TRIBUNAL DE CONTAS

Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção

Relatório n.º 21/2013 – 2ª Secção

Processo n.º 27/2012 – Audit

Volume I – Sumário Executivo

Visão

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

Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO GERAL / SUPERVISÃO

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro

(Licenciado em Direito)

Auditora-Chefe

Maria Isabel Viegas

(Licenciada em Organização e Gestão de Empresas)

EQUIPA DE AUDITORIA

Cristina Costa (Licenciada em Direito)

Pedro Fonseca (Licenciado em Economia)

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

SIGLAS/ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS, IP	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
APDP	Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
ARS, IP	Administração Regional de Saúde, IP
ARSLVT, IP	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
CA	Conselho de Administração
CD	Conselho Diretivo
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA	Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA
CTH	Consulta a Tempo Horas
DL	Decreto-Lei
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
HCVP	Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, cuja exploração se encontra cedida à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA
ICM	Índice de Case-Mix
INTOSAI	International Organization of Supreme Audit Institutions
IP	Instituto Público
LEC	Lista de espera para consulta (1ª consulta hospitalar)
LIC	Lista de inscritos para cirurgia
LPCC	Liga Portuguesa Contra o Cancro
MCDT	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MS	Ministério da Saúde
PA	Programa de Auditoria
Parpública	Parpública – Participações Públicas SGPS, SA
PGA	Plano Global de Auditoria
PRCM	Programa de Rastreio do Cancro da Mama
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RSLVT	Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
SA	Sociedade Anónima
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Tribunal de Contas
TMRG	Tempo Máximo de Resposta Garantido

GLOSSÁRIO

Agrupamento de Centros de Saúde	Serviços de saúde, desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, IP, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. Têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Fonte: Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro A delimitação da área geográfica dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa, IP, foi inicialmente fixada pela Portaria n.º 276/2009, de 18 de março, entretanto revogada pela Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro. Os Agrupamentos referidos na presente auditoria têm por referência a delimitação feita pela Portaria n.º 276/2009.
Consulta a Tempo e Horas	Sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar. Fonte: Portaria n.º 95/2013, de 4 de março (revoga Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho)
Cruz Vermelha Portuguesa	Pessoa coletiva de direito privado e de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos. Goza dos benefícios inerentes às instituições de utilidade pública e instituições particulares de solidariedade social. Fonte: Decreto-Lei n.º 281/2007, de 7 de agosto
Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA	Sociedade comercial constituída, em 18 de maio de 1998, com o objeto social de gestão e exploração de unidades de saúde e de prestação de serviços hospitalares e um capital social de cerca de € 2.500.000,00, representada por 500.000 ações com o valor nominal de € 5,00 cada ação. A composição acionista é a seguinte: Cruz Vermelha Portuguesa, 54,7%; Estado/Parpública, 45%; 11 acionistas individuais que compõem a Equipa Clínica e de Gestão, 0,03%.
Grupos de Diagnósticos Homogéneos	Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Fonte: http://portalcodgdh.min-saude.pt
Índice de Case-Mix	Coeficiente global de ponderação da produção dum hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos. Fonte: http://portalcodgdh.min-saude.pt
Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa	Estabelecimento hospitalar cuja exploração se encontra cedida à CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, através de contrato celebrado com a Cruz Vermelha Portuguesa, em 3 de agosto de 1998, por um período de 25 anos.

Lista de inscritos para cirurgia	Conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso. Fonte: Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro
Peso relativo de um GDH	Coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado de tratar um doente típico desse GDH, expressado em termos relativos face ao custo médio do doente nacional, que tem, por definição, um coeficiente de ponderação igual à unidade. Fonte: http://portalcodgdh.min-saude.pt
Preço compreensivo	Valor médio por consulta médica realizada a um doente, que engloba o conjunto de atos clínicos e outra atividade consideradas essenciais para uma adequada prestação de cuidados, podendo integrar as especificidades de alguns grupos de doentes. Fonte: Acordos de Cooperação 2011 e 2012/2013
Redes de referenciação	Sistemas organizativos através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde – vide http://www.acss.min-saude.pt.
Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia	Sistema de regulação da atividade relativa a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e dos estabelecimentos de saúde. Fonte: Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro O SIGIC regula toda a atividade cirúrgica programada, incluindo todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição em listas de inscritos para cirurgia até à conclusão do processo, após realização da cirurgia. O seu Regulamento estabelece, como regra geral, que a transferência de utentes para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos tempos máximos de resposta garantidos por níveis de prioridade, por patologia ou grupo de patologias.
"Tabela SIGIC"	Identifica a portaria que define os preços da produção cirúrgica adicional realizada por unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas ou sociais em sede de convenções estabelecidas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, e, até à data da sua entrada em vigor, Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto.

"Tabela SNS"	Identifica a portaria que define os preços que devem ser cobrados pelas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde por serviços prestados a beneficiários de subsistemas de saúde e a quaisquer entidades, públicas ou privadas - Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de julho, e pela Portaria n.º 19/2012, de 20 de janeiro.
Tempo Máximo de Resposta Garantido	Estabelecidos pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, em aplicação do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, relativa à Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde. Com estes instrumentos pretende-se garantir a prestação dos cuidados pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas num tempo considerado aceitável para a condição de saúde de cada utente.

1. INTRODUÇÃO

1 Em cumprimento dos Programas de Fiscalização aprovados pelo Tribunal de Contas para 2012 e 2013[1], foi realizada uma auditoria de seguimento das recomendações da auditoria operacional ou de resultados - *Value for Money* - à execução do Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP[2], e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA[3], que explora o estabelecimento hospitalar denominado Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa[4] – Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção.

2 A auditoria tem como **objetivo geral** apreciar o grau de acolhimento das recomendações e o seu impacto nas principais áreas objeto das mesmas, designadamente:

- Monitorização e controlo da participação financeira do Estado na CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
- Negociação e celebração dos Acordos de Cooperação de 2011 e de 2012/2013, pela ARSLVT, IP;
- Execução e monitorização do Acordo de Cooperação nos anos de 2009 a 2011.

3 A presente auditoria tem como **objeto** a apreciação do grau de acolhimento das recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção, pelo que a Cruz Vermelha Portuguesa e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não são entidades auditadas.

4 No decurso da auditoria não foram observadas quaisquer situações **condicionantes** do normal desenvolvimento do trabalho, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários de todas as entidades envolvidas, existindo, no entanto, limitações quanto à qualidade da informação disponibilizada sobre custos e capacidade instalada das unidades hospitalares do SNS.

5 Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do **contraditório**, o relato foi enviado às entidades identificadas no ponto 4 do Volume II.

6 As alegações produzidas em sede de contraditório foram refletidas no texto do presente Relatório, destacando-se no ponto 4 do Volume II, em síntese, os comentários, de teor mais global, que algumas entidades apresentaram, bem como uma apreciação global sobre os mesmos.

7 Com o objetivo de contribuir para o mais amplo esclarecimento dos cidadãos, o Tribunal entende fazer constar do Volume III do presente Relatório, na íntegra, todas as alegações/respostas apresentadas, conferindo-lhes a mesma publicidade que é conferida ao restante documento.

8 Assim, o presente Relatório de Auditoria é **composto por três volumes**:

- Volume I – Sumário Executivo (Enquadramento, Apreciação Global, Conclusões e Recomendações);
- Volume II – Desenvolvimento da Auditoria e Anexos;
- Volume III – Alegações no âmbito do contraditório.

---

[1] A auditoria de cujos resultados dá conta o presente Relatório, não decorre da solicitação efetuada pelo Ministro da Saúde, na sequência da Resolução da Assembleia da República n.º 31/2013, aprovada em 22 de fevereiro de 2013, que "Recomenda ao Governo a realização de uma auditoria urgente, pelo Tribunal de Contas, ao acordo de cooperação celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa".

[2] De ora em diante, ARSLVT, IP.

[3] Aprovado em Plenário da 2ª Secção, em 14 de abril de 2011.

[4] De ora em diante, hospital explorado pela CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA ou HCVP.

2. Antecedentes e Enquadramento da Auditoria

O Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção pôs em relevo que:

9 As *"…primeiras iniciativas da Cruz Vermelha Portuguesa conducentes a solucionar a situação [financeira] a que havia conduzido o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, foram com as companhias de seguros IMPÉRIO e MUNDIAL CONFIANÇA, "para averiguar do seu interesse em ficar com a propriedade ou a exploração do Hospital e das condições em que o fariam" (ver ponto 31 do contraditório da Cruz Vermelha Portuguesa de 2001 – Relatório de Auditoria n.º 08/2001 – 2.ª Secção)."* – pag. 6.

10 "*A gravidade da situação económico-financeira era de tal grandeza que, segundo os pontos 33 a 42 do referido contraditório, o valor do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa era negativo…*" (pag. 35), pelo que as iniciativas não tiveram sucesso.

11 Assim, "*Em 1997, face à situação financeira do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, foi requerida a intervenção do Estado para proceder ao saneamento financeiro do hospital.*" (pag. 6), em tudo similar a um resgate.

12 "*Na origem da situação financeira estava uma gestão de recursos humanos que descapitalizou o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, tal como se infere do contraditório exercido, em Fevereiro de 2001, pela própria CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no âmbito da Auditoria a Operações de Gestão da Carteira de Títulos do Estado*[5]." – pag. 6.

13 "*Com efeito, segundo a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, a gestão de recursos humanos não só esteve na origem dos resultados líquidos negativos acumulados, como na degradação e obsolescência dos equipamentos médicos, infraestruturas e, inclusive, na deterioração do valor de activos intangíveis como são a imagem e o prestígio*[6]." – pag. 6.

14 "*Apesar da situação, em boa medida, ser da responsabilidade e da forma como a Cruz Vermelha Portuguesa geriu o então seu Hospital,* (…) *o Estado viu-se obrigado a acorrer à situação*". – pag. 7.

15 Para o efeito foi elaborado, por um banco consultor, em 1998, um Projeto de Reestruturação daquele Hospital[7], que apresentou "*projecções económico-financeiras para 10 anos (1998 a 2008) (…) e calculou o valor [da] actividade em € 25.937.490,64 (500.000 ações), correspondendo a um valor unitário de € 51,87, através do método do rendimento. O projecto pressupunha:*

16 *- Autonomização da actividade do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, em termos jurídicos, patrimoniais e financeiros, da Cruz Vermelha Portuguesa, consubstanciada na criação da sociedade comercial CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA*[8].

[5] Relatório de Auditoria nº 08/2001 – 2ª Secção, publicado no sítio de internet do Tribunal de Contas.

[6] Cfr. ponto 49 das alegações de fevereiro de 2001 da CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

[7] Teve por base o Relatório de Auditoria e avaliação económico-financeira do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, elaborado por uma empresa de auditoria/consultoria.

[8] Com a seguinte estrutura acionista: Cruz Vermelha Portuguesa - 54,7% do capital social; Estado/Parpública - 45% do capital; Equipa Clínica e de Gestão (11 acionistas individuais) - 0,03% do capital. A autonomização teve subjacente a cedência, em 1998, por parte da Cruz Vermelha Portuguesa da exploração do hospital à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, por um período de 25 anos.

