
Quadro 56 – CHBA - Remuneração antes e após celebração do CIT	91
Quadro 57 - ULSBA - Remuneração do profissional de obstetrícia – 2008 a 2011.....	92
Quadro 58- ULSBA - Remuneração do profissional de medicina no trabalho – 2008 a 2011	92
Quadro 59 – Cirurgia à catarata remuneração da equipa cirúrgica.....	95
Quadro 60 – Cirurgia à catarata redução estimada	95
Quadro 61 – Redução estimada em consultas externas	96
Quadro 62 – ULSBA - Remuneração da produção adicional	97
Quadro 63 – CHBA - Remuneração da produção adicional.....	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Anestesiologia.....	15
Gráfico 2 – Oftalmologia	15
Gráfico 3 – Ortopedia	15
Gráfico 4 - Distribuição do valor da cirurgia pela equipa 2009-2010	23



Gráfico 5 – Implementação do sistema de registo biométrico	25
Gráfico 6 – ULSBA - Lista de espera para cirurgia por especialidade	45
Gráfico 7 – ULSBA - Média da evolução do tempo de espera para cirurgia	45
Gráfico 8 – CHBA - Produção cirúrgica em oftalmologia	58
Gráfico 9 – CHBA - Número de doentes em espera para cirurgia por especialidade -2008-2012 ...	62
Gráfico 10 – CHBA - Evolução do tempo de espera para cirurgia por especialidade -2008-2011 ...	62
Gráfico 11 – CHBA - Doentes em espera - 1. ^a Consulta nas especialidades cirúrgicas	63
Gráfico 12 – CHMT - Doentes a aguardar por cirurgia	79
Gráfico 13 – CHMT - Tempo médio de espera para cirurgia	79
Gráfico 14 – CHMT - Doentes em espera para 1. ^a consulta – 2008 – 2012	80
Gráfico 15 – CHBA - Remuneração antes e após celebração do CIT – 2008 - 2011	91



RELAÇÃO DAS SIGLAS

Sigla	Designação
ACT	Acordo Coletivo de Trabalho
ACCE	Acordo Coletivo da Carreira Especial Médica
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARS	Administrações Regionais de Saúde
CA	Conselho de Administração
CHBA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
CHMT	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CITFP	Contrato Individual de Trabalho em funções públicas
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
LVCR	Lei sobre os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas
MRA	Modalidade Remuneratória Alternativa
MRC	Modalidade Remuneratória Convencional
NR	Nível remuneratório
PAEF	Programa de Ajustamento Económico e Financeiro
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera em Cirurgia
PGRC	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
RCTFP	Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas
SCI	Sistema de Controlo Interno
SEAS	Secretário de Estado Adjunto da Saúde
SEE	Setor Empresarial do Estado
SES	Secretário de Estado da Saúde
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
TC	Tribunal de Contas
ULSBA	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
UHGIC	Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia



Tribunal de Contas

ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

*Auditoria às remunerações mais elevadas pagas pelas unidades
hospitalares que integram o Serviço Nacional de Saúde*



I - DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

1. SISTEMA REMUNERATÓRIO DOS MÉDICOS NAS UNIDADES HOSPITALARES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

(Cf. Ponto 6)

A transformação dos hospitais em entidades públicas empresariais, ao estabelecer o princípio geral da sujeição de todos os trabalhadores ao regime do contrato de trabalho e demais legislação complementar, originou a coexistência de dois regimes jurídicos distintos: por um lado o **regime de contrato de trabalho em funções públicas** por tempo indeterminado e, por outro, o **regime de contrato individual de trabalho**¹.

I. Contrato de Trabalho em Funções Públicas	II. Contrato Individual de Trabalho (CIT)
a) 35 horas semanais a.1) Tempo completo; a.2) Com dedicação exclusiva; b) 42 horas semanais b.1) Com dedicação exclusiva.	40 Horas semanais

A par destes regimes jurídicos de trabalho têm coexistido diferentes regimes de horário, consoante os médicos prestem serviço em regime de contrato individual de trabalho (CIT) ou em contrato de trabalho em funções públicas, tendo em conta a data de admissão e a opção ou não pelos novos regimes.

No exercício do contraditório, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, vem alegar que: *“(…) ciente da dualidade de regimes e de como tal dualidade não favorecia o normal funcionamento dos serviços, o Governo procurou harmonizar (...) o regime remuneratório dos diversos profissionais. (...) foi estabelecido no art.º 34.º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro que: “Durante a vigência do PAEF, os níveis retributivos incluindo suplementos remuneratórios, dos trabalhadores com contrato de trabalho no âmbito dos estabelecimentos ou serviços do (...) SNS com a natureza de Entidade Pública Empresarial, celebrados após 1 de Janeiro de 2012, não podem ser superiores aos dos correspondentes trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas inseridos em carreiras gerais ou especiais”.*

As alegações apresentadas não alteram as observações de auditoria, porquanto o efeito destas medidas apenas poderá ser verificado em futuras auditorias ou em sede de acolhimento de recomendações do presente relatório.

Em outubro de 2012 foi concluído o procedimento de negociação² relativo à alteração do regime remuneratório da carreira médica e à organização do tempo de trabalho médico, designadamente

¹ À data da realização da auditoria a situação remuneratória dos médicos era a que resultava dos Decretos-Leis nºs 176/2009, e 177/2009, ambos de 4 de agosto, Acordo Coletivo entre o Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, e outros e a Federação Nacional dos Médicos – FNAM e outro, publicado no Boletim do Trabalho e Emprego - BTE nº 41 de 08/11/2009, e Acordo Coletivo de Trabalho nº 2/2009, publicado no D.R. 2ª Série, de 13 de outubro de 2009, bem como do código de trabalho.

² Entre o Governo, os representantes indicados e credenciados pelas Entidades Públicas Empresariais e os representantes do Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e da Federação Nacional dos Médicos (FNAM). Acordo assinado em 14 de outubro de 2012, entre os Sindicatos Médicos e o Ministério da Saúde a vigorar durante dois anos estando marcada para o início de 2015 (princípio n.º 22, página 5) a abertura da mesa negocial com vista à renegociação do mesmo. “As partes tiveram em vista que as alterações acordadas não



no serviço de urgência na sequência do qual foram publicados, entretanto, o Decreto Regulamentar n.º 51-A/2012, de 31 de dezembro (identifica os níveis remuneratórios) e Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro que altera os Decretos-Lei n.º 176 e 177/2009, de 4 de agosto, estabelecendo regras de organização do tempo de trabalho médico e de transição dos trabalhadores médicos já integrados na carreira especial médica para o regime de trabalho que corresponde a 40 horas semanais.

2. REMUNERAÇÃO AUFERIDA PELOS CINCO MÉDICOS COM AS REMUNERAÇÕES MAIS ELEVADAS DO UNIVERSO HOSPITALAR DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

2.1. Remuneração total

Nas 59 unidades hospitalares do SNS os duzentos e noventa e cinco³ profissionais com as remunerações mais elevadas pertencem todos à carreira médica e cerca de 47% detêm a categoria de chefe de serviço. Estes profissionais auferiram, tanto em 2009 como em 2010, cerca de € 46 milhões de remuneração total. Este montante integra a remuneração base com um peso de cerca de 42% em ambos os anos e por um conjunto de outras componentes que proporcionaram um acréscimo na remuneração base destes profissionais, em cerca de 137% e 139% em 2009 e 2010, respetivamente.

Quadro 1 - Total auferido pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas

Componentes remuneratórias	Total anual 2009	% Peso no total	Total anual 2010	% Peso no total	Varição % 2009/2010
Remuneração Base*	19.639.448,97 €	42,24%	19.544.341,75 €	41,87%	-0,48%
Trabalho extraordinário	12.221.974,77 €	26,29%	13.540.936,86 €	29,01%	10,79%
Prevenções	2.689.629,99 €	5,78%	3.812.002,19 €	8,17%	41,73%
Sigic	6.068.457,61 €	13,05%	3.951.686,48 €	8,47%	-34,88%
Outros	5.876.739,09 €	12,64%	5.825.977,80 €	12,48%	-0,86%
Remuneração Total	46.496.250,43 €	100%	46.674.945,08 €	100%	0,38%

*Inclui subsídio de férias, de natal e acréscimo de funções.

Fonte: Dados fornecidos pelas unidades hospitalares.

Nota: Na componente SIGIC incluem-se os pagamentos de anos transatos, do PECLEC, PACO.

Os “outros” abonos no montante de cerca de € 6 milhões em cada ano, traduzem situações específicas e pontuais, que respeitam, nomeadamente a:

Trabalho noturno e fim de semana	Ensaio Clínicos
Prémios	Programa de Transplante de Órgãos
Ajudas de Custos	Codificação GDH
Suplemento de Serviço de Urgência	Ações de Formação

tenham impacto global negativo em termos de Orçamento de Estado, aquando da entrada em vigor do novo modelo organizacional e da nova grelha para as 40 horas semanais” – vd. ponto 2 da Ata de Entendimento. Na sequência deste acordo foram entretanto publicados o Decreto Regulamentar n.º 51-A/2012, de 31 de dezembro, o qual identifica os níveis remuneratórios da tabela remuneratória dos trabalhadores médicos integrados na carreira especial médica com CTFP, sujeitos ao regime de 40 horas semanais, e o Decreto-Lei n.º 266-D/2012, também de 31 de dezembro que procede à primeira alteração aos Decretos-Leis n.ºs 176 e 177/2009, de 4 de agosto, estabelecendo regras de organização do tempo de trabalho médico e de transição dos trabalhadores médicos já integrados na carreira especial médica para o regime de trabalho que corresponde a 40 horas semanais.

³ Cinco de cada uma das unidades hospitalares.



Durante os anos de 2011 e 2012, a remuneração base dos médicos foi objeto de restrições em consequência das medidas adotadas no âmbito do Memorando de Políticas Económicas e Financeiras celebrado entre o Governo Português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional. Neste sentido procedeu-se à redução⁴ das remunerações totais ilíquidas mensais de valor superior a € 1500 nos seguintes termos:

2011	<ul style="list-style-type: none">•3,5% sobre o valor total das remunerações superiores a € 1500 e inferiores a € 2000;•3,5% sobre o valor de € 2000 acrescido de 16% sobre o valor da remuneração total que exceda os € 2000 até € 4165;•10% sobre o valor total das remunerações superiores a € 4165, Cfr. art.º 19.º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2011.
2012	<ul style="list-style-type: none">•Suspensão do pagamento dos subsídios de férias e de natal em cumprimento do art.º 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o Orçamento de Estado para 2012.

Durante o ano de 2011 e 2012 foram ainda tomadas medidas tendentes à diminuição do valor e do número de horas extraordinárias cfr. Despacho n.º 10429/2011, de 1 de agosto e Despacho n.º 2991/2012, de 21 de fevereiro, art.º 32 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, Lei que aprova o OE para 2012 e, posteriormente o art.º 74, da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, Lei que aprova o OE para 2013.

Em consequência destas medidas de estabilidade orçamental a remuneração base⁵ **de topo da carreira médica sofreu uma redução de cerca de 24%, no período de 2009⁶ para 2012, considerando o efeito do corte dos subsídios de férias e de natal neste último ano.** Por sua vez, a remuneração da categoria do início da carreira médica sofreu, no mesmo período e nas mesmas condições, uma quebra de cerca de 18%.

⁴ Cfr. art.º 19.º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2011.

⁵ No novo acordo entre os Sindicatos Médicos e o Ministério da Saúde foram definidos os novos níveis remuneratórios das categorias da carreira especial médica para um regime de 40 horas semanais: indicativo-base o NR 45 no montante de € 2.746,24 e o topo da carreira com o NR 90 com o valor de € 5.063,38. Este regime aplica-se a partir de 1 de janeiro de 2013 a todos os novos médicos a contratar e a todos os que tenham contrato individual de trabalho com remuneração inferior ao nível remuneratório da primeira posição remuneratória da respetiva categoria ponto 8, pp. 3 da Ata de Entendimento.

⁶ De 2009 para 2010 a remuneração base mensal não sofreu qualquer alteração.



Quadro 2 – Tabela remuneratória, para as categorias de topo e de entrada, da carreira médica

Unidade: Euros

Categorias	2010		Valor Hora	2011		Valor Hora	2012		Valor Hora	Variação 2010/2011 Remuneração anual	Variação 2011/2012 Remuneração anual	Total da variação
	Mensal	Anual (14 meses)		Mensal	Anual (14 meses)		Mensal	Anual (12 meses)				
Chefe de Serviço*	5.664,86	79.308,04	31,13	5.098,37	71.377,24	28,02	4.370,03	61.180,49	24,01	-10,00%	-14,29%	-24,29%
Assistente Hospitalar**	1.853,96	25.955,44	12,22	1.789,07	25.047,00	11,79	1.533,49	21.468,86	10,11	-3,50%	-14,29%	-17,79%

Fonte: Tabela remuneratória da carreira médica.

*Escala 4 dedicação exclusiva 42 Horas, remuneração base mais elevada da carreira médica, cfr. Anexos 13 e 14 do volume III.

**Escala 1, 1 tempo completo 35 Horas, remuneração base mais baixa da carreira médica, cfr. Anexos 13 e 14 do volume III.

Nota: No ano de 2012 a remuneração anual foi estimada a partir da extrapolação dos dados semestrais, no entanto, no cálculo da remuneração média mensal consideraram-se os 14 meses para aí refletir o corte dos dois subsídios (de férias e de natal) que ocorreu neste ano cfr. art.º 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012 como medida excecional de estabilidade orçamental.

No quadro seguinte destacam-se os 10 médicos com as remunerações mais elevadas em 2009⁷ e a evolução da respetiva situação remuneratória no período 2009-2012.

Quadro 3 – Médicos com as remunerações mais elevadas entre 2009 e 2012

Região de Saúde	Profissionais/Especialidade	2009		2010		2011		2012		2009/2011 Δ Remuneração	2009/2012 Δ Remuneração
		Remuneração total	Remuneração mensal média	Remuneração total	Remuneração mensal média	Remuneração total	Remuneração mensal média	Remuneração total	Remuneração mensal média		
Algarve	Oftalmologia	€ 744.655,65	€ 53.189,69	€ 680.343,55	€ 48.595,97	€ 382.129,61	€ 27.294,97	€ 156.365,34	€ 11.168,95	-49%	-79%
Alentejo*	Oftalmologia	€ 586.851,52	€ 41.917,97	€ 479.788,16	€ 34.270,58	€ 349.478,80	€ 24.962,77	€ 41.487,32	€ 2.963,38	-40%	-93%
Alentejo	Ortopedia	€ 371.128,34	€ 26.509,17	€ 421.853,95	€ 30.132,43	€ 260.755,08	€ 18.625,36	€ 207.835,96	€ 14.845,43	-30%	-44%
Alentejo	Oftalmologia	€ 369.711,59	€ 26.407,97	€ 256.695,88	€ 18.335,42	€ 191.566,70	€ 13.683,34	€ 38.876,90	€ 2.776,92	-48%	-89%
LVT	Cirurgia Geral	€ 330.433,09	€ 23.602,36	€ 308.917,56	€ 22.065,54	€ 196.802,83	€ 14.057,35	€ 86.184,26	€ 6.156,02	-40%	-74%
Alentejo	Pediatria	€ 323.377,24	€ 23.098,37	€ 223.586,75	€ 15.970,48	€ 203.613,38	€ 14.543,81	€ 184.373,46	€ 13.169,53	-37%	-43%
Alentejo	Anestesiologia	€ 318.933,89	€ 22.780,99	€ 310.440,69	€ 22.174,34	€ 281.591,68	€ 20.113,69	€ 214.077,90	€ 15.291,28	-12%	-33%
Alentejo	Anestesiologia	€ 298.222,04	€ 21.301,57	€ 288.144,99	€ 20.581,79	€ 245.718,52	€ 17.551,32	€ 203.678,02	€ 14.548,43	-18%	-32%
LVT	Ortopedia	€ 297.621,77	€ 21.258,70	€ 248.900,84	€ 17.778,63	€ 251.512,45	€ 17.965,18	€ 176.985,82	€ 12.641,84	-15%	-41%
Norte**	Cirurgia Geral	€ 283.667,73	€ 20.261,98	€ 262.361,96	€ 18.740,14	€ 90.607,93	€ 6.472,00			-68%	

Fonte: Dados fornecidos pelas Unidades Hospitalares.

*Estão aqui considerados montantes recebidos como prestador de serviço (consultas adicionais). Em 2012 ainda não auferiu qualquer montante como prestador de serviço.

**Aposentou-se (em 2011 a remuneração total inclui: remuneração base de 3 meses +pensão provisória+ férias não gozadas).

Nota: No ano de 2012 a remuneração anual foi estimada a partir da extrapolação dos dados semestrais. No entanto, no cálculo da remuneração média mensal consideraram-se os 14 meses para aí refletir o corte dos dois subsídios (de férias e de natal) que ocorreu neste ano cfr. art.º 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012 como medida excecional de estabilidade orçamental.

Estes profissionais, sofreram uma redução salarial que oscilou entre os 12% (€ 37,3 mil) e os 49% (€ 362,5 mil) no período de 2009-2011. Estas reduções terão resultado da conjugação de variáveis sistémicas, a saber:

- ✓ Restrições orçamentais;
- ✓ Diminuição das fontes de financiamento;
- ✓ Metas impostas nos contratos programa;
- ✓ Redução da base salarial a partir de janeiro de 2011⁸;
- ✓ Redução do valor da hora extraordinária⁹;
- ✓ Corte dos dois subsídios (de férias e de natal)¹⁰;
- ✓ Redução da produção adicional em SIGIC¹¹.

⁷ Note-se que ao longo dos quatro anos analisados, apenas um dos médicos que integrava este universo em 2009, não fez parte dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas da sua unidade hospitalar (ULSBA) nos anos seguintes, 2010 na 2012.

⁸ Cfr. art.º 19.º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2011.



Em 2012 e com base nas remunerações pagas até ao final do 1.º semestre, acentuou-se a tendência de redução salarial, sendo que, as quebras na remuneração são na maioria dos casos, superiores a 40%, essencialmente fruto da não realização ou do atraso na negociação da produção cirúrgica adicional/SIGIC¹².

As diferenças de valor entre as referências de tabela da remuneração base da carreira médica e as efetivamente auferidas pelos médicos identificados revelam que as remunerações praticadas traduzem distorções remuneratórias com benefícios para algumas especialidades tais como a oftalmologia, a ortopedia, a anestesiologia face, por exemplo à cirurgia cardiotorácica, neurocirurgia, medicina interna, a pneumologia, a endocrinologia, entre outras, provocando grandes desigualdades.

Questiona-se, se esta realidade resulta da falta de médicos¹³ especialistas nestas áreas ou, por hipótese, se **as ofertas de trabalho, por via da contratação pública, não são atraentes, e por isso são causadoras das assimetrias regionais na distribuição destes profissionais, ou ainda, se o sistema remuneratório instituído conduz, na sua aplicação, à proteção do status remuneratório dos profissionais que já se encontram ao serviço das unidades hospitalares**, dada a falta de divulgação dos montantes efetivamente pagos/recebidos.

A este respeito o Ministro da Saúde, através do Chefe de Gabinete, em sede de contraditório vem alegar que: *“Os procedimentos de recrutamento desenvolvidos (...) têm vindo a ser monitorizados com regularidade, de forma a ser possível perceber os impactos descritos sobre o êxito de provimento de profissionais, bem como identificar de forma concreta qual a razão ou razões que justificam a deserção dos concursos e encontrar eventuais soluções para o referido problema.”*

Neste sentido *“(...) o Ministério da Saúde tem vindo a viabilizar a contratação de médicos que, tendo concluído o internato médico e obtido o grau de especialista, possam, desde já, integrar a carreira médica, em estabelecimentos que se debatem com carências de pessoal médico.”* Indica como exemplo o Despacho n.º 15630/2012, publicado na 2ª Série do DR de 7 de dezembro de 2012, nos termos do qual *“(...) com o objetivo de privilegiar as situações de maior carência (...) de acordo com as necessidades oportunamente identificadas por cada uma das Administrações Regionais de Saúde, procurou abranger-se o maior número possível de estabelecimentos, atendendo, sempre que necessário, quer à posição relativa de cada Região de Saúde em termos populacionais, quer às necessidades(...)”*.

Acrescenta que: *“Apesar de todos os esforços levados a cabo no sentido de garantir a suficiência de recursos humanos médicos para assegurar a prestação dos cuidados de saúde especializados de*

⁹ Cfr. art.º 23 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012 como medida excecional de estabilidade orçamental.

¹⁰ Cfr. art.º n.º 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012.

¹¹ Determinada pelos órgãos de gestão como medida de contenção orçamental.

¹² Negociação entre o CA e o serviço no âmbito do SIGIC sobre os valores a pagar por essa produção adicional.

¹³ No novo acordo entre os Sindicatos Médicos e o Ministério da Saúde ficou prevista, no biénio 2012/2013, a conclusão do plano de abertura de vagas para ingresso de recém-especialistas nas várias áreas de exercício profissional da carreira médica única que aponta para cerca de 2000 novos médicos, ponto 19, pp. 4 da Ata de Entendimento.



qualidade (...) continuou a verificar-se uma necessidade das instituições e serviços do SNS, recorrerem, em determinadas situações, à contratação de médicos na modalidade de prestação de serviços.”

Assim, “(...) atenta a grande disparidade verificada a nível nacional, não só no que se refere ao número de horas contratadas (...) como em relação aos valor/hora contratados, entendeu o Governo (...) que tal contratação pudesse ser realizada através de um procedimento mais transparente e centralizado. Nesse sentido solicitou aos (...) SPMS, E.P.E, que enquanto Central de Compras da área da Saúde, organizasse um procedimento que permitisse identificar as necessidades e que garantisse um processo mais rápido, eficaz e transparente de aquisição desses serviços. (...) tendo entretanto tais contratos públicos de aprovisionamento sido já celebrados. (...) foi já possível selecionar os fornecedores que poderão prestar serviços médicos, cabendo agora às instituições ou serviços do SNS celebrar os contratos com um dos fornecedores selecionados.”

No que respeita às medidas tomadas, durante o decurso da auditoria, relativas à contratação de profissionais de saúde, com o objetivo de procurar soluções que melhor se ajustem não só às necessidades concretas de cada estabelecimento e região de saúde mas também à própria tipologia dessas carências, cumpre ainda referir os Despachos n.ºs 7702-B/2012 e 7702-D/2012, alterados pelos n.ºs 8317-A/2012 e 8317-B/2012, os Despachos n.º 9087/2012 e n.º 15630/2012 e já em 2013 o Despacho n.º 2546/2013, todos do SES, mediante os quais: “se procurou viabilizar a manutenção do vínculo dos internos que, tendo obtido, na 2ª época de 2010, nas duas épocas de 2011 e na 1.ª e 2ª épocas de 2012, o grau de especialista nas especialidades em que se identificaram carências mais graves pretendessem ser colocados em serviços e estabelecimentos de saúde carentes dessas mesmas especialidades.”

As unidades hospitalares auditadas constam dos anexos aos Despachos supra referidos, com carências de médicos nas especialidades identificadas na presente auditoria.

O Tribunal de Contas regista com apreço as medidas entretanto tomadas pelo atual Governo, referindo-se contudo que as mesmas já deveriam ter sido levadas a cabo no sentido de garantir a suficiência de recursos humanos médicos para assegurar a prestação dos cuidados de saúde especializados de qualidade nas regiões de saúde onde mais escasseiam.

Em outubro de 2012, as organizações representativas dos médicos e o Ministério da Saúde¹⁴, acordaram um novo regime de trabalho de 40 horas semanais, com prestação de até 18 horas de trabalho em serviços de urgência, criação de uma nova tabela salarial¹⁵ a variar entre os €2.746,24¹⁶ e os €5.063,38¹⁷. Relativamente a horas extraordinárias foi acordado que, “Durante os anos de 2013 e 2014 a majoração prevista no anexo ao Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, e nos instrumentos de regulamentação coletiva negociais em vigor, para o pagamento, quer das

¹⁴ Acordo assinado a 14 de outubro de 2012, com a duração de dois anos, devendo ser aberta no início de 2015 uma mesa negocial.

¹⁵ Transição imediata para todos os novos contratos a partir de 2013 e todos os CIT que auferiam valores inferiores à primeira posição remuneratória respetiva, cfr. princípio n.º 8, pág. 3 da Ata de Entendimento.

¹⁶ Valor de entrada em Assistente, nível remuneratório 45.

¹⁷ No topo da carreira, corresponde ao nível remuneratório 90 para a terceira e última posição de assistente graduado sénior, cfr. Anexo ao projeto de decreto regulamentar.



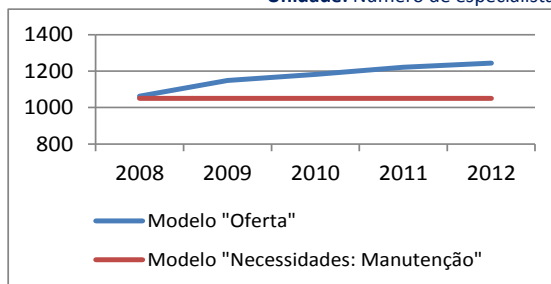
comumente designadas horas incómodas, quer do trabalho extraordinário é reduzida em 50% (...)” - cfr. princípio n.º 3, pág. 2 da ata de entendimento.

Quanto à carência de profissionais especialistas refira-se o relatório final do Estudo das Necessidade Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos da ACSS, IP, onde foram desenvolvidos dois modelos¹⁸, “Modelo de Oferta” e “Modelo das Necessidades” para o período de 2007 a 2020, onde se conclui que:“(…) a capacidade teórica instalada no sistema formativo nacional, representada no Modelo da Oferta, demonstra potencial de produção de recursos para satisfazer o cenário considerado no Modelo das Necessidades, gerando mesmo um “excedente” de profissionais (...)”¹⁹.

Da análise por especialidade²⁰ retira-se igual conclusão para as três especialidades destacadas no presente relatório, anestesiologia, oftalmologia e ortopedia. Acresce que a ortopedia e a oftalmologia fazem parte do conjunto de 10 especialidades que viram o número total de vagas disponibilizadas para o Internato médico aumentar 70% no período 2006 - 2008²¹.

Gráfico 1 – Anestesiologia

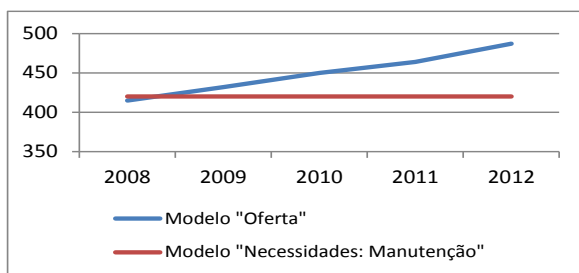
Unidade: Número de especialistas



Fonte: Estudo, ACSS, 2009

Gráfico 2 – Oftalmologia

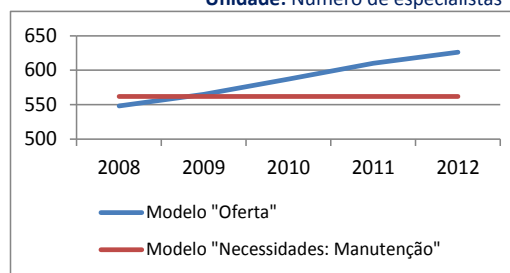
Unidade: Número de especialistas



Fonte: Estudo, ACSS, 2009.

Gráfico 3 – Ortopedia

Unidade: Número de especialistas



¹⁸ Cfr. pág. 11 do relatório final, “ O Modelo de oferta reflecte a trajetória evolutiva dos médicos do SNS (...), articulando-a, de forma dinâmica, com duas variáveis- as saídas previstas (aposentações por limite de idade) e as entradas estimadas (decorrentes da projecção da capacidade de produção de novos profissionais contida no sistema de formação inicial e no sistema da formação de especialidades.” (...)
“o Modelo das Necessidades assentou na construção de cenários evolutivos tendo por base, por um lado, a evolução populacional e por outro, o incremento das necessidades de profissionais verificado nas últimas décadas tanto em Portugal como nos países desenvolvidos.”

¹⁹ Cfr. pág. 12 do relatório final.

²⁰ Cfr. pág. 251 e 255 do referido relatório final.

²¹ Cfr. pág. 128 do referido relatório final.



Considerando as 42 especialidades existentes em 2007 as três especialidades referidas representavam um número de médicos superior às restantes especialidades cirúrgicas (exceto a cirurgia geral, que representava 5,4%)²². Por outro lado, **repare-se que as especialidades de oftalmologia e ortopedia registavam taxas de crescimento negativas, que a manterem-se podem conduzir a uma redução significativa destes especialistas.**

Quadro 4 – Percentagem do n.º de especialistas face ao total - 2007

Especialidades	% do Total de Especialistas 2007	Taxa de crescimento 2002/2007
Anestesiologia	5,9%	12,9%
Oftalmologia	2,3%	-1,9%
Ortopedia	3,1%	-2,9%

Fonte: Vd. Caracterização Comparativa dos médicos por especialidade – 2007, Quadro 6, Estudo, ACSS, 2009, pp. 62.

Segundo a ACSS, IP²³, apesar do estudo anterior apontar para a reversão de resultados negativos das taxas de reposição de efetivos do SNS, *“tais cenários são equacionados à luz do número de capacidades formativas propostas anualmente pelos vários colégios de especialidade da Ordem dos Médicos, que, refira-se, não raras vezes, no que toca a áreas deficitárias, fica aquém das necessidades sinalizadas”*. Contudo, a ACSS, IP, admite que os mesmos cenários também dependem da disponibilidade dos serviços de saúde em aceitarem médicos em formação.

A este respeito, em sede de contraditório, os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, referem que: *“ (...) aqui sim, interessará proteger o pecúlio dos que vão enriquecendo à custa da carência registada nas especialidades em causa. Mas não haja enganar, a culpa deste estado de coisas não pode ser imputada aos conselhos de administração das instituições de saúde que carecem desses parcos profissionais para prestar cuidados de saúde às suas populações. Estes não podem ser penalizados por acreditar e praticar o princípio do primado do doente.”*

Em maio de 2012 a ACSS, IP atualizou o estudo de 2009, apurando as “Atuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS)”, **no que respeita à projeção de especialistas para o período 2012-2030²⁴**. Regista-se que não resultaram alterações significativas à situação de 2007, relativamente ao número total de especialistas (18.282 especialistas). **Em especial, nas especialidades de oftalmologia e de ortopedia, não se verificou evolução significativa do número de médicos.**

²² No total de 17932 especialistas: 1050 anestesistas; 420 oftalmologistas; 562 ortopedistas; 960 cirurgiões gerais, Estudo, Acss, IP, 2009, pp. 58.

²³ Informação prestada em 5 de novembro de 2012.

²⁴ Projeções efetuadas com base numa aplicação informática – modelo de cálculo (simulador) – para o período 2012 a 2030, que tem em consideração, nomeadamente os novos licenciados em medicina, a formação específica de novos especialistas e as saídas de especialistas por aposentação ...”



No conjunto de 42 especialidades a anesthesiologia representa 6,51% (1.191 em 18.282 especialistas). Apesar do número de especialistas ter crescido 13,4%, apenas os três grandes centros populacionais se encontram bem servidos nesta especialidade, ao contrário de quase todo o interior do país. No que respeita às outras duas especialidades, oftalmologia e ortopedia, constata-se que o número de efetivos se manteve constante entre 2007 e 2011, registando taxas de crescimento negativas no caso da oftalmologia²⁵ e uma taxa de crescimento residual no caso da ortopedia.

Quadro 5 – Percentagem do n.º de especialistas face ao total - 2011

Especialidades	% do Total de Especialistas (2011)	Taxa de crescimento 2007/2011
Anesthesiologia	6,51%	13,43%
Oftalmologia	2,29%	-0,24%
Ortopedia	3,08%	0,18%

Fonte: Elaboração própria com base na comparação do número de médicos por especialidade – 2007, Quadro 6, do Estudo, ACSS, 2009, pp. 62 e Quadro I – Projeção da Evolução de Médicos Especialistas no SNS até 2030, Atuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS), ACSS.

Na evolução de médicos especialistas no período 2012-2030 verifica-se que, nas três especialidades em destaque, o número líquido²⁶ de médicos será de 954 especialistas em anesthesiologia, 81 em oftalmologia e 868 em ortopedia.

A evolução de efetivos por carreira médica, no horizonte 2011-2030, revela a existência na carreira médica hospitalar e medicina geral e familiar, de taxas de crescimento superiores a 67%. Por outro lado, a carreira médica de saúde pública registará uma diminuição de 138 elementos equivalente a uma redução de 41%.

Quadro 6 – Projeção do n.º de médicos por tipologia de carreira médica

Unidade: Número de especialistas

Evolução por carreira	2011	2030	Taxa de crescimento 2011/2030
Médica Hospitalar	11909	21131	77,44%
Medicina Geral e Familiar	6039	10128	67,71%
Médica Saúde Pública	334	196	-41,32%

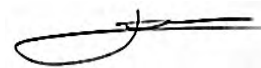
Fonte: Estudo da ACSS, IP, Atuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS).

O Ministro da Saúde, através do Chefe de Gabinete, em sede de contraditório vem alegar que: “Os procedimentos de recrutamento desenvolvidos (...) têm vindo a ser monitorizados com regularidade, de forma a ser possível perceber os impactos descritos sobre o êxito de provimento de profissionais, bem como identificar de forma concreta qual a razão ou razões que justificam a deserção dos concursos e encontrar eventuais soluções para o referido problema.”

O Tribunal regista com apreço as medidas entretanto tomadas pelo atual Governo, referindo-se contudo que as mesmas já deveriam ter sido levadas a cabo no sentido de garantir a suficiência de recursos humanos médicos para assegurar a prestação dos cuidados de saúde especializados de qualidade nas regiões de saúde onde mais escasseiam.

²⁵ No que respeita à especialidade de oftalmologia para além da forma como os recursos se devem adequar consoante a plataforma em que se inclui a unidade de saúde e a existência de Centros de Referência, refere-se ainda, “a atribuição de algumas tarefas aos técnicos ortoptistas poderá melhorar a capacidade de resposta da especialidade às necessidades”, pp 147 do estudo da ACSS – Atuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS).

²⁶ Entrada de especialistas – saídas para a reforma.



2.2. Trabalho extraordinário

As 59 unidades hospitalares que compunham o SNS suportaram um encargo anual de cerca de € 12 e € 14 milhões, em 2009 e 2010, respetivamente, com o trabalho extraordinário realizado pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas. Esta componente remuneratória teve um peso de cerca de 26% e 29%, em 2009 e 2010, respetivamente, no total da remuneração auferida pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas revelando-se a maior componente de “alavancagem” salarial desses profissionais, e revelou um crescimento de cerca de 11% no biénio, Cfr. **Quadro 1**.

O trabalho extraordinário, correspondeu a cerca de 40% da remuneração de uma grande parte²⁷ dos profissionais do universo das unidades hospitalares, destacando-se dezassete profissionais para os quais esse incremento correspondeu a mais de 60% da sua remuneração total. Por outro lado, **verificaram-se casos em que o trabalho extraordinário superou o número de horas de trabalho que deviam ter sido realizadas em horário normal**.

Entre 2011 e o primeiro semestre de 2012²⁸, verificou-se que em 53,33% e 43,48% dos profissionais, respetivamente, o trabalho extraordinário representou mais de 40% da remuneração total auferida.

Constata-se, assim, que a importância das horas extraordinárias no período em análise, se manteve constante, indiciando que as instituições hospitalares não terão procurado formas alternativas de contratação de médicos nem procuraram adequar tempos de trabalho que permitissem reduzir a necessidade de realização de trabalho extraordinário.

Recorda-se que o “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica”, estabelecia como meta de cumprimento para o 1.º Trimestre de 2012, o seguinte:

“3.81. Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde (incluindo médicos) dentro e entre as várias Administrações Regionais de Saúde. Adotar para todo o pessoal (incluindo médicos) horários flexíveis, de modo a reduzir em pelo menos 10% as despesas com horas extraordinárias em 2012 e 10% adicionais em 2013. Implementar um controlo mais rigoroso das horas de trabalho e das atividades dos profissionais nos hospitais. [T1 2012]”.