17 *- Reestruturação do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, com particular ênfase na reestruturação dos recursos humanos (…).*

18 *- Intervenção do Estado através:*

a. *Da realização de um Acordo de Cooperação entre o Ministério da Saúde (na figura da ARSLVT, IP) e a CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, válido por cinco anos, automaticamente renovável, por períodos de 2 anos, para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS;*[9]

b. *Da compra pela PARTEST (atual PARPÚBLICA) do seguinte portefólio:*
   (i) *225.000 acções (45%), com valor nominal unitário de € 5,00, adquiridas a € 51,87 cada, perfazendo um investimento total de € 11.671.870,79; e*
   (ii) *Uma opção de venda Americana sobre a Cruz Vermelha Portuguesa (que a subscreveu) de 10% das acções adquiridas, com uma maturidade de 5 anos e cujo preço de exercício*" correspondia ao preço de entrada, capitalizado à taxa LISBOR a um ano, acrescida de meio ponto percentual, deduzido da soma de eventuais dividendos e reservas distribuídas, atualizada à mesma taxa[10];
   (iii) O direito contingente consubstanciado na opção de venda da totalidade das ações por si detidas, caso a Cruz Vermelha Portuguesa alienasse a totalidade da sua participação a terceiros[11].

19 - A Cruz Vermelha Portuguesa ficou "*em carteira com 54,97% (274.850) das acções e uma opção de compra Americana, com uma maturidade de 10 anos, sobre as acções adquiridas pela PARTEST*[12] (…).

20 *- A Equipa Clínica e de Gestão (ECG)*[13]*, para além de ter ficado em carteira com 0,03% (150) do número de acções, ficou, igualmente, com a faculdade de comprar acções da CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, ao abrigo da opção de compra*" subscrita pela Cruz Vermelha Portuguesa[14]. "*Este portefólio incluía, igualmente, um não menos significativo direito a 50% dos lucros - profit sharing - que excedam os lucros das projecções económico-financeiras*" dos primeiros 10 anos.

21 Neste quadro, o Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção concluiu que *"A condição sine qua non para a existência deste "negócio" foi e é, no entanto, o Acordo de Cooperação da CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, com o Estado (na figura da ARSLVT, IP), que, embora não o seja de jure*[15]*, tem vindo a ser entendido, na prática, pela CVP-- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, como algo assimilável a uma opção real do tipo "Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção".(…)*

---

[9] Este Acordo foi considerado, no Relatório de Auditoria, análogo à subscrição, por parte do Ministério da Saúde, de uma opção de venda do tipo "Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção", que constitui, evidentemente, um passivo para o Estado e um ativo para a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA., ou seja, esta sociedade passou a deter um instrumento em tudo semelhante a uma opção de venda Americana sobre o Estado.

[10] Cfr. ponto 2. da cláusula 9ª do Acordo Parassocial. A opção não chegou a ser exercida pelo acionista público.

[11] Cfr. ponto 4. da cláusula 9ª do Acordo Parassocial.

[12] Que subscreveu esta opção de compra.

[13] Constituída por 11 pessoas singulares.

[14] Sob condição de que o número de ações no portefólio da ECG não ultrapasse 150.000 ações, ou seja, 30% do capital social.

[15] O mesmo entendimento tem a CVP-- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, *vide* ponto 43 do contraditório de 2001, Relatório de Auditoria nº 08/2001 – 2ª Secção.

22 *Esta opção real (activo) subjacente a todo este "negócio" é, seguramente, a grande distância, o activo mais valioso que o integra.*" – pags. 7 a 9.

23 "*Tendo por base o valor do negócio apurado, em 1998, no Projecto de Reestruturação (…) o Estado concretizou a sua intervenção [como accionista], através da aquisição de 45% no capital social da CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, tendo pago por cada acção € 51,87, um preço que agrega € 46,87 ao valor facial da acção (€ 5,00), ou seja uma valorização em cerca de 937,40%, o que perfez um total de € 11.671.870,79."* – pag. 10.

24 Além da avaliação ter erradamente pressuposto que a concessão tinha uma vida infinita, quando a mesma é de 25 anos, "[sobreavaliando] *as acções em mais de 20%*", os direitos contingentes não foram considerados na determinação do valor dessas mesmas ações. – pags. 11-12.

25 O valor das ações encontra-se, também, sobreavaliado por "[derivar ou ter] *subjacente o valor do* [Acordo de Cooperação celebrado entre a CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e a ARSLVT, IP], *- que, neste caso, toma o lugar do activo real – e não o fair value do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa de per se.* – pag. 10, -nota de rodapé 13.

26 Mais: o Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção constatava que este Acordo e os que se lhe seguiram[16] foram realizados "*a expensas da provável subutilização da capacidade instalada nos hospitais do SNS - desperdício do investimento em capital fixo do Estado- nos termos declarados documentalmente pelos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Central e Ocidental* ".– pag. 9.

27 "*Os Acordos de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., não foram precedidos de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objectivos de assistência pretendidos pelo Estado e de uma Análise Custo-Benefício na óptica macroeconómica/social/colectividade ou que garantisse uma gestão racional dos dinheiros públicos."* [17] – pag. 17.

28 O Relatório concluiu, ainda, que os preços negociados, no âmbito dos Acordos de Cooperação, tinham por base preços "*administrativos*" não devidamente sustentados – pags. 21, 64 e 79-81.

29 O valor financeiro dos Acordos de Cooperação ascendeu a cerca de € 241,3 milhões, até 2010.

30 As recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção, dirigidas ao Ministro de Estado e das Finanças e ao Presidente da Parpública, cuja síntese do acompanhamento consta do Anexo I do Volume II, tinham por base as conclusões sobre a degradação do valor do investimento público inicial com a aquisição da participação na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e visaram a criação de mecanismos por parte do acionista público que permitissem preservar aquele valor.

---

[16] Entre 1998 e 2010, período analisado no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S, foram três os Acordos vigentes – o de 1998 (celebrado por um período de 5 anos, automaticamente renovável por períodos de 2 anos); o de 2005 e o de 2008 (celebrados por um período de 1 ano, automaticamente prorrogáveis até 3 anos). O último Acordo celebrado com a CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, vigente no período 2008-2010, tinha como objeto a prestação de cuidados de saúde de Cirurgia Cardiotorácica, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia e Urologia.

[17] A existência de capacidade instalada numa das atividades objeto dos Acordos de Cooperação – Cirurgia Cardiotorácica, para além de ter sido declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção, já havia sido indiciada no Relatório de Auditoria n.º 8/2009 da 2ª Secção do Tribunal de Contas - Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral, tendo sido confirmada no Relatório de Auditoria n.º 26/2012 da 2ª Secção do Tribunal de Contas - Auditoria aos serviços de Cirurgia Cardiotorácica das unidades hospitalares do SNS.

31 As principais recomendações dirigidas, no mesmo Relatório de Auditoria, à Ministra da Saúde e ao Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, relativas aos Acordos de Cooperação, cuja síntese do acompanhamento consta também do Anexo I do Volume II, incidiram sobre o processo decisional subjacente à sua celebração e à eficiência dos preços negociados.

32 As recomendações têm na sua base a constatação de que os Acordos de Cooperação de 1998 a 2010 não tinham sido precedidos de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objetivos de assistência pretendidos pelo Estado e de uma Análise Custo-Benefício na ótica macroeconómica/social/coletividade, designadamente que considerasse a capacidade instalada no Setor Público.

33 Entre 2011 e 2013 manteve-se o apoio do Estado à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, iniciado com o resgate em 1998. Nesse período não se verificaram alterações na participação do Estado na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e continuaram a ser negociados e celebrados novos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP.

34 O Relatório n.º 11/2011 – 2ªS, tal como o presente Relatório, mostram que urge equacionar o *terminus* do apoio do Estado, tal como delineado em 1998, pelos Ministérios das Finanças e da Saúde.

35 Tal desiderato poderia ser iniciado com o acolhimento, por parte do Ministério das Finanças, das propostas apresentadas pela Parpública, que constam do § 37 .

3. APRECIAÇÃO GLOBAL

36 **Mantêm-se, no fundamental, as recomendações formuladas no Relatório de Auditoria anterior,** respeitantes à gestão da participação social do Estado na estrutura acionista da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e ao processo decisional conducente à celebração dos Acordos de Cooperação, uma vez que não se verificou o seu acolhimento[18], nem foram tomadas medidas corretivas de efeito equivalente.

A participação do Estado no capital social da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

37 A Parpública – Participações Públicas SGPS, SA, numa informação genérica, dirigida ao Governo, sobre todas as empresas participadas, descreveu o desempenho, aquém do esperado, da participação, referindo o seu carácter não estratégico e propondo que se ponderasse a sua alienação ou, em alternativa, a renegociação do Acordo Parassocial. Estas propostas, porém, não foram suficientes para que o Governo tomasse iniciativas sobre a matéria.

38 Por outro lado, o controlo da atividade da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, continua a ser insuficiente para monitorizar e controlar a gestão da sociedade. Com exceção da recolha de informação financeira semestral, não foi implementado nenhum procedimento adicional, na sequência das recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ªS.

39 A Parpública procedeu, através de uma entidade pública externa, à reavaliação da sua participação no capital da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, recorrendo ao método *Discounted Cash Flow (WACC)*, tendo essa participação sido contabilizada, nas contas relativas ao ano de 2012, em € 5,9 milhões[19].

[18] Cfr. Anexo I do Volume II.

[19] € 5.902.000.

40 A avaliação da participação, em 2012, representa cerca de 50% do investimento original do Estado, € 11,7 milhões, em 1998[20].

41 O volume de negócios previsto na avaliação efetuada pressupõe a renovação dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, até 2023[21], uma vez que não são apresentados estudos de mercado e/ou plano estratégico, ou quaisquer outros estudos que suportem a capacidade da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, de colmatar, através de outros clientes, o *gap* no volume de negócios resultante da eventual não renovação dos Acordos, sendo assim este pressuposto não auditável.

42 A perda do volume de negócios resultante dos Acordos de Cooperação com a ARSVLT, IP, representaria, *ceteris paribus*, uma quebra de cerca de 22% nas Vendas e Prestações de serviços da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entre 2013 e 2023[22], resultando numa diminuição de € 5,6 milhões na avaliação da participação, a 31 de dezembro de 2012 (de € 5,9 milhões para cerca de € 300 mil).

43 Assim, não está excluído que a participação da Parpública na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, esteja sobreavaliada. Nesse caso, o valor dessa participação no balanço da Parpública comportará imparidades e não corresponderá à sua rigorosa avaliação.

A Análise Custo-Benefício e o Despacho n.º 1116/2012 do Senhor Secretário de Estado da Saúde

44 Há muito[23] que a necessidade da Análise Custo-Benefício vem sendo evocada pelo Tribunal sem o acolhimento devido por parte de responsáveis do Ministério da Saúde.

45 Vejamos o Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, do Secretário de Estado da Saúde.

46 O primeiro parágrafo do referido despacho[24] não é esclarecedor pois não é possível separar a "análise da capacidade instalada do SNS" da Análise Custo Benefício, visto que aquela faz parte desta última.

47 O segundo parágrafo[25] assenta no postulado erróneo de que a Análise Custo-Benefício é uma análise exclusivamente unicritério.

---

[20] Em 2012 foram reconhecidas, pela Parpública, perdas por imparidade no valor de € 2.098.000, relativamente ao custo histórico da transferência das ações para a Parpública, em 2003, € 8.000.000. O custo histórico da transferência ocorrida em 2003 era inferior em € 3,7 milhões face ao valor original da participação do Estado, € 11,7 milhões, em 1998.

[21] Coincidente com o final do prazo de concessão da exploração do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. A entidade avaliadora considerou que seria vantajoso para a Cruz Vermelha Portuguesa resgatar o seu Hospital no final daquele prazo, tendo o Valor terminal da empresa sido calculado pelo Valor de Reversão, definido nos termos do Contrato (Cláusula 7ª).

[22] Considerando que o volume de negócios para 2014-2023, com a ARSLVT, IP, se manteria ao nível do verificado em 2012, ano em que o Acordo de Cooperação esteve suspenso durante 11 meses.

[23] As muitas auditorias que o Tribunal de Contas já realizou a instituições do Ministério da Saúde mostraram que são muito escassas as decisões que se baseiam em estudos económicos, 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 não teve acolhimento prático por parte do Ministério da Saúde.

[24] Transmite à Administração Central do Sistema de Saúde, IP e às Administrações Regionais de Saúde, IP, "…que toda e qualquer contratação com o sector social e privado deve ter por base uma prévia análise da capacidade instalada do SNS, bem como uma análise custo-benefício.".

48 Em caso algum a Análise Custo-Benefício pode desconsiderar a realização da pertinente análise multicritério[26].

49 Ora, tendo o referido despacho chamado a atenção para a consideração de mais critérios, apenas formalizou mais um, ou seja, "o melhor acesso aos cuidados de saúde", o qual é quantificável.

50 Assim, atendendo-nos ao despacho, numa análise multicritério "o melhor acesso aos cuidados de saúde" tem um peso X% e os critérios da Análise Custo-Benefício um peso 100%-X% (sendo que X% + (100%-X%) = 100%).

51 Como o despacho preconiza uma análise multicritério, a ARSLVT, IP, ao ignorar[27], na sua análise, a Análise Custo-Benefício, igualou o seu peso a 0% desprezando, totalmente, a recomendação[28] que lhe foi dirigida pelo Tribunal e contrariando o espírito e a letra do despacho do Secretário de Estado da Saúde.

52 O Gabinete do Ministro da Saúde, em sede de alegações[29], considera o estudo apresentado pela ARSLVT, IP, como sendo uma Análise Custo-Benefício, o que não corresponde aos factos[30, 31, 32, 33, 34, 35] e vai ao arrepio das recomendações reiteradas do Tribunal[36].

A fundamentação da celebração dos Acordos de Cooperação pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP – cfr. Ponto 7 do Volume II

53 A celebração dos Acordos de Cooperação continua a não ser sustentada em estudos de Análise Custo-Benefício ou em quaisquer outros estudos económicos.

---

[25] Ressalvando que uma Análise Custo-Benefício não se deve basear "… apenas em critérios economicistas ou financeiros, nem apenas quantitativos, mas também em inúmeros outros factores qualitativos, como seja, o melhor acesso aos cuidados de saúde, pelo que tal análise terá de ser adaptada à realidade em causa.".

[26] No caso de ser multicritério, é necessário determinar os pesos a atribuir a cada critério para o cômputo do indicador que dará sustento à afetação racional de recursos escassos e finitos. A título de exemplo, *vide* MACBETH (*Measuring Attractiveness by a categorical Based Evaluation Technique*), de Carlos Bana e Costa (Instituto Superior Técnico e *London School of Economics*) e Jean-Claude Vansnick (*University of Mons-Hainaut*, Bélgica).

[27] Cfr. § 53 a § 65 .

[28] *"Sustentar a celebração de futuros Acordos/Protocolos com entidades privadas ou convencionadas, para a prestação de cuidados médicos, em Análises Custo-Benefício na ótica macroeconómica/social/ coletividade."*

[29] Cfr. ponto 4.2 do Volume II.

[30] *Vide* European Commission (2008) – "*Guide to Cost-Benefit Analysis of Investment Projects.*

[31] *Vide* Boardman, A., Greenberg, D., Vining, A., Weimer, D (2006) – *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice*, Pearson Prentice Hall, New Jersey.

[32] *Vide* Little, I.M.D, Mirrlees, J. A. (1974) – *Project appraisal and planning for developing countries*, Heinemann Educational, London.

[33] *Vide* UNIDO (1980) – *Manual for evalulation of industrial projects*, New York.

[34] *Vide* UNIDO (1995) – *Manual for the preparation of industrial feasibility studies*, New York.

[35] *Vide* Squire, L., e H. G. van der Tak (1975) – *Economic analysis of projects*, Johns Hopkins University Press / World Bank, Baltimore.

[36] As recomendações dirigidas à então Ministra da Saúde foram as seguintes: "*Alertar/sensibilizar as ARS e demais entidades que, os recursos financeiros para a Saúde, não são só escassos, como finitos, e que a única forma de introduzir esta restrição é a Análise Custo-Benefício."* e *"Determinar - como instrumento de redução de custos a considerar em futuras medidas de contenção orçamental - que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar, com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS, sejam previamente objeto de uma rigorosa Análise Custo-Benefício na ótica macro-económica/social/coletividade.".*

54 O único estudo económico apresentado sobre a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, realizado no segundo semestre de 2009 por uma empresa de auditoria e consultoria, a Deloitte, por solicitação da ARSLVT, IP, concluiu pela existência de impactos negativos, para o SNS com a celebração destes Acordos.

55 O documento produzido pela ARSLVT, IP, com base no qual foram autorizados e celebrados os Acordos de Cooperação para 2011 e 2012/2013[37], limita-se a informar sobre indicadores de acesso à prestação de cuidados de saúde nas áreas dos Acordos. Os indicadores de acesso, sendo relevantes por traduzirem o que foi feito pelas unidades hospitalares do SNS, não são suficientes para avaliar a sua capacidade instalada ou seja, o que as unidades hospitalares do SNS podem fazer, e assegurar a efetiva complementaridade do recurso à prestação de serviços no âmbito dos Acordos de Cooperação.

56 A negociação não tem sido fundamentada em indicadores sobre a eficiência do SNS, nomeadamente em termos da utilização da capacidade instalada e de custos, não ponderando nem confrontando os preços negociados para a produção prevista nos Acordos com os custos dessa produção em unidades hospitalares do SNS.

57 Se, ao invés do recurso à prestação de serviços da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no triénio 2009-2011, os doentes tivessem sido tratados em hospitais do SNS, estima-se que a poupança ascenderia a cerca de € 29,8 milhões[38].

58 No caso de existir capacidade excedentária no SNS, e para quantidades complementares, a Análise Custo-Benefício é equivalente à análise de um *outsourcing*, sendo só favorável para as finanças públicas produzir fora do perímetro do SNS quando o preço contratado for inferior ao custo no hospital do SNS com o custo marginal mais baixo.

59 Na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, os Centros Hospitalares de Lisboa Central – Hospital de Santa Marta, Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria e Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz, têm manifestado a existência de capacidade disponível não utilizada – vd. Relatórios de Auditoria n.º 8/2009 e 26/2012, da 2ª Secção do Tribunal de Contas, existindo também capacidade instalada disponível noutras regiões de saúde[39], além de as ARS poderem colaborar entre si e com as unidades hospitalares para o aproveitamento dessa capacidade.

60 A partir de meados do ano de 2011, na sequência de reuniões havidas na ARSLVT, IP, com representantes dos serviços de Cirurgia Cardiotorácica dos três Centros Hospitalares de Lisboa, passaram a ser referenciados para aqueles Centros todos os doentes da especialidade das regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve considerando, no caso dos primeiros, a inexistência de acordo formal para a prestação de serviços no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e, no caso dos segundos, a situação económico-financeira dos hospitais da região.

61 Ou seja, a partir daquela data, por questões estritamente jurídico-formais e económico-financeiras, e não em resultado de alterações na capacidade instalada do SNS ou nas necessidades dos utentes, os doentes referenciados até então para a especialidade de cirurgia cardiotorácica no hospital

[37] Cfr. ponto 4.2.2 e ponto 7.1 do Volume II.

[38] € 8,6 milhões, na especialidade de cirurgia cardiotorácica;€ 21,2 milhões, nas especialidades de Cirurgia Vascular, Oftalmologia e Ortopedia. Cfr. ponto 4.5, ponto 9 do Volume II e Anexo IV do mesmo volume.

[39] Designadamente, considerando a proximidade, na região de saúde do Centro, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, passaram a ser referenciados para os três Centros Hospitalares de Lisboa, sem que se tivessem verificado alterações significativas na capacidade de resposta destes Centros Hospitalares.

62 Apesar da capacidade instalada dos três Centros da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o Acordo 2012/2013 continua a prever a prestação de serviços na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica no hospital explorado pela CVP, Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, funcionando, neste contexto, como um pretenso quarto centro de cirurgia cardiotorácica, com a consequente subutilização da capacidade instalada no SNS.

63 A realização de rastreios da retinopatia diabética e do cancro da mama, incluída como nova área de prestação de serviços nos Acordos de Cooperação, respeitam a necessidades que têm vindo a ser satisfeitas com recurso à complementaridade de outros prestadores do setor social, designadamente a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e a Liga Portuguesa Contra o Cancro.

64 A informação da ARSLVT, IP, relativa à celebração dos Acordos de Cooperação para além de não equacionar a possibilidade de recurso às unidades hospitalares do SNS, também não equacionou a capacidade de resposta daquelas entidades do setor social, ou de alargamento dessa resposta, pelo que não se pode concluir que a celebração dos Acordos seja a que garante as melhores condições operacionais e funcionais da prestação do serviço.

65 Apesar da redução generalizada dos preços unitários relativamente aos praticados no período de 2008-2010, estes continuam a ter por referência preços fixados por via administrativa que não resultam nem do mercado nem de um apuramento fidedigno dos custos da atividade do SNS (cfr. Relatório de Auditoria n.º 30/2011, da 2ª Secção do Tribunal de Contas). Além de que não garantem que os mesmos reflitam o justo valor das prestações contratadas.

4. Conclusões

4.1. Acordos de Cooperação

4.1.1. Controlo da Participação do Estado no capital social da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

66 Apesar das recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011-2ªS, não foram adotadas medidas tendentes a proteger o valor intrínseco das ações representantes do investimento público naquela sociedade anónima.

67 A Parpública – Participações Públicas SGPS, SA, numa informação genérica, dirigida ao Governo[40], sobre todas as empresas participadas, descreveu o desempenho, aquém do esperado[41], da participação, referindo o seu carácter não estratégico e propondo que se ponderasse a sua alienação ou, em alternativa, a renegociação do Acordo Parassocial.

[40] Com o objetivo de fazer um ponto de situação ao XIX Governo Constitucional, aquando do início das suas funções, em junho de 2011

[41] Com origem designadamente no "… potencial prejuízo associado às condições iniciais de aquisição das acções…", em "… posteriores transações sobre estas acções determinadas pelo acionista (…) em condições quer não salvaguardaram o interesse patrimonial da Parpública.", e nos resultados obtidos que "… continuam significativamente abaixo do projectado, não permitindo assim a rentabilização e recuperação do investimento inicial." (cfr. dossier informativo).

68 Esta ação não foi suficiente para que o Governo tomasse iniciativas sobre a matéria determinando, designadamente a revisão do Acordo Parassocial com vista à proteção do valor do investimento público, como recomendado.

69 O controlo da atividade da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA[42], continua a ser insuficiente para monitorizar e controlar a gestão da sociedade. Com exceção da recolha de informação financeira semestral, não foi implementado nenhum procedimento adicional, na sequência das recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S.

70 Apesar da melhoria dos resultados operacionais da sociedade, ao longo do triénio 2009-2011, os indicadores financeiros continuam a evidenciar uma débil situação económico-financeira, cfr. ponto 4.1.3.

71 O rácio de autonomia financeira, de 23%, verificado em 2011, evidencia a insuficiente monitorização do desempenho da participação financeira na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, pela Parpública, enquanto representante do Estado acionista.