Em 2011, o Secretário de Estado da Saúde, através do Despacho n.º 10429/2011²⁹, de 1 de agosto, determinou uma redução mensal em 10% dos custos com trabalho extraordinário por referência ao

²⁷ 78 e 101 do total de 295, em 2009 e 2010 respetivamente.

²⁸ Tendo como referência as entidades de origem dos 10 profissionais com as remunerações mais elevadas, em 2009-2010.

²⁹ Publicado no DR, 2ª Série, n.º 158, de 18 de agosto de 2011.



mês homólogo do ano anterior. Já em 2012, através do Despacho n.º 2991/2012³⁰, de 21 de fevereiro reforçou a determinação anterior impondo uma redução de, pelo menos, 20%³¹.

Sobre esta matéria, vem o Ministro da Saúde, através do Chefe de Gabinete, referir, em sede de contraditório, que na sequência da conclusão do procedimento de negociação relativo "(...) à alteração do regime remuneratório da carreira médica e à organização do tempo de trabalho médico, designadamente no serviço de urgência (...) foi aprovada a alteração do Decreto-Lei n.º 176/2009 e Decreto-Lei n.º 177/2009, ambos de 4 de Agosto (...) neste sentido foram aumentadas de 12 para 18 as horas de trabalho normal a afetar às atividades urgentes/emergentes e instituiu-se o ciclo de 8 semanas para aferir o cumprimento destas 18 horas." Ou seja, com esta medida, pretende a Tutela que haja apenas lugar ao pagamento de trabalho extraordinário, desde que o médico, no período de referência de 8 semanas, realize trabalho nos serviços de urgência/emergência, para além das 144 horas.

De forma a reduzir, igualmente, a despesa pública³² foram tomadas medidas excecionais, inseridas na Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, que aprovou o Orçamento do Estado para o ano de 2012.

De entre estas medidas, constam as aplicadas ao pagamento de horas extraordinárias por referência ao período de vigência do PAEF, operando, por via do seu art.º 32.º, a uma redução da retribuição do trabalho extraordinário transversal ao universo global dos trabalhadores do setor público e, portanto, também para os profissionais médicos, em regime de contrato de trabalho em funções públicas e em regime de contrato individual de trabalho, a exercerem a sua atividade profissional nas entidades empregadoras públicas integradas no SNS, incluindo as entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados.

Para os profissionais de saúde, e dada a especificidade própria do exercício das funções do pessoal dos estabelecimentos hospitalares do SNS, a lei (cfr. Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março) prevê um regime de remuneração singular³³ para o trabalho normal a que esses profissionais estão obrigados, sendo com base nesse valor, acrescida, a todo o trabalho extraordinário³⁴ realizado, a percentagem fixada no art.º 7º do referido diploma.

³⁰ Publicado no DR, 2ª Série, n.º 43, de 29 de fevereiro de 2012.

³¹ A redução de custos a que estes despachos se referem deve ser evidenciada, mediante a apresentação de documentação contabilística comprovativa, remetida à ARS da respetiva área geográfica de influência, que por sua vez devem elaborar relatórios mensais que demonstrem o grau de cumprimento dos despachos a remeter à ACSS, Ip e ao Gabinete do Ministro da Saúde.

³² Já a Lei do Orçamento do Estado para 2011 (cfr. Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro), contemplava, de entre as medidas de contenção de despesa relativas a trabalhadores do setor público, para o setor da saúde a redução de 10 pontos percentuais dos custos com trabalhos extraordinário, comparativamente com a despesa de igual natureza realizada no mês homólogo do ano de 2010.

³³ Trabalho noturno (entre as 20h e as 7h) prestado em dias úteis dentro do horário semanal normal (+50%); trabalho normal diurno prestado aos sábados depois das 13h, domingos e feriados (+50%) e trabalho normal noturno prestado aos sábados depois das 20h, domingos e feriados (+100%).

³⁴ Ou seja, aquele que vai para além do número de horas de trabalho semanal a que os profissionais de saúde das unidades hospitalares estão obrigados.



Com o objetivo de prestar esclarecimento sobre as dúvidas suscitadas na determinação do valor da retribuição devida pelo trabalho extraordinário prestado pelos profissionais do setor da saúde, em especial pelos profissionais médicos, veio a ACSS, IP, por via da Circular Informativa n.º 8/2012/UORPRT, de 30 de janeiro, esclarecer que a aplicação das disposições previstas na LOE (cfr. art.º 32º, n.º 1 e 2) deveria ser feita em articulação com o regime remuneratório do trabalho extraordinário consagrado no Decreto-lei n.º 62/79, de 30 de março, mantendo, assim, em vigor o regime da remuneração do trabalho normal, justificado pela necessidade de “(...) *manter a convergência* (...)” entre o disposto na LOE e o regime estabelecido no Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março.

Através do Vice-Presidente do Conselho Diretivo, a ACSS, IP, pelo ofício n.º 2504, de 13 de fevereiro de 2013, prestou os seguintes esclarecimentos “(...) *como decorria da Circular Informativa n.º 8/2012, de 30 de janeiro, a aplicação do artigo 32º da LOE 2012, não podia deixar de ter em consideração todo o ordenamento jurídico em vigor, designadamente as disposições que regulam a remuneração devida pela realização de trabalho normal à luz do regime remuneratório fixado no mencionado Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março. (...) houve que interpretar o disposto no artigo 32.º da LOE 2012 em estreita articulação com o regime resultante do mencionado Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, por forma a garantir a necessária coerência do sistema jurídico, uma vez que a interpretação literal do dispositivo originava situações que, não só seriam inaceitáveis, como claramente não se conformavam com o espírito do legislador, que presidiu à elaboração do citado artigo 32.º da LOE 2012. Com efeito, não seria admissível, nem tal resultava, quer do artigo 32.º da LOE 2012, quer do diploma que aprovou as Grandes Opções do Plano para 2012-2015, que se eliminasse o pagamento do trabalho extraordinário realizado pelo pessoal hospitalar, passando a pagar-se-lhe ainda menos do que seria pago pela realização de trabalho normal.*”

Referindo, ainda, que “(...) *é no âmbito do trabalho normal que, desde logo, estão previstos acréscimos remuneratórios (...) que visam compensar condições de trabalho mais exigentes (...) porque realizado, com carácter permanente, em período noturno, em dias de descanso semanal, complementar e feriados*”.

Tratando-se de acréscimos remuneratórios, e considerando o carácter imperativo da norma da LOE e o motivo que lhe esteve subjacente, poder-se-ia colocar, desde logo, a questão da extensão da redução por aplicação da norma a estes acréscimos (como aliás veio a acontecer na LOE 2013). No entanto, repare-se que as disposições legais previstas nos art.º 5.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 62/79, não foram alteradas pelo art.º 32.º da LOE, sendo a norma clara quanto ao âmbito da aplicação (transversal a todos os trabalhadores da Administração Pública) e quanto à matéria (pagamento de trabalho extraordinário). Neste sentido, a redução operada sobre os acréscimos ao valor da retribuição horária referentes a pagamento de trabalho extraordinário, apenas se confinou a estes, e bem, e não ao do trabalho normal prestado em período noturno, em dias de descanso semanal, complementar e feriados.

Em termos abstratos, a orientação contida na circular informativa n.º 8/2012/UORPRT, da ACSS,IP, não contrariou³⁵ o disposto no art.º 32.º da LOE, nem conduziu a benefícios aos profissionais de saúde. No entanto, não sendo de desconsiderar o objetivo da imposição da norma da LOE, que era, sem dúvida, a de reduzir a despesa com o pagamento do trabalho extraordinário na Administração

³⁵ E ainda que contrariasse em nada a prejudicaria, uma vez que uma circular informativa nem sequer constitui uma fonte de direito.



Pública, mormente no setor da saúde, em que o peso é considerável³⁶, fica por provar a aplicação casuística da referida norma.

Já em 2013, a LOE (cfr. art.ºs 72º e segs. da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro) foi mais longe ao alterar o regime constante do Decreto-Lei n.º 62/79, particularizando a situação dos profissionais de saúde do SNS³⁷, ao fixar transitoriamente, durante a vigência do PAEF, uma nova tabela de remunerações hora (mesmo para o trabalho normal), a aplicar a todos os profissionais de saúde no âmbito do SNS, independentemente da natureza jurídica da relação de emprego (cfr. Anexo 15 do volume III).

2.3. Prevenções

As prevenções³⁸ realizadas pelos cinco profissionais com as remunerações mais elevadas das 59 unidades hospitalares corresponderam a € 3 milhões, em 2009 e € 4 milhões, em 2010, apresentando um crescimento de 42% no biénio³⁹. Esta componente remuneratória representou no universo das 59 unidades hospitalares 6% e 8% do total das remunerações auferidas pelos 295 médicos com as remunerações mais elevadas em 2009 e 2010, respetivamente. No entanto, esclarece-se que o regime de prevenção é característico de especialidades cirúrgicas, e de outras, tais como a anestesiologia, imunohemoterapia e pediatria.

Apesar de, em termos globais, esta componente remuneratória não apresentar um peso muito significativo, no plano individual evidenciam-se 12 médicos, em 2009 e 18 médicos, em 2010, que auferiram, em prevenções, valores com um peso na remuneração total de mais de 40%.

Em 2011 e até ao primeiro semestre de 2012 tendo como referência as instituições de origem dos 10 profissionais com as cinco remunerações mais elevadas no período 2009-2010, 14 profissionais receberam montantes cujo impacto na remuneração total representou mais de 10%.

Face aos montantes envolvidos no pagamento das prevenções os órgãos de gestão destas unidades de hospitalares e os responsáveis pelos serviços deveriam rever os casos em que o regime de prevenção é atribuído sistematicamente aos mesmos profissionais ao longo dos anos e equacionar a sua eventual substituição pelo regime de chamada⁴⁰, uma vez que o mesmo é excecional e não deve servir como complemento certo e permanente que acresce à remuneração base.

³⁶ Em resultado das auditorias realizadas tem-se apurado que a prestação de trabalho extraordinário vai para além dos limites legalmente previstos, mesmo nos casos em que os efetivos de pessoal médico sejam insuficientes para assegurar o funcionamento dos serviços, atentas as dotações estabelecidas e esgotadas todas as possibilidades gestionárias emergentes da partilha de recursos entre unidades assistenciais.

³⁷ Cfr. art.º 22-B, aditado pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro ao Estatuto do SNS aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

³⁸ O regime de prevenção pressupõe que o médico esteja nas imediações do hospital a uma distância máxima de 40 minutos do hospital, para o caso de ser absolutamente necessária a sua deslocação, podendo o atendimento ser prestado telefonicamente, ou seja, sem estar fisicamente no hospital. Este regime é remunerado apenas em 50% do valor da hora extraordinária.

³⁹ No universo de 59 unidades hospitalares, apenas 27 hospitais em 2009 e 35 em 2010 pagaram trabalho em regime de prevenção aos cinco médicos com as remunerações mais elevadas.

⁴⁰ Cfr. n.º 2 da cláusula 44.ª do ACT 2/2009.



Por outro lado, torna-se necessário que os decisores, considerando as necessidades dos serviços e observância dos requisitos técnicos, avaliem comparativamente as vantagens do regime de prevenção, de chamada ou da readequação de horários dos profissionais (escalas), com o propósito de diminuir custos e de manter a disponibilidade e qualidade do serviço prestado.

2.4. SIGIC/Produção adicional

As equipas que realizaram atividade cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC⁴¹ foram remuneradas por cada unidade produzida, isto é, por cada cirurgia realizada, nos termos da tabela de preços então em vigor, que constava da Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto⁴², aos quais se podiam aplicar as seguintes percentagens⁴³:

Remuneração das Equipas SIGIC		
Cirurgias com próteses	Cirurgia ambulatória	Restantes cirurgias
35% do GDH*FAH	55% do GDH*FAH	45% do GDH*FAH

Nota: FAH – Fator de Ajustamento Hospitalar, utilizado como mecanismo de orientação da produção tendo em conta a dificuldade no escoamento de certas patologias. A variação deste fator é determinada pelo Conselho de Administração, após audição de cada serviço cirúrgico, diretor de bloco operatório e diretor de departamento de cirurgia.

Cada unidade de saúde tinha autonomia para variar estas percentagens em, aproximadamente 10% face à percentagem publicada, para cada procedimento ou, em alternativa, para cada Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH). O montante a distribuir pelos profissionais era uma percentagem do total devido, resultante da negociação entre o órgão de gestão e os serviços.

No âmbito desta auditoria constatou-se a ocorrência de vários episódios de produção em SIGIC durante o cumprimento do horário normal de trabalho e durante o regime de prevenção. Esta situação de duplicação originou pagamentos que se consideram ilegais e indevidos, p.p. nos termos do disposto nos n.ºs 1, 4, 5 e 6 do art.º 59 e al. b) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto⁴⁴, e foi tratada nos pontos 3.1.4, 3.2.4 e 3.3.4.

O valor desta componente remuneratória, paga aos 295 médicos com as remunerações mais elevadas, no universo das 59 unidades hospitalares, importou para o universo das unidades hospitalares, um encargo anual de € 6 e € 4 milhões em 2009 e 2010, respetivamente.

Neste universo destacaram-se duas das três unidades hospitalares EPE⁴⁵ auditadas, em que os valores auferidos pela realização de produção cirúrgica adicional/(SIGIC) ultrapassaram globalmente, em 2009, a remuneração base dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas em mais de 317% ou de 160%.

⁴¹ Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC), instituído pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho veio substituir o Programa Especial de Combate às Listas de Esperas Cirúrgicas (PECLEC). Este programa pretende regular toda a atividade cirúrgica programada, tendo em vista a garantia, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico seja proporcionado dentro de tempo clinicamente admissível.

⁴² Entretanto, no decurso da auditoria esta portaria foi revogada pela Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, a qual alterou as regras de faturação e reviu a tabela de preços contemplando uma diminuição global dos preços.

⁴³ Definidas a título indicativo no manual de gestão de inscritos para cirurgia.

⁴⁴ Com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto – LOPTC.

⁴⁵ Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.



Quadro 7 – Produção cirúrgica adicional

Unidade: Euros

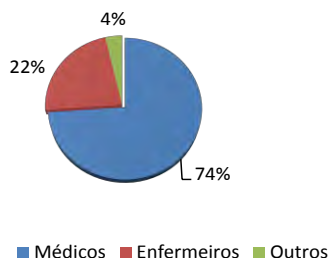
2009					2010				
Unidade de Saúde	Número de Médicos	Remuneração base	SIGIC	Acréscimo	Unidade de Saúde	Número de Médicos	Remuneração base	SIGIC	Acréscimo
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	5	317.780,52	1.007.552,34	317%	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	5	344.243,27	766.764,78	223%
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	4	337.290,93	567.498,28	168%	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	3	307.250,43	499.306,22	163%

Fonte: Dados disponibilizados pelas unidades hospitalares.

Dos 295 profissionais em análise, 11 em 2009 e 5 em 2010 auferiram montantes com um peso na remuneração total superior a 50%, destacando-se 3 casos em 2009 e 2 casos em 2010, que auferiram em produção adicional, valores com um peso na remuneração total de mais de 80%. Estes profissionais exercem funções em unidades hospitalares do SEE situadas no interior do país, com exceção de um caso⁴⁶.

Os acréscimos remuneratórios na remuneração dos médicos, resultantes desta componente remuneratória são, em parte, explicados pelo facto de, estes, serem os profissionais que receberam, em média, a maior parte (74%) do valor atribuído às equipas por cada cirurgia realizada.

Gráfico 4 - Distribuição do valor da cirurgia pela equipa 2009-2010



Fonte: Dados disponibilizados pelas unidades hospitalares.

No biénio em análise os médicos receberam cerca de 2/3 (74%) do montante atribuído às equipas para remuneração da atividade cirúrgica no âmbito da produção adicional, ficando 26% para distribuir pela restante equipa, composta por enfermeiros, auxiliares e administrativos. Note-se que é competência do diretor do respetivo serviço classificar quais as cirurgias que são realizadas em modalidade remuneratória alternativa (MRA/produção adicional), o que suscita um manifesto conflito de interesses quando o mesmo intervém como cirurgião principal, Cfr. ponto 3.2.4.

Em 2011 registou-se, nalguns casos, um aumento, tanto do número de doentes em espera como do tempo de espera para cirurgia, que se agravou no ano de 2012, dada a generalizada redução da produção adicional no âmbito das medidas de contenção orçamental e, uma vez que se aguardava a publicação da Portaria que procedeu à revisão dos preços e das regras de pagamento do SIGIC. Isto porque os conselhos de administração das unidades hospitalares não fomentaram a implementação de uma maior produtividade da atividade cirúrgica no período normal de trabalho.

O agravamento dos tempos de espera que ocorreram entre 2011 e 2012, coincidiu com a redução das remunerações destes mesmos médicos nestas unidades hospitalares. Aliás, no relatório síntese

⁴⁶ Hospital São João, EPE.



da atividade cirúrgica programada do 1º semestre de 2012⁴⁷, refere-se que se verificou um aumento de episódios a aguardar cirurgia face ao período homólogo de 2011.

*“A lista de inscritos para cirurgia (LIC) que representa o acumulado de episódios a aguardar cirurgia, tinha vindo a decrescer continuamente desde a instauração do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e pela primeira vez inverteu a tendência, apresentando em Dezembro de 2011, em relação ao período homólogo um crescimento de **11,2%**. No entanto e apesar do valor no primeiro semestre de 2012 ainda ser superior ao primeiro semestre de 2011 houve uma diminuição de **3,3%** face a 31 de Dezembro de 2011.” (Vd. pág. 5)*

*“(…) A especialidade com mais cirurgias é a cirurgia geral com 60 mil episódios seguida pela **oftalmologia com 52 mil** e pela **ortopedia com 43 mil** (...) As patologias que mais recursos financeiros consomem na atividade cirúrgica (cirurgias ponderadas por complexidade cirúrgica) são as relacionadas com **patologia osteoarticular** seguidas das **relacionadas com os olhos**, as **cardíacas** e as **da pele**.” (Vd. pág. 15)*

Conclui-se que, *“(…) O tempo que os doentes operados esperaram por uma cirurgia varia significativamente em função do distrito de residência. Os utentes que mais tempo esperaram foram os dos distritos de Viseu, Faro, Setúbal e Coimbra, tendo todos acima dos 4 meses medianos, no polo inverso Évora, Braga, Portalegre e Beja são os distritos com menos tempo de espera.” (Vd. relatório síntese da atividade cirúrgica programada do 1º semestre de 2012, ACSS, 2012, pp. 10)*

2.5. Outros abonos

Para além das principais componentes remuneratórias os médicos auferiram ainda outros abonos no montante total de cerca de € 6 milhões, em cada um dos anos em análise, que no seu conjunto representam, respetivamente, 13% e 12% do total pago, cfr. **Quadro 1**.

No que respeita ao ano 2011 e primeiro semestre de 2012, e apenas relativamente a 45 médicos com as remunerações mais elevadas, verifica-se que o peso das remunerações classificadas como “outros” por 9 instituições hospitalares varia entre os 16% e os 23% respetivamente, em larga medida por força de montantes auferidos no âmbito de protocolos entre hospitais e ARS e programa de transplantes.

2.6. Mecanismos instituídos para controlo de assiduidade

O modo de verificação dos deveres de assiduidade e de pontualidade, encontrava-se já disciplinado no Decreto-Lei n.º 259/98, de 18 de agosto⁴⁸ sendo obrigatória a existência de sistemas de registo automáticos ou mecânicos, salvo casos excecionais.

Através do Despacho n.º 187/2007, de 18 de setembro⁴⁹, do Secretário de Estado da Saúde, foi determinada a implementação de registo biométrico, como forma de controlar a assiduidade de todos os profissionais de saúde.

⁴⁷ Da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, publicado a 23 de outubro de 2012, disponível em www.acss.min-saude.pt.

À data da conclusão do presente relatório não estava ainda disponibilizado o relatório anual.

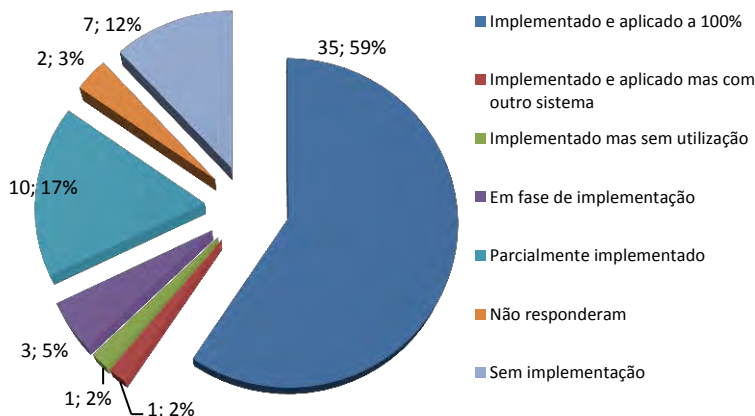
⁴⁸ Diploma que estabelece as regras e os princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública.

⁴⁹ Cfr. <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B436342B-F779-4C69-82EC-91A156F3246B/0/Binder1.pdf>.



Gráfico 5 – Implementação do sistema de registo biométrico

Quanto ao ponto de situação, em 2011, sobre o cumprimento daquela determinação constatou-se que 59% (35) das 59 unidades hospitalares que compõem o SNS tinha instalado sistemas de registo biométrico com utilização por parte de todos os profissionais⁵⁰.



Fonte: Dados disponibilizados pelas unidades hospitalares.

Refira-se que 12% (7) das unidades hospitalares ainda não tinham instalado o sistema de registo biométrico automático, e em 17% (10), embora instalado, não era utilizado por todos os profissionais.

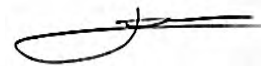
Os principais constrangimentos e falhas que têm prejudicado a implementação dos registos automáticos de assiduidade por controlo biométrico têm sido os seguintes:

- Manutenção das folhas de ponto manuais para os profissionais que trabalham por escalas;
- Deficiências da aplicação que obrigou à manutenção do sistema de registo biométrico com o registo de assiduidade manual;
- Deficiências do sistema que se repercutem em terminais que apresentam falhas, perdem dados e que não reconhecem a biometria;
- Encontrar-se ainda em fase de implementação (em 2011);
- Resistência de alguns médicos em realizar o registo biométrico, tendo inclusivamente ameaçado sair da unidade de saúde;
- Entendimento do órgão de gestão da unidade de saúde de que o sistema biométrico iria condicionar "a implementação de uma multiplicidade de outras mudanças organizacionais prioritárias";
- Inoportunidade da sua implementação por: "*se estar a proceder à implementação de uma nova estrutura organizacional e de se ter de proceder a novas parametrizações.*"

Observou-se ainda que, os médicos contratados em regime de prestação de serviços, pelas unidades hospitalares selecionadas não utilizavam o sistema de registo biométrico, com exceção do CHMT, EPE, que em 2010 alargou esse sistema a estes profissionais.

Nestes casos, o controlo da assiduidade tem sido feito por recurso a uma folha diária de presença que é validada pelo chefe de equipa, no caso do serviço de urgência, ou pelos diretores do serviço e pelo diretor do departamento, nos restantes casos. O sistema de controlo de assiduidade biométrico deveria ser adotado também para estes profissionais, uma vez que a falta de rigor na verificação do cumprimento dos deveres de assiduidade e pontualidade poderá determinar várias deficiências na prestação dos cuidados de saúde, designadamente a nível da organização dos recursos humanos e respetiva distribuição de carga horária.

⁵⁰ Devido às fusões ocorridas durante o decurso de 2011 e 2012, à data da auditoria o número de unidades hospitalares eram 48.



Face ao que precede, não foi cumprido o preceituado no n.º 4 do art.º 14 do Decreto-Lei n.º 259/98, de 18 de agosto, apesar de ter sido definida pela tutela a implementação destes sistemas para todos os trabalhadores, funcionários e agentes do SNS, designadamente através do Despacho n.º 187/2007, de 18 de setembro, do Secretário de Estado da Saúde, que aprovava um cronograma para a “implementação de serviços de registo biométricos destinados à verificação do cumprimento dos deveres de assiduidade e pontualidade de todos os trabalhadores, funcionários e agentes dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde...” e às circulares informativas da Administração Central do Sistema de Saúde Cfr. Circular Informativa de 20 de agosto de 2007⁵¹.

Nesta circular pode-se ler, ainda, que “as ARS devem tomar as providências necessárias para que os estabelecimentos do SNS, independentemente de pertencerem ao setor público administrativo ou ao setor público empresarial, instituem urgentemente registos automatizados, com recurso a dados biométricos, garantindo assim a verificação da assiduidade e pontualidade e a aplicação do sistema a todos os trabalhadores, independentemente das suas funções e da natureza do seu vínculo.”

A plena implementação do sistema de controlo de assiduidade no universo das unidades hospitalares ainda se encontrava longe de estar concluída, pelo que os órgãos de gestão das unidades hospitalares ainda não conferiram total cumprimento ao aludido despacho do Secretário de Estado da Saúde, nem estabeleceram penalizações para quem não efetuasse aquele registo.

3. UNIDADES HOSPITALARES AUDITADAS

As três unidades hospitalares do setor empresarial do Estado auditadas foram as que pagaram mais de € 1,1 milhões aos cinco profissionais com as remunerações mais elevadas em 2009, nomeadamente a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, e o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

Os profissionais de saúde com as remunerações mais elevadas, destas três unidades hospitalares, eram médicos, maioritariamente⁵² com a categoria de Chefe de Serviço, a que correspondem as remunerações base mensais constantes dos Anexos 13 e 14 do volume III.

Apesar de instalado o registo biométrico do controlo de assiduidade nas três unidades hospitalares, existiam ainda constrangimentos ao seu pleno funcionamento.

⁵¹ Onde refere que “(...) torna-se necessário assegurar que em todos os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde exista um registo automatizado do cumprimento dos tempos de trabalho e dos deveres de assiduidade e pontualidade, abrangendo todos os trabalhadores independentemente da natureza do seu vínculo. Todos os serviços e estabelecimentos (...) devem proceder, com carácter de urgência, à instalação de registos automatizados com recurso a dados biométricos, de forma a assegurar, de forma homogénea, a verificação do cumprimento dos deveres anteriormente mencionados”. E mais recentemente, através da Circular Informativa de 13 de maio de 2011, referindo que o registo de assiduidade deve ser efetuado através de meios automáticos.

⁵² Cfr. Anexos 20, 40 e 58 do Volume III.



UNIDADE DE SAÚDE	REGISTO DE ASSIDUIDADE	CONDICIONANTES
ULSBA	Sistema de controlo biométrico instalado em 2010 e aprovado o respetivo regulamento de aplicação.	Coexistência de folhas de ponto manuais que são consideradas quando necessário, de apoio e suporte.
CHBA	Sistema de controlo biométrico instalado em abril de 2009 em “serviços-piloto” ⁵³ , e alargado a todos os profissionais em novembro de 2010.	Existência de constrangimentos na utilização do sistema encontrando-se o processo ainda em desenvolvimento.
CHMT	Sistema de controlo biométrico instalado em abril de 2009.	Coexistência de registo manual para os profissionais de urologia, por terem sido dispensados pelo CA, do registo no sistema biométrico, na sequência da ameaça do pedido de exoneração do exercício de funções neste Centro Hospitalar. Esta exceção terminou por deliberação do CA de 28/01/2010.

Fonte: Dados disponibilizados pelas unidades hospitalares.

Através dos testes de auditoria sobre o controlo de assiduidade verificou-se que o registo manual não permitia o controlo efetivo do número de horas realizadas pelos profissionais. Os conselhos de administração destas três unidades hospitalares mostraram-se incapazes de fazer cumprir o determinado no supra referido despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 187/2007, de 18 de setembro, no que respeita ao controlo biométrico por parte de alguns médicos, não tendo introduzido ou previsto qualquer tipo de sanção para o incumprimento da obrigatoriedade daquele tipo de registo de assiduidade, sendo que, relativamente aos restantes grupos profissionais parece não ter havido dificuldade em parametrizar os sistemas e incutir a sua utilização regular.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, reconheceram que só progressivamente se foi conseguindo implementar o controlo de assiduidade por registo biométrico, principalmente no que respeita à classe médica.

Justificam ainda a exceção autorizada ao serviço de urologia com o facto de se tratar apenas de três médicos “(...) que asseguravam o serviço nas três unidades hospitalares (...) e cumpriam satisfatoriamente a produção contratualizada (...) situação enquadrável no regime de exceção previsto no Decreto-Lei n.º 259/98 de 18 de Agosto(...)”. Todavia, logo que foram levantadas questões pertinentes que levaram à deliberação de 28/01/2010, que determinou o término da exceção atribuída (...) passei a estar ainda mais atento ao seu cumprimento.”

O regime de exceção que vêm alegar encontra-se previsto no n.º 4 do artigo 14.º deste Decreto - Lei e carecia da anuência do Ministro da tutela e do membro do Governo que tem a seu cargo a Administração Pública, mediante despacho conjunto.

O presidente do atual Conselho de Administração do CHMT, EPE, referiu que está a envidar esforços para rever todos os horários médicos procurando alargar a cobertura dos serviços com os recursos existentes, negociando horários desfasados e eliminando várias jornadas contínuas injustificadas e indevidamente praticadas. Justificam este trabalho no sentido de “(...) dar resposta

⁵³ Circular informativa n.º 24/09, de 18 de março do Conselho de Administração do CHBA, EPE, que veio definir um conjunto de “serviços-piloto” para Implementação do Sistema de Gestão da Assiduidade.



às parametrizações necessárias da nova aplicação (...) e que se espera que permita aumentar o nível de controlo e eficiência da gestão dos horários médicos.”

Confirma assim, que o sistema de registo de assiduidade existente no CHMT; EPE; carecia de algumas correções, motivo pelo qual contrataram os serviços da empresa fornecedora para otimização do mesmo, manutenção anual e criação de uma interface com o sistema informático do Serviço de Recursos Humanos, com o objetivo de eliminar de vez as folhas de ponto em papel.

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, comprometeu-se a“(…) providenciar no sentido de proceder ao levantamento, das unidades hospitalares que integram o SNS que não utilizam em pleno o sistema automático de registo de presenças incentivando a sua utilização.”

As alegações apresentadas não alteram as conclusões inicialmente vertidas no relatório, no entanto, o Tribunal regista com apreço o esforço dos alegantes quanto às medidas em curso, cuja efetiva implementação será avaliada em futuras auditorias ou em sede de acatamento de recomendações do presente Relatório.

3.1. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE⁵⁴, integra o Hospital José Joaquim Fernandes (Beja), o Hospital de São Paulo (Serpa) e o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo (Unidade de Saúde Pública e todos os centros de saúde do distrito de Beja, com exceção do Centro de Saúde de Odemira), incluindo cerca de 70 Extensões de Saúde. Esta unidade de saúde integra Cuidados Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados e Paliativos, a Emergência pré-hospitalar e a rede de Urgências.

3.1.1. ULSBA - Remunerações auferidas pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas

Na ULSBA, EPE, os cinco médicos com as remunerações mais elevadas auferiram em 2009, 2010 e 2011 cerca de € 1,9, € 1,7, e € 1,3 milhões, respetivamente, provenientes de remuneração base⁵⁵, a qual representou 16%, 20% e 24% da respetiva remuneração total. Nas outras componentes remuneratórias destacaram-se, em 2009, a produção cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC, com 52%, as horas extraordinárias, com 18% e as prevenções, com 4% dessa remuneração total⁵⁶.

⁵⁴ Criada pelo Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro.

⁵⁵ Correspondente à sua carreira e respetiva categoria profissional.

⁵⁶ Cfr. Anexos 21, 22 e 23 do volume III.



Quadro 8 – ULSBA - Remunerações 2009

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Oftalmologista 1	€ 40.014,52	€ 236.918,00	€ -	€ 35.700,26	€ 57.078,81	€ 369.711,59	823,9%
Oftalmologista 2	€ 45.572,10	€ 386.782,00	€ -	€ 24.988,81	€ 129.508,61	€ 586.851,52	1187,7%
Ortopedista	€ 71.685,16	€ 180.715,14	€ 95.276,30	€ 22.053,97	€ 1.397,77	€ 371.128,34	417,7%
Anestesiista 1	€ 83.183,38	€ 106.196,25	€ 128.013,37	€ -	€ 1.540,89	€ 318.933,89	283,4%
Anestesiista 2	€ 77.325,36	€ 96.940,95	€ 122.026,36	€ -	€ 1.929,37	€ 298.222,04	285,7%
TOTAL 2009	€ 317.780,52	€ 1.007.552,34	€ 345.316,03	€ 82.743,04	€ 191.455,45	€ 1.944.847,38	512,0%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Nota: A remuneração base inclui as componentes de dedicação exclusiva, horário alargado e acréscimo de funções. “Outras componentes” inclui remunerações como prestador de serviços.

Em 2010 e em 2011, o peso das outras remunerações face à remuneração total detêm idêntica distribuição à de 2009, os pagamentos de produção cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC, representaram 44% e 31% desses totais, as horas extraordinárias, 27% e 34% e as prevenções, 3% e 4%, respetivamente.

Quadro 9 – ULSBA - Remunerações 2010

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Oftalmologista 2	€ 45.572,10	€ 313.268,00	€ -	€ 23.271,03	€ 97.677,03	€ 479.788,16	952,8%
Ortopedista	€ 68.764,93	€ 211.603,74	€ 110.559,90	€ 25.930,88	€ 4.994,50	€ 421.853,95	513,5%
Anestesiista 1	€ 83.183,38	€ 98.255,60	€ 126.313,34	€ -	€ 2.688,37	€ 310.440,69	273,2%
Anestesiista 2	€ 77.325,36	€ 82.861,48	€ 125.789,84	€ -	€ 2.168,31	€ 288.144,99	272,6%
Anestesiista 3	€ 69.397,50	€ 60.775,96	€ 115.073,93	€ -	€ 1.673,03	€ 246.920,42	255,8%
TOTAL 2010	€ 344.243,27	€ 766.764,78	€ 477.737,01	€ 49.201,91	€ 109.201,24	€ 1.747.148,21	407,5%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Nota: A remuneração base inclui as componentes de dedicação exclusiva, horário alargado e acréscimo de funções. “Outras componentes” inclui remunerações como prestador de serviços.

No triénio em análise destacaram-se dois profissionais, um ortopedista, com um acréscimo na remuneração base de 418%, 514% e 302%, respetivamente em 2009, 2010 e 2011, e outro, oftalmologista com um acréscimo na remuneração base de 1188%, 953% e 750%, resultante das outras remunerações auferidas. Para este acréscimo também contribuiu a realização de consultas adicionais em regime de prestação de serviços, tal como se refere no ponto 3.1.6.

Quadro 10 – ULSBA - Remunerações 2011

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Oftalmologista 2	€ 41.124,20	€ 198.719,40	€ -	€ 21.719,32	€ 87.915,88	€ 349.478,80	749,8%
Ortopedista	€ 64.820,82	€ 43.953,88	€ 119.363,90	€ 31.160,06	€ 1.456,42	€ 260.755,08	302,3%
Anestesiista 1	€ 74.865,02	€ 86.277,21	€ 118.266,40	€ -	€ 2.183,05	€ 281.591,68	276,1%
Anestesiista 2	€ 69.592,76	€ 55.852,76	€ 118.322,51	€ -	€ 1.950,49	€ 245.718,52	253,1%
Anestesiista 3	€ 62.454,98	€ 24.744,27	€ 100.871,91	€ -	€ 1.381,88	€ 189.453,04	203,3%
TOTAL 2011	€ 312.857,78	€ 409.547,52	€ 456.824,72	€ 52.879,38	€ 94.887,72	€ 1.326.997,12	324,2%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Nota: A remuneração base inclui as componentes de dedicação exclusiva, horário alargado e acréscimo de funções. “Outras componentes” inclui remunerações como prestador de serviços.



Ao longo do triénio verificou-se uma tendência decrescente da remuneração total dos profissionais em análise, resultante da diminuição gradual da componente relativa à produção adicional que, em 2011, reduz cerca de 59% face a 2009, (uma redução efetiva de € 598 mil ao longo do período), isto é, menos € 119,6 mil, em média, por cada um daqueles profissionais de saúde.