72 Apesar do Presidente do Conselho de Administração da Parpública, nas suas alegações, discordar da avaliação efetuada, recordando o caráter minoritário da participação e os requisitos legais de controlo que lhe estão associados, **o Tribunal mantém as suas observações críticas** e sublinha que a situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, justifica a implementação pela Parpública de instrumentos e/ou mecanismos de controlo adicionais, em termos de gestão de valor, evitando a perda de valor desta participação ao longo do tempo[43].

73 Recorde-se que o insuficiente desempenho económico-financeiro desta participada levou, em 2012, ao reconhecimento de perdas por imparidade no valor de € 2,1 milhões.

74 Em 1998, quando o Estado, através da PARTEST, atual Parpública, resgatou o hospital (até então exclusivamente detido e gerido pela Cruz Vermelha Portuguesa), integrando a estrutura societária da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, o rácio de autonomia financeira era, já na altura, de 23%, não se tendo, portanto, verificado qualquer melhoria neste indicador, não obstante o significativo apoio do Estado, desde 1998, à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

75 Até 2011, os fluxos financeiros do Estado para a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, ascenderam a cerca de € 283,6 milhões: € 11,7 milhões como contrapartida da sua participação no capital social da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, € 255,8 milhões a título de remuneração pelos serviços prestados a utentes do SNS em execução dos Acordos de Cooperação celebrados com a ARSLVT, IP, e € 16,1 milhões a título de remuneração pelos serviços prestados a doentes referenciados por instituições hospitalares da ARS Algarve, IP, nas especialidades de Cirurgia Cardiotorácica e Cirurgia Vascular[44].

---

[42] É unicamente realizado através dos Administradores nomeados pela Parpública (para o Conselho de Administração, o Estado designa dois dos seis membros, tendo um deles o pelouro financeiro e lugar na Comissão Executiva, composta no total por três administradores) e pelo Fiscal Único. Os instrumentos de controlo financeiro são constituídos pelos documentos periódicos de prestação de contas.

[43] A este respeito, a título de exemplo, consultar "*Valuation: Measuring and Managing the Value of Companies*, 5th Edition, Tim Koller, Marc Goedhart, David Wessels - McKinsey & Company Inc, Wiley Finance.

[44] Verificou-se, na presente auditoria, que, entre 2003 e 2011, a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, prestou serviços a unidades hospitalares da região de saúde do Algarve, nas especialidades de Cirurgia Cardiotorácica e Vascular, no valor de € 16,1 milhões, em resultado destas terem mantido a referenciação direta de doentes para

76 O valor atualizado dos fluxos financeiros, desde 1998, descontados dos dividendos recebidos, ascende, a preços de 2013, a cerca de € 343,1 milhões.

Quadro 1 – Volumes financeiros envolvidos nas relações do Estado com a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Unid.: €

Anos	Volume financeiro das relações Estado - CVP-SGH, SA					Peso nos proveitos da CVP-SGH, SA		
	Transferência de capital da PARTEST	Prestações de serviços		Total (1)+(2)+(3)	Dividendos recebidos pelo Estado	Proveitos Operacionais da CVP-SGH,SA	(2)/(6)	(2+3)/(6)
		Acordos Cooperação ARSLVT	Referenciações ARS Algarve					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1998	11.671.871	3.091.809		14.763.680	0	7.202.874	43%	43%
1999		10.918.925		10.918.925	0	25.064.715	44%	44%
2000		19.924.701		19.924.701	0	32.484.208	61%	61%
2001		20.520.776		20.520.776	0	35.933.879	57%	57%
2002		19.778.127		19.778.127	0	37.329.881	53%	53%
2003		20.651.592	41.608	20.693.200	84.850	39.736.188	52%	52%
2004		30.301.159	687.702	30.988.861	70.503	40.565.130	75%	76%
2005		17.396.433	1.355.100	18.751.533	67.421	36.504.729	48%	51%
2006		17.396.433	2.035.075	19.431.508	0	35.140.932	50%	55%
2007		17.396.436	2.205.085	19.601.521	123.628	40.300.889	43%	49%
2008		21.132.599	2.511.846	23.644.445	214.066	45.516.572	46%	52%
2009		21.565.500	2.684.825	24.250.325	170.699	43.853.733	49%	55%
2010		21.194.681	2.868.707	24.063.388	363.691	43.356.493	49%	56%
2011		14.568.942	1.701.422	16.270.364	0	44.661.307	33%	36%
Total	11.671.871	255.838.113	16.091.371	283.601.355	1.094.857	507.651.529	50%	54%
Valores a preços 2013				344.352.585	1.222.290			
				343.130.296				

Notas: O valor da coluna 1 corresponde à aquisição de 45% do capital social da CVP-SGH, SA. Os valores da coluna 2, referentes aos anos de 2009 a 2011 correspondem aos valores faturados, sem correções da ARSLVT. A atualização do volume financeiro total para 2013 foi feita pelo Índice de Preços no Consumidor: 1998 - 2,57%, 1999 - 2,34%, 2000 - 2,85%, 2001 - 4,37%, 2002- 3,60%, 2003- 3,22%, 2004- 2,37%, 2005- 2,28%, 2006- 3,11%, 2007- 2,45%, 2008- 2,59%, 2009- (0,83%), 2010- 1,40%, 2011- 3,65%, 2012- 2,77%.

Fontes: Relatório de Auditoria n.º 11/2011, Informação fornecida pela ARSLVT, IP, e pelas unidades hospitalares do SNS e demonstrações financeiras da CVP-SGH, SA

4.1.2. Avaliação da Participação do Estado no capital social da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Cfr. ponto 6.3 do Volume II

77 A Parpública procedeu, através de uma entidade pública externa, à reavaliação da sua participação no capital da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, baseada no método *Discounted Cash Flow (WACC)*, tendo essa participação sido contabilizada nas contas relativas ao ano de 2012 pelo valor apurado à data de 31 de dezembro de 2012, € 5,9 milhões[45].

78 Em 2012, foram reconhecidas, pela Parpública, perdas por imparidade no valor de € 2,1 milhões, relativamente ao custo histórico da transferência das ações para a Parpública, em 2003, € 8,0

aquele hospital após 2003/2004, data em que os doentes daquela região e da região de Saúde do Alentejo deixaram de estar abrangidos pelo âmbito do Acordo de Cooperação celebrado pela ARSLVT, IP – cfr. Ponto 4.6.

[45] € 5.902.000.

milhões. Note-se que o custo histórico da transferência ocorrida em 2003 era inferior em € 3,7 milhões face ao valor original da participação do Estado, € 11,7 milhões, em 1998. A avaliação da participação, em 2012, representa cerca de 50% do investimento original do Estado, € 11,7 milhões, em 1998.

79 O volume de negócios previsto na avaliação efetuada pressupõe a renovação dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, até 2023[46], uma vez que não são apresentados estudos de mercado e/ou plano estratégico, ou quaisquer outros estudos que suportem a capacidade da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, de colmatar, através de outros clientes, o *gap* no volume de negócios resultante da eventual não renovação dos Acordos, sendo assim este pressuposto não auditável.

80 A Parpública justifica a aceitação deste pressuposto, utilizado pela entidade avaliadora, com a sua "…convicção, suportada na análise do histórico da informação financeira da CVP-SGH, SA, e referida pelo próprio [relato de auditoria] (…) que a sociedade demonstrou já capacidade para substituir um grande cliente, como em vários exercícios tem sido a ARSLVT, pelo que o seu nível de negócios não está dependente da existência dos referidos acordos", sendo que, na sua posição de acionista, apenas "…considera significativo (…) o volume de negócios que a empresa tem capacidade para gerar, e não a lista de clientes em concreto."

81 Note-se, no entanto, que a substituição de um grande cliente por outro constituiu um acontecimento pontual, no ano de 2011, sendo a sua extrapolação para os anos seguintes uma interpretação não fundamentada, até porque nem no ano seguinte se voltou a verificar[47]. Todo o restante histórico a que alude a Parpública demonstra o peso significativo dos Acordos de Cooperação no volume de negócios da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, cfr. Quadro 1.

82 Apesar do subsequentemente alegado pela Parpública e pela entidade avaliadora[48], o **Tribunal reitera** que a eventual capacidade da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, colmatar, através de outros clientes, o gap no volume de negócios resultante da eventual não renovação dos Acordos não se encontra devidamente sustentada, nomeadamente em estudos de mercado ou quaisquer outros estudos, não sendo os argumentos apresentados, baseados em meras suposições, suficientes para essa sustentação.

83 A perda do volume de negócios resultante dos Acordos de Cooperação com a ARSVLT, IP, representaria, *ceteris paribus*, uma quebra de cerca de 22% nas Vendas e Prestações de serviços da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entre 2013 e 2023[49], resultando numa diminuição de € 5,6 milhões na avaliação da participação, a 31 de dezembro de 2012 (de € 5,9 milhões para cerca de € 300 mil).

---

[46] Coincidente com o final do prazo de concessão da exploração do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. A entidade avaliadora considerou que seria vantajoso para a Cruz Vermelha Portuguesa resgatar o seu Hospital no final daquele prazo, tendo o Valor terminal da empresa sido calculado pelo Valor de Reversão, definido nos termos do Contrato (Cláusula 7ª).

[47] Constata-se, na avaliação realizada pela entidade externa, que no ano de 2012, ano em que o volume de negócios com a ARSLVT, IP, diminuiu em cerca de 98%, resultado da inexistência de um Acordo de Cooperação durante a quase totalidade desse ano, as vendas e prestações de serviços resultantes de negócios com outros clientes apenas cresceram cerca de 4%.

[48] Cfr. Ponto 6.3 do Volume II

[49] Considerando que o volume de negócios para 2014-2023, com a ARSLVT, IP, se manteria ao nível do verificado em 2012, ano em que o Acordo de Cooperação esteve suspenso durante 11 meses.

84 A entidade pública que efetuou a avaliação sublinha, nas suas alegações, "…que toda e qualquer análise neste apartado, deverá considerar o seguinte:

- (…)racionalmente assumir a utilização alternativa para a capacidade ociosa ou no mínimo, a alienação de ativos excedentários conjugada com a redução da estrutura de custos;
- (…) presumindo a incapacidade do management de rentabilizar a capacidade ociosa, (…) seria absolutamente necessário rever em baixa as estimativas [do] investimento [em capital fixo] (…);
- a quebra do Acordo de Cooperação (…) deverá ser acompanhada ceteris paribus por um encaixe financeiro imediato para a Empresa relativamente [ao saldo do cliente ARSLVT] …"

O Tribunal salienta, a este respeito, que o modelo de avaliação foi o utilizado na avaliação efetuada por aquela entidade pública, a pedido da Parpública, e que a estimativa efetuada teve, de facto, em conta, a diminuição do investimento em capital fixo e o encaixe do saldo do cliente ARSLVT. Relativamente à questão da eventual consideração de eventuais utilizações alternativas para a capacidade ociosa, ou medidas de redução da estrutura de custos fixos, o Tribunal reconhece que tais medidas não foram consideradas, uma vez que a análise foi realizada, conforme referido, *ceteris paribus*.

85 Assim, não está excluído que a participação da Parpública na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, esteja sobreavaliada. E nesse caso a avaliação efetuada justifica a inscrição de um valor no balanço da Parpública, que não é adequado por falta de rigor.

4.1.3. Situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Cfr. ponto 6.3 do Volume II

86 Continua a verificar-se um peso significativo dos clientes SNS nos proveitos da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, apesar da diminuição verificada em 2011: em 2010, 56% (Acordo de Cooperação, 49%; outros clientes SNS, 7%); em 2011, 37% (Acordo de Cooperação, 33%; outros clientes SNS, 4%)

87 A diminuição dos proveitos com o Acordo de Cooperação foi compensada, em 2011, com a diversificação da carteira de clientes. Verificou-se, também, que os custos operacionais cresceram a um ritmo inferior aos proveitos operacionais, aumentando os resultados operacionais do exercício, entre 2010 e 2011.

Quadro 2 – Indicadores económico-financeiros CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Indicadores	2008	2009	2010	2011
Autonomia Financeira	26%	28%	29%	23%
Liquidez Geral	2,28	1,38	1,71	1,30
Solvabilidade	36%	39%	41%	30%
Endividamento	74%	72%	71%	77%

Fonte: Demonstrações financeiras da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Apesar da melhoria destes resultados, os indicadores financeiros continuam a evidenciar um débil equilíbrio económico[50]. Em 2008 os indicadores de solvabilidade (36%) e de endividamento (74%) mostravam que a sociedade apresentava um equilíbrio financeiro débil, verificando-se que esses indicadores pioraram em 2011.

[50] Apesar de na pronúncia apresentada em sede de contraditório, a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considerar "erróneas" e "depreciativas" as conclusões relativas aos rácios económico-financeiros e à dependência de clientes SNS, as mesmas baseiam-se em rácios objetivos, que refletem a situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e a sua dependência relativamente a clientes do SNS, para além de resultar do Quadro 1, é reforçada pelo artigo 48º da pronúncia daquela sociedade, o qual justifica os resultados negativos de 2012 com a "…incerteza gerada relativamente à entrada, ou não, em vigor do novo Acordo de Cooperação.".

88 O rácio de autonomia financeira em 2011 foi de 23%, não se tendo verificado qualquer melhoria neste indicador, desde a data da constituição da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 1998, ano em que esse rácio era também de 23%.

4.1.4. Reconfiguração dos Acordos de Cooperação vigentes no período 1998-2010

Cfr. pontos 6.2 e 6.4 do Volume II

89 Ainda antes da aprovação do Relatório de Auditoria n.º 11/2011, da 2.ª Secção do Tribunal de Contas, foi celebrado, em 29 de outubro de 2010, um novo Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, que estabelece normas gerais para a celebração, pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), de Acordos de Cooperação que regulam, em concreto, a prestação de cuidados de saúde, a utentes do SNS, pelas instituições e serviços pertencentes à Cruz Vermelha Portuguesa.

90 Em aplicação desse Protocolo foi negociado e celebrado, entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa, o Acordo de Cooperação de 2011, no valor de cerca de € 14,6 milhões e negociado o Acordo de Cooperação 2012/2013, no valor de cerca de € 7,6 milhões.

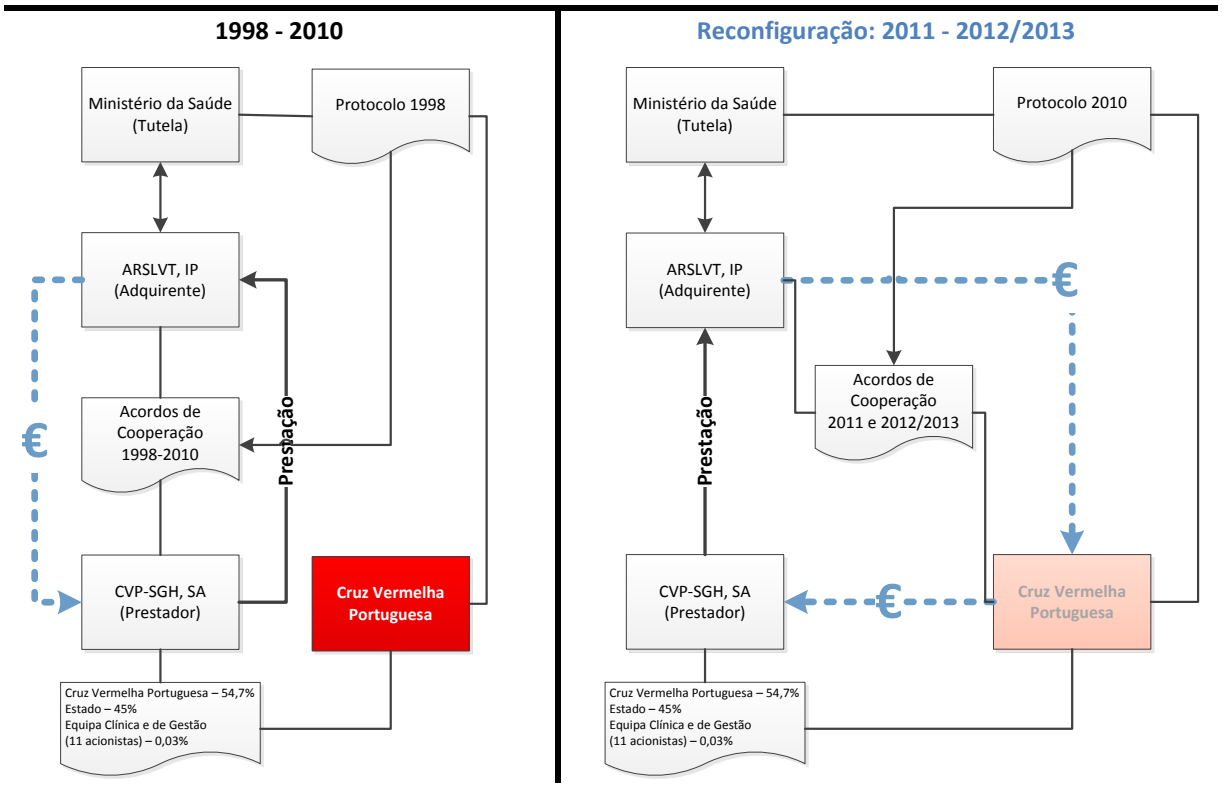
91 Apesar da existência de uma minuta de Acordo para o ano de 2012 a mesma não chegou a ser aprovada pela tutela por insuficiência da fundamentação. A minuta foi devolvida à ARSLVT, IP, e à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), por despacho do Secretário de Estado da Saúde, determinando que "Este processo deve ser analisado nos termos do meu despacho (…), em particular no que respeita à fundamentação da relação custo-benefício e da capacidade instalada para a produção de actos constantes no Acordo".

92 A exploração do único hospital propriedade da Cruz Vermelha Portuguesa encontra-se cedida à CVP–Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, pelo que, as atividades objeto dos Acordos continuam a ser executadas por aquela sociedade[51]. Verificou-se que o valor faturado pela Cruz Vermelha Portuguesa à ARSLVT, IP, no âmbito do Acordo de 2011 – cerca de € 14,6 milhões - corresponde na íntegra ao valor faturado pela CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, à Cruz Vermelha Portuguesa.

93 Isto significa que, na realidade, a beneficiária dos pagamentos é a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não existindo, em substância, qualquer alteração à relação económica anteriormente estabelecida com a sociedade anónima. A Cruz Vermelha Portuguesa colocou-se, assim, na posição de entidade meio para a preservação da relação já existente entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

[51] Cfr. artigos 14º dos referidos Acordos.

Figura 1 – Reconfiguração dos Acordos de Cooperação



94 A celebração dos Acordos de Cooperação diretamente com a Cruz Vermelha Portuguesa e não com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entidade com fins lucrativos, permite que esta seja investida, na relação contratual com a ARSLVT, IP, do estatuto da instituição sem fins lucrativos, tendo por consequência, entre outras, a não sujeição dos Acordos à fiscalização prévia do Tribunal de Contas[52].

95 Apesar do Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde, nas suas alegações, considerar acolhida a recomendação do Relatório de Auditoria n.º 11/2011-2ªS - *"Reconsiderar o papel da CVP-SGH, S.A., no sistema de saúde, tendo em consideração o significativo engajamento financeiro do Estado, quer a nível de exploração, quer a nível de aporte de capital social, por razões de sustentabilidade do SNS."* - porque a CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, deixou de "… de constituir um prestador de serviços junto do SNS, sendo um prestador de serviços da Cruz Vermelha Portuguesa, IPSS …", **o Tribunal salienta** que este facto é irrelevante para a apreciação do grau de acolhimento da recomendação, uma que que a mesma não visa uma simples alteração formal da entidade cocontratante, mas sim a avaliação da relevância para o SNS do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considerando a participação do Estado na mesma e a sua dependência dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, para além de outros clientes do SNS, cfr. Quadro 1[53].

[52] O artigo 47º, n.º1, al. f), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pelo artigo 140.º da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril (Aprova o Orçamento de Estado para 2010), isenta da fiscalização prévia os contratos de aquisição de serviços celebrados com instituições sem fins lucrativos que tenham por objeto serviços de saúde.

[53] Sobre a celebração dos Acordos de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa e não com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, apresentaram também alegações ambas as entidades referidas e o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde, IP, cfr. ponto 6.2 do Volume II.

96 Além de que o SNS é o principal cliente dos serviços prestados pela Cruz Vermelha Portuguesa, através da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em que o Estado tem uma participação de 45% no respetivo capital social e a Cruz Vermelha Portuguesa, de 54,7%.

97 Os Acordos 2011 e 2012/2013 mantiveram o objeto dos Acordos anteriores, estabelecendo a prestação de cuidados de saúde no âmbito de especialidades cirúrgicas e acrescentaram, pela primeira vez, a possibilidade da realização de rastreios da Retinopatia Diabética e do Cancro da Mama, que representam cerca de 17% (€ 1,3 milhões) do valor total do último Acordo referido.

4.2. Negociação dos Acordos de Cooperação

4.2.1. Evolução financeira dos Acordos de Cooperação 2010-2012/2013

98 O quadro *infra* reflete alterações significativas nos valores financeiros contratados, durante as negociações dos Acordos anuais de 2011 e 2012/2013, passando-se de uma minuta inicial, de maio de 2011, no valor de cerca de € 18 milhões para a produção anual desse ano, para um Acordo no valor anual de cerca de € 7,6 milhões, a executar em 2012/2013.

Quadro 3 – Evolução financeira dos Acordos de Cooperação 2010 – 2012/2013

Volume financeiro	2010 Acordo		2011 Minuta (maio) - não aprovada -		2011 Acordo		2012 Minuta (abril) - não aprovada -		2012/2013 Minuta (novembro) - aprovada	
	Realizado	%	Contratado	%	Realizado	%	Contratado	%	Contratado	%
Especialidades cirurgicas	**21.271.759,03**	**100,0%**	**17.168.369,40**	**95,6%**	**14.615.372,42**	**100,0%**	**6.970.207,77**	**83,5%**	**6.317.590,93**	**83,0%**
Cardiotorácica	5.648.466,27	26,6%	4.400.027,45	24,5%	3.064.706,12	21,0%	968.260,51	11,6%	1.108.245,88	14,6%
Vascular	2.836.111,36	13,3%	2.108.560,66	11,7%	1.281.187,49	8,8%	2.240.862,82	26,8%	905.575,00	11,9%
Oftalmologia	5.361.184,95	25,2%	4.358.486,67	24,3%	3.443.279,49	23,6%	1.498.159,34	17,9%	1.421.947,66	18,7%
Ortopedia	7.154.882,47	33,6%	6.069.463,98	33,8%	6.578.177,33	45,0%	2.254.833,10	27,0%	2.881.822,39	37,9%
Urologia	271.113,98	1,3%	231.830,64	1,3%	248.021,99	1,7%	8.092,00	0,1%	0,00	0,0%
Rastreios			794.082,50	4,4%			1.376.415,58	16,5%	1.293.830,65	17,0%
Total	**21.271.759,03**	**100,0%**	**17.962.451,90**	**100,0%**	**14.615.372,42**	**100,0%**	**8.346.623,35**	**100,0%**	**7.611.421,58**	**100,0%**

Obs: O teto máximo do Acordo vigente em 2010 era de € 21.132.599,30, tendo sido este o valor pago pela ARSLVT, IP.
Fonte: Base de dados da faturação de 2010 e 2011; Minutas dos Acordos de 2011, 2012 e 2012/2013.