A diminuição gradual da produção adicional em SIGIC, no triénio, deu lugar à liderança do trabalho extraordinário no ano de 2011. Com efeito, ao longo do triénio assistiu-se a uma redução da contribuição de todas as componentes remuneratórias para o total de remuneração à exceção das horas extraordinárias que aumentou 32%.

A redução da remuneração base ocorreu no âmbito das medidas adicionais de estabilidade orçamental com efeitos a 1 de janeiro de 2011, cumprindo o determinado no art.º 19.º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro.

Quadro 11 – ULSBA - Remunerações 2012

Profissionais	Remuneração Base (12 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Anestesiista 1	€ 63.765,82	€ 27.547,93	€ 115.902,97	€ -	€ 2.653,71	€ 209.870,43	229,1%
Ortopedista	€ 58.084,19	€ 9.538,35	€ 111.423,28	€ 30.229,30	€ 4.121,46	€ 213.396,58	267,4%
Anestesiista 2	€ 59.485,22	€ 20.908,75	€ 115.487,98	€ -	€ 1.777,27	€ 197.659,22	232,3%
Cardiologista	€ 24.037,22	€ 147.182,16	€ -	€ 24.085,66	€ 1.305,98	€ 196.611,02	717,9%
Anestesiista 3	€ 53.737,10	€ 9.376,92	€ 96.483,75	€ -	€ 1.615,57	€ 161.213,34	200,0%
TOTAL 2012	€ 259.109,55	€ 214.554,11	€ 439.297,98	€ 54.314,96	€ 11.473,99	€ 978.750,59	277,7%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA

Nota: A remuneração base inclui as componentes de dedicação exclusiva, horário alargado e acréscimo de funções.

As remunerações auferidas pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas, na ULSBA, EPE, apresentam, em 2012 face a 2009, uma redução significativa, entre 34% e 89%. Esta redução resultou das alterações ocorridas nos níveis remuneratórios em função da redução da base salarial imposta por fatores externos, nomeadamente a já referida estabilidade orçamental⁵⁷ bem como da forte redução da produção adicional.

Quadro 12 – ULSBA – Evolução das remunerações 2009 - 2012

Profissionais	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo								VARIACÃO 2009/2012
	2009		2010		2011		2012		
	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	
Oftalmologista_1	€ 369.711,59	€ 26.407,97	€ 227.182,88	€ 16.227,35	€ 191.566,70	€ 13.683,34	€ 40.709,08	€ 2.907,79	-89%
Oftalmologista_2	€ 586.851,52	€ 41.917,97	€ 479.788,16	€ 34.270,58	€ 349.478,80	€ 24.962,77	€ 43.726,98	€ 3.123,36	-93%
Ortopedista	€ 371.128,34	€ 26.509,17	€ 421.853,95	€ 30.132,43	€ 260.755,08	€ 18.625,36	€ 213.396,58	€ 15.242,61	-43%
Anestesiista_1	€ 318.933,89	€ 22.780,99	€ 310.440,69	€ 22.174,34	€ 281.591,68	€ 20.113,69	€ 209.870,43	€ 14.990,75	-34%
Anestesiista_2	€ 298.222,04	€ 21.301,57	€ 288.144,99	€ 20.581,79	€ 245.718,52	€ 17.551,32	€ 197.659,22	€ 14.118,52	-34%
Total	€ 1.944.847,38		€ 1.727.410,67		€ 1.329.110,78		€ 705.362,29		

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Nota: No cálculo da remuneração média mensal consideraram-se 14 meses para aí refletir o corte dos dois subsídios (de férias e de natal) neste ano em cumprimento do art.º 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012, como medida excepcional de estabilidade orçamental.

⁵⁷ Redução da remuneração base a partir de janeiro de 2011, redução do valor da hora extraordinária e do corte dos dois subsídios (de férias e de natal) que ocorreu em 2012.



Os cinco médicos com as remunerações mais elevadas de 2012 continuam a ser os mesmos do ano de 2009 com exceção do cardiologista cuja remuneração foi identificada como uma das cinco mais elevadas em 2010 em substituição do oftalmologista 2.

Quadro 13 – ULSBA - Remunerações 2012

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo		
Profissionais	2012	
	Remuneração total anual	Remuneração média mensal
Ortopedista_1	€ 213.396,58	€ 15.242,61
Anestésista_1	€ 209.870,43	€ 14.990,75
Anestésista_2	€ 197.659,22	€ 14.118,52
Cardiologista	€ 196.611,02	€ 14.043,64
Anestésista_3	€ 161.213,34	€ 11.515,24
Total	€ 978.750,59	

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

3.1.2. ULSBA – Trabalho extraordinário

O montante auferido em horas extraordinárias por cada um dos profissionais em análise, permitiu-lhes incrementos na remuneração base que variaram entre 133% e 184%, com especial destaque para os profissionais de ortopedia e de anesthesiologia.

Quadro 14 – ULSBA - Valor total pago aos cinco médicos

Ano	Trabalho extraordinário - ULSBA		Peso (2)/(1)
	Total pago a todos os médicos (1)	Total pago aos cinco médicos (2)	
2009	3.612.940,86 €	345.316,03 €	9,56%
2010	3.426.532,22 €	477.737,01 €	13,94%
2011	2.886.479,30 €	456.824,72 €	15,83%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Aqueles valores representaram cerca de 10%, 14 % e 16% do valor pago a todos os médicos da unidade hospitalar que realizaram trabalho extraordinário e ultrapassaram o limite imposto pelo regime decorrente do n.º 7 do art.º 7 do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março⁵⁸, em mais de 430%⁵⁹, bem como o limite imposto pelos n.ºs 2 e 3 do art.º 161 da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro⁶⁰.

Questionado o CA da ULSBA, EPE; sobre as justificações e autorizações devidas, o mesmo informou que “*não têm em arquivo qualquer despacho autorizador específico do pagamento de trabalho extraordinário, pelo que, presume que o mesmo foi objeto de autorização verbal*”. Acrescentou, ainda, que a partir do ano de 2011, com a implementação do Sistema de Gestão e Controlo da Assiduidade “Sisqual Max Pro RH”, o trabalho extraordinário passou a ser autorizado mensalmente através desta aplicação por um membro do Conselho de Administração.

A necessidade de realização de trabalho extraordinário foi justificada pela falta de médicos com que a instituição se deparava, em particular em algumas especialidades, entre as quais a de anesthesiologia. Porém, a ULSBA, EPE, não facultou evidência sobre o estudo de alternativas ou das diligências então realizadas para contratar outros profissionais, na ótica de uma gestão racional, transparente e responsável pelos dinheiros públicos que lhes foram confiados.

⁵⁸ Salvo em casos excepcionais, devidamente justificados e autorizados o pessoal hospitalar não deve prestar, em cada mês trabalho extraordinário a que corresponda remuneração superior a um terço da remuneração principal.

⁵⁹ Exceto um caso que ultrapassou 366%, cfr. Anexos 25,26 e 27 do volume III.

⁶⁰ 200 horas anuais.



Estes factos evidenciam deficiências ao nível do controlo interno, uma vez que o registo biométrico automático (Sistema Sisqual) apenas permitia controlar as presenças dos profissionais e não, se efetivamente foram autorizadas as horas com a prestação de trabalho extraordinário.

A inexistência de autorização prévia da realização da despesa com as horas extraordinárias para além do limite de um terço da remuneração principal, como impunha o regime decorrente do n.º 7 do art.º 7º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, concomitantemente com o desrespeito pelos limites impostos pelos n.ºs 2 e 3 do art.º 161º da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, configura uma eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira sancionatória, por cada uma das respetivas gerências, p.p. nos termos das als. b) e d) do n.º 1 do art.º 65 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.

A este respeito, em sede de contraditório O Ministro da Saúde, através do Chefe de Gabinete, vem esclarecer que "(...) sendo o serviço de urgência a consumir a quase totalidade do trabalho extraordinário, foi incluída na Lei que aprova o Orçamento para 2013 uma norma que isenta este tipo de atividade de quaisquer limites (...)."

A Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro que aprova o OE para 2013 aditou ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, o artigo 22.º B, onde se determina que: "A realização de trabalho suplementar e extraordinário no âmbito do SNS não está sujeita a limites máximos quando seja necessária ao funcionamento de serviços de urgência ou de atendimento permanente, **não podendo os trabalhadores realizar mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar ou extraordinário, num período de referência de seis meses.**" No n.º 2 do referido artigo determina-se ainda que: "A prestação de trabalho suplementar ou extraordinário e noturno deve, (...) garantir o descanso entre jornadas de trabalho, de modo a proporcionar a necessária segurança do doente e do profissional na prestação de cuidados de saúde."

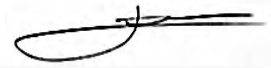
Face ao que precede, a letra do citado normativo não é clara, visto que na primeira parte diz-se que a realização de trabalho suplementar ou extraordinário no âmbito do SNS não está sujeita a limites (n.º de horas suplementares ou extraordinárias = ∞)⁶¹; na segunda parte estipula-se que cada profissional não pode realizar mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar ou extraordinário, num período de referência de seis meses. Neste sentido, os médicos com os horários semanais de trabalho de 35, 40 e 42 horas não poderão realizar semestralmente mais do que 338, 208 e 156 horas extraordinárias ou suplementares, respetivamente⁶², o que constitui uma limitação, donde se conclui que esta norma é vazia de significado numérico.

61 Quando seja necessária ao funcionamento de serviços de urgência ou de atendimento permanente.

$$a + t_n \cdot b \leq 1248$$

a (trabalho suplementar ou extraordinário) = ∞
t_n = trabalho normal semanal de 35, 40 e 42 horas
b = n.º de semanas no semestre (26)

62



Embora, confinado ao funcionamento de “serviços de urgência ou de atendimento permanente”, o trabalho extraordinário deve ter caráter excecional e o recurso ao mesmo não deve, assim, sobrepor-se à organização eficiente dos horários e escalas de funcionamento desses serviços.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, alegam que: “(...) o cumprimento do limite anual legalmente previsto, só é possível quando a instituição dispõe de profissionais em número suficiente para assegurar todas as necessidades permanentes dos serviços prestadores de cuidados de saúde. Não é esse o caso, há muitos anos, da ULSBA. Há que analisar o contexto histórico em que a Lei foi aprovada e a realidade que pretendia regular, para que a interpretação que dela se faça não resulte distorcida e desfasada.”

Referem os valores do ratio médicos especialistas por cada 1000 habitantes para argumentar a falta de profissionais uma vez que: “Ao nível das Regiões de Saúde, o Alentejo apresenta um dos ratio mais baixo em 2007 (0,97/1000), mantendo a mesma tendência já evidenciada em 1985 (0,79/1000), partilhada com a Região de Saúde do Algarve que apresentava um ratio ainda mais baixo, 0,46 médicos por 1000 habitantes.”

Acrescentam que: “(...) por um lado, constatamos que o volumoso número de horas de trabalho extraordinário não é de facto exceção, mas sim a regra nas instituições de saúde mais carenciadas de recursos humanos médicos, (...) e por outro lado, as 200 horas máximas anuais são esgotadas em poucos meses, após o que se impunha o encerramento dos serviços, designadamente o serviço de urgência médico-cirúrgica (...) caso não fosse autorizada a ultrapassagem desse limite máximo legalmente previsto.”

Assim, reconhecem que “Não existirá, de facto, prévio despacho autorizador, pela simples razão de que essa necessidade, há muito que não constitui a exceção mas antes a regra e, em face da indispensabilidade da prestação desse trabalho, sem alternativa à qual lançar mão, a autorização era feita a posteriori porque era notório que esse trabalho não podia deixar de ser prestado.”

Entendem ainda: “(...) que não devem ser penalizados (...) porque consideram ter dado cumprimento à injunção prevista no n.º 7 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, e bem assim, a contida no artigo 161.º da Lei n.º n.º 59/2008, de 11 de setembro, pela notoriedade da necessidade e indispensabilidade da prestação desse trabalho para evitar encerramento de serviços.”

As alegações apresentadas relativamente a esta matéria, não alteram os fatos relatados nem o seu enquadramento jurídico, porquanto, apesar da indispensabilidade da prestação desse trabalho o mesmo carecia de prévia autorização nos termos prescritos no n.º 7 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, mantendo-se assim, as observações de auditoria e as eventuais infrações financeiras.



Quadro 15 – ULSBA – Horas extraordinárias vs horas em trabalho normal

Profissionais	Peso do trabalho extraordinário face ao trabalho normal		
	2009	2010	2011
Ortopedista			122%
Anestesista 1	105%	105%	109%
Anestesista 2	112%	110%	114%
Anestesista 3		100%	98%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Efetuada uma análise comparativa entre o número de horas extraordinárias e o número de horas que decorre do regime de trabalho a que cada profissional está vinculado, em cada um dos anos em análise, permite concluir que o trabalho extraordinário representou cerca de 100% do trabalho normal, o que equivale a dizer que num ano estes médicos trabalharam um número de horas correspondente a dois anos de trabalho em horário normal.

No sentido de avaliar o impacto do valor pago em horas extraordinárias a estes profissionais face à remuneração base da categoria de assistente graduado coloca-se a seguinte hipótese:

❖ Premissas:

- O valor total auferido em horas extraordinárias pelos médicos com as remunerações mais elevadas, três em 2009 e quatro em 2010 e em 2011;
- A remuneração base da categoria de Assistente graduado colocado no 1º escalão, índice 145 em regime de dedicação exclusiva, 42 horas, € 4.107,03 mensal;
- Optou-se pela categoria de Assistente Graduado, nesta hipótese de trabalho, por ser a que se encontra imediatamente anterior à de Chefe de Serviço, e que pressupõe a existência de alguma experiência.

❖ Condicionantes:

- O resultado deste exercício está condicionado ao valor da remuneração base da categoria de assistente graduado que varia entre € 2.240,20 e € 5.240,00, vide tabela remuneratória da carreira médica para os anos de 2009 e 2010, cfr. Anexos 13 e 14 do volume III.

	2009	2010	2011
Valor anual auferido em horas extraordinárias pelos 5 médicos melhor remunerados	345.316,03 €	477.737,01 €	456.824,72 €
Remuneração anual de um médico com a categoria de Assistente graduado colocado no 1º escalão, índice 145 em regime de dedicação exclusiva, 42 horas	57.498,42 €	57.498,42 €	57.498,42 €
Número de médicos que poderiam ter sido contratados com o valor auferido em horas extraordinárias pelos 5 médicos em análise	6	8	8

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Deste exercício resulta que o valor auferido em horas extraordinárias por estes⁶³ profissionais em cada um dos anos em análise equivale ao valor necessário para contratar mais seis médicos, em 2009 e mais oito, em 2010 e, em 2011, com uma remuneração mensal de € 4.107,03. Assim, concluiu-se que, com o mesmo montante poderiam ter sido contratados outros profissionais, disponibilizando estes Chefes de Serviço para um desempenho mais eficaz das suas funções de coordenação e supervisão clínica.

⁶³ 3 em 2009 e 4 em 2010 e em 2011.



Do cálculo do valor unitário médio que a ULSBA, EPE, suportou por cada uma destas horas extraordinárias, € 58, em 2009 e 2010 e € 53, em 2011, constatou-se que o mesmo se mostrou superior ao valor hora de referência para a contratação dos serviços médicos de especialidade fixado em € 35⁶⁴, o que se revela uma alternativa mais onerosa para o erário público e menos económica.

Quadro 16 – ULSBA – Trabalho extraordinário

Se esta unidade de saúde tivesse, por hipótese, recorrido, em alternativa, à contratação externa de serviços médicos teria conseguido uma redução no custo da remuneração anual destes profissionais, no montante de cerca de € 137 mil, € 190 mil e € 156 mil, respetivamente em 2009, 2010 e 2011.

Anos	ULSBA/Horas Extraordinárias						
	Valor pago	Nº Horas efectuadas	Custo por hora extra em média	Valor hora da contratação de serviços médicos	Valor total/ contratação de serviços médicos	Valor do excesso pago	% do excesso
2009	345.316,03 €	5.945	58,09 €	35,00 €	208.075,00 €	137.241,03 €	66%
2010	477.737,01 €	8.223	58,10 €	35,00 €	287.805,00 €	189.932,01 €	66%
2011	456.824,72 €	8.608	53,07 €	35,00 €	301.280,00 €	155.544,72 €	52%
Total	1.279.877,76 €				797.160,00 €	482.717,76 €	61%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA

Assim, para que a ULSBA, EPE, resolvesse a falta de recursos médicos poderia ter equacionado o recurso a horas contratadas ao invés de recorrer a horas extraordinárias que sobrecarregaram permanentemente os referidos profissionais, retirando-lhes as horas de descanso necessárias para a prevenção do erro clínico e que assim garantem os padrões de qualidade e segurança da prestação de cuidados médicos.

No que respeita à escassez de recursos humanos, em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria alegam: “ (...) encontramos-nos numa situação de rutura, em que só um sistema de regulação central, ao nível do Ministério da Saúde, que controle o número de alunos das Faculdades de Medicina e, uma vez formados, os distribua obrigatoriamente, pelas diferentes especialidades de acordo com as necessidades do País, tornará possível não haver carência ou excesso de médicos. (...)”

Acrescentam que: “Quando os procedimentos concursais para preenchimento das efetivas e notórias necessidades das instituições em determinadas especialidades, não são autorizadas (...) sem qualquer explicação ou justificação que não apenas o argumento (...) de não aumentar os encargos com pessoal, este é um sintoma de total ausência de sensibilidade para o que é o atendimento das pessoas doentes, para o que são as estruturas de diagnóstico e tratamento, para a necessidade absoluta da mais alta qualidade nas intervenções médicas – onde uma distração ou um erro pode custar vidas. Esta qualidade requerida está muito para além das exigências regulamentares dos funcionários civis do Estado.”

As alegações apresentadas, não obstante a sua pertinência, não alteram as conclusões inicialmente vertidas no relatório.

⁶⁴ Alterado em 2011 para € 30 pelo Despacho n.º 10428/2011, do SES, de 1 de agosto.



O atual Governo procedeu à identificação das especialidades carenciadas e respetivos estabelecimentos determinando a abertura de procedimentos simplificados de recrutamento de profissionais médicos, para suprir essas carências através dos Despachos do SES n.ºs 7702-D/2012, 8317-B/2012, 9087/2012, 15630/2012 e em 2013 o Despacho n.º 2546/2013. Na lista das unidades hospitalares com especialidades carenciadas quanto ao número de médicos ao seu serviço, consta a ULSBA, EPE, identificada como entidade com carência de profissionais nas especialidades referidas, entre outras⁶⁵, na análise efetuada na presente auditoria.

3.1.3. ULSBA – Prevenções

O trabalho em regime de prevenção apenas foi praticado nas especialidades de ortopedia e oftalmologia por três dos cinco profissionais com as remunerações mais elevadas que auferiram um total de € 83 mil, € 49 mil, e € 53 mil, respetivamente em 2009, 2010 e 2011.

Quadro 17 – ULSBA - Valor total pago aos três médicos

Ano	Prevenções - ULSBA		Peso (2)/(1)
	Total pago a todos os médicos (1)	Total pago aos cinco médicos (2)	
2009	644.077,78 €	82.743,04 €	12,85%
2010	581.775,10 €	49.201,91 €	8,46%
2011	568.090,54 €	52.879,38 €	9,31%

Estes valores registaram um peso de cerca de 13%, 8% e 9%, em 2009, 2010 e 2011 respetivamente, face ao valor pago a todos os médicos da unidade hospitalar que realizaram prevenções.

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

O regime de prevenção, pressupõe que o médico esteja nas imediações do hospital a uma distância máxima de 40 minutos do hospital, para o caso de ser absolutamente necessária a sua deslocação, podendo o atendimento ser prestado telefonicamente, ou seja, sem estar fisicamente no hospital. Este regime é remunerado em 50% do valor da hora extraordinária.

No ano de 2009 o controlo das horas extraordinárias e de prevenção era feito em folha manual de assiduidade, validada pelo respetivo diretor de serviço, em 2010 passaram a coexistir os dois sistemas, folha manual e sistema de registo automático. A leitura destas folhas de assiduidade revelou falta de transparência do controlo face às dificuldades encontradas para a sua perceção, ao nível do número de horas extraordinárias e de prevenções efetivamente realizadas. Razão pela qual, não foi possível confirmar se o número de horas extraordinárias e de prevenções pagas foram as efetivamente realizadas.

Nos anos de 2009 e 2010 não foi efetuado⁶⁶ o controlo das presenças físicas dos médicos em regime de prevenção de forma a avaliar a percentagem de ocorrências/necessidade de deslocação à unidade de saúde e o cumprimento do tempo máximo legalmente estabelecido (40 minutos),

⁶⁵ Cirurgia geral, medicina interna, **anestesiologia**, **cardiologia**, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, patologia clínica, psiquiatria, radiologia, saúde pública, endocrinologia, gastroenterologia, medicina física e reabilitação, **oftalmologia**, **ortopedia**, pediatria, medicina gral e familiar.

⁶⁶ Em 2011 implementaram o registo das deslocações à Unidade Local de Saúde quando se encontrava em prevenção.



apesar de existirem os instrumentos para a realização desse controlo, designadamente o registo biométrico de assiduidade.

Os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, em sede de contraditório vêm reconhecer que competia ao órgão de gestão que integravam a implementação dos mecanismos de controlo e que neste caso, inegavelmente falharam.

Tais situações revelam a falta de diligência da administração da ULSBA, EPE, na implementação de procedimentos de controlo interno sobre o trabalho prestado por estes profissionais, os quais deviam ter sido aplicados com igual rigor e transparência, não só em relação aos restantes profissionais desta unidade hospitalar, mas também aos procedimentos realizados por outras entidades prestadoras de cuidados de saúde.

Acresce que, este tipo de reparo consta dos Relatórios da IGAS n.º 185/2008, 371/2008 e 530/2009, onde, entre o mais se refere que *“O controlo dos deveres de assiduidade e pontualidade através de sistemas automáticos ou mecânicos (registo biométrico) encontra-se ainda em fase de implementação; grande parte dos tempos de trabalho é ainda aparentemente controlada por “livro de ponto”. Assim, não está devidamente cumprido o preceituado no artigo 14.º, n.º 4, do DL n.º 259/98, de 18.08, apesar de ter sido definida pela Tutela a implementação destes sistemas para todos os trabalhadores, funcionários e agentes do SNS (Despacho n.º 187/2007, de 18.09)”; “ (...) Não existe um regulamento de horário de trabalho” e “Da análise efetuada às horas extraordinárias e de prevenção é de referir:*

- *“Na remuneração do trabalho extraordinário/prevenção, a ULSBA aplica a todos os trabalhadores o disposto no DL n.º 62/79, de 30.03, não estando a ser respeitados os limites impostos”;*
- *“Dos processos analisados não consta prévia autorização para a realização do trabalho extraordinário e de prevenção, devidamente fundamentada e nem sempre as horas processadas correspondem à escala aprovada e anexa”;*
- *“Processamentos suportados em folhas de presenças cujos dias assinalados de horas extraordinárias não têm preenchidos os campos para as horas de entrada e saída, nem estão rubricados”.*

Em 2011, o CA da ULSBA, EPE, tendo em conta as contenções orçamentais e o acentuado desequilíbrio entre custos e financiamento, deliberou propor a todos os médicos abrangidos pelo regime de prevenção a sua passagem para o regime de chamada. Sem prejuízo dos termos e condições definidas no Acordo coletivo de Trabalho, este CA não conseguiu implementar esta medida, uma vez que cedeu ao interesse próprio dos médicos que recusaram essa alteração não conseguindo fazer prevalecer o interesse público que se impunha nestas circunstâncias.

Os regimes de prevenção e chamada têm carácter excecional, só podendo ser adotados nos estritos termos e condições definidas na lei⁶⁷, e dependem do acordo do médico. Os 29 médicos que tinham o regime de prevenção opuseram-se à alteração da passagem do regime de prevenção para o regime de chamada, devido à diminuição da compensação remuneratória e da obrigatoriedade

⁶⁷ Art.º 9.º e art.º 10 do Decreto-Lei n.º 62/79 de 30 de março.



de disponibilidade durante o horário de chamada, cfr. documento comprovativo enviado pela ULSBA.

3.1.4. ULSBA – Produção cirúrgica adicional – SIGIC

A atividade cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC foi a que mais contribuiu para o total da remuneração dos profissionais em análise, destacando-se um médico oftalmologista que obteve um incremento na remuneração base de cerca de 849% (€ 387 mil), 687% (€ 313 mil) e 483% (€ 199 mil), e um ortopedista com, 252% (€ 181 mil), 308% (€ 212 mil) e 68% (€ 44 mil) respetivamente, em 2009, 2010 e 2011.

O valor auferido pelo referido oftalmologista, com a remuneração mais elevada, que detém a categoria de chefe de serviço, foi ainda incrementado pela retribuição da função de cirurgião principal na maioria das cirurgias realizadas em produção adicional, 85% em 2009 e 98% em 2010 e em 2011⁶⁸.

Quadro 18 – ULSBA - Valor da produção adicional vs valor de toda a produção adicional

O valor auferido pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas na ULSBA, EPE, representou, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente, cerca de 60%, 50% e 44% da remuneração auferida nesta componente remuneratória por todos os médicos da unidade de saúde, que realizaram produção cirúrgica adicional/SIGIC.

Ano	Produção cirúrgica adicional - ULSBA		Peso no total pago aos médicos (3)/(2)
	Valor total pago aos médicos (2)	Valor pago aos cinco médicos (3)	
2009	1.696.273,55 €	1.007.552,34 €	59,40%
2010	1.546.445,30 €	766.764,78 €	49,58%
2011	934.836,36 €	409.547,52 €	43,81%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria justificam as elevadas percentagens de trabalho em produção acrescida, "(...) com o facto de os profissionais terem um horário de trabalho semanal de 35(...) horas, das quais 12(doze) são obrigatoriamente prestadas no serviço de urgência. As restantes 23, à razão de 4 dias úteis (...) e 6 horas por dia, são distribuídas entre atividade em bloco operatório, enfermaria e consultas."

A produção cirúrgica realizada resultou da contratualização interna da produção entre a ULSBA, EPE, e os diversos serviços do hospital. Tendo em conta os efeitos na remuneração dos profissionais, procedeu-se à análise da contratualização interna com os serviços de oftalmologia e de ortopedia, e da respetiva produção, por serem as especialidades onde se verificaram maiores impactos nas remunerações.

Para aqueles dois serviços foi estabelecido como objetivo estratégico do triénio, 2009/2011, realizar uma produção que permitisse manter o peso da cirurgia de ambatório no total das cirurgias programadas e assegurar toda a cirurgia urgente de acordo com a capacidade instalada.

⁶⁸ Cfr. Anexo 37 do volume III.



➤ Oftalmologia

Para cumprimento do objetivo estabelecido o serviço de oftalmologia recorreu a um sistema de contratualização por pontos introduzido em 2005, pelo então Conselho de Administração. Este sistema surgiu na sequência de um estudo, efetuado por uma empresa externa, sobre o serviço de oftalmologia, segundo o qual se propunha uma nova modalidade de pagamento da atividade cirúrgica (convencional e de ambulatório), ao serviço de oftalmologia. Este estudo propunha também que as consultas externas (adicionais) passassem a ser pagas em modalidade remuneratória alternativa, a partir de determinado número base para cada ano.

O CA em exercício no período de 2006-2011, manteve a aplicação do sistema de contratualização por pontos⁶⁹, para cálculo da produção base, da atividade cirúrgica, a realizar por cada profissional. Segundo este sistema, os profissionais assim que esgotam os pontos contratualizados para a realização da produção cirúrgica base, passam a receber toda a restante como produção cirúrgica adicional.

Este estudo não contemplou uma análise que justificasse quantitativamente a opção tomada, uma vez que nem sequer foram elaboradas comparações com outras alternativas.

Analisada a produção realizada por estes médicos especialistas, constatou-se que em maio, quer de 2009 quer de 2010 (oftalmologista 2) e junho de 2009 (oftalmologista 1), esgotaram os pontos contratualizados, relativamente à produção base, o que significa que nos restantes meses toda a produção cirúrgica realizada foi auferida em MRA, ou seja os oftalmologistas realizaram o trabalho de um ano de produção base, em cinco e seis meses, tendo para efeito realizado, também, cirurgias fora do seu horário normal de trabalho.

O quadro seguinte discrimina a produção designada base e adicional nos períodos antes e após se terem esgotado os pontos contratualizados permitindo concluir que o oftalmologista 2 esgotou os pontos contratualizados com a realização de 186, 134 e 203 cirurgias⁷⁰ no mês de maio de 2009, de 2010 e de 2011, respetivamente. O oftalmologista 1 esgotou aqueles pontos no mês de junho com a realização de 152 cirurgias no ano de 2009.

Quadro 19 – ULSBA – Produção base vs adicional

Unidade: Número de cirurgias

Ano	Profissional/Serviço de oftalmologia	Produção Base			Total cirurgias adicional	Total cirurgias	Peso da produção base no total	Peso produção adicional no total
		Cirurgião principal	Cirurgião ajudante	Total cirurgias				
2009	Oftalmologista 1	118	34	152	625	777	20%	80%
	Oftalmologista 2	144	42	186	1239	1425	13%	87%
2010	Oftalmologista 2	111	23	134	977	1111	12%	88%
2011	Oftalmologista 2	154	49	203	443	646	31%	69%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Nota: Nesta análise, no ano de 2009, foram consideradas como produção cirúrgica adicional 1105 cirurgias classificadas pela ULSBA com produção base para efeitos de cumprimento dos objetivos contratualizados com a tutela, mas pagas aos profissionais como produção cirúrgica adicional.

⁶⁹ Determinados tendo em conta a complexidade e a diferenciação associada aos tempos necessários para a realização das cirurgias, variando ainda consoante o cirurgião atua como principal ou ajudante.

⁷⁰ Este número de cirurgias resulta do somatório das cirurgias realizadas como cirurgião principal e como cirurgião ajudante.



A produção adicional realizada depois de esgotados os pontos contratualizados para a produção base representou em 2009 e 2010 mais de 80% do total da produção realizada no ano e em 2011 representou 69% desse total.

Alargada esta análise a todo o serviço de oftalmologia verifica-se que, do total de cirurgias realizadas em cada um dos anos em análise, 88%, 86% e 78%, foram realizadas em produção adicional, concluindo-se que o número de pontos contratualizados com os médicos para a realização da produção base foi desajustado face à produção prevista no plano de desempenho da unidade hospitalar e benéfico apenas para os médicos que, em razão desta contratualização, viram as suas remunerações aumentar muito significativamente.

Quadro 20 – ULSBA – Produção base vs adicional do Serviço de Oftalmologia

Unidade: Número de cirurgias

Ano	Serviço	N.º de cirurgias base	N.º de cirurgias adicional	N.º de cirurgias urgentes	Total	Peso produção base no total	Peso produção adicional no total	Plano de Desempenho
2009	Oftalmologia	382	2818	13	3213	12%	88%	3.217
2010	Oftalmologia	331	2110	9	2450	14%	86%	2.879
2011	Oftalmologia	407	1458	8	1873	22%	78%	1959

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Nota: Nesta análise, no ano de 2009, foram consideradas como produção cirúrgica adicional 1105 cirurgias classificadas pela ULSBA com produção base para efeitos de cumprimento dos objetivos contratualizados com a tutela, mas pagas aos profissionais como produção cirúrgica adicional.

Sem prejuízo da discricionariedade que assiste ao órgão decisório, a contratualização interna para realização da produção cirúrgica adicional praticada, neste caso, na ULSBA, EPE, em vez de permitir que o CA opte pela solução que se lhe afigure mais adequada à realidade e à prossecução do interesse público, subverteu a regra da remuneração do trabalho em horário normal ao permitir a remuneração em produção cirúrgica adicional/SIGIC da maior parte das cirurgias realizadas ao longo dos segundos semestres de 2009 e 2010, o que também originou desigualdades face aos profissionais das restantes especialidades. Além disso, esta atividade cirúrgica adicional foi realizada no horário em que devia ter sido realizada a produção base, tendo a mesma sido fixada muito abaixo do que se revelou ser possível, na medida em que foi esgotada nos meses de maio e junho de cada ano.

Assim o pagamento da remuneração da produção cirúrgica adicional em oftalmologia, realizada depois de esgotados os pontos contratualizados, no período normal de trabalho, da realização de horas extraordinárias ou de prevenção, deu origem a pagamentos em duplicado que se consideram ilegais e indevidos, e conseqüentemente, revelam incumprimento dos princípios prudenciais inerentes à boa e correta gestão dos dinheiros públicos como seria de esperar de uma gestão diligente, responsável e imparcial que, no âmbito da sua autonomia, devia ter procurado soluções mais eficientes.

Apesar dos normativos do SIGIC não referirem expressamente a alegada proibição da realização de cirurgias “adicionais” durante o horário normal de trabalho ou no período em que seja realizado trabalho extraordinário ou em regime de prevenção, verifica-se uma violação do princípio da



legalidade constante do art.º 3.º do Código do Procedimento Administrativo, mais precisamente, a violação da norma que fixa o horário de trabalho, art.º 20 do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, bem como a de que prevê a prestação de horas extraordinárias e o regime de prevenção (art.º 7.º e 9.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março). Assim os pagamentos em duplicado ocorridos na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, consideram-se ilegais e indevidos.

Quadro 21 – ULSBA – Valores auferidos em duplicado

Unidade: Euros

Regime de trabalho	Oftalmologista 1	Oftalmologista 2	
	2009	2009	2010
Horário normal de trabalho	36.840,00	49.570,00	65.076,00
Prevenções	45.450,00	21.480,00	35.948,00
Total	82.290,00	71.050,00	101.024,00

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

O médico oftalmologista 1 auferiu os montantes de cerca de € 82 mil em 2009 e o médico oftalmologista 2 auferiu os montantes de cerca de € 71 mil e € 101 mil, respetivamente em 2009 e 2010, relativos a produção cirúrgica adicional realizada em sobreposição com o seu horário normal de trabalho e com o regime de prevenção⁷¹.

Verificou-se ainda que, a cirurgia à catarata (GDH 39) foi a mais realizada em produção adicional⁷². Esta produção terá sido fortemente influenciada pelo modelo de contratualização por pontos⁷³, uma vez que, sendo possível realizar, em média 3 a 4 cirurgias à catarata (GDH 39) por hora, permitiu-se deliberadamente a estes profissionais:

- Enquanto produção base, realizar o número de cirurgias no âmbito da produção normal que permitiram esgotar mais rapidamente os pontos contratualizados e a partir daí passar para a produção adicional, paga em MRA;
- Enquanto produção adicional, acumular elevados montantes considerando a relação complexidade/tempo gasto/valor recebido por cirurgia⁷⁴.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, alegam que:“(…) se efetivamente houve pagamento de produção em SIGIC, em sobreposição injustificada com o horário normal de trabalho e com a prestação de trabalho em regime de prevenção, os montantes assim efetuados foram indevidamente pagos pelo que, terão que ser objeto de reposição por quem, indevidamente os recebeu.” “Todos os profissionais eram (e são) conhecedores das obrigações estatutárias, orgânicas e funcionais a que estão obrigados, bem sabendo que a prestação de trabalho ao abrigo do regime do SIGIC, só poderia ter lugar fora do horário normal de trabalho, diário e semanal, nele se incluindo (...) regime de prevenção.”

⁷¹ Cfr. quadros juntos ao processo de auditoria.

⁷² Foram realizadas 1540, 1726 e 1136 cirurgias, respetivamente, em 2009, 2010 e em 2011, Cfr. Anexo 31 do volume III. A análise centrou-se apenas nas cirurgias realizadas em ambulatório, em produção base e adicional, uma vez que no decurso do triénio, na especialidade de oftalmologia grande parte, 71,4 %, da produção realizada é feita em ambulatório e só 28,08 % é que é efetuada em convencional.

⁷³ Não descurando o facto da zona de influência da ULSBA, apresentar uma população envelhecida potenciando a procura deste tipo de intervenção.

⁷⁴ Em 2009 e 2010 os valores pagos à equipa cirúrgica eram de € 500, em 2011 e 2012 passou a € 450.