99 O Acordo de 2011, entre a ARSLVT, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa, apenas foi assinado em março de 2012, pelo valor de cerca de € 14,6 milhões, tendo-se verificado um impasse nas negociações, que se prolongaram ao longo do ano em resultado de divergências sobre os preços a estabelecer no Acordo e da não aprovação, pela tutela, da minuta de acordo, de maio de 2011[54]. A não aprovação resultou na suspensão, pela ARSLVT, IP, da referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, a partir de 1 de julho de 2011.

100 Assim, a redução do valor estabelecido no Acordo de 2011 refletiu, essencialmente, o facto da referenciação apenas ter ocorrido durante o primeiro semestre do ano.

101 A suspensão das referenciações a partir de julho de 2011 foi precedida de reuniões havidas na ARSLVT, IP, com representantes dos serviços de Cirurgia Cardiotorácica dos três Centros Hospitalares

[54] Nos termos do n.º 2 da Cláusula II do Protocolo de Cooperação, os Acordos de Cooperação celebrados pelas Administrações Regionais de Saúde devem ser submetidos à aprovação do membro do Governo responsável pela área da saúde.

de Lisboa, que passaram a receber todos os doentes da especialidade da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo[55].

102 A conclusão do Relatório de Auditoria de que existia capacidade instalada no SNS na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica que não estava a ser utilizada é reforçada pela afirmação produzida, em sede de contraditório, pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, à época das referidas reuniões, no sentido de que, no processo de transferência de doentes, foi garantido que "… a resposta fosse assegurada pelos serviços já existentes, integrados no Serviço Nacional de Saúde, sem risco para os utentes…". Note-se que o aumento da resposta foi efetuado com a capacidade já existente.

103 Em 2012, a suspensão da referenciação manteve-se. O Acordo 2012/2013, para um período de doze meses, foi aprovado pela tutela em novembro de 2012.

4.2.2. Fundamentação dos Acordos de Cooperação de 2011 e de 2012/2013

Cfr. ponto 7.1 do Volume II

104 A celebração dos Acordos de Cooperação não tem sido sustentada em estudos de Análise Custo-Benefício ou em quaisquer outros estudos económicos.

105 O único estudo económico apresentado sobre a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, realizado no segundo semestre de 2009 por uma empresa de auditoria e consultoria, a Deloitte, por solicitação da ARSLVT, IP, não sustenta a celebração destes Acordos. De facto, este estudo concluiu pela existência de impactos negativos, para o SNS, de cerca de € 1,5 milhões e, para o Estado, de cerca de € 1,4 milhões, com a manutenção, em 2008, da realização de cirurgias cardiotorácicas no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em alternativa à sua realização em hospitais do SNS.

106 Apesar das conclusões deste estudo, o Acordo de 2011 e o Acordo 2012/2013 continuam a incluir a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, argumentando o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, em sede de contraditório, que o mesmo não foi considerado "…porquanto, ao fim de quase um ano de análise, se revelou inexequível a realização de uma análise custo-benefício com níveis adequados de fiabilidade, na medida em que não foi possível proceder à ponderação de todos os factores (…) com os custos que representam em todo o sistema.".

107 **O Tribunal considera** que o referido estudo teve em consideração os principais custos e benefícios associados à decisão, considerando a sustentabilidade do SNS, não sendo exigível a uma Análise Custo-Benefício que esta seja exaustiva para poder ser útil para a tomada de decisão.

108 Embora diversos atos de membros do Governo refiram a necessidade de sustentar a celebração dos Acordos em Análises Custo-Benefício[56], os mesmos continuam a ser celebrados à margem de qualquer tipo de fundamentação económica.

109 **O Tribunal considera**, pelas razões apresentadas nos § 44 a 52 , que o Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, do Secretário de Estado da Saúde, não contribuiu para o acolhimento efetivo das recomendações formuladas pelo Tribunal à então Ministra da Saúde, apesar do Chefe do Gabinete

[55] Também, a partir de setembro de 2011, os três Centros Hospitalares de Lisboa passaram a receber todos os doentes da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica da região de saúde do Algarve, cfr. ponto 4.6.

[56] Cfr. § 109 , 111 e Protocolo de Cooperação referido no § 89 , que estabelecia a necessidade da fundamentação dos Acordos em Análises Custo-Benefício. A este propósito, vide Anexo 1 do Volume II.

do Ministro da Saúde alegar que o mesmo dava resposta às "muitas questões que vinham sendo colocadas sobre os critérios de fundamentação a adotar no âmbito da celebração de acordos com entidades do sector social."

110 O documento produzido pela ARSLVT, IP, com base no qual foram autorizados e celebrados os Acordos de Cooperação para 2011 e 2012/2013, limita-se a informar sobre indicadores de acesso à prestação de cuidados de saúde nas áreas dos Acordos (v.g. tempos de espera). Os indicadores de acesso que traduzem o que foi feito, não são suficientes para avaliar a capacidade instalada, que traduz o que as unidades hospitalares do SNS podem fazer, assegurando a efetiva complementaridade do recurso à prestação de serviços no âmbito dos Acordos de Cooperação.

111 Sobre a insuficiência da informação da ARSLVT, IP, para fundamentar a celebração dos Acordos recorde-se que a minuta de Acordo para 2012 foi devolvida, pelo Secretário de Estado da Saúde, à ARSLVT, IP, e à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), por insuficiência da fundamentação (cfr § 91).

112 Verificou-se, porém, que mesmo não existindo alterações significativas na informação apresentada – que continuou a não incluir indicadores de eficiência, designadamente relativos à capacidade instalada e aos custos no SNS, nem uma Análise Custo-Benefício, ou outra que medisse e avaliasse os benefícios e os custos da decisão – a minuta de Acordo foi, posteriormente, aprovada para o período 2012/2013.

113 No parecer emitido pela ACSS, IP, relativamente à minuta de Acordo, remetido no âmbito do contraditório[57], refere-se[58] que a informação da ARSLVT, IP, não continha dados sobre capacidade instalada, "supondo" ou "assumindo"[59] a ACSS, IP, para efeitos de emissão do seu parecer, que aquela capacidade não existia.

114 Embora estas observações corroborem as conclusões do Relatório de Auditoria, de que a celebração dos Acordos de Cooperação não tem sido precedida de um levantamento da capacidade instalada, **o Tribunal sublinha** que a emissão de um parecer com base numa mera "suposição" de inexistência de capacidade colide com o efetivo exercício da missão e atribuições da ACSS, IP, e da ARSLVT, IP, em matéria de gestão dos recursos da saúde[60]..

115 Também a suspensão da referenciação dos utentes desde 1 de julho de 2011, por não aprovação das minutas de Acordo de maio de 2011 e de abril de 2012, e a alteração nas quantidades e respetivos valores financeiros, ao longo das negociações (cfr. § 98), revelam a insuficiência da fundamentação

[57] Cfr. ponto 4.6 do Volume II. O parecer foi emitido na sequência do despacho Secretário de Estado da Saúde sobre a minuta de Acordo para 2012.

[58] Referindo: em matéria de realização de rastreios da retinopatia diabética e do cancro da mama, a informação da ARSLVT não refere "a análise à capacidade instalada nos Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais da região"; em matéria de atividade cirúrgica, "… importa esclarecer os motivos pelos quais é realizada uma opção por referenciação direta ao invés de se recorrer aos mecanismos de garantias de acesso ao abrigo do SIGIC."; quanto às consultas, não é "…apresentada uma análise de produtividade dos hospitais da região de saúde LVT ou de inquérito a averiguar a capacidade e resposta dos prestadores SNS…".

[59] Cfr. págs. 2 e 4 do parecer da ACSS, IP.

[60] A ACSS, I.P, tem por missão assegurar a gestão, no território continental, dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS, bem como das instalações e equipamentos do SNS, cfr. art.º 3º, n.º 1 e n.os 2, als. a) a c), do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro. Por seu turno, as Administrações Regionais de Saúde, IP, gerem esses recursos a nível regional, cfr. art.º 3º, n.os 1 e 2, als. a), g), h), i), n), do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

da necessidade de recurso à prestação de serviços externa e das quantidades de serviços a contratar.

116 De facto, a variação nas quantidades e nos valores acordados não resultou de uma avaliação fundamentada e exaustiva das necessidades do SNS por parte da ARSLVT, IP, mitigada com o valor de financiamento disponível, mas principalmente da existência de limitações financeiras decorrentes das restrições orçamentais de contexto[61].

117 Além de não se ter procedido a uma avaliação da capacidade instalada nos hospitais do SNS e a uma Análise Custo-Benefício, tal como recomendado no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ªS, não se verificaram, ao longo deste período, alterações significativas nos indicadores de acesso utilizados pela ARSLVT, IP, para fundamentar o processo de celebração dos Acordos.

118 Embora nas suas alegações, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde, o Presidente da ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, apresentem argumentos com vista a demonstrar a suficiência da fundamentação apresentada[62], **o Tribunal reitera** que a identificação de necessidades, que foi feita no processo em análise pela ARSLVT, IP, com base em indicadores de acesso, não é uma avaliação da capacidade instalada e muito menos uma Análise Custo-Benefício, da qual a avaliação da capacidade instalada seria parte integrante.

119 Conforme referido nas alegações do Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, o valor em saúde não pode, de facto, ser objeto de uma análise de curto ou curtíssimo prazo. Porém, desde 1998 que a ARSLVT, IP, nunca considerou os efeitos da celebração dos sucessivos Acordos na sustentabilidade presente e futura do SNS, uma vez que recorre apenas a indicadores de curto prazo (indicadores de acesso) para justificar a perpetuação dos Acordos de Cooperação.

120 A ARSLVT, IP, fundamentou a necessidade de celebração do Acordo em indicadores de acesso (o que foi feito), porém não fez qualquer avaliação da capacidade instalada (o que pode ser feito) nem qualquer estudo de alternativas que comparasse, designadamente, os custos incorridos pelo erário público com a utilização dessa capacidade e o recurso a uma entidade externa ao SNS.

121 A própria Administração Central do Sistema de Saúde, IP, observou, no parecer que produziu sobre a fundamentação do Acordo, inicialmente previsto para 2012, que a informação da ARSLVT, IP, não contém dados sobre capacidade instalada.

122 O Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde considera, também nas suas alegações, que a recomendação do Relatório de Auditoria n.º 11/2011-2ªS - *"Reavaliar o Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., face à capacidade instalada nos Hospitais SNS."* - foi acolhida dado que foi "… reavaliado pelo XIX Governo o Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa, sendo notória a redução no prazo - foi celebrado por apenas 1 ano e não por 3 anos como se encontrava

[61] Observe-se que a redução dos valores do acordo ocorreu num contexto de forte restrição orçamental, no âmbito do programa de assistência financeira da União Europeia a Portugal. Recorde-se que a assinatura do "*Memorando de entendimento sobre condicionantes específicas da política económica*", acordado, pelo Governo Português, com representantes da Comissão Europeia (CE), do Banco Central Europeu (BCE) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), ocorreu em maio de 2011.