Assumem por isso os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, a sua responsabilidade “(...) em sede sancionatória, pela falha nos mecanismos de controlo e fiscalização do cumprimento da legalidade que competia ao órgão de gestão que integravam.” No entanto, não concordam com “(...) a sugerida efetivação da responsabilidade reintegratória, uma vez que, os pagamentos indevidos foram efetuados aos profissionais, pelo que, se assim se entender, a reintegração ao erário público, haverá de ser efetuada pelo beneficiário desses pagamentos indevidos, sob pena de se verificar um enriquecimento sem causa de quem recebeu os montantes sem justificação legal e de facto, com o correspondente empobrecimento de quem os pagou, ou de quem tiver que os repor, caso não sejam os profissionais que deles beneficiaram.”

Recorde-se que, no caso em apreço, foram identificados pagamentos indevidos que se consideraram ilegais. Como tal, os valores pagos em sobreposição causam, nessa exata medida, um prejuízo ao erário público, não obstante a correspondente contraprestação efetiva, uma vez que não se mostrou “(...) adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de uma determinada atividade.”

Assim, e não obstante os argumentos aduzidos pelos membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, quanto à discordância da imputação da responsabilidade financeira reintegratória, os pagamentos da produção adicional aos profissionais médicos identificados, deverá manter a qualificação de indevidos e, como tal, constitutivos de responsabilidade financeira reintegratória, imputável aos dirigentes autorizadores daqueles pagamentos, nos termos do art.º 61º, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, LOPTC, recaindo a responsabilidade pela reposição das importâncias abrangidas pela infração sobre os agentes da ação, ou seja, sobre os membros do Conselho de Administração.

Assim, considerando que os argumentos apresentados pelo Conselho de Administração da ULSBA, EPE, não alteram os factos relatados, mantêm-se as eventuais infrações financeiras, suscetíveis de gerar **responsabilidade reintegratória e sancionatória**, p.p. nos termos do al. b) do n.º 1 do art.º 65, e n.ºs 1, 4, 5 e 6 do art.º 59, ambos 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 – LOPTC, para os responsáveis pela autorização da despesa com os pagamentos em duplicado.

A ULSBA não apresentou qualquer estudo que evidenciasse o custo benefício para a unidade de saúde da introdução do referido sistema de contratualização por pontos. Além disso, ao longo dos 6 anos manteve inexplicavelmente o mesmo expediente sem qualquer revisão que ajustasse os objetivos contratualizados, elevando o número de pontos a realizar em produção base nos anos seguintes de modo a que a produção adicional constituísse a exceção e não a regra, tal como seria de esperar de uma gestão diligente, responsável e imparcial que devia ter utilizado a sua autonomia de gestão⁷⁵ para optar pelo tipo de contratualização interna que melhor realizasse a boa gestão dos dinheiros públicos (com economia e eficiência) para satisfazer as necessidades dos utentes. Esta situação indicia o favorecimento de interesses particulares em detrimento do interesse público.

⁷⁵ Ao abrigo das disposições conjugadas do art.º 1, al. b) do n.º 1 do art.º 2, n.º 1 do art.º 18 do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro); n.º 1 do art.º 14 do Regulamento da ULSBA e art.º 7 dos Estatutos da ULSBA, anexo ao Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro.



➤ Ortopedia

No serviço de ortopedia a contratualização dos objetivos de atividade assistencial⁷⁶, para o triénio em análise, entre a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo e o respetivo Chefe de Serviço teve por base o histórico da produção dos anos anteriores.

Dos cinco profissionais com as remunerações mais elevadas consta um profissional de ortopedia com uma remuneração total de € 371 mil, € 422 mil e € 261 mil, respetivamente em 2009, 2010 e 2011. A componente remuneratória com maior peso naquela remuneração foi a produção adicional, com cerca de 49%, em 2009, 50%, em 2010 e 13%, em 2011. A predominância da produção adicional na remuneração total poderá ter sido influenciada pela seleção das cirurgias a realizar em produção adicional, em função da complexidade e, conseqüentemente do valor remuneratório daí resultante, como decorre da análise seguinte.

Quadro 22 – ULSBA - Produção adicional vs normal – Serviço de Ortopedia

Unidade: Número de cirurgias

Produção Ambulatório	2009	2010	2011
Programada normal	169	140	186
Programada adicional	53	192	2
Sub total	222	332	188
Produção Convencional			
Programada normal	205	204	485
Programada adicional	321	305	83
Urgente	411	418	294
Reoperação			3
Sub total	937	927	865
Total	1159	1259	1053

Cinco profissionais do Serviço de Ortopedia realizaram uma produção total de 1159, 1259 e 1053 cirurgias, respetivamente em 2009, 2010 e 2011, da qual mais de 70% foi realizada em produção convencional. Da comparação da tipologia dos GDH produzidos em Programada normal e em Programada adicional, tendo em conta o preço praticado, previsto na Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto, concluiu-se que o grau de complexidade das cirurgias realizadas em adicional é superior.

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA, ficheiros de produção 2009, 2010 e 2011.

Note-se que o maior número de cirurgias realizadas em produção adicional respeita ao GDH 209, um dos mais complexos da especialidade⁷⁷, a que corresponde o valor de € 5.925,11⁷⁸, cfr. Anexo 32 do volume III. Verifica-se assim, que no período de 2009 a 2011 a escolha das cirurgias a realizar em produção adicional terá sido influenciada pelo valor do GDH (209 e 818), repercutindo-se no aumento da remuneração dos profissionais nesta componente remuneratória, uma vez que este serve de base ao cálculo da MRA.

Ao estender-se a análise à produção total da ULSBA, em todas as especialidades, mais precisamente a produção cirúrgica realizada em base e em MRA, constata-se que em 2010 houve uma redução substancial das intervenções cirúrgicas realizadas em base com uma quebra na ordem dos 28%⁷⁹, enquanto na produção adicional/SIGIC ocorreu um aumento significativo de cerca de 37% (mais 805 cirurgias realizadas). Assim, constata-se que em 2010 foi privilegiada a atividade

⁷⁶ Internamento, consultas externas e intervenções cirúrgicas.

⁷⁷ Apresenta um peso relativo de 3,1485.

⁷⁸ Definido na tabela de preços aprovada pela Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto.

⁷⁹ Menos 1.531 cirurgias das quais 1390 dizem respeito a oftalmologia.



cirúrgica adicional com o refletido impacto remuneratório, em detrimento do número de cirurgias de produção base, cfr. Anexos 33 e 34 do volume III.

Quadro 23 – ULSBA - Produção cirúrgica realizada

Unidade: Número de cirurgias

2009					
Cirurgias	Total	Base	Peso	SIGIC	Peso
Cirurgia Geral	1517	1476	97,3%	41	2,7%
Ginecologia	700	463	66,1%	237	33,9%
Obstetria	433	433	100,0%	0	0,0%
Oftalmologia	3217	1729	53,7%	1488	46,3%
Ortopedia	1260	885	70,2%	375	29,8%
Otorrinolaringologia	145	145	100,0%	0	0,0%
Urologia	352	294	83,5%	58	16,5%
TOTAL	7624	5425	71,2%	2199	28,8%

2010					
Cirurgias	Total	Base	Peso	SIGIC	Peso
Cirurgia Geral	1589	1411	88,8%	178	11,2%
Ginecologia	628	460	73,2%	168	26,8%
Obstetria	412	412	100,0%	0	0,0%
Oftalmologia	2447	339	13,9%	2108	86,1%
Ortopedia	1327	826	62,2%	501	37,8%
Otorrinolaringologia	166	166	100,0%	0	0,0%
Urologia	329	280	85,1%	49	14,9%
TOTAL	6898	3894	56,5%	3004	43,5%

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Face ao que precede, confirma-se que o número de cirurgias realizadas em produção adicional nas especialidades de oftalmologia e de ortopedia se destaca das restantes. Na especialidade de oftalmologia, no ano de 2009, 46% (1488 cirurgias) da produção total foi realizada como adicional, essa percentagem subiu para 86% (2108 cirurgias) em 2010, como se pode observar nos quadros acima.

3.1.5. ULSBA – Evolução da lista de espera em cirurgia

- Número de Doentes em Espera

A ULSBA, em 31 de dezembro de 2008, 2009 e 2010, tinha em lista de espera, no conjunto das especialidades, 1436 doentes, 938 doentes e 909 doentes, respetivamente. Ao longo do triénio verificou-se uma diminuição gradual do número de inscritos para cirurgia, com destaque para a especialidade de oftalmologia que registou uma grande redução de 2008 para 2009, tendo passado de um total de 719 doentes em lista de espera⁸⁰, para 267 doentes em 2009, e terminando o ano de 2010 com 232 doentes⁸¹, 2011 com 288 e 2012 com 242, cfr. Anexo 38 do volume III.

Recorde-se que no ano de 2008 o Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica (PACO)⁸² previa que, a nível nacional, se contratualizassem cerca de 30 mil cirurgias em produção adicional, a ser executadas entre 1 de julho de 2008 e 1 de julho de 2009, bem como a realização de 75 mil primeiras consultas em produção adicional.

⁸⁰ A 31 de dezembro de 2008.

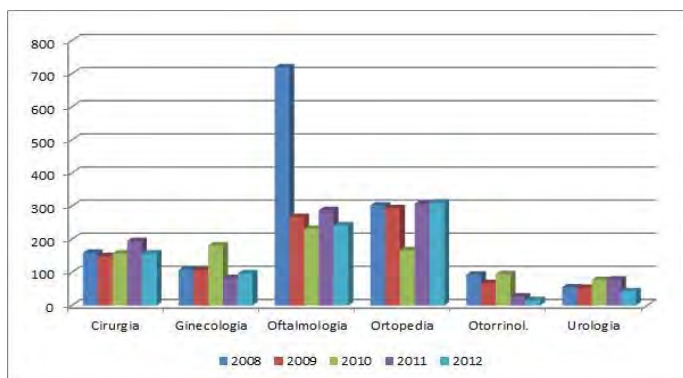
⁸¹ Uma redução de 13%, face a 2009, e de 68%, face a 2008.

⁸² Cfr. Portaria n.º 1306/2008, de 11 de novembro. Em 2009, não ocorreu celebração de acordo específico relativamente ao PACO, ao contrário do sucedido em 2008, através de adenda ao acordo modificativo de 2008.



Gráfico 6 – ULSBA - Lista de espera para cirurgia por especialidade

Unidade: Número de doentes



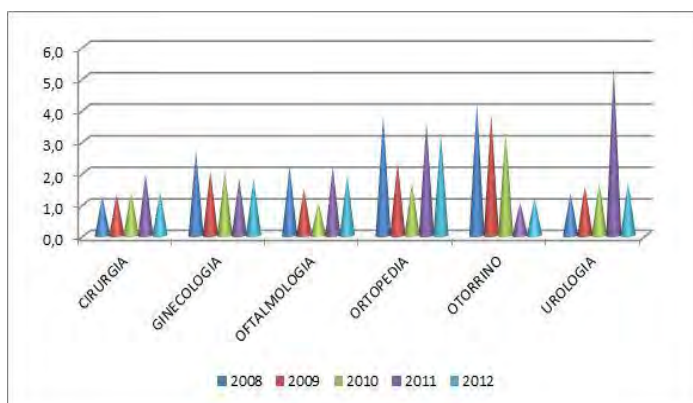
Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

- Tempos de Espera

No que respeita à evolução dos tempos de espera na ULSBA, EPE, no período em análise e à semelhança do que ocorreu quanto à recuperação das listas de espera, as maiores reduções ocorreram nas especialidades de oftalmologia e de ortopedia, cfr. Anexo 39 do volume III.

Gráfico 7 – ULSBA - Média da evolução do tempo de espera para cirurgia

Unidade: Meses



Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

A capacidade de resolver a lista de espera também se verificou na especialidade de ortopedia, no período 2009/2010. Com efeito encontravam-se em espera a 31 de dezembro de 2008, 302 doentes tendo o ano de 2010 fechado com apenas 167 doentes, o de 2011 com 307 e o de 2012 com 311 doentes em espera para cirurgia.

A especialidade de oftalmologia reduziu em 52%, o seu tempo de espera, passando de 2,2 meses em 2008 para cerca 1,0 meses em 2010, no entanto em 2011 esse tempo subiu novamente para 2,2 meses e em 2012 desceu para 1,9 meses. No que respeita à especialidade de ortopedia a redução do tempo de espera cifrou-se em cerca de 56%, reduzindo-se de 3,8 meses, em 2008 para 1,7 meses, em 2010. Em 2011 passou para 3,6 meses e em 2012 ficou em 3,2 meses.

Como era expectável, o esforço financeiro suportado pela ULSBA, EPE, teve um “impacto positivo” para os doentes quer na recuperação das listas de espera, quer na redução do tempo de espera. Não esquecendo, no entanto, que este resultado teve em conta uma contratualização que beneficiou o incremento remuneratório da equipa de cirurgia.



Da análise da evolução do tempo de acesso a primeira consulta, no período de 2010 para 2011, constatou-se que, tanto em oftalmologia, como em ortopedia, ocorreram aumentos de 39% e 24%, respetivamente. Para tal, terá contribuído a não realização de “consultas acrescidas”, a partir do mês de outubro de 2011, pelos médicos de oftalmologia.

Quanto aos pedidos de consulta, verificou-se igualmente uma redução do número de consultas marcadas de 2010 para 2011, correspondendo a menos 41,7% e 31,5%, respetivamente. Em contraponto o número de pedidos recebidos pela instituição e que aguardam marcação subiu de forma expressiva, registando-se no final de 2011 nas duas especialidades 2104 pedidos que aguardavam marcação.

O tempo de espera no conjunto das especialidades, apresentou uma evolução positiva no período 2009-2010, passando dos 59 para os 56 dias e o número de consultas marcadas passou de 913 para 1480, em 2010, registando-se em 2011 um agravamento com o tempo de espera a regredir para os 63 dias e com o número de consultas a situar-se nas 1145.

O número de pedidos de consulta, a aguardar marcação aumentou, de ano para ano, mas com uma subida expressiva (cerca de 48%) em 2011 face a 2010, devido ao número crescente de solicitações em oftalmologia e em ortopedia.

3.1.6. ULSBA - Contratação de serviços médicos para realização de consultas

Por deliberação do CA da ULSBA de 12 de fevereiro de 2008, foi autorizada a contratualização de “consultas acrescidas” ao serviço de oftalmologia, com médicos do quadro de pessoal, em regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado.

Embora o CA considere tratar-se de uma situação de “contratualização acrescida”, o que passou a existir, a partir dessa data, entre a ULSBA, EPE, e os vários médicos daquele serviço, foram verdadeiras prestações de serviços, cujo maior sinal distintivo desta relação laboral, são os “recibos verdes” entregues, pelos respetivos médicos, que titulam o recebimento das importâncias que lhe foram pagas pela unidade hospitalar.

Apurou-se ainda que a ULSBA realizou idêntica contratualização com dois profissionais médicos do serviço de anestesiologia, os quais, a exemplo do que se passou com os médicos oftalmologistas, também tinham uma relação de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado com aquela Unidade Local de Saúde, com dedicação exclusiva.

Apesar da discricionariedade que assiste ao órgão decisório, ao permitir que o mesmo opte pela solução que se lhe afigure mais adequada à realidade e à prossecução do interesse público em causa, essa opção pressupõe sempre o preenchimento dos requisitos materiais e formais normativamente previstos, arredando, assim, por esta via, o livre arbítrio nas decisões tomadas. O CA da ULSBA, EPE, ao deliberar a autorização para a contratação de serviços de saúde (realização de consultas), com os próprios médicos do serviço de oftalmologia e de anestesiologia, ou seja, com médicos do mapa de pessoal da ULSBA, EPE, poderia ter permitido a acumulação do exercício



de funções⁸³ por via de duas modalidades de contratos, a saber: contrato de trabalho em funções públicas e contrato de prestação de serviços.

À semelhança do que sucede relativamente aos demais trabalhadores em regime de contrato de trabalho em funções públicas, também no caso da carreira especial médica, a acumulação de funções, públicas ou privadas, carece de autorização a conceder pela entidade empregadora pública, a requerimento do interessado. Efetivamente, nos termos do n.º 1 do art.º 29.º, da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro (atualmente com a redação dada pela Lei n.º 34/2010, de 2 de setembro), as acumulações de funções previstas nos art.ºs 27.º e 28.º, do mesmo diploma, dependem de autorização, devendo o requerente apresentar as razões pelas quais considera que as funções que pretende exercer não são conflitantes com as do serviço de origem.

Neste caso, para além de se desconhecer qualquer pedido de autorização que tivesse sido efetuado pelos referidos médicos, nos termos do art.º 28 da Lei n.º 34/2010, de 2 de setembro, são incompatíveis as atividades privadas, a título remunerado, em regime de trabalho autónomo ou de trabalho subordinado, concorrentes ou similares com as funções que exercem na Administração Pública e que com estas sejam conflitantes. Consideram-se, nomeadamente, abrangidas neste âmbito, as atividades que, tendo conteúdo idêntico ao das funções públicas concretamente exercidas na Administração Pública, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários”.

A partir da informação disponibilizada pela ULSBA, EPE, apuraram-se os seguintes pagamentos relativos a prestações de serviços realizadas com base nesta contratualização:

Quadro 24 – ULSBA - Encargos com a contratação de consultas acrescidas

Anos	Especialidades	Valor	Retenção IRS		Remuneração Líquida
2008	Oftalmologia 1	€ 2.244,00	€ 448,80	20,0%	€ 1.795,20
	Oftalmologia 2	€ 64.281,00	€ 12.856,20	20,0%	€ 51.424,80
	Oftalmologia 3	€ 3.289,50	€ 707,24	21,5%	€ 2.582,26
	Total	€ 69.814,50	€ 14.012,24	20,1%	€ 55.802,26
2009	Oftalmologia 1	€ 48.383,50	€ 9.676,70	20,0%	€ 38.706,80
	Oftalmologia 2	€ 125.709,50	€ 25.141,90	20,0%	€ 100.567,60
	Oftalmologia 3	€ 35.103,00	€ 7.056,60	20,1%	€ 28.226,40
	Oftalmologia 4	€ 21.776,00	€ 4.355,20	20,0%	€ 17.420,80
Total	€ 230.972,00	€ 46.230,40	20,0%	€ 184.921,60	
2010	Oftalmologia 1	€ 18.870,50	€ 4.057,16	21,5%	€ 14.813,34
	Oftalmologia 2	€ 93.660,50	€ 19.710,41	21,0%	€ 73.950,09
	Oftalmologia 3	€ 3.978,50	€ 855,38	21,5%	€ 3.123,12
	Oftalmologia 4	€ 10.330,00	€ 2.220,95	21,5%	€ 8.109,05
	Anestesiologia 1	€ 966,28	€ 207,76	21,5%	€ 758,52
	Anestesiologia 2	€ 246,96	€ 49,40	20,0%	€ 197,56
Total	€ 128.052,74	€ 27.101,06	21,2%	€ 100.951,68	
2011	Oftalmologia 1	€ 24.723,15	€ 5.159,71	20,9%	€ 19.563,44
	Oftalmologia 2	€ 85.817,50	€ 18.450,76	21,5%	€ 67.366,74
	Oftalmologia 3	€ 12.191,00	€ 2.620,89	21,5%	€ 9.570,11
	Oftalmologia 4	€ 10.364,00	€ 2.228,26	21,5%	€ 8.135,74
Total	€ 133.095,65	€ 28.459,62	21,4%	€ 104.636,03	

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Os pagamentos aos médicos anestesiólogos, no âmbito destes contratos, são indevidos e ilegais por violação das normas que disciplinam o regime de acumulação do exercício de funções públicas, uma vez que estes médicos prestaram esses serviços apesar da relação de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado que detinham com a ULSBA, em regime de dedicação exclusiva.

⁸³ No que se reporta à matéria de incompatibilidades e impedimentos para além de se ter presente o que se dispõe no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que em regulamentação da Lei de Bases da Saúde, vem estabelecer, no art.º 20, o quadro legal das incompatibilidades dos profissionais dos quadros do SNS, é aplicável aos médicos integrados na carreira médica o regime previsto nos art.ºs 25.º a 30.º da Lei que estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas (Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro) e (n.º 3 do art.º 35 do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto).



Atenta a existência de capacidade instalada nos respetivos serviços, o Tribunal reitera que a deliberação do órgão de gestão é censurável do ponto de vista da boa gestão dos dinheiros públicos, visto que devia ter sido direcionada para a promoção do aumento da produtividade dos profissionais na sua atividade programada (produção base realizada no horário normal de trabalho) ao invés da decisão tomada que teve como consequência direta o aumento da despesa comprometendo, de alguma forma, as metas definidas para a redução da despesa no SNS.

Confrontado o Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, com uma eventual situação de acumulação de funções, vieram em sede de contraditório alegar que: *“(…) ignoravam que os profissionais (…) apresentavam “recibo verde” para dar quitação dos montantes que lhes eram pagos pelo trabalho prestado em produção acrescida. (...) em abono da verdade se dirá que, no nosso humilde entendimento, não é o facto de, disparatadamente, ter sido pedido aos profissionais a emissão de recibo verde, que nos permite concluir por uma acumulação de funções públicas com privadas.”*

Acrescentam que: *“(…) não se tratava de contrato algum de prestação de serviços mas antes de produção acrescida, prestada ao abrigo dos referidos diplomas legais e despachos. Só por desconhecimento ou lapso dos serviços financeiros foi exigida a apresentação de recibo verde. “*

Terminam afirmando que: *“O trabalho prestado em regime de produção adicional foi no âmbito do contrato de trabalho em funções públicas ou contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, titulado por cada um dos profissionais, sustentado legalmente no regime jurídico do SIGIC e Programa de Intervenção em Oftalmologia.”*

As alegações apresentadas pretendem esclarecer que tal situação se enquadra na contratualização interna do serviço para produção adicional respeitando a trabalho realizado no âmbito do vínculo laboral daqueles profissionais, apesar do erro de forma verificado quanto aos documentos que suportaram os pagamentos, entretanto já suprido. No entanto os membros do Conselho de Administração da ULSBA não levantaram quaisquer dúvidas sobre a razão destes profissionais, **em regime de exclusividade**, estarem inscritos como prestadores de serviços na Administração Tributária Aduaneira e serem portadores e emissores de recibos verdes.

Os factos supra referidos são assim, suscetíveis de fazer incorrer os seus responsáveis⁸⁴ em **responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória**, esta última quanto ao valor auferido, pelos médicos anestesiólogos em regime de dedicação exclusiva, p.p. nos termos das als. b) e d) do n.º 1 do art.º 65 e, n.º 1, 4, 5 e 6 do art.º 59, ambos 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.

3.2. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

O CHBA, EPE, criado em 2005⁸⁵, integra a Unidade Hospitalar de Portimão e a Unidade Hospitalar de Lagos e tem como missão fundamental a prestação de cuidados de saúde integrados,

⁸⁴ Os responsáveis pela autorização da despesa e dos pagamentos foram os membros individuais do CA em cada um dos respetivos exercícios financeiros, melhor identificados no Anexo 3 e 5 do volume III.

⁸⁵ Pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.



diferenciados, de elevada qualidade e acessíveis em tempo oportuno aos utentes da sua área de influência (os concelhos do barlavento algarvio).

3.2.1. CHBA - Remuneração total auferida pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas

Os cinco profissionais com as remunerações mais elevadas auferiram cerca de € 1,4 milhões, em 2009 e em 2010 e € 1,2 milhões, em 2011, provenientes de remuneração base⁸⁶, que representou 24%, 22% e 24% da respetiva remuneração total e por um conjunto de outras remunerações, nas quais se destacaram, em 2009, a produção cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC com 40%, as horas extraordinárias, com 15% e as prevenções, com 7% dessa remuneração total.

Quadro 25 – CHBA - Remunerações 2009

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Ortopedista 1	€ 42.546,69	€ 25.385,59	€ 88.149,71	€ 6.614,46	€ 1.494,34	€ 164.190,79	285,9%
Ortopedista 2	€ 67.021,45	€ 34.672,25	€ 73.986,10	€ 12.086,63	€ 1.387,43	€ 189.153,86	182,2%
Imuno-hemoterapeuta	€ 72.023,07	€ -	€ 3.023,08	€ 84.918,71	€ 2.712,14	€ 162.677,00	125,9%
Cirurgião Geral	€ 75.537,61	€ 4.195,44	€ 47.668,21	€ -	€ 40.424,24	€ 167.825,50	122,2%
Oftalmologista	€ 80.162,11	€ 503.245,00	€ -	€ -	€ 161.248,54	€ 744.655,65	828,9%
Total 2009	€ 337.290,93	€ 567.498,28	€ 212.827,10	€ 103.619,80	€ 207.266,69	€ 1.428.502,80	323,5%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Em 2010 e em 2011, o peso das outras remunerações face à remuneração total detêm idêntica distribuição à de 2009, os pagamentos de produção no âmbito do SIGIC representam 36% e 29% desses totais, as horas extraordinárias, 12% e 20% e as prevenções, 9% e 1%, respetivamente⁸⁷.

Quadro 26 – CHBA - Remunerações 2010

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Ortopedista 2	€ 64.597,81	€ 27.448,00	€ 80.266,76	€ 10.059,81	€ 1.297,52	€ 183.669,90	184,3%
Ortopedista 3	€ 67.411,82	€ 18.013,22	€ 79.813,40	€ 5.286,36	€ 1.452,13	€ 171.976,93	155,1%
Imuno-hemoterapeuta	€ 69.394,50	€ -	€ 3.526,93	€ 106.716,50	€ 2.835,77	€ 182.473,70	163,0%
Obstetra	€ 28.520,94	€ -	€ -	€ -	€ 142.030,22	€ 170.551,16	498,0%
Oftalmologista	€ 77.325,36	€ 453.845,00	€ -	€ -	€ 149.173,19	€ 680.343,55	779,8%
Total 2010	€ 307.250,43	€ 499.306,22	€ 163.607,09	€ 122.062,67	€ 296.788,83	€ 1.389.015,24	352,1%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

⁸⁶ Correspondente à sua carreira e respetiva categoria profissional.

⁸⁷ Cfr. Anexos 41, 42 e 43 do volume III.



Quadro 27 – CHBA - Remunerações 2011

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Ortopedista 2	€ 57.056,51	€ 18.670,86	€ 82.195,92	€ 2.786,66	€ 1.836,85	€ 162.546,80	184,9%
Ortopedista 3	€ 60.670,37	€ 18.670,86	€ 81.273,80	€ 6.513,99	€ 1.213,12	€ 168.342,14	177,5%
Anestesiologista	€ 62.454,54	€ 8.194,25	€ 67.003,93	€ -	€ 965,02	€ 138.617,74	121,9%
Anatomia patológica	€ 52.622,22	€ -	€ -	€ -	€ 268.043,48	€ 320.665,70	509,4%
Oftalmologista	€ 47.136,44	€ 290.727,00	€ -	€ -	€ 44.266,17	€ 382.129,61	710,7%
Total 2011	€ 279.940,08	€ 336.262,97	€ 230.473,65	€ 9.300,65	€ 316.324,64	€ 1.172.301,99	318,8%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

No triénio em análise destaca-se um profissional da especialidade de oftalmologia com um incremento na remuneração base de mais de 700% resultante fundamentalmente da produção cirúrgica adicional/SIGIC, que lhe permitiu acréscimos na remuneração base na ordem dos 624%, 587%, e 518%, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente. Nos valores auferidos por este profissional, em 2009, estão incluídos € 90 mil ao abrigo de um contrato de prestação de serviços celebrado com o CHBA, EPE, no âmbito do rastreio da retinopatia diabética.

Quadro 28 – CHBA - Remunerações 2012

Profissionais	Remuneração Base (12 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Ortopedista 2	€ 42.702,71	-€ 0,06	€ 74.576,81	€ 10.945,30	€ 1.539,33	€ 129.764,09	203,9%
Ortopedista 3	€ 51.858,73	€ -	€ 70.683,10	€ 9.682,20	€ 1.267,86	€ 133.491,89	157,4%
Anatomia patológica	€ 45.004,53	€ -	€ -	€ -	€ 188.085,29	€ 233.089,82	417,9%
Oftalmologista	€ 32.729,97	€ 164.163,77	€ -	€ -	€ 51.881,86	€ 248.775,60	660,1%
Medicina Interna	€ 47.682,29	€ -	€ 82.927,14	€ -	€ 1.304,18	€ 131.913,61	176,7%
Total 2012	€ 219.978,23	€ 164.163,71	€ 228.187,05	€ 20.627,50	€ 244.078,52	€ 877.035,01	298,7%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

As remunerações auferidas pelos cinco médicos identificadas como as mais elevadas, apresentam, em 2012 face a 2009, uma redução significativa entre 31% e 87%. Esta redução resultou das alterações ocorridas no âmbito das medidas de contenção orçamental.

O médico oftalmologista foi o profissional que maior redução sofreu neste período, resultante, para além das já referidas medidas de contenção orçamental de âmbito geral, da forte diminuição⁸⁸ da produção adicional, quer cirúrgica, quer de exames de retinopatia, bem como da redução da remuneração base pelo facto de em 2011 ter alterado o seu regime de trabalho em exclusividade com 42 horas semanais para tempo completo⁸⁹. Esta redução poderá também ter sido influenciada pelo facto de o órgão de gestão ter sido confrontado com os procedimentos desta auditoria, bem como a referência constante do relatório do Tribunal de Contas n.º 17/2011, 2.ª S.

⁸⁸ No 1º semestre de 2012 auferiu € 164 mil de produção cirúrgica adicional e € 51 mil de exames de retinopatia.

⁸⁹ Passou de uma remuneração mensal de € 4.970,93, para € 2.789,70, (sofrendo assim uma redução mensal de € 2.181,23 euros e anual (12 meses) de € 26.174,76), estes valores estão atualizados tendo em conta os cortes que ocorreram nas remunerações no âmbito das medidas de estabilidade orçamental.



Quadro 29 – CHBA - Evolução das remunerações 2009 - 2012

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio									
Profissionais	2009		2010		2011		2012		VARIACÃO 2009/2012
	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mês do Sem	
Ortopedista 1	€ 164.190,79	€ 11.727,91	€ 139.066,61	€ 9.933,33	€ 119.842,60	€ 8.560,19	€ 91.892,18	€ 6.563,73	-44%
Ortopedista_2	€ 189.153,86	€ 13.510,99	€ 183.669,90	€ 13.119,28	€ 162.546,80	€ 11.610,49	€ 129.764,09	€ 9.268,86	-31%
Imuno-hemoterapeuta*	€ 162.677,00	€ 11.619,79	€ 182.473,70	€ 13.033,84	€ 74.417,54	€ 5.315,54	€ -	€ -	-54%
Cirurgião Geral	€ 167.825,50	€ 11.987,54	€ 137.447,92	€ 9.817,71	€ 110.646,15	€ 7.903,30	€ 21.395,16	€ 1.528,23	-87%
Oftalmologista	€ 744.655,65	€ 53.189,69	€ 680.343,55	€ 48.595,97	€ 382.129,61	€ 27.294,97	€ 248.775,60	€ 17.769,69	-67%
Total	€ 1.428.502,80		€ 1.323.001,68		€ 849.582,70		€ 491.827,03		

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

*Em junho de 2011 foi para o Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve.

Nota: No cálculo da remuneração média mensal consideraram-se os 14 meses para aí refletir o corte dos dois subsídios (de férias e de natal) neste ano em cumprimento do art.º 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012, como medida excecional de estabilidade orçamental.

Quadro 30 – CHBA - Remunerações 2012

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio		
Profissionais	2012	
	Remuneração total anual	Remuneração média mensal
Oftalmologista	€ 248.775,60	€ 17.769,69
Anatomia Patológica	€ 233.089,82	€ 16.649,27
Ortopedista_3	€ 133.491,89	€ 9.535,14
Medicina Interna	€ 131.913,61	€ 9.422,40
Ortopedista_2	€ 129.764,09	€ 9.268,86
Total	€ 877.035,01	

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Em 2012 dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas dois profissionais⁹⁰, mantiveram-se desde 2009 e os restantes três foram os que auferiram as remunerações mais elevadas em cada um dos anos de 2010 a 2012.

Nesta unidade hospitalar, em 2012, as remunerações mais significativas continuam a resultar fundamentalmente de complementos remuneratórios, sendo de realçar a remuneração da produção cirúrgica adicional/Sigic auferida pelo especialista de oftalmologia e, ainda, das horas extraordinárias auferidas pelos especialistas de medicina interna e ortopedia.

3.2.2. CHBA - Trabalho extraordinário

O montante auferido em horas extraordinárias por cada um dos profissionais em análise, permitiu-lhes incrementos na remuneração base de mais de 100%, destacando-se um profissional da especialidade de ortopedia que em 2009 conseguiu um incremento de mais de 200%.

⁹⁰ O ortopedista 2 e o oftalmologista.



Quadro 31 – CHBA – Valor total pago aos cinco médicos

Ano	Trabalho extraordinário - CHBA		Peso (2)/(1)
	Total pago a todos os médicos (1)	Total pago aos cinco médicos (2)	
2009	2.658.401,24 €	212.827,10 €	8,01%
2010	2.673.084,13 €	163.607,09 €	6,12%
2011	2.583.671,33 €	230.473,65 €	8,92%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Aqueles valores representaram cerca de 8%, 6% e 9%, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente, do valor pago a todos os médicos da unidade hospitalar que realizaram trabalho extraordinário.

Os montantes auferidos por cada um dos três médicos com as remunerações mais elevadas, ultrapassou o limite imposto pelo regime decorrente do n.º 7 do art.º 7 do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março⁹¹, em mais de 270%, na maioria dos casos⁹², destacando-se um profissional que, em 2009, ultrapassou esse limite em mais de 600%. Consequentemente foi também ultrapassado o limite imposto pelos n.ºs 2 e 3 do art.º 161 da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, 200 horas anuais, cfr. Anexos 45, 46 e 47 do volume III.

Em sede de contraditório, os membros do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, alegam que *“A utilização daquele regime de trabalho tem sido uma prática reiterada ditada pela necessidade, devido à carência de médicos (...) em todos os hospitais do país mais notória em zonas especialmente carenciadas de recursos médicos, como é reconhecido pelo Ministério da Saúde na zona do Barlavento em múltiplos documentos técnicos. (...) sem este recurso não teria sido, seguramente, possível assegurar o serviço de urgência e a prestação de cuidados urgentes à população(...).”*

Argumentam também que: *“(...) o recurso a trabalho extraordinário, que pelos motivos expostos não tinha caráter excepcional, encontrava-se claramente detalhado nestes documentos de gestão e era do conhecimento de todas as entidades envolvidas na celebração do contrato programa, máxime da Administração Central (...). A elaboração das escalas que mensalmente programavam a atividade dos médicos no serviço de urgência era da responsabilidade do Diretor de cada Serviço sendo as mesmas objeto de posterior validação por parte do Diretor Clínico.”*

Referem ainda que: *“O profundo conhecimento desta situação por parte da Tutela e a necessidade de encontrar uma solução para a mesma, foi, aliás um dos motivos pelos quais os Sindicatos Médicos e o Ministério da Saúde chegaram a acordo (...) quanto à organização do tempo de trabalho médico, (...) prevendo-se que no regime de trabalho de 40 horas semanais – que passará a constituir o regime regra substituindo o atual regime regra de 35 horas – o período normal de trabalho semanal dedicado ao serviço de urgência passe a ser de “até 18 horas” ao invés das 12 horas que constituem o atual limite semanal e, por conseguinte, que o recurso ao trabalho extraordinário diminua drasticamente.”*

⁹¹ 1/3 da remuneração mensal.

⁹² Dois em 2009 e em 2010 e três em 2011, cfr. Anexos 45, 46 e 47 do volume III.



Para além do alegado, foi, ainda, entendimento do Conselho de Administração do CHBA, EPE, que a limitação imposta no n.º 7 do artigo 7.º, do Decreto-Lei n.º 62/79⁹³, apenas fazia sentido nos hospitais SPA, integrados no setor público administrativo e que mantêm a natureza jurídica de institutos públicos. Este órgão de gestão considerou que com a passagem dos hospitais, primeiro a sociedade anónima e posteriormente a entidade pública empresarial, por força da sua natureza jurídica e estatuto próprio, tal dispositivo já não era observado, uma vez que *“tinha caído em desuso”*, e, por outro lado, na sequência de contactos efetuados com os CA dos outros hospitais, EPE, sobre esta matéria, constataram que este procedimento *“(…)era e é a prática corrente”*.