[62] Em síntese, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde alega que o Acordo de 2012/2013 está sustentado "…numa avaliação prévia da capacidade instalada do SNS e análise do seu custo-benefício, atenta a necessidade de garantir os mesmos cuidados de saúde em tempo aceitável" e o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, que "O valor em saúde não pode ser objeto de uma análise de curto ou curtíssimo prazo, porquanto, para ser realizada com rigor, tem de decorrer de estudos científicos, que exigem anos para a respetiva elaboração, de modo a que possam aferir-se os ganhos e as perdas em saúde …". A análise detalhada das alegações apresentadas encontra-se nos Pontos 4.2 (1), 4.4 (1) e 4.8 (3) do Volume II.

pendente do XVIII Governo para autorização em Junho de 2011 para o triénio 2011/2012/2013 - e no montante envolvido - de mais de 20 milhões de euros para cada ano do triénio 2008/2009/2010 para cerca de 7 milhões de euros para o ano de 2013.", cfr. ponto 4.2 (2) do Volume II.

123 Ora, a recomendação formulada não tem como objetivo a diminuição das quantidades e valores contratados visando, antes, a adequada fundamentação das necessidades a satisfazer com a celebração dos Acordos e das quantidades e valores a contratar tendo em conta a capacidade instalada no SNS, o que continuou a não se verificar.

124 Mesmo que a avaliação concluísse pela insuficiência da capacidade instalada em algumas áreas do Acordo, uma Análise Custo-Benefício seria necessária para justificar a contratação externa face às alternativas de reforço da capacidade de produção do SNS.

125 A aquisição externa de serviços de saúde pelo Estado só deve ocorrer nas situações em que se revele necessária e vantajosa, tendo em consideração uma Análise Custo-Benefício, para a prossecução dos fins públicos do Estado, no caso concreto a garantia do direito à proteção da saúde.

126 Também, parece ser esta a perspetiva da Parpública que, nas suas alegações, refere: "…a relação comercial existente a CVP e o Estado, a existir, tem que ser baseada exclusivamente na ponderação de aspetos como a necessidade e a competitividade da aquisição de serviços pelo Estado."

127 **O Tribunal discorda**, ainda, da alegação do Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde de que "… os termos dos Acordos de Cooperação são totalmente distintos dos que eram celebrados antes da celebração do novo Protocolo de Cooperação, em 29.10.2010. (…) [verificando-se] a inexistência de uma qualquer referência ou similitude a uma alegada "opção de colocação parcialmente garantida de produção" em relação ao Hospital da Cruz Vermelha…".

128 As razões dessa discordância constam do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S:

129 Nesse Relatório de Auditoria a celebração dos Acordos de Cooperação com o Estado (através da ARSLVT) foi assimilada a uma opção real do tipo "Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção", pois, não o sendo *de jure*, a viabilidade económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, esteve sempre dependente da celebração e execução desses Acordos.

130 As projeções feitas pelo banco consultor com o objetivo de avaliar a viabilidade económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 1998, ano da constituição da sociedade, salientavam "…que a evolução financeira do Hospital, nomeadamente no que diz respeito à sua capacidade de proceder ao reembolso do endividamento financeiro e de distribuição dos dividendos, está dependente da celebração, a curto prazo, de um Protocolo entre HCVP e a ARSLVT. Com efeito, só um nível de actividade como o estimado nas projecções efectuadas é que permitirá a normalização do passivo financeiro do Hospital nos cincos primeiros anos de actividade, prazo mínimo de duração em que se encontrará em vigor o referido Protocolo." cfr. pág. 40 do estudo de viabilidade.

131 O Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S concluiu que "Entre os anos de 1998 a 2008, a ARSLVT, no âmbito dos Acordos de Cooperação celebrados com a CVP-SGH, S.A., pagou um total de € 198.508.992,00, pelos cuidados de saúde prestados a utentes do SNS.".E que, nesse período, os pagamentos "… representaram em média, 52% do total dos proveitos operacionais da CVP-SGH, S.A., …" sendo os Acordos "…decisivos para subtrair o HCVP à situação de insolvência a que tinha sido conduzido.".

132 Essas razões mantêm-se atuais dado que a presente auditoria continua a evidenciar a importância dos Acordos para o equilíbrio da exploração da sociedade de gestão verificando-se que, entre 2009 e 2011, os proveitos decorrentes da execução dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, tiveram, em média, um peso de 44%. Aliás, se se tiver presente as referenciações de doentes de outras regiões de saúde para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, objeto do ponto 4.6 do presente Volume, identificadas na presente auditoria, verifica-se que a dependência da prestação de serviços ao Estado foi ainda maior.

133 Acresce ainda que o estudo de avaliação da participação da Parpública na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, remetido no âmbito do contraditório, que serviu para o apuramento de perdas por imparidade refletidas nos documentos de prestação de contas da Parpública de 2012, tem como pressuposto a manutenção dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, até 2023, ano que coincide com o fim da cessão de exploração do Hospital à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

134 Os indicadores de acesso utilizados pela ARSLVT, IP, na sustentação da celebração dos Acordos são assumidos, pela mesma, como um dado adquirido, sem que se verifiquem ações sustentadas para a melhoria daqueles indicadores.

135 Apesar de a ARSLVT, IP, nas reuniões de negociação dos contratos programa com as unidades hospitalares do SNS, identificar indícios de ineficiências nessas unidades, nas especialidades com piores indicadores de acesso[63], não existe evidência de a mesma proceder a uma análise dos diferentes níveis de desempenho e de utilização da capacidade instalada das unidades hospitalares, identificando as suas causas e atuando sobre as mesmas orientando, no exercício das suas atribuições[64], as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.

136 Acresce que, não obstante as atribuições das ARS no âmbito da racionalização e otimização de recursos das respetivas regiões, a informação da ARSLVT, IP, que sustenta a celebração dos Acordos não utiliza quaisquer indicadores de eficiência, nomeadamente relativos à capacidade instalada e aos custos da atividade dos hospitais da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

137 Na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, os Centros Hospitalares de Lisboa Central – Hospital de Santa Marta, Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria e Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz, têm manifestado a existência de capacidade disponível não utilizada – vd. Relatórios de Auditoria n.º 8/2009 e 26/2012, da 2ª Secção do Tribunal de Contas[65], e ponto 4.5.

138 O mesmo sucede, na região de saúde do centro, mais precisamente no Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

139 Em 21 de fevereiro de 2013, o Presidente do Conselho de Administração deste Centro Hospitalar informou que "… tem possibilidade de aumentar a sua capacidade de produção [e que] tal aumento de capacidade não produzirá em momento algum, listas de espera.", especificando o Diretor do Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica, existir "… capacidade para

[63] Em sede de contraditório (ponto 10 do Volume II) o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, referiu, ainda, que no âmbito da negociação dos contratos-programa identificam vários indicadores para avaliação e atribuição de incentivos às instituições hospitalares do SNS nas áreas de acesso, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro, designadamente o tempo médio de espera e a redução de custos operacionais e, em 2013, a produtividade por médico ETC na consulta externa, em duas especialidades consideradas prioritárias.

[64] Designadamente, de planeamento regional dos recursos, de contratualização, orientação, prestação de apoio técnico e avaliação do desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, cfr. art.º 3º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

[65] Relatório de auditoria financeira ao Hospital de Curry Cabral e Relatório de auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

aumentar esta assistência até cerca de 100 doentes anualmente…"[66] prevendo "… que os doentes encaminhados e aceites para cirurgia possam ser operados no prazo de 7-10 dias". Informa ainda este cirurgião e, também, Presidente da Direção do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos que "…não existe nenhum argumento geográfico ou outro que desaconselhe a deslocação destes doentes a Coimbra.". Acrescenta ainda o Presidente do Conselho de Administração que não existem "quaisquer motivos para não ter uma abrangência a todo o território nacional.".

140 No âmbito do contraditório, a Presidente do Conselho do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e o Diretor de Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do mesmo Centro Hospitalar, bem como o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, reiteram e reforçam a informação que haviam prestado durante a presente auditoria, cfr. ponto 4.10 do Volume II.

141 Face ao que precede as ARS podiam colaborar entre si e com as unidades hospitalares para o aproveitamento dessa capacidade.

142 A inclusão dos rastreios da Retinopatia Diabética, de carácter sistemático e de base populacional, uma das novas áreas do Acordo 2012/2013, foi precedida de um inquérito que incluiu a recolha de informação sobre a capacidade instalada nos hospitais do SNS.

143 Porém, a informação da ARSLVT, IP, relativa à celebração dos Acordos de Cooperação, não efetuou uma avaliação das alternativas existentes no sentido de garantir as melhores condições na prestação do serviço. De facto, não foi equacionada a possibilidade de recurso às unidades hospitalares do SNS nem considerados outros parceiros com capacidade para a realização quer dos rastreios, designadamente aqueles com os quais a ARSLVT, IP, já tinha protocolos estabelecidos: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e Liga Portuguesa Contra o Cancro

144 Nas alegações apresentadas, o atual Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, e o seu antecessor, apontam os benefícios para o SNS de diversificação dos prestadores contratualizados, cfr ponto 7.1.2 do Volume II, argumento que **o Tribunal acolhe, salientando,** no entanto, que o mesmo não pode ser utilizado isoladamente num processo de escolha de alternativas.

145 O Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde refere não compreender "…a razão pela qual [se] conclui que, antes de a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, contratar a CVP para a prestação destes cuidados de saúde teria de consultar a [Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal] ou a [Liga Portuguesa Contra o Cancro] para aferir se os mesmos estavam interessados em prestar mais serviços para além dos que já presta, atento a que são todas IPSS, ou seja, apresentam-se perante o Estado em total igualdade de regime.". Também o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, considera que a auditoria contém "… propostas de contratação e de escolhas de outros prestadores fora do SNS …", cfr. pontos 4.2 (4) e 7.1.2. do Volume II.

146 A este respeito **o Tribunal salienta** que:

147 O Relatório não contém nenhuma referência à necessidade de consultar previamente aquelas entidades. O que se indica é que, havendo necessidade de contratar os serviços em causa a entidades externas, a ARSLVT, IP, devia ter consultado, em simultâneo e em igualdade de condições, as entidades potencialmente interessadas na prestação desses serviços.

[66] Note-se que este aumento seria possível mesmo sem aumento da capacidade instalada atual.

148 O destaque dado àquelas duas entidades no relato de auditoria deriva da existência de um histórico de prestação desses serviços à ARSLVT, IP, e de, tal como a Cruz Vermelha Portuguesa, serem entidades sem fins lucrativos.

149 O Relatório refere também a hipótese de nestas situações serem consultadas outras entidades como as entidades gestoras dos hospitais em parceria público-privado (cfr. ponto 7.1.2 do Volume II), sem prejuízo da opção óbvia, também não considerada, de recurso às unidades hospitalares no âmbito do SNS.

4.3. PREÇOS

Cfr. ponto 7.2 do Volume II

150 Os preços continuam a ter por referência preços fixados por via administrativa, que não resultam nem do mercado nem de um apuramento fidedigno dos custos da atividade do SNS (cfr. Relatório de Auditoria n.º 30/2011, da 2ª Secção do Tribunal de Contas) não estando assegurado por qualquer modo que os mesmos refletem um justo valor das prestações contratadas.

151 Nas suas alegações (ponto 4.2 (5) do Volume II), Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde discorda da recomendação formulada no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S - "*Não adoptar preços "administrativos" como preços de referência ou de aferição apriorística na negociação de preços com entidades que não façam parte do SNS.*" – considerando que "… não é consentânea com a realidade subjacente, atento a que os preços adoptados como referência para negociação são os mesmos que são negociados com os Hospitais EPE, sendo que os preços obtidos junto da CVP têm vindo a ser sempre mais baixos...".