A este propósito, nas alegações apresentadas, os membros do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, vêm informar que: *“(…) face aos condicionalismos apontados e à manifesta carência de recursos humanos disponíveis para o efeito, situação que, não só era do perfeito e profundo conhecimento da tutela, mas que, inclusive, era objeto de informação e reporte anual à mesma por parte do CHBA, o cumprimento do disposto no invocado art.º 7/7 do DL n.º 62/79, de 30 de março se mostrava, tanto quanto possível, assegurado por esta última via (de reporte anual) ou, caso assim se não entenda, e pelos mesmos fundamentos ora invocados, que o mesmo era, pura e simplesmente, inexigível.”*

As alegações apresentadas pelo Conselho de Administração do CHBA, EPE, revelaram-se insuficientes, uma vez que não ficou demonstrado que o mesmo tenha realizado outras iniciativas ou diligências alternativas que pudessem suprir as dificuldades relacionadas com a falta de recursos humanos com que a instituição se deparava, situação que esbarrava com a dificuldade em recrutar médicos para prestarem serviço no CHBA, EPE, uma vez que este *“se encontra inserido numa zona de interioridade”* que, na maior parte dos casos, origina a desertificação dos concursos por falta de candidatos, uma vez que apenas aceitam prestar ali serviços por montantes muito mais elevados, aos que são oferecidos.

De referir, ainda, que os concursos ficaram desertos porque os valores neles propostos não refletiam os que eram efetivamente pagos pelo CHBA, EPE. Caso os concursos tivessem sido abertos contendo referências ao que outros profissionais auferiam pelo mesmo trabalho naquela entidade, seguramente nenhum teria ficado deserto. De facto, verificou-se que após os concursos terem ficado desertos, o CHBA, EPE, acabou por contratar médicos por valores muito superiores aos que havia oferecido no âmbito do concurso.

Sobre a matéria supra, pronuncia-se também, em sede de contraditório, o Ministro da Saúde através do Chefe de Gabinete, conforme alegações inseridas no ponto 2.1.2, do presente Relatório.

Relativamente à situação invocada pelo Conselho de Administração do CHBA, EPE, quanto à carência de profissionais, a mesma é reconhecida pela Tutela, conforme se pode ler nos Despachos do SES n.ºs 7702-D/2012, 8317-B/2012, 9087/2012, 15630/2012 e Despacho n.º 2546/2013, onde se identificam as especialidades carenciadas e os respetivos estabelecimentos hospitalares⁹⁴, e se

⁹³ Que determina que *“Salvo em casos excecionais, devidamente justificados e autorizados pelas administrações distritais dos serviços de saúde dos respetivos distritos, o pessoal hospitalar não deve prestar, em cada mês, trabalho extraordinário a que corresponda remuneração superior a um terço da remuneração principal.”*

⁹⁴ O CHBA, EPE é identificado como hospital com carência de profissionais nas especialidades de **cirurgia geral, medicina interna, oftalmologia e ortopedia**. Mas, para além destas são identificadas outras especialidade, a saber: anestesiologia, cardiologia,



determina a abertura de procedimentos simplificados de recrutamento de profissionais médicos, para suprir essas carências.

Não obstante os argumentos aduzidos pelo Conselho de Administração do CHBA, EPE, serem pertinentes, a verdade é que os mesmos não se enquadram num “estado de necessidade” uma vez que não resulta de uma situação imprevista ou casual, mas sim de uma necessidade permanente, como é reconhecido. Assim sendo, mantém-se as conclusões vertidas no relatório, pelo facto de não ter sido previamente autorizada a realização da despesa com as horas extraordinárias para além do limite de um terço da remuneração principal, como impunha o regime decorrente do n.º 7 do art.º 7 do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, nem respeitados os limites impostos pelos n.ºs 2 e 3 do art.º 161 da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, mantendo-se as eventuais infrações financeiras suscetíveis de gerar responsabilidade financeira sancionatória, p.p. nos termos das alíneas b) e d) do n.º 1 do art.º 65 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, aos responsáveis individuais identificados no Anexo 1 do Volume III.

Quadro 32 – CHBA – Trabalho extraordinário vs trabalho normal

Profissionais	Peso do trabalho extraordinário face ao trabalho normal		
	2009	2010	2011
Cirurgião Geral	41%		
Ortopedista 1	91%		
Ortopedista 2	74%	79%	90%
Ortopedista 3		83%	84%
Imunohemoterapia	3%	2%	
Anestesista			66%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Da comparação do número de horas extraordinárias com o número de horas que decorre do regime de trabalho⁹⁵ a que cada profissional está vinculado, em cada um dos anos em análise, constatou-se que o trabalho extraordinário representou, na maioria dos casos, mais de 70 % do trabalho normal, o que equivale a um número de horas correspondente a cerca de dois terços de um ano de trabalho.

No sentido de apurar o impacto do valor pago em horas extraordinárias a estes cinco profissionais face à remuneração base da categoria de assistente graduado realizou-se um exercício com as mesmas premissas referidas no ponto 3.1.2, a propósito da ULSBA.

Dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas, auferiram remunerações de horas extraordinárias, 4 médicos em 2009 e 3 médicos em 2010 e 2011.

dermatovenereologia, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria, medicina física e reabilitação, pediatria, neurologia, oncologia médica, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia, pneumologia, nefrologia.

⁹⁵ 35 ou 42 horas semanais, considerando ainda 48 semanas de trabalho, por ano, para 2009 e 2011 e 49 semanas para 2010, uma vez que foram descontadas 4 semanas relativas ao período de férias.



	2009	2010	2011
Valor anual auferido em horas extraordinárias pelos 5 médicos melhor remunerados	212.827,10 €	163.607,09 €	230.473,65 €
Remuneração anual de um médico com a categoria de Assistente graduado colocado no 1º escalão, índice 145 em regime de dedicação exclusiva, 42 horas	57.498,42 €	57.498,42 €	57.498,42 €
Número de médicos que poderiam ter sido contratados com o valor auferido em horas extraordinárias pelo 5 médicos melhor remunerados	4	3	4

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Observe-se que o valor auferido, em horas extraordinárias por estes profissionais, em cada um dos anos em análise, equivale ao montante necessário para contratar mais quatro médicos em 2009 e em 2011 e mais três médicos em 2010, com uma remuneração mensal de € 4.107,03.

Conclui-se assim que, com o mesmo montante poderiam ter sido contratados outros profissionais, evitando a sobrecarga de trabalho extraordinário sobre estes profissionais que pode por em causa a qualidade dos serviços que prestam. O valor unitário médio que o CHBA, EPE, suportou por cada uma destas horas extraordinárias, € 55, € 48 e € 47, respetivamente em 2009, 2010 e 2011 foi superior ao valor hora de referência para a contratação dos serviços médicos fixado em € 35⁹⁶.

Quadro 33 – CHBA - Trabalho extraordinário

Se esta unidade de saúde tivesse, por hipótese, recorrido, em alternativa, à contratação externa de serviços médicos, teria conseguido uma redução do custo da remuneração anual destes profissionais, no montante de € 76 mil, € 45 mil e 60 mil, respetivamente em 2009⁹⁷, 2010 e 2011⁹⁸.

Anos	CHBA/Horas Extraordinárias						
	Valor pago	Nº Horas efectuadas	Custo por hora extraordinária em média	Valor hora da contratação de serviços médicos	Valor total/ contratação de serviços médicos	Valor do excesso pago	% do excesso
2009	212.827,10 €	3.899	54,59 €	35,00 €	136.465,00 €	76.362,10 €	56%
2010	163.607,09 €	3.384	48,35 €	35,00 €	118.440,00 €	45.167,09 €	38%
2011	230.473,65 €	4.858	47,44 €	35,00 €	170.030,00 €	60.443,65 €	36%
Total	606.907,84 €				424.935,00 €	181.972,84 €	43%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Esta redução respeita ao valor auferido por 4 profissionais em 2009 e 3 profissionais em 2010 e 2011, a qual será muito superior quando extrapolada para os restantes profissionais que realizaram trabalho extraordinário nesta unidade de saúde.

Assim, para que o CHBA, EPE, resolvesse a falta de recursos médicos poderia ter equacionado o recurso a horas contratadas ao invés de recorrer a horas extraordinárias que sobrecarregaram permanentemente os referidos profissionais, retirando-lhes as horas de descanso necessárias para

⁹⁶ Através do Ofício circular n.º 23841, de 08/12/2008, em cumprimento do disposto no Despacho n.º 29533/2008, do SEAS, de 7 de novembro, alterado em 2011 para € 30 pelo Despacho n.º 10428/2011, do SES, de 1 de agosto.

⁹⁷ Relativo a quatro profissionais.

⁹⁸ Relativo a três profissionais em cada um dos anos.



a prevenção do erro clínico⁹⁹ e que assim garantem os padrões de qualidade e segurança da prestação de cuidados médicos.

A este respeito, os membros do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, em sede de contraditório, vêm alegar que: *“Foram diversos os concursos abertos para aquisição de serviços médicos em todas as especialidades, em que havia falta de médicos, nos quais eram publicitados o valor hora de referência (...). Contudo, à data, não havia quem aceitasse estes preços e se apresentasse a concurso.”*

Referem ainda que: *“(...) no biénio 2009/2010, (...) foi concluído (...) que o recurso ao trabalho interno, ainda que extraordinário, seria sempre mais vantajoso para a instituição, uma vez que os valores de outsourcing eram superiores, designadamente nas áreas de obstetrícia e pediatria (...). Só em finais de 2011 foi possível ao CA do CHBA, EPE, negociar com os prestadores de serviços médicos, preços inferiores, mas ainda assim, longe do valor de referência.”*

O Conselho de Administração do CHBA, EPE, não apresenta elementos que alterem as conclusões inicialmente vertidas no relatório, nem aduz fatos que mostrem que o órgão de gestão tenha realizado outras iniciativas ou diligências alternativas que pudessem suprir a escassez de pessoal médico nas especialidades em análise.

3.2.3. CHBA - Prevenções

Apenas três dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas em 2009 e 2010, e dois em 2011, das especialidades de ortopedia e imunohemoterapia, auferiram individualmente valores desta componente remuneratória, os quais se situaram entre os € 2,7 mil e os € 107 mil, anuais.

Quadro 34 – CHBA - Valor total pago aos três médicos

Ano	Prevenções - CHBA		Peso (2)/(1)
	Total pago a todos os médicos (1)	Total pago aos cinco médicos (2)	
2009	235.885,09 €	103.619,80 €	43,93%
2010	245.029,61 €	122.062,67 €	49,82%
2011	236.570,10 €	9.300,65 €	3,93%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Os valores totais anuais auferidos pelos três médicos com as remunerações mais elevadas registaram um peso de cerca de 44%, 50% e 4%, em 2009, 2010 e 2011 respetivamente, face ao valor pago a todos os médicos da unidade hospitalar que realizaram prevenções.

Constatou-se que não existia um registo de presenças físicas dos médicos no âmbito do regime de prevenção de forma a avaliar a percentagem de ocorrências/necessidade de deslocação à unidade de saúde bem como o cumprimento do tempo máximo legalmente estabelecido para a comparência na unidade de saúde. Também não foi realizado um exercício que permitisse avaliar o regime de prevenção, chamada ou readequação de horários dos profissionais com o propósito de diminuir custos e de manter a qualidade do serviço prestado.

⁹⁹ Eventualmente provocado por falhas de atenção e de destreza. Neste sentido ver Fragata, J., 2011, in “Segurança dos Doentes, Uma abordagem prática”, Lidel, pp 21 e segs.



Dos médicos referidos, apenas o Diretor de Serviço¹⁰⁰, de oftalmologia utilizou em 2009 e 2010 o registo biométrico (eletrónico) de assiduidade, tendo os restantes utilizado ainda a folha de ponto em suporte papel, assinada pelo médico que preenche o horário praticado, validada pelo Diretor de Serviço, facto que não possibilitou a verificação do número de horas extraordinárias realizadas e dos períodos de prevenção praticados.

Tais situações revelam a falta de diligência da administração do CHBA, EPE, na implementação de procedimentos de controlo interno sobre o trabalho prestado por estes profissionais, os quais deviam ter sido aplicados com igual rigor e transparência, não só em relação aos restantes profissionais desta unidade hospitalar, mas também aos procedimentos realizados por outras entidades prestadoras de cuidados de saúde.

3.2.4. CHBA – Produção cirúrgica adicional - SIGIC

O médico oftalmologista que se destacou com a remuneração total mais elevada, auferiu na componente remuneratória da produção cirúrgica adicional (SIGIC) € 503 mil, € 454 mil e € 291 mil respetivamente, em 2009, 2010 e 2011, que lhe valeu um acréscimo na remuneração base de 628%, 587% e 617%. Os restantes profissionais auferiram valores entre € 4 mil e € 34 mil.

Estas discrepâncias de valores resultam do facto de na especialidade de oftalmologia a produção adicional (SIGIC) se ter concentrado num único profissional, Diretor de Serviço, motivo pelo qual a presente análise se centrou mais pormenorizadamente nos valores atribuídos a esse profissional.

Sobre a situação sub judice, os membros do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria em sede de contraditório, referem "(...) o facto de na especialidade de oftalmologia a produção adicional se ter concentrado num único profissional – o diretor do serviço. Esta situação era da sua responsabilidade e que nunca foi posta em causa ou levada ao conhecimento do Conselho de Administração, pelos restantes médicos do serviço que nunca manifestaram interesse em participar."

O valor auferido pelos médicos com as remunerações mais elevadas no CHBA, EPE, nesta componente remuneratória representou, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente, cerca de 53%, 56% e 62% da remuneração auferida pelos 57, 56 e 37 médicos que realizaram produção adicional, o que evidencia uma concentração significativa de despesa pública com remunerações nestes cinco médicos face aos restantes.

Quadro 35 – CHBA - Valor da produção adicional paga aos cinco médicos vs pagamento de toda a produção adicional

Ano	Produção cirúrgica adicional - CHBA		Peso no total pago aos médicos (3)/(2)
	Valor total pago aos médicos (2)	Valor pago aos cinco médicos (3)	
2009	1.070.042,78 €	567.498,28 €	53,04%
2010	892.494,02 €	499.306,22 €	55,95%
2011	543.550,42 €	337.012,97 €	62,00%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

¹⁰⁰

Este profissional não auferiu no período analisado remunerações a título de prevenções e de horas extraordinárias.



A contratualização da produção resultou da negociação ocorrida entre o CA do CHBA, EPE, e os Diretores de Serviço, sendo celebrado contratos¹⁰¹ internos de produção cirúrgica e gestão de inscritos para Cirurgia, cfr. Anexo 50 do volume III.

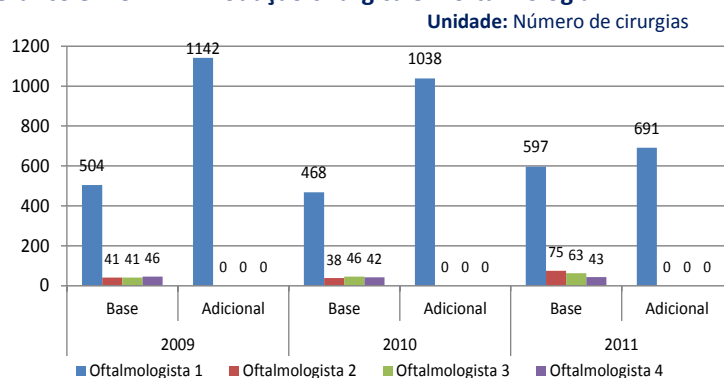
Estes contratos identificaram as quantidades previstas a serem realizadas, e faziam alusão ao movimento cirúrgico. Para os anos 2009 e 2010, foi definido o seguinte objetivo: “o serviço compromete-se a realizar no ano a que respeita o contrato, um movimento cirúrgico que não seja inferior a 98% nem superior a 110% dos valores totais constantes do Mapa Anexo (Anexo II)”¹⁰².

Os critérios para a realização da produção adicional/SIGIC a efetuar em 2011¹⁰³ previam que o número de cirurgias a realizar em atividade adicional “para recuperação de doentes em lista de espera não poderá ultrapassar o número de intervenções a realizar, em atividade regular dos serviços, (...)”, o ponto 3 determinava ainda que“(…) **A atividade cirúrgica adicional deverá ser efetuada fora do horário normal de trabalho (...)**”.

Os contratos celebrados no âmbito da contratualização interna determinavam ainda o pagamento da produção adicional, às equipas cirúrgicas, nos termos do manual do SIGIC, exceto no serviço de oftalmologia no qual o pagamento às equipas da produção adicional era efetuado em função do número de utentes intervencionados¹⁰⁴, tendo por base a distribuição, constante do Anexo 51 do volume III.

O serviço de oftalmologia era constituído por cinco profissionais, dos quais três pertenciam ao quadro do Hospital e os outros dois encontram-se em contrato de prestação de serviços.

Gráfico 8 – CHBA - Produção cirúrgica em oftalmologia



O Oftalmologista 1 foi responsável pela realização de toda a produção adicional e do maior volume de produção base, 80%, 79% e 77%, respetivamente em 2009, 2010 e 2011, cfr. Anexo 52 do volume III.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Nota: Na sequência do envio de novo ficheiro de produção no âmbito do contraditório, foi atualizada, relativamente ao Oftalmologista 1, a sua produção classificada em base e adicional. Assim, a produção classificada como base mas paga à peça foi considerada nesta análise como produção adicional.

¹⁰¹ Em 2009 e 2010 foram celebrados contratos nos serviços de Cirurgia, Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Urologia.

¹⁰² Cfr. Artigo quarto do Contrato de produção cirúrgica.

¹⁰³ Ata n.º 49 do CA de 16/12/2010.

¹⁰⁴ Cfr. Despacho autorizador de 13/4/2005 e anexo do contrato de produção com o Serviço de Oftalmologia.



Aquele oftalmologista, Diretor de Serviço, assumiu sempre o papel de cirurgião principal¹⁰⁵ nas equipas que integrou, o que lhe permitiu elevar significativamente a remuneração em produção cirúrgica adicional. No ano 2011 deixou de exercer funções em regime de exclusividade e reduziu em cerca de 33 %¹⁰⁶, a produção cirúrgica adicional facto que explica, a redução da sua remuneração, nesse ano.

A produção cirúrgica adicional apenas devia ter sido executada fora do horário normal de trabalho, como decorre do quadro normativo que regula o SIGIC, bem como do ponto 3 dos critérios para a realização da produção adicional SIGIC a efetuar em 2011¹⁰⁷.

A partir do cruzamento dos ficheiros da produção adicional do CHBA, EPE, dos anos 2009 e 2010, com os registos de assiduidade¹⁰⁸, apurou-se que, tanto em 2009, como em 2010, um oftalmologista e dois ortopedistas realizaram produção adicional quando se encontravam cumulativamente em período normal de trabalho e em prevenção, como a seguir se apresenta:

Quadro 36 – CHBA - Produção adicional realizada em sobreposição de horário

Unidade: Número de cirurgias

Destaca-se o já referido oftalmologista por ter realizado a totalidade das cirurgias classificadas como produção adicional durante o seu horário normal de trabalho, em 2009 e em 2010, tendo auferido cerca de € 475 mil e € 426 mil, relativamente a essas cirurgias¹⁰⁹.

Regime de trabalho	Ortopedista 1		Ortopedista 2		Oftalmologista	
	2009	2009	2010	2009	2010	
Prevenção	2	2				
Horário normal de trabalho	3	2	23	1151	1030	
Total de cirurgias realizadas em sobreposição de horário	5	4	23	1151	1030	
Valor recebido	2.358,61 €	1.640,07 €	4.305,31 €	474.555,81 €	425.951,52 €	

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA, folhas de assiduidade e ficheiros de produção, fornecidas em 2011, 2012 e 2013.

Nota: Na produção do oftalmologista estão incluídas cirurgias classificadas como base mas que foram pagas como adicional, 149 em 2009 e 81 em 2010.

A este propósito, em sede de contraditório, os membros do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, vêm defender que o SIGIC foi primeiramente implementado no Alentejo e Algarve: “ (...) sem que, contudo, ao longo de todos estes anos, jamais se tivesse questionado, nos relatórios da unidade central regional, o facto de o SIGIC não poder ser efetuado dentro do horário normal dos profissionais de saúde. (...) jamais houve por parte da tutela qualquer referência a este assunto, nada tendo sido apontado, a este respeito, nos diversos relatórios recebidos no CHBA, EPE, o que mais contribuiu para a convicção de que se tratava de uma conduta legalmente permitida.”

Acrescentam que os normativos do SIGIC “(...) são omissos quanto à alegada proibição(...)” “(...) a implementação deste sistema visava otimizar os recursos humanos, técnicos e instalações

¹⁰⁵ Cfr. folhas de pagamento elaboradas pela UHGIC meses de abril e setembro de 2009 e 2010.

¹⁰⁶ Correspondente a 266 cirurgias. Cfr. Extrato da Ata n.º 43 do CA datada de 26 de outubro de 2011.

¹⁰⁷ Ata n.º 49 do CA de 16 de dezembro de 2010.

¹⁰⁸ Dos profissionais em análise, apenas o chefe do serviço de Oftalmologia utilizou em 2009 e 2010 o registo biométrico (eletrónico) de assiduidade os restantes utilizavam ainda a folha de ponto em suporte papel, assinada pelo médico que preenche o horário praticado e é validada pelo Diretor de Serviço.

¹⁰⁹ Cfr. quadros junto ao processo de auditoria.



*disponíveis/existentes no SNS. (...) uma das estratégias para reduzir o referido tempo médio de espera para cirurgia era aumentar a capacidade produtiva dos hospitais através do recurso a formas de remuneração atrativas para os profissionais envolvidos, que permitam a **utilização extensiva** dos recursos instalados.”*

Referem-se também ao 3.º parágrafo da página 29 do Manual do SIGIC onde se lê que. “(...) a otimização do funcionamento dos serviços passa pela existência de horários de funcionamento alargados e desfasados. Nestes casos, os períodos de funcionamento do serviço não coincidem com os de cada profissional, pelo que, para podermos utilizar **o período livre** dos funcionários para a produção adicional será necessário permitir a existência em simultâneo de atividades remuneradas em MRC e MRA.” A este respeito cumpre referir que, quando o manual se refere a esta simultaneidade (MRC/MRA), especifica que essas atividades devem ser prestadas por equipas distintas, não significando porém que os profissionais pudessem realizar cirurgias em MRA em sobreposição com o horário de trabalho estabelecido, com a entidade contratante.

Mencionam ainda o 4.º parágrafo da página 29 do manual, onde é referido que: “(...) os colaboradores logo que **libertados das funções agendadas para o dia**, que devem estar de acordo com as quantidades necessárias para atingir a PB, poderão iniciar as cirurgias marcadas e classificadas como PA.” Donde retiram que: “(...) a classificação da produção em PA ou PB, dependia da identificação que era efetuada pelo diretor do serviço em cada programa operatório e NÃO do horário em que era realizada. Era ao Diretor do Serviço que competia adequar a produção do seu serviço ao contratado com o Conselho de Administração assim como a necessidade de regular e controlar a atividade dos profissionais do seu serviço.”

Sobre esta matéria, se por um lado, o referido manual promove a utilização extensiva dos blocos operatórios através do alargamento do seu horário de funcionamento e conseqüentemente, o desfasamento de horários, por outro lado, o pagamento desses incentivos de produção, a ocorrerem durante o horário normal de trabalho, ou durante a realização de trabalho extraordinário ou de prevenção, daria origem a uma duplicação de pagamentos e, bem assim, ao não cumprimento daquele horário pelas respetivas equipas médicas, ou ao não cumprimento dos regimes a que estivessem vinculados.

Refira-se, ainda, que o manual do SIGIC determina a “**utilização extensiva dos recursos instalados**” bem como a utilização do “(...) **período livre** dos funcionários para a produção adicional (...)”. Donde facilmente se conclui que se pretendia a utilização da capacidade instalada no SNS nos períodos em que não estava a ser utilizada com a produção base. A ocupação do **período livre** do profissional, pressupõe a ocupação do período depois do cumprimento do seu horário de trabalho e só assim se justifica a remuneração adicional desta produção.

Ainda a este respeito, também no documento que contém esclarecimentos sobre o financiamento hospitalar ao abrigo do SIGIC, conclui-se que “(...) a atividade adicional será realizada pelos elementos das equipas para além das suas cargas horárias semanais. A flexibilidade horária de que dispõem deverá ser utilizada para otimizar a produção base.”

Apesar dos normativos do SIGIC não referirem expressamente a alegada proibição da realização de cirurgias “adicionais” durante o horário normal de trabalho ou no período em que seja realizado trabalho extraordinário ou em regime de prevenção, verifica-se uma violação do princípio da



legalidade constante do art.º 3.º do Código do Procedimento Administrativo, mais precisamente, a violação da norma que fixa o horário de trabalho, art.º 20 do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, bem como a de que prevê a prestação de horas extraordinárias e o regime de prevenção (art.º 7.º e 9.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março). Assim os pagamentos em duplicado devidos à realização de cirurgias “adicionais” durante o horário normal de trabalho ou no período em que seja realizado trabalho extraordinário ou em regime de prevenção, consideram-se ilegais e indevidos.

Aliás, recorde-se o teor da Ata n.º 49 do CA de 16/12/2010, que no seu ponto 3 estabeleceu, em concreto e na prática, que “(...) **A atividade cirúrgica adicional deverá ser efetuada fora do horário normal de trabalho (...)**” o que demonstra que, então, seria também este o entendimento do Conselho de Administração do CHBA, EPE.

Salienta-se ainda, que o léxico utilizado nos relatórios da atividade em cirurgia programada produzidos e divulgados periodicamente pela ACSS, IP, refere expressamente que a “ *modalidade remuneratória alternativa refere-se à produção realizada pela equipa cirúrgica fora do seu horário de trabalho estabelecido e paga por unidade ponderada de produção, enquanto a modalidade remuneratória convencional se refere à produção realizada pela equipa cirúrgica dentro do seu horário de trabalho estabelecido e paga no âmbito do seu vencimento mensal*”.

Estas situações revelam falhas de controlo interno por parte dos responsáveis, uma vez que autorizaram pagamentos de produção adicional aos profissionais sem se certificarem do período da realização das cirurgias, originando assim pagamentos em duplicado, Cfr. **Quadro 36**, que se consideram ilegais e indevidos, revelam o incumprimento dos princípios prudenciais inerentes à boa e correta gestão dos dinheiros públicos, que deve estar presente no processo decisório e podem acarretar para os responsáveis individuais por cada uma das respetivas gerências, **responsabilidade reintegratória e sancionatória**, p.p. nos termos dos n.ºs 1, 4, 5 e 6 do art.º 59 e al. b) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto¹¹⁰.

Não existe evidência para fundamentar que o CA do CHBA, EPE, tenha procurado outras alternativas para alcançar os resultados de produção cirúrgica por um custo menor, que não passassem pelos médicos do quadro do CHBA, EPE, ou que ali prestassem serviços no que respeita à especialidade de oftalmologia.

3.2.5. CHBA - Evolução da lista de espera em cirurgia

- Número de Doentes em Espera

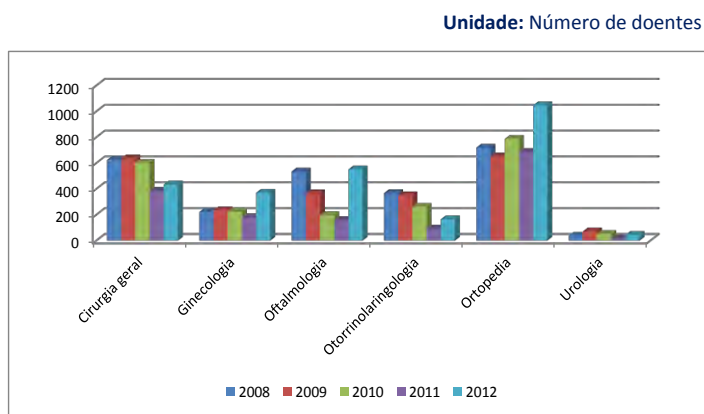
O CHBA, EPE, em 31 de dezembro de 2008 e de 2011, tinha em lista de espera para cirurgia, no conjunto das seis especialidades cirúrgicas¹¹¹, 2502 e 1521 doentes, respetivamente, verificando-se assim uma diminuição de 39%, em 2011 face a 2008, cfr. Anexo 53 do volume III.

¹¹⁰ Com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto – LOPTC.

¹¹¹ Todas as existentes nesta unidade de saúde.



Gráfico 9 – CHBA - Número de doentes em espera para cirurgia por especialidade -2008-2012



As especialidades de ortopedia, cirurgia geral e oftalmologia foram as que registaram maior número de doentes em espera naquele período, destacando-se a oftalmologia¹¹² e a otorrinolaringologia¹¹³ por serem as especialidades onde se registou uma diminuição gradual daquele número até 2011. Em 2012 o número de doentes em espera registou uma tendência crescente em todas as especialidades em análise, com destaque para a ortopedia e a oftalmologia¹¹⁴.

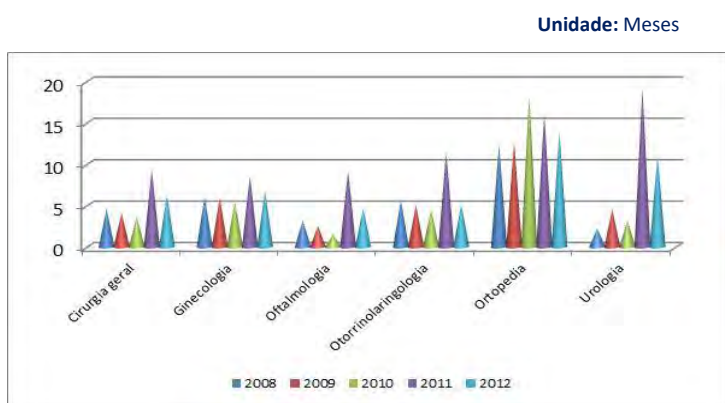
Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

O comportamento da lista de espera para cirurgia, ao longo dos quatro anos, sugere que os incentivos remuneratórios associados à produção adicional tiveram um considerável impacto na especialidade de oftalmologia.

- Tempos de Espera

Quanto aos tempos de espera, quer para consulta, quer para cirurgia, verificou-se, à semelhança do que ocorreu na recuperação das listas de espera, uma redução expressiva na especialidade de oftalmologia que passou de 3,2 meses em 2008 para 1,5 meses em 2010. Contudo, em dezembro de 2011 regista-se um agravamento significativo do tempo de espera que passou para 9,2 meses, por se ter reduzido o número de cirurgias atribuídas ao médico oftalmologista.

Gráfico 10 – CHBA - Evolução do tempo de espera para cirurgia por especialidade -2008-2011



Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

A especialidade de ortopedia é aquela em que se verifica o maior tempo de espera, passando de 12 meses, em 2008, para 16 meses, em 2011, cfr. Anexo 54 do volume III. Nesta especialidade o esforço financeiro realizado com o pagamento de incentivos remuneratórios pela produção adicional não foi suficiente para redução dos tempos de espera para cirurgia.

112

A evolução anual do número de doentes em espera foi em 2008 - 535 doentes; 2009 - 366 doentes; 2010 - 197 doentes; em 2011 - 159 doentes e em 2012 - 551.

113

A evolução anual do número de doentes em espera foi em 2008 -367 doentes; 2009 - 350 doentes; 2010 - 261 doentes; em 2011 - 93 doentes e em 2012 - 165.

114

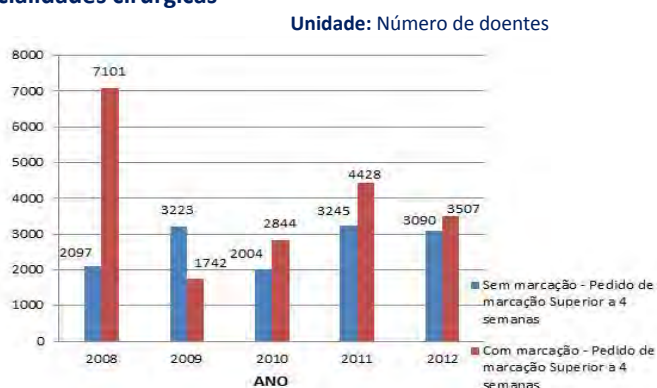
Ortopedia terminou o ano de 2012 com 1047 doentes em espera para cirurgia, mais cerca de 53%, face a 2011 e a oftalmologia com 551 doentes, mais cerca de 247%.



Note-se que, em 2011, se verificou uma inflexão face a 2010 dado o aumento dos tempos de espera em todas as especialidades, à exceção da ortopedia. O agravamento do tempo de espera, será resultado da suspensão da produção cirúrgica adicional/SIGIC que ocorreu em novembro e dezembro de 2011.

Não obstante, verificou-se ainda que o número de doentes que aguardavam por 1.^a consulta de especialidade no hospital¹¹⁵ há mais de 4 semanas sofreu uma redução de cerca de 46% de 2008 para 2009 e uma redução de 2%, em 2010¹¹⁶. Em 2011 inverte-se a tendência de redução do número de doentes em espera para 1.^a consulta, com um crescimento de 58% face a 2010, para o qual contribuíram especialmente as especialidades de urologia, otorrinolaringologia e ortopedia com crescimentos de 628,3%, 114,7% e 95,4%, respetivamente¹¹⁷. Em oftalmologia constatou-se uma tendência contrária, isto é uma redução de 17 % dos doentes em espera, cfr. Anexo 57 do volume III.

Gráfico 11 – CHBA - Doentes em espera - 1.^a Consulta nas especialidades cirúrgicas



Os tempos de espera e o número de doentes que aguardava por uma cirurgia terão que ser conjugados com a constatação de que existia um número significativo de utentes a montante que se encontravam a aguardar pela marcação de consulta por parte do hospital, após o pedido de marcação de consulta de especialidade, pelos cuidados primários.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Nota: O número de doentes em espera está subdividido em: doentes sem marcação - Pedido de marcação superior a 4 semanas e doentes com marcação - Pedido de marcação superior a 4 semanas.

No total das 28 especialidades, em dezembro de 2011, encontravam-se a aguardar por consulta da especialidade 7.845 utentes. No entanto, verificou-se que 4.428 utentes, embora já tivessem as consultas marcadas, o pedido de marcação já superava as quatro semanas desde o momento em que os utentes foram sinalizados ao nível dos cuidados primários¹¹⁸. Em 2012, encontravam-se a aguardar por primeira consulta de especialidade, 6.597 utentes, apesar da redução em 14% do número de pedidos para primeira consulta, reflexo das alterações ocorridas nos cuidados primários.

¹¹⁵ Com o objetivo de se manter a comparação entre especialidades, apenas foram considerados o número de utentes em espera para 1.^a consulta externa nas seis especialidades referidas.

¹¹⁶ Cfr. Anexo 56 do volume III.

¹¹⁷ Cfr. Anexo 57 do volume III.

¹¹⁸ Cfr. Anexo 55 do volume III.



3.2.6. CHBA - Rastreio da retinopatia diabética

A ARS Algarve, IP, e o CHBA, EPE, celebraram, em fevereiro de 2008, um protocolo para execução do programa de rastreio da retinopatia diabética cujo objeto seria a prestação pelo Centro Hospitalar de cuidados de saúde diferenciados no âmbito da diabetologia, nos anos de 2009, 2010 e 2011. Para execução deste protocolo o CHBA, EPE, celebrou um acordo com o serviço de oftalmologia no qual se comprometia a disponibilizar médicos e técnicos para realizar, em horário pós-laboral:

- ❖ Rastreio da retinopatia diabética através da retinopatia efetuada por câmara não mediátrica;
- ❖ Leitura das Retinografias realizadas;
- ❖ Angiografias e Laserterapias a doentes que desta intervenção clínica careciam, nomeadamente nas patologias de Retinopatia e Maculopatia.

Quadro 37 – CHBA - Valor dos cuidados de saúde a prestar

CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS	VALOR UNITÁRIO 2009/2010	VALOR UNITÁRIO 2011
Retinografia	€ 27,50	€ 18
Leitura da retinografia	€ 22,50	€ 9
Tratamento da retinopatia:		
Angiografia	€ 95	€ 95
Laserterapia	€ 275	€ 265
Tratamento da Maculopatia:		
Angiografia	€ 95	€ 95
Laserterapia	€ 175	€ 165
Colaboração na realização de angiografia	€ 5	€ 5

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

Para realizar estas tarefas, o serviço de oftalmologia do CHBA, EPE, disponibilizou técnicos de diagnóstico e terapêutica e médicos oftalmologistas, designadamente o seu Diretor, a quem pagou por cada ato os valores contratualmente acordados na cláusula 3.ª de cada um dos contratos.

Os montantes auferidos, no período em análise foram pagos a cada um dos referidos médicos, nuns casos, contra a entrega de recibos verdes, e noutros casos, através da entrega de faturas de sociedades comerciais de que alguns médicos eram sócios únicos¹¹⁹.

Quadro 38 – CHBA - Retinopatia diabética

O oftalmologista que se destacou com a remuneração mais elevada, também realizou cuidados médicos ao abrigo deste protocolo tendo auferido cerca de € 160 mil, € 147 mil e € 42 mil, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente.

CHBA - Retinopatia diabética				
Profissional	2009		2010	2011
	Recibo de vencimento	Recibo verde	Recibo de vencimento	Recibo de vencimento
Oftalmologista	€ 69.795,00	€ 90.000,00	€ 147.183,00	€ 42.198,20

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

¹¹⁹

Duas médicas do Serviço de Oftalmologia do CHBA constituíram sociedades comerciais unipessoais por quotas. O montante recebido por estas médicas não foi apurado uma vez que as mesmas não faziam parte do universo dos profissionais com as remunerações mais elevadas.



Conforme consta dos anexos “I” do acordo celebrado, os pagamentos decorrentes da prestação desses serviços foram faturados à margem de cada uma das respetivas retribuições, uma vez que não estão inscritos nos recibos de vencimento¹²⁰.

Sucedem que, se por um lado, as referidas sociedades não foram partes contratantes, visto que o contrato foi celebrado com o serviço de oftalmologia e portanto, com os profissionais de saúde que o integram (entre os quais os médicos); por outro, os sucessivos contratos não foram estabelecidos com aqueles médicos enquanto profissionais liberais. O que significa que, o pagamento desses serviços só poderia ter sido efetuado aos respetivos médicos, enquanto pessoas singulares e trabalhadores do SNS, e portanto, junto com as respetivas retribuições, e não através de recibos verdes.

Verificou-se ainda que um dos médicos “contratantes” exercia funções no CHBA, EPE, em regime de dedicação exclusiva¹²¹, regime que nos termos do n.º 4 do art.º 9.º, do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março “é incompatível com o desempenho de qualquer atividade profissional pública ou privada” desconhecendo-se qualquer alteração do regime de funções e o consequente pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do art.º 28 da Lei n.º 12-A/2008¹²², de 27 de fevereiro, com a redação dada pela Lei n.º 34/2010, de 2 de setembro. Além disso, são incompatíveis as atividades privadas, a título remunerado, em regime de trabalho autónomo ou de trabalho subordinado, concorrentes ou similares com as funções que exercem na Administração Pública e que com estas sejam conflitantes.

Estes factos são assim, suscetíveis de fazer incorrer os seus responsáveis¹²³ em **responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória**, esta última quanto ao valor auferido em 2009, pelo médico em regime de dedicação exclusiva, através de recibo verde, p.p. nos termos das als. b) e d) do n.º 1 do art.º 65 e, n.º 1, 4, 5 e 6 do art.º 59, ambos 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.

A este respeito, em sede de contraditório, os membros do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, começam por realçar “(...) o papel absolutamente determinante que teve o Serviço de Oftalmologia do CHBA, EPE, no RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA e, por consequência, na execução do protocolo (...) e nos resultados obtidos, (...) é manifesto o reconhecimento, por parte da ARS Algarve dos serviços prestados à população da região do Algarve (que não, apenas, à população do Barlavento) quer pelo CHBA, EPE, quer, (...), pelos profissionais médicos que à data, integravam o seu serviço de Oftalmologia.”

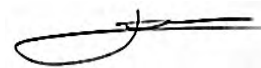
Acrescentam que: “No serviço de oftalmologia só havia um médico em regime de exclusividade. Relativamente à sua participação neste rastreio, nunca se colocou a questão da exclusividade porque o médico em causa que era o Diretor do Serviço de Oftalmologia, desenvolvia esta atividade

¹²⁰ Cfr. expressamente previsto na cláusula 4ª do acordo com o serviço de oftalmologia.

¹²¹ O que aconteceu até 30.04.2011. Sucede que, nos termos do n.º 4 do art.º 9, do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março “o regime de dedicação exclusiva é incompatível com o desempenho de qualquer atividade profissional pública ou privada...”.

¹²² Alterada pelas Leis n.º 64-A/2008 de 3 de dezembro e 3-B/ 2010 de 28 de abril.

¹²³ Os responsáveis pela autorização da despesa e dos pagamentos foram os membros individuais do CA em cada um dos respetivos exercícios financeiros, melhor identificados no Anexo 1 e 5 do volume III.



no âmbito do protocolo celebrado entre o CHBA, EPE, e a ARS, sempre trabalhou para o hospital e nunca recebeu honorários da ARS entidade para a qual nunca trabalhou.”

“Relativamente aos profissionais com vínculo à instituição a aceitação de recibos verdes ou faturas foi inicialmente considerada atendendo à natureza adicional desta atividade face ao exercício da sua atividade normal, jamais se tendo colocado, sequer, por esse motivo, qualquer questão de eventual acumulação de funções. Na situação concreta do médico em exclusividade refere-se que este já se encontrava autorizado, ao abrigo do disposto no art.º 32º do DL n.º 73/90, de 6 de março, a exercer clínica privada no CHBA, EPE, emitindo recibo no âmbito desta atividade, razão pela qual se aceitou adotar idêntico procedimento no que diz respeito à questão aqui em apreço. (...) no segundo trimestre de 2011, todos os profissionais com vínculo ao CHBA, EPE, passaram a receber os respetivos honorários, decorrentes da mencionada prestação de serviços, em conjunto com os respetivos vencimentos.”

Ainda relativamente a este profissional em regime de exclusividade um vogal do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria alega que: *“(...) o médico em questão, enquanto diretor de serviço, mesmo em regime de exclusividade, não está sujeito a essa regra, podendo exercer atividade médica no HOSPITAL, em regime privado. Possuía aliás autorização para tal de acordo com a legislação em vigor e um protocolo celebrado com o CA do HBA em 2003.”*

A propósito da argumentação aduzida quanto ao facto de a autorização para o exercício da clínica privada justificar outro tipo de contrato de prestação de serviços, importa clarificar que o exercício da clínica privada em instalações hospitalares, fora do horário de serviço, previsto no art.º 32.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março¹²⁴ era um expediente de exceção destinado aos chefes de serviço, diretores de departamento e de serviço e médicos em exercício nos centros de responsabilidade, desde que se encontrassem em regime de dedicação exclusiva. Esta possibilidade tinha em vista *“(...) criar condições que permitissem a permanência de médicos altamente qualificados no interior dos hospitais, por forma a tornar possível uma orientação eficiente e oportuna dos serviços e resolver, eventualmente, qualquer problema que neles possa surgir(...)”* cfr. Despacho n.º 14/90, de 19 de julho do Ministro da Saúde.

Assim as alegações apresentadas não podem proceder porquanto, o exercício de atividades privadas, a título remunerado, em regime de trabalho autónomo ou de trabalho subordinado, concorrentes ou similares com as funções que exercem na Administração Pública e que sejam conflituantes com as exercidas através de CITFP em regime de exclusividade são incompatíveis e não podem ser confundidas com o exercício de clínica privada.

Além do mais, os pagamentos referidos dizem respeito aos anos de 2009, 2010 e 2011 e o Diretor de Serviço em regime de exclusividade terminou o exercício da clínica privada em 30 de junho de 2008¹²⁵.

Uma vez que as alegações aduzidas não alteram as conclusões inicialmente vertidas no presente relatório, mantêm-se as eventuais infrações financeiras que poderão **acarretar para os**

¹²⁴ Revogado pelo Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto.

¹²⁵ Cfr. informação prestada pelo atual CA.



responsáveis individuais, por cada uma das respetivas gerências, responsabilidade financeira sancionatória, p.p. nos termos das als. b) e d) do n.º 1 do art.º 65 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.

Em sede de contraditório, o Ministro da Saúde, através do Chefe de Gabinete, informa que: "(...) sem prejuízo do regime de incompatibilidades dos profissionais, que o Tribunal de Contas enuncia (...) entendeu o Governo já acautelar a referida situação através dos Despachos n.º 12083/2011 e 10428/2011."

O Despacho n.º 12083/2011, determina a obrigatoriedade de submeter à apreciação prévia do Ministro da Saúde, a celebração ou a renovação de contratos de prestação de serviços, onde conste "*(...) informação detalhada e casuística que, fundamentadamente, demonstre a imprescindibilidade da contratação.*" No entanto, a obrigatoriedade da prestação desta informação recai apenas nas unidades hospitalares do setor empresarial do estado que "*(...) no período entre janeiro e julho do corrente ano não tenham procedido a uma redução em, pelo menos, 10% da despesa com recursos humanos, comparativamente com o valor da despesa (...) realizada (...) no ano de 2010.*"

O Despacho n.º 10428/2011 determina no n.º 4 que: "Os médicos vinculados às instituições contratantes não podem ser por elas contratados em regime de prestação de serviço."

3.3. Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

O Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, (CHMT)¹²⁶ integra três unidades hospitalares de carácter geral, localizadas em Abrantes (Hospital Doutor Manuel Constâncio), Tomar (Hospital Nossa Senhora da Graça) e Torres Novas (Hospital Rainha Santa Isabel), tem uma área de influência que engloba 15 concelhos e serve uma população de cerca de 266 mil habitantes.

Além dos cinco profissionais com as remunerações mais elevadas, verificou-se que esta unidade de saúde tinha contratado uma empresa prestadora de serviços de anestesiologia que disponibilizava ao CHMT dois a três médicos especialistas. A análise dos valores da prestação de serviços realizada pela referida empresa foi autonomizada no ponto 3.3.6.

3.3.1. CHMT - Remunerações auferidas pelos cinco médicos com as remunerações mais elevadas

Da análise dos quadros seguintes observa-se que os cinco médicos com as remunerações mais elevadas auferiram em 2009, 2010 e 2011 cerca de € 1,2 milhões, € 1 milhão e € 982 mil, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente, provenientes de remuneração base¹²⁷, que representou 28%, 31% e 29% da respetiva remuneração total, e por um conjunto de outras remunerações, nas quais se destacaram, em 2009, a produção no âmbito do SIGIC, com 28%, as horas extraordinárias, com 31% e as prevenções, com 12% dessa remuneração total.

¹²⁶ Através da Portaria n.º 1277/2001, de 13 de novembro e transformado em EPE, em dezembro de 2005 pelo Decreto-Lei n.º 233/2005.

¹²⁷ Correspondente à sua carreira e respetiva categoria profissional.



Quadro 39 – CHMT - Remunerações 2009

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Ortopedista 1	€ 69.366,96	€ 97.992,89	€ 62.814,76	€ 56.486,57	€ 10.960,59	€ 297.621,77	329,1%
Ortopedista 2	€ 36.770,02	€ 97.992,89	€ 29.845,88	€ 32.199,20	€ 3.227,24	€ 200.035,23	444,0%
Ortopedista 3	€ 63.446,46	€ 86.851,85	€ 48.116,19	€ 51.879,96	€ 1.985,37	€ 252.279,83	297,6%
Anestesiologista 1	€ 73.359,86	€ -	€ 102.919,25	€ -	€ 1.147,42	€ 177.426,53	141,9%
Anestesiologista 2	€ 78.747,69	€ 36.216,90	€ 115.809,06	€ -	€ 1.822,22	€ 232.595,87	195,4%
TOTAL 2009	€ 321.690,99	€ 319.054,53	€ 359.505,14	€ 140.565,73	€ 19.142,84	€ 1.159.959,23	260,8%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

Em 2010 e em 2011, o peso das outras remunerações face à remuneração total representam idêntica distribuição à de 2009, os pagamentos de produção no âmbito do SIGIC, representam 16% e 23% desses totais, as horas extraordinárias, 37% e 31% e as prevenções, 14%, nos dois anos, respetivamente¹²⁸.

Quadro 40 – CHMT - Remunerações 2010

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Cirurgião Geral	€ 69.394,50	€ -	€ 101.313,61	€ -	€ 1.606,43	€ 172.314,54	148,3%
Ortopedista 1	€ 69.394,50	€ 42.640,33	€ 65.761,84	€ 57.928,52	€ 13.175,65	€ 248.900,84	258,7%
Ortopedista 2	€ 36.770,02	€ 43.965,83	€ 57.068,08	€ 31.707,64	€ 1.695,90	€ 171.207,47	365,6%
Ortopedista 3	€ 63.144,33	€ 72.798,27	€ 48.830,33	€ 47.619,15	€ 1.740,58	€ 234.132,66	270,8%
Anestesiologista 1	€ 73.359,86	€ -	€ 100.886,69	€ -	€ 1.667,68	€ 175.914,23	139,8%
TOTAL 2010	€ 312.063,21	€ 159.404,43	€ 373.860,55	€ 137.255,31	€ 19.886,24	€ 1.002.469,74	221,2%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

No triénio em análise constata-se que os cinco médicos com as remunerações mais elevadas auferiram outras remunerações, que lhes proporcionaram um acréscimo, respetivamente, de 260%, 221% e 240%, da sua remuneração base. No mesmo período destaca-se um profissional da especialidade de ortopedia (ortopedista 2) com um acréscimo de remuneração base de 444%, 366% e 450%, respetivamente e outros dois da mesma especialidade, com um acréscimo na remuneração base superior a 250%, fruto das componentes remuneratórias supra referidas.

Quadro 41 – CHMT - Remunerações 2011

Profissionais	Remuneração Base (14 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Ortopedista 1	€ 62.455,10	€ 77.444,57	€ 51.601,65	€ 50.057,02	€ 9.954,11	€ 251.512,45	302,7%
Ortopedista 2	€ 33.457,52	€ 77.444,57	€ 41.939,13	€ 28.725,52	€ 2.302,79	€ 183.869,53	449,6%
Ortopedista 3	€ 57.101,68	€ 73.532,10	€ 46.309,97	€ 44.474,46	€ 2.007,70	€ 223.425,91	291,3%
Anestesiologista 1	€ 66.023,79	€ -	€ 99.953,52	€ -	€ 1.700,32	€ 167.677,63	154,0%
Pediatra	€ 69.515,04	€ -	€ 68.168,44	€ 13.949,99	€ 4.046,50	€ 155.679,97	124,0%
TOTAL 2011	€ 288.553,13	€ 228.421,24	€ 307.972,71	€ 137.206,99	€ 20.011,42	€ 982.165,49	240,4%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.



Quadro 42 – CHMT - Remunerações 2012

Profissionais	Remuneração Base (12 meses)	SIGIC	Horas extraordinárias	Prevenções	Outras componentes	Remuneração total	% Acréscimo da remuneração base
Ortopedista 1	€ 53.235,56	€ 25.896,64	€ 42.888,64	€ 11.633,73	€ 8.572,26	€ 142.226,83	167,2%
Ortopedista 2	€ 28.212,92	€ 33.920,10	€ 41.654,37	€ 7.326,08	€ 3.114,54	€ 114.228,01	304,9%
Ortopedista 3	€ 48.445,77	€ 19.613,05	€ 38.943,93	€ 11.525,29	€ 2.335,02	€ 120.863,06	149,5%
Anestesiista 1	€ 53.532,73	€ 19.438,08	€ 67.900,75	€ -	€ 3.024,61	€ 143.896,17	168,8%
Imuno-hemoterapeuta	€ 65.006,99	€ -	€ 28.903,11	€ 33.570,75	€ 2.723,83	€ 130.204,68	100,3%
TOTAL 2012	€ 248.433,97	€ 98.867,87	€ 220.290,80	€ 64.055,85	€ 19.770,26	€ 651.418,75	162,2%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

As remunerações mais elevadas, em 2009, apresentam, em 2012 uma redução significativa, entre 43% e 72%. Esta redução resultou, em parte, da limitação da produção cirúrgica adicional, a ter refletido as reestruturações dos serviços da unidade hospitalar que adiaram o início da produção adicional para maio de 2012, bem como das alterações ocorridas nos níveis remuneratórios em função da redução da base salarial.

Quadro 43 – CHMT – Evolução das remunerações 2009 a 2012

Profissionais	2009		2010		2011		2012		VARIACÃO 2009/2012
	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mensal	Rem.Total Anual	Rem.Média Mês do Sem	
Ortopedista_1	€ 297.621,77	€ 21.258,70	€ 248.900,84	€ 17.778,63	€ 251.512,45	€ 17.965,18	€ 142.226,83	€ 10.159,06	-52%
Ortopedista_2	€ 200.035,23	€ 14.288,23	€ 171.207,47	€ 12.229,11	€ 183.869,53	€ 13.133,54	€ 114.228,01	€ 8.159,14	-43%
Ortopedista_3	€ 252.279,83	€ 18.019,99	€ 234.132,66	€ 16.723,76	€ 223.425,91	€ 15.958,99	€ 120.863,06	€ 8.633,08	-52%
Anestesiista_1	€ 177.426,53	€ 12.673,32	€ 175.914,23	€ 12.565,30	€ 167.677,63	€ 11.976,97	€ 50.197,56	€ 3.585,54	-72%
Anestesiista_2*	€ 232.595,87	€ 16.613,99							
Total	€ 1.159.959,23		€ 830.155,20		€ 826.485,52		€ 427.515,46		

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

*Cessou funções em 2010

Nota: No cálculo da remuneração média mensal consideraram-se os 14 meses para aí refletir o corte dos dois subsídios (de férias e de natal) neste ano em cumprimento do art. 21 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro, lei que aprovou o OE para 2012, como medida excecional de estabilidade orçamental.

Quadro 44 – CHMT - Remunerações 2012

Profissionais	2012	
	Remuneração total anual	Remuneração média mensal
Anestesiista	€ 143.896,17	€ 10.278,30
Ortopedista_1	€ 142.226,83	€ 10.159,06
Imuno-hemoterapeuta	€ 130.204,68	€ 9.300,33
Ortopedista_3	€ 120.863,06	€ 8.633,08
Ortopedista_2	€ 114.228,01	€ 8.159,14
Total	€ 651.418,75	

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

Em 2012 dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas três profissionais mantiveram-se desde 2009 e dois¹²⁹ foram identificados em 2012.

¹²⁹ Um médico de anestesiologia e outro de imuno-hemoterapia.



Ao verificar-se que três dos médicos com as remunerações mais elevadas, em 2012, são os mesmos de anos anteriores, tal situação demonstra que se mantêm as políticas e práticas de gestão da relação contratual que conduzem a uma concentração da produção hospitalar a coberto das componentes remuneratórias complementares, fundamentalmente produção cirúrgica adicional/SIGIC, horas extraordinárias e prevenções.

Realça-se a tendência decrescente, da remuneração total, verificada ao longo do triénio, devido, essencialmente, à diminuição gradual das componentes relativas à produção cirúrgica adicional/SIGIC e ao trabalho extraordinário que, em 2011, apresentaram uma redução de cerca de 28% (€ 91 mil) e 14% (€ 52 mil), face a 2009.

Em sede de contraditório o Presidente do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria alega que: *"(...) é público e notório que existem grandes dificuldades de recrutamento de médicos nas especialidades de oftalmologia, anestesiologia e ortopedia, especialmente fora das três grandes cidades (...) e esta realidade afetou em particular o CHMT",* por isso consideram que *(...) os desequilíbrios detetados no relatório (...) resultam não de opções de gestão mas de carências e dificuldades de recrutamento de médicos nessas especialidades pelas unidades hospitalares situadas fora e longe das três grandes cidades (...)",* reforçam referindo que: *"Não é por mera coincidência que os três casos referidos (...) respeitam todos eles a unidades hospitalares situadas fora e longe das três grandes cidades (...)"* considerando assim *"(...) errado afirmar (...) que os valores mais elevados pagos a estes profissionais (...) se deve a decisões deliberadas de gestão (...) quando tais decisões resultam antes dos condicionalismos acima referidos que afetaram e impuseram tais decisões sem margem para opções diversas."*

Não obstante as alegações aduzidas pelo Conselho de Administração do CHMT, EPE, não foram apresentados argumentos objetivos que alterem as conclusões inicialmente vertidas no relatório.

3.3.2. CHMT - Trabalho extraordinário

O montante auferido em horas extraordinárias, € 360 mil em 2009, € 374 mil em 2010 e € 308 mil em 2011, permitiu um acréscimo da remuneração base de cada um dos cinco médicos com as remunerações mais elevadas entre 77% e 155%, tendo a maioria dos profissionais conseguido um acréscimo superior ou próximo de 100%.

Quadro 45 – CHMT - Peso do valor do trabalho extraordinário pago aos cinco médicos

Ano	Trabalho extraordinário - CHMT		Peso (2)/(1)
	Total pago a todos os médicos (1)	Total pago aos cinco médicos (2)	
2009	3.566.606,06 €	359.505,14 €	10,08%
2010	3.658.946,65 €	373.860,55 €	10,22%
2011	2.977.421,04 €	307.972,71 €	10,34%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

Estes valores registaram um peso de 10% no triénio em análise, quando comparados com o valor auferido por todos os médicos do CHMT, EPE, que realizaram trabalho extraordinário. No ano de 2011, verifica-se uma redução de 18% dos valores pagos em horas extraordinárias, face a 2010.



No plano individual, os montantes auferidos pelos cinco profissionais em análise ultrapassaram o limite imposto pelo regime decorrente do n.º 7 do art.º 7 do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março¹³⁰, em mais de 380%, na maioria dos casos¹³¹. Consequentemente foi também ultrapassado o limite de 200 horas anuais imposto pelos n.ºs 2 e 3 do art.º 161º da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro.

Sobre as devidas justificações e autorizações o CA informou que “*não existem despachos individuais com autorização de pagamento de horas extraordinárias em escalas mensais referentes aos diversos serviços*”.

O facto de não ter sido previamente autorizada a realização da despesa com as horas extraordinárias para além do limite de um terço da remuneração principal, como impunha o regime decorrente do n.º 7 do art.º 7 do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, nem respeitados os limites impostos pelos n.ºs 2 e 3 do art.º 161 da Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro¹³², pode acarretar para os responsáveis individuais, por cada uma das respetivas gerências, responsabilidade financeira sancionatória, p.p. nos termos das als. b) e d) do n.º 1 do art.º 65 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.

A este respeito, em sede de contraditório, o Ministro da Saúde pronunciou-se através do Chefe de Gabinete, conforme alegações inseridas no ponto 2.1.2, do presente Relatório.

O CA do CHMT, EPE, justificou a necessidade de realização de trabalho extraordinário com a falta de médicos com que a instituição se deparava, o facto de alguns concursos terem ficado desertos ou ainda os valores elevados solicitados pela prestação de serviços médicos, ao que acresce a dispersão das três unidades de saúde que compõem o Centro Hospitalar. As explicações então apresentadas pelo CA do CHMT, EPE, revelaram-se insuficientes, não tendo o mesmo demonstrado ter realizado outras iniciativas ou diligências alternativas que pudessem suprir as dificuldades mencionadas, salvo a que respeita à contratação da prestação de serviços de anesthesiologia.

Quanto à escassez de recursos humanos cumpre referir os Despachos do SES n.ºs 7702-D/2012, 8317-B/2012, 9087/2012, 15630/2012 e em 2013 o Despacho n.º 2546/2013 que identificam as especialidades carenciadas e respetivos estabelecimentos determinando a abertura de procedimentos simplificados de recrutamento de profissionais médicos, para suprir essas carências onde consta o CHMT, EPE, com carência de profissionais nas especialidades referidas na análise efetuada no âmbito da presente auditoria entre outras¹³³.

Em sede de contraditório, os membros¹³⁴ do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria invocam a estrutura hospitalar do CHMT, EPE, composta por três unidades de saúde, todas elas com serviço de urgência e com algumas especialidades presentes nas três unidades de saúde, o quadro médico disponível e a necessidade

¹³⁰ Não pode ultrapassar em cada mês 1/3 da remuneração mensal.

¹³¹ Dois em 2009, três em 2010 e um em 2011, cfr. Anexos 63, 64 e 65 do volume III.

¹³² Cfr. Anexo 67 do volume III.

¹³³ **Cirurgia geral**, medicina interna, **anesthesiologia**, cardiologia, dermatovenereologia, ginecologia e obstetrícia, medicina física e reabilitação, oftalmologia, **ortopedia**, **pediatria**, oncologia médica, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia, pneumologia, nefrologia, cirurgia plástica e reconstrutiva, radiologia, reumatologia, imunoalergologia.

¹³⁴ Diretores Clínicos e Vogais.



de assegurar o atendimento para justificar a realização do elevado número de horas extraordinárias. Acrescentam que: “A legislação que determina que nenhum médico deva fazer mais de 200 horas por ano, se aplicada ao CHMT teria como consequência a limitação acentuada da atividade ou encerramento por períodos em muitas especialidades ou ainda o comprometimento da qualidade assistencial”.

Quadro 46 – CHMT – Trabalho extraordinário vs trabalho normal

Profissionais	Peso do trabalho extraordinário face ao trabalho normal		
	2009	2010	2011
Ortopedia 1	59%	59%	52%
Ortopedia 2	41%	70%	58%
Ortopedia 3	48%	48%	50%
Anestesiologia 1	89%	86%	94%
Anestesiologia 2	101%		
Cirurgia geral		94%	
Pediatria			69%

Comparando o número de horas extraordinárias com o número de horas que decorre do regime de trabalho¹³⁵ a que vincula cada profissional, em cada um dos anos em análise, observa-se que, o trabalho extraordinário representou, na maioria dos casos, mais de 50% do trabalho normal, destacando-se três médicos que conseguiram perto de 100%, o que equivale a mais um ano de trabalho realizado.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

No sentido de apurar o impacto que o valor pago em horas extraordinárias aos supra referidos profissionais teve face à remuneração base da categoria de assistente graduado realizou-se um exercício com as mesmas premissas referidas em 3.1.2 a propósito da ULSBA, EPE.

	2009	2010	2011
Valor anual auferido em horas extraordinárias e suplementares pelos cinco médicos melhor remunerados	359.505,14 €	373.860,55 €	307.972,71 €
Remuneração anual de um médico com a categoria de Assistente graduado colocado no 1º escalão, índice 145 em regime de dedicação exclusiva, 42 horas	57.498,42 €	57.498,42 €	57.498,42 €
Número de médicos que poderiam ter sido contratados com o valor auferido em horas extraordinárias e suplementares pelo 5 médicos melhor remunerados	6	7	5

O valor pago pela unidade hospitalar, em horas extraordinárias, a estes cinco profissionais, em cada um dos anos em análise equivale ao montante necessário para contratar mais seis médicos em 2009, mais sete em 2010 e mais cinco em 2011, com uma remuneração mensal de € 4.107,03. Assim, concluiu-se que, com o mesmo montante poderiam ter sido contratados outros médicos, evitando assim a sobrecarga de trabalho extraordinário nestes profissionais.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

O valor médio unitário que o CHMT, EPE, suportou por cada uma destas horas extraordinárias, € 54, em 2009, € 52, em 2010 e € 49, em 2011, é superior ao valor/hora de referência para a contratação dos serviços médicos fixado em € 35/hora¹³⁶.

Sobre esta matéria, um dos membros¹³⁷ do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria vem, em sede de contraditório, dizer que: “No

¹³⁵ 35 ou 42 horas semanais, considerando ainda 48 semanas de trabalho, por ano, para 2009 e 2011 e 49 semanas para 2010, uma vez que foram descontadas 4 semanas relativas ao período de férias.

¹³⁶ Através do Ofício circular n.º 23841, de 08/12/2008, em cumprimento do disposto no Despacho n.º 29533/2008, do SEAS, de 7 de novembro, alterado em 2011 para € 30 pelo Despacho n.º 10428/2011, do SES, de 1 de agosto.

¹³⁷ Diretor Clínico.



respeitante ao valor/hora para trabalho extraordinário ter ultrapassado os € 35 (...) fixados (...), e sobre a possibilidade de se "(...) efetivar melhores resultados económicos com recurso ao "outsourcing" parece-me não ter em consideração os valores de mercado para a época".

Pelo contrário, e de acordo com a informação prestada pelo ex-Presidente do Conselho de Administração do CHMT, EPE, sobre a reavaliação dos contratos de prestação de serviços médicos, resultou uma descida do preço/hora para valores próximos do valor de referência. Também o atual Conselho de Administração conseguiu negociar com todos os prestadores de serviços os valores/hora legalmente estabelecidos¹³⁸, incluindo o contrato de prestação de serviços de anestesiologia supra referido¹³⁹, pelo que atualmente não mantêm contratos de prestações de serviços por valores superiores aos de referência.

Se esta unidade de saúde tivesse, por hipótese, recorrido, em alternativa, à contratação externa de serviços médicos, teria conseguido uma redução do custo da remuneração anual destes profissionais, no montante de cerca de € 126 mil, € 125 mil e 87 mil, respetivamente, em 2009, 2010 e 2011.

Quadro 47 – CHMT – Valor unitário do trabalho extraordinário

Anos	CHMT/Horas Extraordinárias						
	Valor pago	Nº Horas efectuadas	Custo por hora extraordinária em média	Valor hora da contratação de serviços médicos	Valor total/ contratação de serviços médicos	Valor do excesso pago	% do excesso
2009	359.505,14 €	6.679	53,83 €	35,00 €	233.765,00 €	125.740,14 €	54%
2010	373.860,55 €	7.124	52,48 €	35,00 €	249.340,00 €	124.520,55 €	50%
2011	307.972,71 €	6.315	48,77 €	35,00 €	221.025,00 €	86.947,71 €	39%
Total	1.041.338,40 €				704.130,00 €	337.208,40 €	48%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

Esta redução respeita ao valor das cinco remunerações mais elevadas em cada um dos anos, a qual será muito superior quando extrapolada para os restantes profissionais que realizam trabalho extraordinário nesta unidade de saúde.

Assim, para que o CHMT, EPE, resolvesse a falta de recursos médicos poderia ter equacionado o recurso a horas contratadas ao invés de recorrer a horas extraordinárias que sobrecarregaram permanentemente os referidos profissionais, retirando-lhes as horas de descanso necessárias para a prevenção do erro clínico e que assim garantem os padrões de qualidade e segurança da prestação de cuidados médicos.

3.3.3. CHMT - Prevenções

O trabalho prestado em regime de prevenção pago aos cinco profissionais com as remunerações mais elevadas custou ao CHMT, EPE, o montante de € 141 mil, € 138 mil e € 137 mil, respetivamente, em 2009, 2010 e 2011 e diz respeito apenas a três médicos de ortopedia nos três anos em análise e a um médico de pediatria só em 2011. Esta componente remuneratória permitiu-lhes alcançar um acréscimo na sua remuneração em mais de 70%, na maioria¹⁴⁰ dos casos, com montantes que variaram entre € 14 mil e € 58 mil.

¹³⁸ € 25 para não especialistas e € 30 para especialistas.

¹³⁹ Foi celebrado novo contrato em 13 de abril de 2012, para a prestação de atos clínicos de Anestesiologia ao preço hora de € 30.

¹⁴⁰ Três profissionais em cada um dos anos.



Quadro 48 – CHMT - Valor total pago aos três médicos

Ano	Prevenções - CHMT		Peso (2)/(1)
	Total pago a todos os médicos (1)	Total pago aos cinco médicos (2)	
2009	706.421,39 €	140.565,73 €	19,90%
2010	591.556,55 €	137.255,31 €	23,20%
2011	478.444,16 €	137.206,99 €	28,68%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

Os valores totais anuais auferidos pelos médicos com as remunerações mais elevadas do CHMT, EPE¹⁴¹ registaram um peso de cerca de 20%, 23% e 29%, em 2009, 2010 e 2011 respetivamente, face ao valor pago a todos os médicos da unidade hospitalar que realizaram prevenções.

O órgão de gestão não providenciou a realização do registo de presenças físicas dos médicos no âmbito do regime de prevenção de forma a avaliar a percentagem de ocorrências/necessidade de deslocação à unidade de saúde bem como o cumprimento do tempo máximo legalmente estabelecido para a comparência na unidade de saúde. Por outro lado, também não foi realizado qualquer estudo que permitisse avaliar o regime de prevenção, chamada ou readequação de horários dos profissionais com o propósito de diminuir custos e de manter a qualidade do serviço prestado.

Contudo, com o objetivo de conter custos, o CA do CHMT, EPE, através da sua direção clínica emanou a nota interna 76/CA/EP de 2/8/2010, a determinar que “ (...) a partir de Setembro seja suspensa a prevenção clínica de ortopedia no período das 0-8 horas. (...), após avaliação e se necessário, fará o contacto com o Médico Especialista que achar mais conveniente.” O mesmo foi efetuado para os serviços de urologia¹⁴² e de psiquiatria.

Tendo em conta que, tanto em 2010 como em 2011, a remuneração dos ortopedistas continuou a incluir valores referentes a esta componente remuneratória, conclui-se que a determinação contida na nota interna 76/CA/EP de 2 de agosto de 2010 emitida pela Direção Clínica, não teve qualquer aplicação.

Relativamente à situação da urgência de traumatologia e de acordo com orientações do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, invocada pelos respetivos diretores de serviços, apurou-se que seria necessário assegurar a presença, no mínimo, de três médicos ortopedistas, o que inviabilizou a suspensão da prevenção durante o referido período das 0h00 às 8h00. No entanto, não se alcançam as razões que conduziram à não aplicação dessa suspensão nos serviços de urologia¹⁴³ e de psiquiatria.

Em sede de contraditório, alguns¹⁴⁴ membros do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria, alegam que: “A existência de três unidades hospitalares e a dispersão de serviços obrigava a negociações de regimes de prevenção quando o

¹⁴¹ 3 médicos em 2009 e em 2010 e 4 médicos em 2011.

¹⁴² Nota interna n.º 46/Sec/Dc de 6/8/2010 – Prevenção urologia.

¹⁴³ Nota interna n.º 46/Sec/Dc de 6/8/2010 – Prevenção urologia.

¹⁴⁴ Dois Vogais, um Diretor Clínico e a Enfermeira Diretora.



cl clinicamente correto seria a presença física (...). O regime de chamada só é passível de ser aplicado com a anuência dos clínicos e nunca por imposição da entidade empregadora, de acordo com a legislação em vigor, e essa anuência, efetivamente, nunca foi obtida.”

Não obstante as alegações aduzidas pelo Conselho de Administração do CHMT, EPE, não foram apresentados argumentos objetivos que alterem as conclusões inicialmente vertidas no relatório.

3.3.4. CHMT – Produção cirúrgica adicional - SIGIC

Os cinco profissionais com as remunerações mais elevadas do CHMT auferiram na componente remuneratória da produção adicional € 319 mil, € 159 mil e € 228 mil respetivamente em 2009, 2010 e 2011.

Este valor representou, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente, cerca de 22%, 16% e 23% da remuneração auferida nesta componente remuneratória pelos médicos da unidade hospitalar que também realizaram produção adicional.

Quadro 49 – CHMT - Valor da produção adicional vs pagamento de toda a produção adicional

Ano	Produção cirúrgica adicional - CHMT		Peso no total pago aos médicos (3)/(2)
	Valor total pago aos médicos (2)	Valor pago aos cinco médicos (3)	
2009	1.402.518,46 €	319.054,53 €	22,75%
2010	1.001.437,43 €	159.404,43 €	15,92%
2011	1.007.540,06 €	228.421,24 €	22,67%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

No CHMT, EPE, a produção cirúrgica a realizar, programada ou adicional, decorreu da negociação entre o órgão de gestão e os Diretores de Serviço, da qual resultou a celebração de contratos internos de produção cirúrgica e gestão de inscritos para cirurgia que identificaram as quantidades previstas a serem realizadas.

Da análise da componente remuneratória da produção cirúrgica adicional no CHMT, EPE, destacaram-se os médicos ortopedistas¹⁴⁵ por terem auferido montantes superiores ao dobro da respetiva remuneração base em cada um dos anos em análise.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria referem que: (...) não obstante o trabalho desenvolvido no CHMT, EPE, ainda houve doentes da lista de espera que foram intervencionados em outras unidades convencionadas, em obediência aos normativos do programa(...).”

¹⁴⁵ Três profissionais em 2009 e 2011 e dois profissionais em 2010.



Quadro 50 – CHMT - Produção cirúrgica realizada em produção normal e adicional

Unidade: Número de cirurgias

Anos	Produção	Ortopedia 1	Ortopedia 2	Ortopedia 3
2009	Base	70	83	238
	Adicional	56	67	97
	Total	126	150	335
	Peso da Adicional no total	44%	45%	29%
2010	Base	47	106	141
	Adicional	66	88	136
	Total	113	194	277
	Peso da Adicional no total	58%	45%	49%
2011	Base	52	73	89
	Adicional	82	74	84
	Total	134	147	173
	Peso da Adicional no total	61%	50%	49%

No CHMT, EPE, todos os ortopedistas realizaram em produção adicional mais de 40% da produção total destacando-se o ortopedista 1 que da produção realizada em 2011, 61% diz respeito a produção adicional.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT –UHGIC, 2011.

Nota: Apenas foram consideradas cirurgias com recurso a internamento.

Quadro 51 – CHMT - Cirurgias realizadas com preço de GDH superior a € 4000

Unidade: Número de cirurgias

Tendo em conta a diferença de preços das cirurgias da especialidade de ortopedia previstos na Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto, comparou-se o valor das cirurgias efetuadas em produção adicional¹⁴⁶ face ao valor das cirurgias efetuadas em produção normal. Deste teste verificou-se que em 2009 todas as cirurgias realizadas em produção adicional pelos ortopedistas 1 e 2, tinham um valor de GDH superior a € 4000 enquanto em produção base estas apenas representaram 10 e 13%.

Profissional	Ano	Produção	Número de cirurgias	GDH >€ 4000	% Cirurgias com preço > €4000
Ortopedista 1	2009	normal	70	7	10%
		adicional	56	56	100%
	2010	normal	47	1	2%
		adicional	66	49	74%
	2011	normal	52	16	31%
		adicional	82	62	76%
Ortopedista 2	2009	normal	83	10	13%
		adicional	67	67	100%
	2010	normal	106	17	16%
		adicional	88	35	40%
	2011	normal	73	13	18%
		adicional	74	49	66%
Ortopedista 3	2009	normal	238	18	8%
		adicional	97	85	88%
	2010	normal	141	13	9%
		adicional	136	76	56%
	2011	normal	89	25	28%
		adicional	84	65	77%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT –UHGIC, 2011.

Nota: Apenas foram consideradas cirurgias com recurso a internamento.

Extrapolando esta análise para o total das cirurgias realizadas no serviço de ortopedia desta unidade de saúde, verificou-se que, no período 2009/2011, foram realizadas 5.218 cirurgias, das quais 73% foram efetuadas em convencional e destas, cerca de 28% foram efetuadas em produção adicional¹⁴⁷.

¹⁴⁶

Recordando a forma de remuneração da produção adicional – a equipa recebe por cada unidade produzida, uma percentagem do preço constante da Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto. Assim, quanto mais elevado for o valor da cirurgia realizada em produção adicional maior será o valor recebido pelos profissionais que a realizam, facto que promove este tipo de seleção.

¹⁴⁷

Cfr. Anexos 73 a 77 do volume III.



Quadro 52 – CHMT - Cirurgias realizadas com preço de GDH superior a € 4000 – Serviço de ortopedia

Unidade: Número de cirurgias

Produção	2009	Peso no total	2010	Peso no total	2011	Peso no total
Produção Base	787	61%	760	62%	808	62%
Produção Adicional	505	39%	464	38%	488	38%
Total	1292	100%	1224	100%	1296	100%
N.º Cirurgias realizadas com preço de GDH superior a €4.000						
Produção Base	126	16%	161	21%	186	23%
Produção Adicional	394	78%	313	67%	329	67%

A maioria, (78% em 2009 e 67%, em 2010 e em 2011) das cirurgias realizadas em produção adicional, apresentavam um preço de GDH superior a € 4000. Este facto permite concluir pela eventual seleção das cirurgias realizadas em produção adicional em função da complexidade e, conseqüentemente do valor remuneratório daí resultante.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

Decorre do normativo do SIGIC, que a produção adicional apenas possa ser executada fora do horário normal de trabalho de cada cirurgião, no entanto, constatou-se que cerca de 40% das intervenções classificadas e pagas como adicionais foram realizadas em períodos que se sobrepõem com horário normal de trabalho.

Quadro 53 – CHMT - Cirurgias efetuadas em sobreposição de horário – 2009 – 2010

Unidade: Número de cirurgias

Regime de trabalho	Anestesiologista 2	Ortopedista 1		Ortopedista 2		Ortopedista 3	
	2009	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Prevenção		23	20	37	46	64	71
Horário normal de trabalho	19	10	8	25	26	26	16
N.º de cirurgias em produção adicional realizadas em sobreposição de horário	19	33	28	62	72	90	87
Valor recebido	6.290,40 €	21.088,73 €	12.768,40 €	39.621,09 €	28.460,45 €	49.562,19 €	34.541,69 €

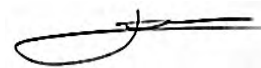
Nos exercícios de 2009 e 2010, verificou-se a ocorrência no CHMT, EPE, de vários episódios de produção em SIGIC por parte de um profissional de anestesiologia e três profissionais de ortopedia, durante o cumprimento do horário normal de trabalho e de prevenção, que originaram uma duplicação de pagamentos¹⁴⁸.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

Esta situação revela uma falha grave de controlo interno por parte do CA, uma vez que autorizou pagamentos de produção adicional aos profissionais com uma clara inexistência de confronto do período da realização da mesma com o registo do controlo de assiduidade, originando assim pagamentos em duplicado.

A duplicação de pagamentos, no montante evidenciado no quadro anterior, é ilegal e indevida, revelam incumprimento dos princípios prudenciais inerentes à boa e correta gestão dos dinheiros públicos, que deve estar presente no processo decisório e podem acarretar para os responsáveis individuais por cada uma das respetivas gerências, **responsabilidade financeira reintegratória e**

¹⁴⁸ Cfr. quadros junto ao processo de auditoria.



sancionatória, p.p. nos termos do n.º 1, 4, 5 e 6 do art.º 59 e al. b) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto¹⁴⁹.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria, vêm alegar que, por não terem a seu cargo o pelouro dos recursos humanos, nunca tiveram conhecimento “(...) *nem do facto, nem da chamada de atenção ou recomendação para correção ou regularização do mesmo, fosse pelo órgão de fiscalização, pelos auditores internos, pelos gestores de unidade, pelos chefes de serviço ou por qualquer gestor de horários/escalas.*” Entendem por isso que: “(...) *fizemos sempre o possível para que não se consubstanciassem quaisquer situações de facto, e de direito, passíveis da assunção de responsabilidades financeiras, quer sancionatória, quer reintegratória (...).*”

Referem ainda: “(...) *não lhes ser censurável a conduta na medida em que agiram convencidos da respetiva licitude e não visaram causar quaisquer danos ao Centro Hospitalar ou ao Estado (...)*”. Acrescentam que: “(...) *quanto à tipificação da responsabilidade reintegratória, torna-se necessário ter-se agido sem que o Estado fosse compensado em sede de enriquecimento sem causa (...) o Estado sempre beneficiou e tem de beneficiar de tal alcance, dadas as medidas e instrumentos tomados como retificativos, para além da receção do produto das aquisições feitas, de harmonia com o artigo 59.º da LOPTC (...)*”.

Os argumentos apresentados nas alegações, não afastam as conclusões inicialmente vertidas no relatório, porquanto o CA do CHMT, EPE, enquanto responsável pela gestão da unidade hospitalar, não foi suficientemente diligente no controlo da despesa pública, causando, nessa exata medida, um prejuízo ao erário público, não obstante a correspondente contraprestação efetiva, uma vez que a mesma não se mostrou “(...) adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de uma determinada atividade.”

Assim, deverá manter-se a fundamentação legalmente apresentada sobre a conduta dos membros do CA, do CHMT, EPE, nos atos constitutivos de responsabilidade financeira, sobre o pagamento das remunerações ou suplementos, que deverão manter a qualificação de indevidos e, como tal, constitutivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, imputável aos dirigentes autorizadores daqueles pagamentos.

3.3.5. CHMT - Evolução da lista de espera em cirurgia

- Número de Doentes em Espera

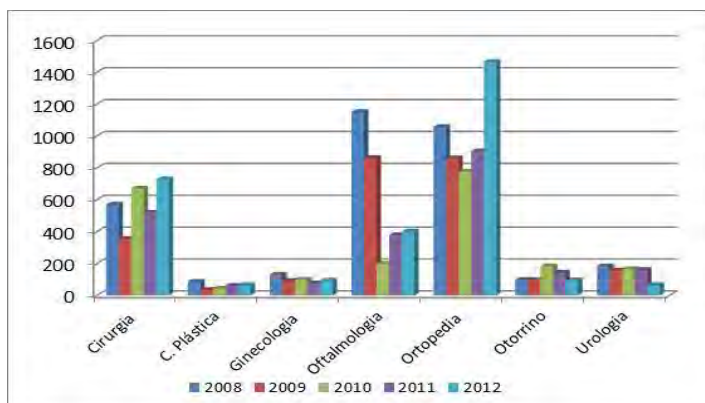
O CHMT, EPE, em 31 de dezembro de 2008, 2009, 2010 e 2011, tinha em lista de espera, no conjunto das especialidades, 3286 doentes, 2469 doentes, 2147 doentes e 2254 doentes, respetivamente. Entre 2008 e 2010, registou-se uma tendência decrescente, com o número de doentes em espera a reduzir cerca de 35%. No entanto, em 2011 inverteu-se esta tendência com um aumento do número de doentes de cerca de 19% (mais 107 doentes).

¹⁴⁹ Com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto – LOPTC.



Gráfico 12 – CHMT - Doentes a aguardar por cirurgia

Unidade: Número de doentes



Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

*O número de doentes referentes às especialidades de cirurgia, ginecologia e ortopedia, resultam da adição dos doentes em espera no conjunto das unidades que compõem o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

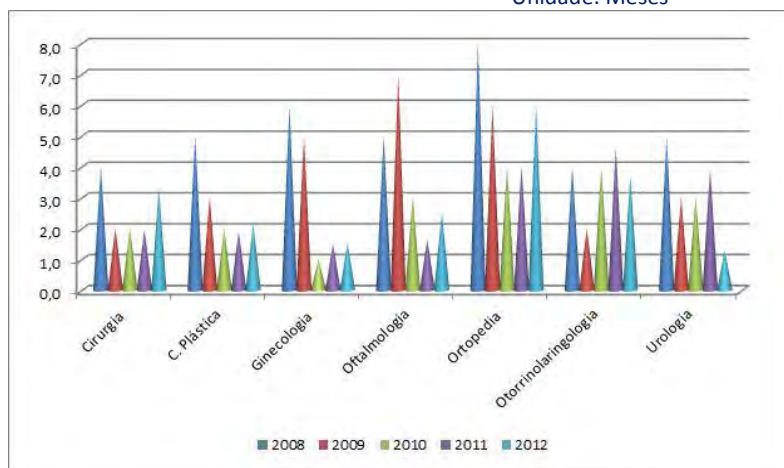
As especialidades de oftalmologia e ortopedia eram as que registavam o maior¹⁵⁰ número de doentes em espera por uma cirurgia no ano de 2008. Nestas especialidades, registou-se uma redução de cerca de 83% e 26% entre 2008 e 2010, respetivamente. O ano de 2011 distinguiu-se pelo aumento de doentes a aguardar por cirurgia destacando a oftalmologia com um crescimento de 89%¹⁵¹ face a 2010.

A tendência crescente continuou a verificar-se no ano de 2012 que terminou com um crescimento de cerca de 6% e 62%¹⁵², em oftalmologia e em ortopedia respetivamente cfr Anexo 69 do volume III. Este crescimento deve-se em grande parte à diminuição da produção adicional e do trabalho extraordinário face às já referidas medidas de contenção orçamental.

- Tempos de Espera

Gráfico 13 – CHMT - Tempo médio de espera para cirurgia

Unidade: Meses



Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

No triénio 2008-2010, o tempo médio de espera para cirurgia em oftalmologia passou de cerca de cinco para três meses em 2010. Em ortopedia, no mesmo período, o tempo médio de espera passou de 8 meses em 2008 para 4 meses em 2010¹⁵³.

¹⁵⁰ 35% e 32,2%, respetivamente, do total de doentes.

¹⁵¹ Mais 179 doentes.

¹⁵² Oftalmologia tinha em espera 402 doentes (mais 22 do que em 2011) enquanto a ortopedia tinha em espera 1467 doentes (mais 561 do que em 2011).

¹⁵³ Cfr. Anexo 70 do volume III.



No final do ano de 2012 o tempo de espera continuou a agravar-se, com especial destaque para as especialidades de oftalmologia e ortopedia, que registaram um agravamento de 53% e 49%¹⁵⁴, respetivamente.

Os tempos de espera e o número de doentes que aguardava por uma cirurgia terão que ser conjugados com a constatação de que existia um número significativo de utentes a montante que se encontravam a aguardar pela marcação de consulta por parte do hospital, após o pedido de marcação de consulta de especialidade, pelos cuidados primários.

Considerando as listas de espera dos doentes que aguardavam por uma consulta, verificou-se um agravamento do número de doentes em espera¹⁵⁵ para uma consulta de ano para ano, atingindo o seu máximo em 2011, com um aumento de 64% face a 2010. Em 2012 o número de doentes em espera para consulta registou um decréscimo de cerca de 24%, menos 2968 doentes.

Quadro 54 - CHMT - Doentes em espera para consulta – 2008 – 2012

Unidade: Número de doentes

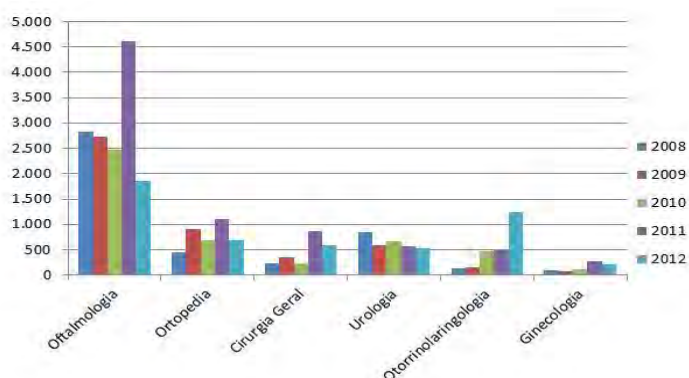
Doentes em espera para consulta	Ano				
	2008	2009	2010	2011	2012
Em espera sem marcação	5.369	6.512	6.972	5.326	4.872
Em espera com marcação	333	334	615	7.134	4.620
Total	5.702	6.846	7.587	12.460	9.492

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

Relativamente a anos anteriores destaca-se o número de doentes em espera com marcação em 2011 (7.134) a aguardar por consulta. Em 2012 este número decresceu para 4.620 (menos 35%), encontrando-se ainda a aguardar por marcação, 4.872 doentes.

Gráfico 14 – CHMT - Doentes em espera para 1.ª consulta – 2008 – 2012

Unidade: Número de doentes



Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT.

As especialidades de oftalmologia e de ortopedia eram as especialidades que apresentavam o maior número de doentes a aguardar por 1.ª consulta, registando-se em 2011, 4.615 e 1.108, doentes em espera para 1.ª consulta, respetivamente. Em 2012 verificou-se uma redução significativa¹⁵⁶ no número de pedidos de 1.ª consulta nesta especialidade de oftalmologia.

No período 2010-2011, em oftalmologia, o tempo de espera para consulta passou de 4 para 3 meses e em ortopedia manteve-se em 2 meses. Em 2012 registou-se um agravamento (3,5 meses)

¹⁵⁴ Oftalmologia registava uma espera para cirurgia de 2,5 meses e ortopedia 6 meses.

¹⁵⁵ Cfr. Anexo 71 do volume III.

¹⁵⁶ 60%, menos 2755 doentes.



do tempo de espera em oftalmologia enquanto em ortopedia se manteve a tendência decrescente (1,4 meses)¹⁵⁷.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria referem que: *“O aumento dos doentes em LIC para Oftalmologia foi influenciado (...) pela saída de médicos (...) dificuldade de contratar médicos em regime de CIT.”* Salientam ainda *“(...) que em 2010 o CHMT foi obrigado a receber de uma única vez todos os utentes que estavam com pedidos de consulta nos Centros de Saúde e que dada a política de cotas mensais anteriormente em vigor, não entravam na lista de espera do Serviço de Oftalmologia.”*

Acrescentam que: *“Os médicos Oftalmologistas tinham horários de 35 horas/semana pelo que só a atividade suplementar poderia reduzir os tempos de espera. (...) Foram efetuados concursos públicos para contratação de Médicos Oftalmologistas mas todos ficaram sem candidaturas. O CHMT perdeu vários profissionais médicos, designadamente Oftalmologistas, que rescindiram contratos para passarem a trabalhar noutros hospitais em regime de prestações de serviços.”*

Relativamente à Ortopedia referem que o facto de, à data, haver dois serviços com cirurgia e internamento, um em Abrantes e outro em Tomar, e devido às regras de referência estabelecidas pela ARSLVT, IP, através dos centros de saúde *“(...) via mecanismos da CTH (consulta a tempo e horas) não conduziu a uma eficaz e racional gestão da lista de espera.”*

3.3.6. CHMT - Processo de contratação de serviços de anesthesiologia

Invocando dificuldades no recrutamento de prestação de cuidados médicos na especialidade de anesthesiologia, por alegadas razões de “interioridade”, o CA do CHMT, EPE, recorreu à contratação de uma empresa para prestação desses serviços, remunerada em função do número de horas efetuadas.

A celebração de contratos de prestação de serviços médicos com entidades privadas foi disciplinada com a entrada em vigor do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 7 de novembro, nomeadamente no que respeita ao valor/hora de referência, e à aplicação do princípio da transparência¹⁵⁸.

Em cumprimento do disposto no n.º 2 do suprarreferido despacho, a ACSS, IP, veio através do Ofício Circular n.º 23841, de 8 de dezembro de 2008, fixar os preços de referência para a contratação externa de serviços médicos pelas instituições do SNS, incluindo as entidades públicas empresariais. Para os médicos especialistas o valor referência era de € 35/hora, posteriormente, em 2011, desceu para € 30/hora¹⁵⁹.

¹⁵⁷ Cfr. Anexo 72 do volume III.

¹⁵⁸ Princípios que se traduzem designadamente na obrigação das instituições do SNS procederem à publicitação nos respetivos sítios da Internet das contratações existentes.

¹⁵⁹ Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10428/2011, de 1 de agosto, publicado no DR, 2.ª Série, n.º 158, de 18 de agosto.



Repare-se que até ao ano de 2008 estes contratos não estavam “limitados” em termos de valor/hora, tal como aconteceu no caso em análise, uma vez que o contrato inicialmente celebrado com a empresa para prestar serviços de anesthesiologia data de 18 de setembro de 2006.

Porém, no caso em apreço o valor acordado foi de € 75/hora¹⁶⁰, pelo que o mesmo era superior a mais do dobro do que foi fixado na circular da ACSS, IP e nos despachos do Secretário de Estado da Saúde. Mesmo após esse valor ter sido alterado pelo CA do CHMT, EPE, em 2011, que de comum acordo com aquela empresa prestadora de serviços baixou o valor contratado de € 75/hora para € 55/hora (dados do CHMT, EPE). No entanto, esse valor continuou a ser superior em 57% ao valor autorizado para os médicos especialistas do SNS¹⁶¹.

O contrato com a referida empresa foi firmado em 18 de setembro de 2006, pelo prazo de um ano, renovável por iguais períodos de tempo e produziu os seus efeitos desde 1 de agosto de 2006. Tal significa que o valor contratado podia ter sido revisto após a entrada em vigor do aludido Despacho n.º 29533/2008, o que não aconteceu até 2011. Não tendo sido revisto, também não foi justificada a continuidade do pagamento dos referidos valores acima do valor de referência, pelo CA do CHMT, EPE, ao abrigo da discricionariedade que lhe era permitida pelo n.º 8 daquele despacho, conforme se determinava nos termos do seu n.º 9, que impunha a respetiva fundamentação, nos casos em que aquele valor fosse ultrapassado¹⁶².

Nos termos daquele despacho o CA do CHMT, EPE, podia ter optado pela solução que entendesse mais adequada à realidade e à prossecução do interesse público, contratando por valores superiores aos de referência para o SNS.

Tal decisão não se traduziu numa medida de boa gestão dos dinheiros públicos, porque não se encontra justificada, mesmo que minimamente, como lhes era imposto respetivamente pelos n.ºs 8 e 9 do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, e n.ºs 6 e 7 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10428/2011, de 1 de agosto, no que respeita a 2009, 2010 e 2011, tanto mais que, o valor/hora contratado com a empresa referida, era muito superior ao valor que foi contratado com o universo dos restantes prestadores do mesmo serviço¹⁶³.

Além do incumprimento dos princípios prudenciais inerentes à boa e correta gestão dos dinheiros públicos que deve estar presente no processo decisório¹⁶⁴, os membros individuais do Conselho de Administração, que exerceram funções nas gerências de 2009, 2010 e 2011 poderão ser objeto de responsabilidade financeira, **por não terem justificado essa aquisição de serviços por valor superior ao valor/hora de referência fixado para 2009, 2010 e 2011, em cumprimento dos n.ºs 8 e 9 do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, e n.ºs 6 e 7 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10428/2011, de 1 de agosto**

¹⁶⁰ O preço acordado pela prestação daqueles serviços decorre da deliberação do CA do CHMT de 24 de junho de 2005.

¹⁶¹ € 30,00, nos termos do disposto no n.º 5 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10428/2011, de 1 de agosto.

¹⁶² Embora, ainda sem as limitações que vieram posteriormente a ser fixadas para 2011, pelo n.º 6 do Despacho n.º 10428/2011, de 1 de agosto, que entre o mais, determinou que o valor de referência apenas podia ser ultrapassado até ao limite máximo do dobro.

¹⁶³ Cfr. deliberação do CA do CHMT de 24 de junho de 2005 e tabela de prestadores de anesthesiologia.

¹⁶⁴ Cfr. n.º 8 do artigo 42º da Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2004, de 24 de agosto.



e ainda, no que respeita a 2011, pela não sujeição do contrato à autorização do membro do Governo responsável pela área da Saúde, a que estavam obrigados, nos termos do n.º 7 do já referido Despacho n.º 10428/2011.

A situação referida é potencialmente geradora de responsabilidade sancionatória para os referidos membros do Conselho de Administração, nos termos do disposto na al. b) do n.º 1 do art.º 65 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 – LOPTC.

A falta de justificação para aquisição de serviços por valor superior ao valor/hora de referência fixado para 2009, 2010 e 2011, supra referida poderá ainda ser objeto de eventual responsabilidade financeira reintegratória nos termos dos n.ºs 1, 4, 5 e 6 do art.º 59º, 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 – LOPTC, no valor de € 241 mil em 2009, € 229 mil em 2010 e € 247 mil em 2011, correspondente à diferença entre o valor de referência permitido e o valor efetivamente pago.

Quadro 55 - CHMT – Cuidados médicos de anestesiologia – 2009 – 2011

Ano	Montante pago ao preço hora contratado	Montante a pagar ao preço hora de referência	Diferença a repor
2009	452.100,00 €	210.980,00 €	241.120,00 €
2010	429.037,50 €	200.270,00 €	228.767,50 €
2011	466.132,50 €	219.855,00 €	246.277,50 €

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHMT

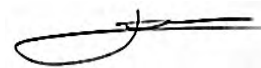
Em sede de contraditório o Presidente do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito temporal da auditoria alega que: *“O Conselho de Administração do CHMT (...) tomou várias deliberações determinando a reavaliação dos preços fixados em todos os contratos de prestação de serviços médicos em vigor tendo em vista adequá-los o mais possível aos preços de referência (...) sendo porém de referir que tais preços são referenciais e enquadram-se na esfera da discricionariedade (...) dos órgãos de gestão (...) a quem compete a definição dos modelos mais eficazes de prossecução dos interesses que lhes cumpre acautelar. (...) Resultaram dessas avaliações os valores/hora globais de 30 e 45 euros (...)”* Acrescenta que: *“(...) o CHMT, paga tais montantes por serem esses os únicos aceites no âmbito de negociação com o mercado. (...) tais referenciais não podiam ser objetivamente cumpridos porquanto do equilíbrio da oferta e da procura de tais serviços neste Centro Hospitalar, em concreto, não seriam praticáveis.”*

Acrescenta que, a carência e dificuldades de recrutamento de médicos, em especial na especialidade de anestesiologia *“(...) afetou de modo particular o CHMT e determinou enormes dificuldades na contratação de médicos (...) pelos preços de referência legalmente definidos pelo que, ou se optava pela não prestação dos serviços de saúde às populações nessas especialidades, o que não é também permitido por lei, ou se contratavam médicos por valores superiores aqueles.”* Acrescenta que: *(...) na especialidade de anestesiologia foi absolutamente impossível conseguir recrutar médicos pelo preço acima indicado, sendo que a consequência de não se ter médicos nesta especialidade determina a paragem obrigatória (...) da especialidade de cirurgia, o que é absolutamente impensável acontecer.”*

Quanto a esta matéria cumpre referir que o atual Conselho de Administração do CHMT, EPE, conseguiu entretanto negociar com todos os prestadores de serviços os valores/hora legalmente estabelecidos¹⁶⁵, incluindo o contrato de prestação de serviços de anestesiologia supra referido¹⁶⁶,

¹⁶⁵ € 25 para não especialistas e € 30 para especialistas.

¹⁶⁶ Foi celebrado novo contrato em 13 de abril de 2012, para a prestação de atos clínicos de Anestesiologia ao preço hora de € 30.



pelo que atualmente não mantêm contratos de prestações de serviços por valores superiores aos indicados.

Fica por explicar a razão pela qual o Conselho de Administração das gerências relativas ao âmbito da auditoria não conseguiu idêntica negociação imediatamente após a publicação do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e a definição do preço de referência Através do Ofício Circular n.º 23841, de 8 de dezembro de 2008, da ACSS, IP. O efeito da negociação conseguida pelo atual CA será verificado em sede de acompanhamento do acatamento das recomendações do presente relatório.

Acresce referir que, na ausência de documentação de suporte que evidencie qualquer procedimento concursal, designadamente a consulta a outros prestadores, o contrato em apreço terá sido celebrado por recurso à figura do ajuste direto¹⁶⁷, nos termos do disposto no art.º 81.º, do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho.

O Presidente do Conselho de Administração do CHMT, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, termina as suas alegações solicitando que: *“(...) a admitir-se qualquer juízo de censura sobre as ações ou omissões (...) praticadas pelos alegados responsáveis, sempre o mesmo teria de ser feito sustentando-se na eventual negligência dos membros do Conselho de Administração. Sendo certo que nunca aqueles membros foram alvo de qualquer recomendação ou censura do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão interno do CHMT, EPE, haveria sempre lugar à relevação da responsabilidade financeira, nos termos do art.º 65.º, n.º 8 ex vi do art. 67.º, n.º 3, ambos da LOPTC.”* Os restantes membros do CA solicitam também a relevação da responsabilidade financeira com exceção de dois membros.

Refira-se no entanto que o n.º 8 do art.º 65.º da Lei n.º 98/97, de 28 de agosto, na redação dada pela Lei n.º 35/2007, de 13 de agosto só prevê a possibilidade de *“(...) relevar a responsabilidade por infração financeira apenas passível de multa.”*, pelo que o pedido dos membros do CA do CHMT, EPE, apenas poderá ser apreciado quanto às infrações financeiras sancionatórias imputadas.

Com base na informação disponível, verificou-se que se encontram reunidos os pressupostos estabelecidos no mencionado n.º 8 do art.º 65.º da Lei n.º 98/97, de 28 de agosto, na redação dada pela Lei n.º 35/2007, de 13 de agosto, para relevação da eventual responsabilidade financeira sancionatória imputada aos responsáveis identificados no Anexo 2 do Volume III, porquanto:

- “Não houve antes recomendação do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão de controlo interno ao serviço auditado para correção da irregularidade do procedimento adotado;
- Ter sido a primeira vez que o Tribunal de Contas ou um órgão de controlo interno censuram o seu autor pela sua prática;
- (...) a eventual falta, a existir, só poderia ser imputada a título de negligência.”

¹⁶⁷

De acordo com a informação prestada pela responsável pelos Recursos Humanos do CHMT, e tendo por base a documentação que consta do respetivo processo de aquisição de serviços.



3.4. Licenças sem vencimento de longa duração

Identificaram-se situações de médicos que requereram licença sem vencimento de longa duração¹⁶⁸, ao abrigo das disposições conjugadas dos art.ºs 21.º e 22.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde¹⁶⁹ e que após as respetivas autorizações celebraram contratos individuais de trabalho (CIT) sem termo com essas mesmas entidades.

No CHBA, EPE, dos seis pedidos de licença sem vencimento, formalizados, em 2009 e 2010¹⁷⁰, por profissionais médicos, quatro desses profissionais celebraram, posteriormente à autorização da concessão da licença sem vencimento, contrato individual de trabalho por tempo indeterminado com a mesma unidade hospitalar. Na ULSBA, constatou-se que dos cinco médicos que requereram, em 2009 e 2010 licença sem vencimento de longa duração, ao abrigo das mesmas normas legais, dois celebraram posteriormente contratos de trabalho de longa duração com a ULSBA, EPE.

Recorde-se que no artigo 14.º do diploma de criação dos hospitais EPE¹⁷¹, determina-se que os trabalhadores destes hospitais estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, de acordo com o Código do Trabalho. Existem, todavia, situações residuais, relativas a funcionários com relação jurídica de emprego público, transitados e, providos em lugares do quadro. Estes funcionários, podiam, nos termos do artigo 16.º, do mesmo diploma, optar definitivamente pelo regime do contrato individual de trabalho, tornando-se, então, efetiva a cessação do vínculo à função pública.

Além da já aludida opção definitiva pelo regime do CIT, existia também a opção temporária, prevista no artigo 17.º do referido diploma legal. Esta opção, por celebração de contrato individual de trabalho, pressupõe a concessão da licença sem vencimento, nos termos do disposto nos art.ºs 21.º e 22.º do Estatuto do SNS, competindo ao CA “(...) o reconhecimento casuístico do interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento”. Refira-se, ainda, que as licenças sem vencimento mantêm as regalias, designadamente a contagem do tempo de serviço para efeitos de aposentaçã¹⁷².

Com esta opção, quando muito, pretendia o legislador conceder aos profissionais “das unidades hospitalares” a faculdade para escolherem o exercício, embora temporário, da atividade profissional em contrato individual de trabalho, mais flexível, sem contudo, perderem o vínculo ao serviço de origem. Porém, ao permitir esta opção, não teve o legislador como objetivo fomentar o aumento da despesa pública, nem permitir a desigualdade e a discriminação entre os profissionais médicos do SNS quanto ao estatuto remuneratório decorrente do exercício de funções públicas.

Nos casos em apreço, a atribuição de licenças sem vencimento e, subseqüentemente, a celebração de contratos individuais de trabalho com os mesmos profissionais, teve como principal e único

¹⁶⁸ CHBA e ULSBA – cfr. documentação enviada pelas unidades hospitalares.

¹⁶⁹ SNS – Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 53/98, de 11 de março; Decreto-Lei n.º 68/2000, de 26 de abril e Decreto-Lei n.º 276-A/2007, de 31 de julho e art.º 17 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

¹⁷⁰ Mais precisamente em fevereiro, agosto e novembro de 2009 e abril de 2010.

¹⁷¹ Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que aprova os respetivos estatutos.

¹⁷² Cfr. n.º 3 do art.º 22º do Estatuto do SNS, conjugado com a alínea a), do n.º 4, do art.º 35º. Do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, e o n.º 3, do art.º 80º, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de março, com a redação dada pela Lei n.º 117/99, de 11 de agosto.



propósito, a alteração efetiva dos vencimentos (remunerações), já que se manteve inalterado o estatuto jurídico (vínculo à função pública), e, respetivamente, as regalias decorrentes do regime da função pública. Na verdade, a deliberação do CA, mais parece ter procurado satisfazer o interesse próprio dos profissionais médicos do que o interesse público.

Os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria vêm mostrar o seu descontentamento uma vez que no âmbito do Relatório n.º 19/2010¹⁷³, já tinham reconhecido que os procedimentos com vista à concessão das licenças foram errados e careciam de fundamentação expressa, “(...) e mantém hoje o que então escreveu.”

Com efeito a “(...) posição concertada dos (...) médicos, na intempestiva intenção de abandono da instituição, embora no exercício de direito que lhes assistia, na prática, deixaria a ULSBA sem Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, pelo que, os atos médicos(...) teriam que ser realizados no Hospital de Évora, a 81 Km da cidade de Beja, 93 Km de Santiago do Cacém e a 166 Km de Odemira(...). Rapidamente se concluiu que a verdadeira pretensão dos (...) profissionais se prendia com o aumento da remuneração auferida, pelo que, não houve opção, para além da negociação e celebração de contrato individual de trabalho (...).

Criticam a “(...) péssima opção estratégica, a política definida pelos sucessivos Governos desde (...) a criação dos Hospitais SA, de lançar os Hospitais do SNS no mercado concorrencial e, pior ainda, a concorrerem entre si, digladiando-se por médicos que se encontravam a trabalhar noutras Instituições do mesmo Ministério da Saúde. Promoveu-se assim, ao longo dos últimos 10 (dez) anos, o princípio de que as instituições que melhor financiamento conseguissem obter do Orçamento do Estado, mais poderiam pagar e, conseqüentemente, melhores cuidados de saúde poderiam prestar às populações que serviam, situação ostensivamente negativa porque acentua as assimetrias naturalmente já existentes.”

A deliberação de autorizar a celebração dos referidos contratos evidencia uma gestão pouco criteriosa dos recursos e censurável, porquanto o CA conhecia as reais necessidades da unidade hospitalar respeitantes à dispensabilidade daqueles médicos e concebeu um “expediente” com vista a distorcer o verdadeiro objetivo e alcance da aplicação da norma jurídica, desvirtuando a intenção do legislador e promovendo a alteração do estatuto remuneratório daqueles profissionais que permaneceram ao serviço do mesmo hospital com falta de transparência.

Quanto à deliberação do CA sobre a autorização dos pedidos daqueles médicos, no caso do CHBA, e não obstante ser omissa o reconhecimento, em concreto, das razões de interesse público que fundamentavam a concessão da licença requerida, a ARS do Algarve autorizou os pedidos de licenças sem vencimento. Já, na ULSBA, EPE, os pedidos de licença sem vencimento, não foram remetidos à ARS do Alentejo por o CA entender que a referida norma legal lhes conferia competência para essa autorização¹⁷⁴. Com a preterição dos requisitos¹⁷⁵, considera-se que não

¹⁷³ Auditoria de resultados à contratação externa de serviços médicos pelas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

¹⁷⁴ Note-se que um aspeto é o referido diploma conceder aos CA dos Hospitais EPE, a competência para, caso a caso, decidirem se existe ou não interesse público subjacente aos pedidos de licença sem vencimento e, outro, bem diferente, é aferir-se a quem é que pertence a competência para autorizar esses pedidos. Neste caso, competia à ARS do Alentejo, IP, por delegação do Ministro da Saúde, nos termos do n.º 1 do art.º 21 do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. Assim, sem prejuízo de a ULSBA se ter de pronunciar sobre cada um dos aludidos pedidos de licença sem vencimento de longa duração, deveria depois ter submetido esses pedidos com informação de existência de interesse público à competente ARS, para autorização.



estiveram reunidas as condições legalmente permissivas para o efeito, inquinando a deliberação dos respetivos CA do CHBA, EPE e da ULSBA, EPE.

Assim, no que respeita ao CHBA, EPE, a ausência de apreciação casuística sobre a concessão das licenças sem vencimento, limitando-se a referir “nada a opor” e a conseqüente celebração de CIT com quatro dos profissionais que as requereram, bem como a autorização concedida pela ARS Algarve sem o respetivo fundamento, determinam, por vício de forma, uma eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira sancionatória, nos termos da al. b) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, imputável aos membros do CA do CHBA e do conselho diretivo da ARS Algarve.

Os membros do Conselho de Administração do CHBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria alegam que: *“Estes contratos foram celebrados por razões de manifesto interesse público, consubstanciado na necessidade de assegurar a prestação de cuidados aos doentes com segurança e qualidade, assim como, na necessidade de manter na instituição médicos “séniores”, i.e especialistas experientes, que assegurassem o funcionamento dos serviços, em especialidades altamente carenciadas no CHBA EPE. Era este o caso dos especialistas de Medicina Interna, de Pneumologia e de Radiologia, com os quais foram celebrados estes contratos individuais de trabalho.”*

Referem também que: *“(…) estes médicos preparavam-se para sair do hospital, para trabalhar em entidades privadas, pedindo a exoneração da função pública ou aposentando-se, situação que era conhecida do CA. Foi assim que, por forma a não desfalcar ainda mais o quadro médico da instituição em especialidades básicas, porque imprescindíveis ao funcionamento do CHBA, o CA do CHBA EPE informou favoravelmente os aludidos pedidos de licença sem vencimento, dizendo “nada a opor”.*

Entendem estes administradores que esta mudança de vínculo laboral era incentivada pela tutela, uma vez que se encontrava prevista nos artigos 17.º e 18.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

Consideram ainda que o reconhecimento casuístico destas situações foi feito para cada situação apesar de não se encontrar expresso nos despachos do CA do CHBA, EPE, que informam os pedidos uma vez que: *“(…) os quatro CIT’s celebrados com médicos da instituição foram precedidos de uma avaliação das necessidades de pessoal médico e assistenciais do CHBA, as quais eram bem reais e prementes”. “Entendem, assim, os Requerentes que, a fim de manter a prestação de cuidados de saúde a todos os utentes da região e numa zona do país que em determinadas épocas do ano triplica a população, o CA do CHBA, EPE, não tinha outra alternativa.”*

Quanto à posição da ARS do Algarve, IP, na autorização destas licenças sem vencimento, referem que: *“(…) esta situação de carência de médicos, era do conhecimento pleno da ARS, razão pela qual esta entidade no entender dos Requerentes, não terá tido quaisquer dúvidas quanto ao sentido da “não oposição” do CHBA aos mencionados pedidos e, bem assim, quanto ao facto de tal posição assentar, precisamente, nesse motivo de interesse público. Em qualquer dos casos parece-me que sendo a ARS a entidade competente para autorizar ou não o pedido de licença sem vencimento, a*

175 Fundamentação sobre o manifesto interesse necessário e competência para autorizar a licença sem vencimento.



essa entidade competiria fundamentar o ato decisivo respetivo. Sendo certo que, por outro lado, sempre que a ARS nos solicitou informação casuística a fornecemos.”

Terminam solicitando que: *“(…) deverá ser julgada procedente a presente resposta e, conseqüentemente, deverá concluir-se no sentido da inexistência de quaisquer factos constitutivos de responsabilidade financeira a imputar aos Requerentes.”*

Em sede de contraditório, os membros do Conselho Diretivo da ARS do Algarve das gerências relativas ao âmbito da auditoria, vêm alegar que com: *“(…) a mobilidade prevista no artigos 21.º e 22.º do estatuto do SNS (….) o legislador pretendia flexibilizar a mobilidade de recursos humanos entre o setor público do serviço de saúde e as entidades que integravam o setor privado, desde que tal não representasse uma perda de capacidade da prestação de cuidados pelos serviços públicos. “A concessão de licença sem vencimento aos profissionais dos hospitais EPE para a celebração de CIT com o próprio hospital não põe em causa o interesse público que o legislador pretendia salvaguardar (...) porquanto:*

- *Os profissionais mantêm-se ao serviço da própria instituição, assegurando a manutenção da capacidade instalada para a prestação de cuidados;*
- *Permite acelerar o processo de normalização das relações laborais no hospital, eliminando o **regime dual vigente** das condições de prestação de trabalho (...);*
- *O recurso à licença sem vencimento, com a manutenção de alguns direitos consagrados pelo vínculo originário, (...) mais não pretende que incentivar a transição para o regime geral de trabalho da instituição onde exerce funções;*
- *Com a atribuição daquele incentivo, (...) pretenderá o legislador acelerar o processo de normalização das relações laborais naquelas entidades, o que configura um reconhecimento implícito que a celebração do CIT é, em si mesmo, do interesse público.”*

Assim, entendem que: *“(…) o simples envio do requerimento para autorização da concessão de licença sem vencimento pelo Conselho Diretivo da ARS do Algarve, IP, configura uma manifestação de interesse do próprio hospital na celebração do CIT e, conseqüentemente do implícito reconhecimento casuístico do interesse público da referida contratação. (...) consideram que a sua atuação nos casos em apreço, se pautou pelo cumprimento dos normativos em vigor e se traduziu numa atuação com a diligência adequada à prossecução do interesse público.”*

“Face ao exposto, consideram (...) que as deliberações de autorização proferidas (...) foram conformes com o interesse público e, tendo em conta o conhecimento da situação geral do hospital e do perfil de competências e funções desempenhadas pelos profissionais que as requereram, as referidas deliberações foram tomadas tendo por base o conhecimento suficiente dos seus fundamentos no interesse público.”

Relativamente a estas alegações o Tribunal reitera que, ao permitir o legislador a opção prevista no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que aprova os estatutos dos hospitais EPE, não teve como objetivo fomentar o aumento da despesa pública, nem permitir a desigualdade e a discriminação entre os profissionais médicos do SNS quanto ao estatuto remuneratório decorrente do exercício de funções públicas.



Efetivamente, a “*eliminação do regime dual das condições de prestação de trabalho vigente e a normalização das relações laborais existentes nessas entidades*” deveria ser operada nos termos do artigo 16.º, do mesmo diploma, segundo o qual os profissionais optavam definitivamente pelo regime do contrato individual de trabalho, tornando-se, então, efetiva a cessação do vínculo à função pública e não através da atribuição de licenças sem vencimento e, subseqüentemente, celebração de contratos individuais de trabalho com os mesmos profissionais, mantendo as regalias decorrentes do regime da função pública, satisfazendo o interesse próprio dos profissionais médicos em prejuízo do interesse público.

Logo, o simples envio do requerimento, por parte do Conselho de Administração do CHBA, EPE, para obtenção da autorização da concessão de licença sem vencimento pelo Conselho Diretivo da ARS do Algarve, não releva a falta de clareza e de pressupostos que suportaram a autorização das licenças sem vencimento. Assim, deveria a ARS do Algarve, aquando da apreciação dos pedidos de licença sem vencimento remetidos pelo CA do CHBA, EPE, ter devolvido os processos ao hospital, a fim de solicitar a comprovação do *manifesto interesse público*, sob pena de não conceder a respetiva autorização. Não o tendo feito, aceitou a ARS como “válido” um ato ferido de vício de forma, devolvendo os mesmos ao CHBA, EPE, que conseqüentemente autorizou a celebração de quatro CIT com profissionais médicos.

Pela deficiente fundamentação prestada incorrem os membros do CA do CHBA, EPE, numa eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira sancionatória, nos termos da al. b) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto.

Os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, em sede de contraditório, e quanto à competência para autorização das licenças sem vencimento, reitera que: “(...) *seria o CA, o órgão com competência para autorizar a concessão das licenças sem vencimento, em face da autonomia da instituição e da necessidade de interpretação actualística dos artigos 21.º e 22.º do Estatuto do SNS que, de resto, previam apenas a possibilidade de concessão de licenças de longa duração para o exercício de funções do pessoal médico no setor privado.*”

Sem prejuízo de a ULSBA, EPE, se ter de pronunciar sobre cada um dos aludidos pedidos de licença sem vencimento de longa duração, deveria ter submetido esses pedidos com informação de existência de interesse público à ARS do Alentejo, IP para a respetiva autorização, o que não o fez. Como tal, não procede o que alegam os membros do CA da ULSBA, EPE, porquanto estamos perante a violação de normas sobre competência, designadamente pela prática de um acto que não cabia na esfera de competências da ULSBA, EPE (incompetência relativa¹⁷⁶), mas sim da ARS Alentejo, IP¹⁷⁷.

Assim, a não autorização pelo órgão competente (ARS Alentejo), configura uma eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira sancionatória, imputável aos membros do

¹⁷⁶ Na incompetência relativa estamos perante a violação de regras atinentes com a distribuição dos poderes funcionais conferidos pela lei a cada órgão para o desempenho das atribuições da pessoa coletiva em que estão inseridos os órgãos.

¹⁷⁷ Competia à ARS do Alentejo, por delegação de competências do Ministro da Saúde, nos termos do n.º 1 do art.º 21 do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.



CA da ULSBA, EPE, nos termos da al. b) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto.

Acresce, ainda, referir que no âmbito do acatamento das recomendações formuladas no relatório de auditoria à “Contratação externa de serviços médicos pelas unidades hospitalares do SNS”¹⁷⁸, o CA da ULSBA, EPE, informou que “Desde que esse Tribunal de Contas apontou esta Instituição como um exemplo de má gestão por ter concedido licença sem vencimento a três médicos, seguida da celebração de contratos individuais de trabalho (...) não mais autorizou a concessão de licença sem vencimento do quadro público (...)”¹⁷⁹.

Em sede de contraditório, o Ministro da Saúde, através do Chefe de Gabinete, vem alegar que atualmente “(...) as licenças sem vencimento de longa duração que eram permitidas pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde já não podem ser concedidas, desde agosto de 2011 (...)”, uma vez que terminou o período de 24 meses relativo à salvaguarda da revogação dos art. 21º e 22º do DL 11/93, de 15 de janeiro, pelo DL n.º 177/2009, de 4 de agosto. Acrescenta que: “No entanto, e perante as conclusões e recomendação do Tribunal de Contas, considera-se ser de analisar de forma cuidada o regime de licenças sem remuneração previstas no Regime do Contrato Trabalho Funções Públicas, de forma a verificar-se se o mesmo é passível de permitir situações similares e em caso afirmativo estabelecer-se regras no sentido de as impedir.”

Sobre a mesma matéria, vem, ainda, referir que será feita uma avaliação (desde 2011) dos casos em que tenham sido atribuídas licenças sem vencimento de longa duração a médicos que, na sequência das autorizações, tenham sido contratados pela mesma ou por qualquer outra unidade de saúde do SNS, de modo a determinar a denúncia desses contratos e termo das respetivas licenças.

No CHMT, EPE, no período temporal objeto desta auditoria¹⁸⁰, não foram detetadas quaisquer situações de licenças sem vencimento de longa duração que tivessem sido solicitadas. Registe-se contudo, que em gerências anteriores a 2009, a celebração de contratos individuais de trabalho com profissionais médicos que antes tinham requerido licenças sem vencimento de longa duração, era também habitual, situação entretanto alterada.

3.4.1. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

A comparação da remuneração auferida antes e após a celebração do contrato individual de trabalho, evidencia que no CHBA, EPE, os profissionais que alteraram o seu regime jurídico de trabalho em 2008, conseguiram, com a alteração do regime jurídico de trabalho, acréscimos remuneratórios de 29%, 40%, 45%, na sua remuneração total.

¹⁷⁸ Cfr. Relatório do Tribunal de Contas n.º 19/2010-2ª S.

¹⁷⁹ Cfr. Ofício SAI/2011/7272, de 29 de agosto.

¹⁸⁰ Relatório n.º 5/2010- 2ª S.



Quadro 56 – CHBA - Remuneração antes e após celebração do CIT

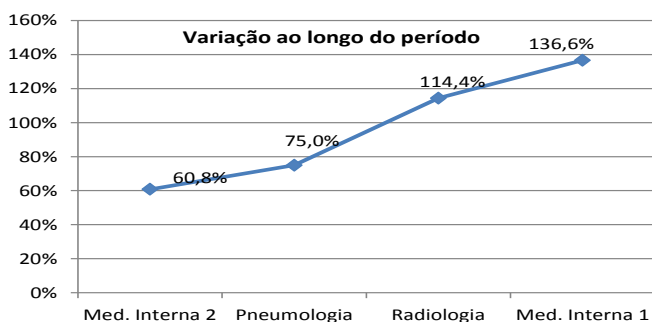
Profissionais	2008		2009			2010		
	Remuneração anual	Média da remuneração base	Remuneração anual	Média da remuneração base	Variação da remuneração total	Remuneração anual	Média da remuneração base	Variação da remuneração total
Pneumologia	€ 68.986,80	€ 3.269,70	€ 88.779,90	€ 3.923,87	29%			
Radiologia	€ 36.784,73	€ 2.964,83	€ 53.375,59	€ 4.016,90	45%			
Medicina Interna 1	€ 39.287,14	€ 3.240,61	€ 54.882,22	€ 4.573,52	40%			
Medicina Interna 2			€ 76.387,46	€ 2.633,29		€ 115.950,52	€ 5.103,74	52%

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

De 2009 para 2010 destaca-se uma alteração do regime jurídico de trabalho, da qual resultou um acréscimo de 52%, permitindo que a remuneração mensal média desse médico passasse de € 2.633,29, em 2009, para € 5.103,74, em 2010.

Estes acréscimos resultaram essencialmente do reforço da remuneração base com um suplemento remuneratório¹⁸¹ que por sua vez empolou também o valor auferido em horas extraordinárias atenta a fórmula de cálculo.

Gráfico 15 – CHBA - Remuneração antes e após celebração do CIT – 2008 - 2011



Constatou-se ainda que, ao terceiro ano (2011) do novo contrato, a remuneração auferida pelos médicos em análise já refletia acréscimos salariais de mais de 60%, destacando-se dois casos em que esses acréscimos ultrapassaram o dobro.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA - Declarações de IRS dos profissionais e recibos de remuneração.

3.4.2. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

Na ULSBA constatou-se que um médico obstetra conseguiu com a alteração do seu regime jurídico de trabalho um acréscimo remuneratório de 46%¹⁸² na sua remuneração total, passando de uma remuneração média mensal de € 1.950, em 2008, para € 2.842, em 2009.

¹⁸¹ Ao qual chamaram precisamente “remuneração base – suplemento”.

¹⁸² Em 2009 face a 2008.



Quadro 57 - ULSBA - Remuneração do profissional de obstetrícia – 2008 a 2011

Profissional de Obstetrícia	Anos	Remuneração anual	Média remuneração total	Variação remuneração anual 2008/2011
	2008	€ 27.294,35	€ 1.949,60	110%
	2009	€ 39.786,41	€ 2.841,89	
	2010	€ 63.215,11	€ 4.515,37	
	2011	€ 57.334,20	€ 4.095,30	

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Em 2011, terceiro ano do novo contrato, a remuneração auferida pelo referido médico já refletia um acréscimo salarial de mais do dobro (110%), que lhe permitiu alcançar uma remuneração mensal média de € 4.095,30.

Quadro 58- ULSBA - Remuneração do profissional de medicina no trabalho – 2008 a 2011

Unidade: Euros

Quanto à profissional de medicina no trabalho, que celebrou o CIT¹⁸³ com efeitos a fevereiro de 2009, constatou-se uma redução na remuneração total anual dado que, com o novo regime jurídico deixou de estar em regime de exclusividade e de realizar trabalho extraordinário.

Profissional de Medicina no trabalho	Anos	Remuneração anual	Complemento não tributado em IRS	Média remuneração total	Variação remuneração anual 2008/2011
	2008	74.228,01		5.302,00	-12,89%
	2009	62.796,23	25.104,20	4.830,48	
	2010	67.219,71	27.386,40	4.801,41	
	2011	64.658,96	27.386,40	4.618,50	
	Total	79.877,00			

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Nota: Na remuneração anual está incluído o complemento não tributado em IRS.

Porém, a sua remuneração base foi incrementada, em € 2.282,20 mensal, em resultado do “subsídio mensal de interioridade” no montante de € 700, e de “um abono mensal de ajudas de custo e de subsídio de transporte” no valor de € 1.582,20. Estes abonos perfizeram um valor anual de cerca de € 25 mil, em 2009 e € 27 mil, em 2010 e 2011.

Embora tenha sido acordado no respetivo contrato individual de trabalho, o “subsídio mensal de interioridade”, pago à referida médica, o mesmo é ilegal e indevido, pela inexistência de norma legal permissiva para a sua atribuição.

Quanto aos “abonos mensais de ajudas de custo e de subsídio de transporte”, igualmente previstos no contrato, assumem um verdadeiro suplemento à remuneração pelo seu carácter regular e permanente, e não uma despesa pontual que a trabalhadora suportou na sequência das deslocações efetuadas ao serviço da ULSBA, EPE, e que lhe conferia o direito ao pagamento das ajudas de custo e de transporte¹⁸⁴, pelo que as importâncias recebidas deveriam ter sido integradas na retribuição paga àquela trabalhadora, e, consequentemente, sujeitas à retenção na

¹⁸³ Outorgado em 02.01.2009 pelo então Presidente do CA em representação daquele órgão, e a respetiva despesa/contratação foi autorizada em ata de 03.02.2009 (ata n.º 17) pelos então vogais executivos do CA, pelo Diretor Clínico e pelo Enfermeiro Diretor.

¹⁸⁴ O montante fixo acordado pelas partes, pressupunha ter existido previamente uma estimativa de custos para compensar os gastos acrescidos pela trabalhadora na deslocação e consequentemente deveria ter sido apresentada mensalmente documentação comprovativa das despesas, designadamente boletim itinerário, com identificação do nome do beneficiário, o local e a data da deslocação.



fonte, nos termos do art.º 2º do Código do IRS, e de incidência contributiva¹⁸⁵, o que não aconteceu. A título do subsídio mensal de interioridade e do abono mensal de ajudas de custo e de subsídio de transporte, foram pagas à referida médica, entre 2009 e 2011, as quantias que totalizaram € 79.877,00 (€ 25.104,20, em 2009, € 27.386,40, em 2010 e € 27.386,40, em 2011)¹⁸⁶.

A situação descrita pode configurar uma eventual infração financeira suscetível de gerar eventual responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória para os aludidos responsáveis, p.p., nos termos do disposto no art.º 59.º, n.ºs 1, 4 e 6, e no art.º 65.º, n.º 1, alíneas a), b) e c) da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, das gerências relativas ao âmbito da auditoria, alegam que “(...) as prestações referidas encontram previsão legal (...)” porquanto nos termos do disposto no artigo 258º do Código de Trabalho “(...) considera-se retribuição a prestação a que, nos termos do contrato, das normas que o regem ou dos usos, o trabalhador tem direito em contrapartida do seu trabalho (n.º 1)(...) retribuição compreende a retribuição base e outras prestações regulares e periódicas feitas, direta ou indiretamente, em dinheiro ou em espécie – n.º 2, presumindo-se constituir retribuição qualquer prestação do empregador ao trabalhador – n.º 3.”

Sobre as alegações apresentadas, convém referir que do teor do art.º 258.º do Código do Trabalho¹⁸⁷, que define os princípios gerais sobre a retribuição, não se retira que a entidade patronal possa atribuir prestações que não tenham previsão legal, designadamente a de um “subsídio de interioridade”.

Por outro lado, vem os alegantes reconhecer que as importâncias recebidas a título de “ajudas de custo” e “subsídio de transporte”, constituíram prestações fixas, regulares e permanentes, e, como tal, elemento integrante da retribuição mensal da trabalhadora para efeitos de cálculo dos descontos legais (cfr. n.º 1, alínea a) do art.º 260.º do Código do Trabalho)¹⁸⁸, presumindo, no entanto, que essas componentes tinham sido tomadas em conta para efeitos de descontos legais (incidência fiscal e de segurança social), o que efetivamente não aconteceu, em incumprimento das normas legais aplicáveis quanto à efetivação dos descontos legalmente obrigatórios a efetuar à trabalhadora.

185 No âmbito das bases de incidência contributiva, previstas no Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social, nos termos dos art.ºs 44.º, 46.º e 47.º, conjugados entre si, refere-se que para a determinação do montante das contribuições das entidades empregadoras e das quotizações dos trabalhadores, considera-se base de incidência contributiva remuneração líquida devida em função do exercício da atividade profissional e, remunerações, as prestações pecuniárias ou em espécie, devidas pelas entidades empregadoras aos trabalhadores como contrapartida do seu trabalho, designadamente, entre outras: a remuneração base; as comissões, os bónus e outras prestações de natureza análoga e as importâncias atribuídas a título de ajudas de custo, abonos de viagens, despesas de transporte e outras equivalentes. Integram ainda a base de incidência contributiva, para além das prestações referidas, todas as que sejam atribuídas ao trabalhador, com caráter de regularidade, cuja atribuição se encontre prevista segundo critérios de objetividade, ainda que sujeita a condições e constituam um direito do trabalhador e este possa contar com o seu recebimento.

186 Cfr. **Quadro 58**.

187 Aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro.

188 Os descontos legais e as contribuições patronais sobre os valores pagos deveriam ter sido efetuados a partir de 1 de janeiro de 2011, com a entrada em vigor do novo Código Contributivo da Segurança Social e respetivas alterações introduzidas pela Lei do Orçamento do Estado para 2011.



Nestes termos, não apresenta o Conselho de Administração da ULSBA, EPE, elementos que alterem as conclusões inicialmente vertidas no relatório, nem aduz novos factos que sustentem a legalidade do “subsídio de interioridade”, manifestando, no entanto, a intenção de regularizar a situação com a profissional da área de medicina do trabalho.

Assim, mantêm-se as eventuais infrações financeiras suscetíveis de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória nos termos do disposto no art.º 59.º, n.ºs 1, 4 e 6, e no art.º 65.º, n.º 1, alíneas a), b) e c) da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

3.5. Comparação das remunerações para a redução de listas de espera de cirurgias à catarata

Para avaliar se as opções tomadas, pelos CA das unidades hospitalares auditadas, para redução das listas de espera em cirurgia, foram as mais económicas, comparou-se as mesmas com o Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (HDFF) a qual recorreu à contratação de um prestador externo para a realização das cirurgias à catarata por considerarem essa prática mais vantajosa.

Nos pontos seguintes apresenta-se uma comparação dos custos suportados pelas unidades hospitalares auditadas com as cirurgias remuneradas em MRA com os custos que as mesmas hipoteticamente suportariam se tivessem optado pela prática desta unidade de saúde.

A comparação com a prática utilizada pelo Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, teve em conta as seguintes premissas:

- Considerou-se a produção efetuada pelas três unidades hospitalares no triénio 2009-2011;
- Utilizou-se a importância atribuída à equipa¹⁸⁹ por cada uma das 3 unidades hospitalares para realização de cirurgias à catarata (GDH 39) em produção adicional;
- Considerou-se a importância suportada pelo Hospital da Figueira da Foz, EPE, € 384,22¹⁹⁰, com a contratação dos serviços médicos externos com referência ao ano 2009.

Da análise do valor unitário pago à equipa cirúrgica, por cada cirurgia à catarata, em MRA, conclui-se que, em 2009, o CHMT, EPE, foi a unidade de saúde que pagou o valor mais baixo (€ 488,11), e o CHBA, EPE, é a unidade de saúde que paga o valor mais alto (€ 502,06)¹⁹¹. Em 2011, passa a ser a ULSBA a que paga o valor mais baixo à equipa cirúrgica (€ 450,00) permanecendo o CHBA, EPE, como a unidade de saúde que pagou o maior valor à equipa cirúrgica (€ 502,06). Da comparação

¹⁸⁹ Acordada entre o CA e o serviço de oftalmologia.

¹⁹⁰

Hospital da Figueira da Foz	
Preço cirurgia	325
2 Consultas	18,8
Custo total cirurgião	343,80 €
Enfermeiro - 42 horas	20,21
Enfermeiro	20,21
Custo total cirurgia	384,22 €

¹⁹¹ Valor considerado para a realização de 12 cirurgias.



destes montantes com o valor pago pelo HFFF, EPE¹⁹² ao médico contratado para realização das cirurgias à catarata, verifica-se que o CHBA, EPE, e a ULSBA, EPE, pagaram mais 23% às equipas por cada cirurgia em MRA e o CHMT pagou mais 21%.

Quadro 59 – Cirurgia à catarata remuneração da equipa cirúrgica

Hospitais	Cirurgias à catarata						
	Montante pago à equipa em 2009 e 2010	Montante pago à equipa em 2011	% GDH em 2009 e 2010	% GDH em 2011	Montante pag ao cirurgião contratado pelo HFF	Diferença % (2009 e 2010)	Diferença % (2011)
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio*	€ 502,06	€ 502,06	62,04%	62,04%	384,22	-23,47%	-23,47%
Centro Hospitalar do Médio Tejo	€ 488,11	€ 488,11	60,32%	60,32%		-21,28%	-21,28%
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	€ 500,00	€ 450,00	61,79%	55,61%		-23,16%	-23,16%

Fonte: Dados disponibilizados pelas unidades hospitalares.

*O valor do cirurgião principal varia consoante o número de cirurgias realizadas e o valor considerado tem como base 12 cirurgias.

Tendo em conta o número de cirurgias à catarata realizadas em MRA nas 3 unidades hospitalares em análise, e se, por hipótese, estas tivessem contratado serviços médicos externos ao preço que o Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, contratou teriam conseguido, no triénio, uma redução de cerca de € 1,6 milhões, cfr. quadro seguinte.

Quadro 60 – Cirurgia à catarata redução estimada

Unidades de saúde	Eventual poupança na hipótese de uma contratação idêntica à do HFF			Total
	2009	2010	2011	
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	179.232,66 €	168.273,66 €	173.812,08 €	521.318,41 €
Centro Hospitalar do Médio Tejo	105.863,91 €	126.087,41 €	180.293,21 €	412.244,53 €
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	307.974,80 €	213.170,21 €	181.589,44 €	702.734,45 €
Total	593.071,37 €	507.531,28 €	535.694,73 €	1.636.297,38 €

Fonte: Dados disponibilizados pelas unidades hospitalares.

Repare-se que cada uma destas 3 unidades hospitalares teria reduzido mais de € 100 mil em cada um dos anos em análise, destacando-se a ULSBA que em 2009 teria conseguido uma redução de cerca de € 308 mil, cfr. Anexos 78, 79 e 80 do volume III.

Em sede de contraditório os membros do Conselho de Administração da ULSBA, EPE, referem que: “(...) exige a legis artis, que a cirurgia seja realizada por dois cirurgiões e com o apoio de enfermagem, nos termos e com os fundamentos explanados nos pareceres do Colégio da Especialidade de Oftalmologia da Ordem dos Médicos (...) à auxiliar de ação médica incumbe a limpeza e desinfeção da sala, naturalmente indispensável entre cada cirurgia.”

Acrescentam que os valores: “(...) pagos pela ULSBA eram repartidos por toda a equipa, ao invés da situação contratual referida ao HFF, cujo valor (...) remunerava apenas médico e enfermagem, situação que (...) não é conformes à legis artis.(...) consideramos que a comparação efetuada não entra em linha de conta com estes vetores relevantes.”

192

Em auditorias anteriores (vide pp. 11 do Relatório n.º 48/2010 do Tribunal de Contas, Proc.º n.º 49/2009-AUDIT – Volume I), identificou-se que o Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, efetuou um estudo para o Grupo de Diagnóstico Homogéneo 39 (catarata), tendo apurado um valor de (custo) € 758,32. Este valor representa um custo médio unitário inferior em € 50,93 ao preço estabelecido em Adenda, no âmbito do Programa de Intervenção Oftalmológica (PIO) que era de € 809,25 (Valor a faturar caso o utente tenha subsistema).



Relativamente a estas observações sublinhe-se que, sem prejuízo da relevância dos pareceres do colégio de Especialidade de Oftalmologia da Ordem dos Médicos, não se conhecem reclamações quanto aos cuidados de saúde prestados aos utentes intervencionados pelo médico contratado pelo Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, na sequência da ocorrência de qualquer eventualidade que tivesse posto em risco a vida ou a integridade dos mesmos. Os valores relativos ao auxiliar de ação médica, a quem incumbe a limpeza e desinfeção da sala, não foram considerados no exercício de comparação porque se entendeu que esse trabalho foi efetuado pelo auxiliar de serviço à data da cirurgia no âmbito do seu horário normal de trabalho, não lhe tendo sido pago qualquer valor adicional.

Na ULSBA, EPE, a contratualização interna com o serviço de oftalmologia previa também o pagamento aos médicos, por cada uma das consultas adicionais realizadas para além das contratadas, do valor de cerca de € 36, em 2009 e 2010 e € 31,5, em 2011.

Tomando ainda como referência a contratualização efetuada pelo Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE¹⁹³, com o referido médico, para a realização de consultas de oftalmologia, € 37,5 por hora¹⁹⁴ e o número de consulta externas realizadas em MRA pelos médicos da ULSBA procedeu-se ao cálculo da redução que esta unidade de saúde conseguiria caso tivesse adotado a solução encontrada pelo hospital tomado como referência.

Quadro 61 – Redução estimada em consultas externas

A ULSBA, EPE, pagou, no triénio, por 16.529 consultas em MRA o montante de cerca de € 585 mil quando podia ter pago cerca de € 155 mil, se tivesse optado pelo modelo utilizado pelo Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE.

Ano	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo			Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE			Poupança estimada (3-6)
	Nº de consultas em MRA (1)	Valor pago por consulta (2)	Valor total (3)=(1)*(2)	Nº horas estimado* (4)=(1):4	Valor médico por hora (5)	Montante estimado a pagar (6)=(4)*(5)	
2009	6.854	36,3 €	248.701,50 €	1.714	37,5 €	64.256,25 €	184.445,25 €
2010	6.351	36,4 €	231.135,50 €	1.588	37,5 €	59.540,63 €	171.594,88 €
2011	3.324	31,5 €	104.705,50 €	831	37,5 €	31.162,50 €	73.543,00 €
Total	16.529		584.542,50 €			154.959,38 €	429.583,13 €

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA e dados do HDFF disponíveis no TC.

*O número de horas estimado resultou da transformação do número de consultas realizadas em MRA na ULSBA em número de horas necessárias para a sua realização, considerando que o preço/hora, (€ 37,5), contratado pressupunha a realização de 4 consultas, no mínimo.

Em sede de contraditório o Vogal do Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, confirma "(...) toda a matéria e todas as referências respeitantes a este Hospital expressas no (...) Relatório(...)".

¹⁹³ Vd. Relatório do Tribunal de Contas n.º da 2.ª Secção, admitindo-se que o valor hora se manteve constante ao longo de 2009, 2010 e 2011, embora se admita uma revisão em baixa do preço/hora.

¹⁹⁴ Valor que inclui a realização de quatro consultas, no mínimo.



4. COMPARAÇÃO DA REMUNERAÇÃO A PAGAR AOS MÉDICOS PELA REALIZAÇÃO DE PRODUÇÃO ADICIONAL POR UNIDADE PRODUZIDA VS REMUNERAÇÃO POR HORAS EXTRAORDINÁRIAS

Como hipótese, estimou-se a eventual redução de custos que resultaria para o erário público se a realização da produção cirúrgica adicional (SIGIC) de oftalmologia, paga à “peça”, se em alternativa a mesma fosse paga em horas extraordinárias, tendo em conta as seguintes premissas:

- Consideraram-se apenas as cirurgias realizadas e classificadas com o GDH 39 (catarata), realizadas em produção cirúrgica adicional nos anos de 2009 e 2010;
- Utilizou-se o preço cirurgia pago ao cirurgião de acordo com a tabela acordada para a realização de produção cirúrgica adicional, independentemente da sua intervenção como cirurgião principal ou como cirurgião ajudante;
- Considerou-se o valor hora extraordinária (diurna fim-de-semana depois das 13 horas - seguintes), que para o profissional em causa era de € 37,69, para o cirurgião da ULSBA, EPE, e € 60,69 para o cirurgião do CHBA, EPE.
- Considerou-se que em cada hora são realizadas 3 cirurgias;
- Considerou-se um valor médio por cirurgia para os anos de 2009 e 2010, respetivamente € 307 e € 299 para a ULSBA, EPE, e € 202,32¹⁹⁵ para o CHBA, EPE.

• Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

Quadro 62 – ULSBA - Remuneração da produção adicional

Ano	Remuneração*	Produção paga à peça pela ULSBA**	Eventual poupança
2009	€ 7.274,17	€ 173.121,00	€ 165.846,83
2010	€ 8.832,02	€ 215.821,00	€ 206.988,98

* Remuneração de cirurgias através do pagamento em horas extraordinárias.

** Com base na remuneração acordada entre o CA e o serviço de oftalmologia.

Fonte: Dados disponibilizados pela ULSBA.

Se o CA da ULSBA, EPE, tivesse optado por remunerar o cirurgião ao valor da hora extraordinária, poderia ter obtido uma redução anual superior a € 165 mil, ou seja teria pago apenas 24% do valor que efetivamente pagou, nos dois anos. Esta redução equivale a uma diminuição de cerca de € 286 e € 294, em 2009 e em 2010, respetivamente, por cada cirurgia realizada.

• Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

Quadro 63 – CHBA - Remuneração da produção adicional

Ano	N.º de cirurgias	N.º horas cirurgias	Valor hora extra	Remuneração em horas extraordinárias*	Remuneração à peça/SIGIC**	Redução estimada
2009	946	315	€ 60,69	€ 19.139,14	€ 393.900,84	€ 374.761,70
2010	927	309	€ 60,69	€ 18.754,74	€ 381.952,56	€ 363.197,82

Fonte: Dados disponibilizados pelo CHBA.

* Valor auferido considerando a realização de 3 cirurgias por hora.

** Estes valores correspondem a todas as cirurgias pagas por unidade produzida ao profissional, podendo não terem sido pagas na sua totalidade no ano de realização.

Se o CA do CHBA, EPE, tivesse optado, em alternativa, por remunerar o cirurgião ao valor da hora extraordinária, considerando o total de cirurgias realizadas nos anos de 2009 e 2010, teria conseguido uma redução de cerca de € 375 mil e € 363 mil, respetivamente em 2009 e 2010.

¹⁹⁵

9 cirurgias custaram € 182,07 e uma cirurgia custou € 20,23.



5. IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO

No âmbito da sua atividade o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) emitiu duas recomendações, n.º 1/2009 e n.º 1/2010 dirigidas aos órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, seja qual for a sua natureza¹⁹⁶, 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 destas recomendações, nas unidades hospitalares auditadas aprovaram o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas à exceção do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, como a seguir se sintetiza:

ULSBA

- Aprovou o PGRC em 4 de janeiro de 2011, procedeu à sua implementação, bem como à sua disponibilização na página do sítio da internet da instituição, não tendo elaborado o respetivo relatório de execução.

CHBA

- Aprovou o PGRC em 11 de janeiro de 2010, procedeu à sua implementação, à elaboração dos relatórios de execução de 2010 e 2011, bem como à sua disponibilização na página do sítio da internet da instituição.

CHMT

- A 27 de junho de 2012, ainda não havia elaborado o respetivo PGRC, em cumprimento da recomendação n.º 1/2009, tendo no entanto informado que o atual CA já nomeou um responsável para a sua elaboração.

Compete aos órgãos de gestão das unidades hospitalares auditadas assegurar a implementação de um sistema de controlo interno que desencoraje e minimize atividades potenciadoras de fraude, considerando-se assim indispensável a avaliação dos mecanismos de controlo instituídos, de forma sistemática, com vista ao seu aperfeiçoamento e atualização, e consequentemente a elaboração do relatório de acompanhamento de execução do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

No que respeita à consideração nos referidos planos da área de risco relacionada com as remunerações, só o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio considerou a gestão de remunerações como uma área, com probabilidade de ocorrência¹⁹⁷ de erros na introdução de informação geradora de abonos, tendo por base, na escala de risco, o nível moderado. De resto, as situações evidenciadas no presente relatório não foram consideradas nos planos de prevenção das entidades auditadas como sendo potenciadoras do risco de corrupção.

¹⁹⁶ Administrativa ou empresarial, de direito público ou de direito privado.

¹⁹⁷ Baixo ou médio.