152 Porém, **o Tribunal sublinha e reafirma** que, apesar dos preços negociados nos Acordos serem inferiores aos praticados no âmbito do SNS, não está demonstrado que os mesmos são os mais vantajosos. Acresce que os preços administrativos fixados, tendo por base os custos do SNS, incorporam as suas ineficiências, fazendo delas beneficiar o sector privado.

153 Conforme já sustentado no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção, aos preços acordados há ainda que acrescer: o custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa do SNS, o custo de oportunidade do investimento do Estado em ações da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e, ainda, o preço/valor da redução do risco de mercado associado ao Acordo de Cooperação, que se pode estimar calculando o valor da "Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção" "embutida" nos Acordos.

154 Os últimos preços negociados para a produção cirúrgica no âmbito dos Acordos de 2011 e de 2012/2013, têm por base a tabela de preços da produção cirúrgica adicional[67] que, também, serviu de referência aos Acordos celebrados com a Misericórdias em 2011 e que é utilizada no pagamento dos atos prestados por entidades privadas ou sociais no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

155 Note-se que não se pode colocar a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA em plano de igualdade com as referidas entidades privadas ou sociais, uma vez que aquela foi objeto de um *bail-out* em 1998, por parte do Estado, cfr. pontos 3 e 4.1, pelo a análise dos preços negociados nos Acordos deve considerar os custos incorridos pelo Estado no resgate.

[67] Estabelecida na Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, e, antes desta, na Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto. De ora em diante "tabela SIGIC".

156 A fraca consistência dos preços estabelecidos nos Acordos com um justo valor das prestações é, aliás, manifestada no facto de, entre maio de 2011 e o fim das negociações do Acordo de 2012/2013, a entidade prestadora dos serviços ter aceitado acomodar reduções de preços que, em várias cirurgias, ultrapassaram os 50% relativamente aos preços praticados até abril de 2011[68]. Sem prejuízo da formação dos preços atuais ainda não garantir que os mesmos refletem o valor das prestações, infere-se que os preços anteriormente estabelecidos se encontravam inflacionados.

157 Não resultando, também, do conhecimento fundado de outras condições alternativas – que poderiam, eventualmente, ser oferecidas por outros prestadores do sistema de saúde, em regime de complementaridade – não se pode concluir que os preços negociados foram os que melhor salvaguardaram os interesses do Estado e dos contribuintes.

158 Acresce que os preços pagos no âmbito dos Acordos de Cooperação surgem onerados do custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada do SNS, cuja expressão em unidades monetárias tem ficado por determinar, uma vez que não têm sido realizadas Análises Custo-Benefício, tal como recomendado no anterior Relatório de Auditoria.

159 Note-se que, no caso de existir capacidade excedentária no SNS, e para quantidades complementares, a Análise Custo-Benefício é equivalente à análise de um *outsourcing*, sendo só favorável para as finanças públicas produzir fora do perímetro do SNS quando o preço contratado for inferior ao custo no hospital do SNS com o custo marginal mais baixo.

160 Alega o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde que a referência não pode ser o custo marginal mais baixo, mas sim o hospital do SNS de referência para o utente individualmente considerado uma vez que o acesso a serviços de saúde tem uma forte componente geográfica.

161 **Embora o Tribunal reconheça** que poderão existir algumas condicionantes geográficas, **cabe-lhe salientar que** o Regulamento do Sistema Consulta a Tempo e Horas já prevê que o médico dos Agrupamentos possa referenciar o pedido para outra instituição do SNS e que o próprio programa do XIX Governo tem como objetivo estratégico, na área da saúde, "Fomentar um maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão activa do sistema, através do reforço do exercício de liberdade de escolha dentro de regras de acesso pré-definidas e reguladas, designadamente entre os operadores públicos.".

162 A título de exemplo, o custo marginal médio de uma cirurgia da especialidade de Oftalmologia indicado pelo Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, no decurso da presente auditoria, era de € 450,00[69], sendo que o melhor preço negociado com a Cruz Vermelha Portuguesa, já durante as negociações do Acordo 2012/2013, para a cirurgia da catarata[70] foi de € 666,31, isto é mais € 216,31. Considerando que o peso da cirurgia da catarata no total das cirurgias da especialidade realizadas

[68] A título de exemplo, no GDH 39, de Oftalmologia, o preço passou de € 1.599,79 para € 809,25. O preço do GDH 789, de Ortopedia, passou de € 12.204,13 para € 5.137,20. O preço do GDH 796, de Cirurgia Vascular, passou de € 6.024,31 para € 2.575,03. Na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, vários GDH tiveram reduções de preço superiores a 40%.

[69] Esclarecendo que "O facto de se apresentar um custo marginal médio prende-se com a circunstância de numa cirurgia da catarata o custo marginal ser inferior a 450 euros, mas numa cirurgia da retina já o custo marginal é muito superior a 450 euros.". O custo apresentado inclui custos com material de consumo e com pessoal (médico especialista de anestesiologia e pessoal de enfermagem) que seria necessário contratar para aumentar a produção. Quanto a instalações e equipamentos o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto refere ter capacidade excedentária e os médicos especialistas em oftalmologia seriam suficientes.

[70] Que, em 2011, representou 87,3% (1.902) do total de cirurgias realizadas (2.179) na especialidade de Oftalmologia e 85% da faturação da atividade cirúrgica dessa especialidade.

em execução do Acordo 2012/2013[71] será semelhante ao de 2011, a realização das referidas cirurgias em unidades hospitalares do SNS poderia levar a uma poupança de cerca de € 240,7 mil[72].

163 Tomando também por referência o custo unitário das cirurgias convencionais de laqueação venosa e flebo-extração, realizadas em 2010 no âmbito da produção cirúrgica adicional[73], indicado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, € 943,22, e a produção realizada e faturada pela CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA[74], conclui-se que, nesse ano, a poupança seria de cerca de € 658 mil se as cirurgias tivessem sido realizadas em unidades do SNS. Em 2011 essa poupança seria de cerca de € 257,6 mil[75].

164 O preço negociado com a Cruz Vermelha Portuguesa para o Acordo 2012/2013 para estas cirurgias é de € 947,54. Contudo, existindo ineficiências na utilização dos recursos do SNS, o mesmo é ainda onerado com o custo da capacidade instalada desperdiçada.

165 Acresce que, no preço contratado com entidades externas ao SNS, tudo o que se pague acima do custo marginal em que incorre o hospital do SNS com o custo marginal mais baixo deve, em rigor, ser considerado como comportando um "subsídio" a essas entidades, no caso em apreço, à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, enquanto prestadora dos cuidados de saúde.

166 A Cruz Vermelha Portuguesa participa no valor acrescentado contabilístico da sociedade anónima ao receber a remuneração da cessão de exploração do estabelecimento hospitalar (1,5% da faturação anual) e eventuais dividendos distribuídos pela sociedade anónima.

167 Os restantes acionistas privados, para além das remunerações e *fringe benefits*, que auferem por integrarem a Equipa Clínica e de Gestão do hospital, terão também direito a eventuais dividendos distribuídos pela sociedade anónima.

168 No ponto 4.5 procede-se a uma comparação entre os custos incorridos pela ARSLVT, IP, no âmbito dos Acordos de Cooperação e os custos incorridos em unidades hospitalares do SNS, concluindo-se que se, ao invés do recurso à prestação de serviços da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no triénio 2009-2011, os doentes tivessem sido tratados em hospitais do SNS, a poupança estimada ascenderia a cerca de € 29,8 milhões.

4.4. Execução física e financeira dos Acordos

4.4.1. Referenciação de utentes

Cfr. ponto 8.1 do Volume II

169 A referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, é realizada diretamente por unidades de cuidados de saúde primários – atualmente Agrupamentos de Centros de Saúde – e por unidades hospitalares, tendo-se verificado que a mesma nem sempre

[71] O Acordo 2012/2013 estima a realização de 1275 cirurgias. Mantendo-se o peso de 2011 da cirurgia da catarata – 87,2% - no total de cirurgias, estima-se a realização, em 2012/2013, de 1.112 cirurgias da catarata.

[72] Em 2011, a poupança seria cerca de € 1,7 milhões (€ 1.696.278), resultante da diferença entre o valor faturado pela Cruz Vermelha Portuguesa nesse ano relativamente à cirurgia da catarata - € 2.552.178 e o custo expectável no SNS - € 855.900,00.

[73] Que inclui o valor pago à equipa cirúrgica e o custo do material de consumo utilizado nessas cirurgias.

[74] 1.075 cirurgias a € 1.555,36/cirurgia.

[75] Considerando que, em 2011, foram faturadas à ARSLVT, IP, 483 cirurgias a um preço médio unitário de € 1.476,56.

tem sido precedida de averiguação sobre a capacidade instalada disponível nas unidades hospitalares do SNS.

170 A ARSLVT, IP, na qualidade de entidade financiadora e adquirente da prestação de serviços realizada ao abrigo dos Acordo, não tem assegurado a verificação prévia da capacidade instalada no SNS aquando da referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. A ARSLVT, IP, é a única entidade que pode dispor de uma visão compreensiva e de informação integrada sobre a capacidade instalada disponível, inserindo-se, também, nas suas atribuições a articulação entre os serviços da sua área geográfica de modo a garantir o cumprimento das redes de referenciação visando o ordenamento racional e a otimização dos recursos existentes.

171 Também as entidades referenciadoras nem sempre precederam as referenciações de uma averiguação da capacidade instalada disponível do SNS. Esta averiguação é, também, sua responsabilidade, no sentido de zelar pela sustentabilidade do SNS.

172 Estes Acordos, tal como foram concluídos, não incentivam a eficiência das unidades hospitalares do SNS, considerando que a responsabilidade financeira da aquisição dos serviços no âmbito dos Acordos não recai diretamente sobre aquelas, mas sobre a ARSLVT, IP.

173 Lógica diferente foi introduzida nas referenciações de doentes realizadas no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), em cujo âmbito não se inserem as referenciações para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, objeto da presente auditoria.

174 Como incentivo à maximização da utilização dos recursos, o regulamento do financiamento do SIGIC, passou, em 2012, a responsabilizar financeiramente o hospital de origem pela realização atempada de toda a atividade cirúrgica inscrita na respetivas listas de inscritos para cirurgia, passando aquele a assumir os encargos financeiros decorrentes de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros. Até então essa responsabilidade era das Administrações Regionais de Saúde.

175 Relativamente à responsabilização financeira dos hospitais pela prestação dos serviços realizados a coberto dos Acordos, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, nas suas alegações, argumenta que, "… mesmo nesta opção, haveria a necessidade de reforçar os Contratos-Programa dos Hospitais no valor respeitante à produção que é realizada (…), sendo financeiramente um exercício de resultado nulo.".

176 Sucede, porém, que o exercício só teria financeiramente resultado nulo caso a responsabilização dos hospitais pelos encargos não induzisse um maior cuidado com o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos e, consequentemente, uma redução do recurso a prestadores de serviços fora do perímetro de consolidação do SNS.

177 Assim, **o Tribunal considera** que o argumento aduzido descura a perspetiva consolidada/nacional/macroeconómica que deve também estar presente no processo de tomada de decisões que afetam todo o SNS e, no limite, a sua sustentabilidade.

4.4.1.1. Referenciação hospitalar - especialidade de Cirurgia Cardiotorácica

178 A referenciação para a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica é exclusivamente hospitalar.

179 As diligências realizadas, em 2011[76], no sentido de utilizar a capacidade instalada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, não produziram qualquer efeito. Em 2011, continuou a verificar-se a referenciação direta de utentes, i.e., sem prévia averiguação da capacidade instalada disponível nos hospitais do SNS, para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, cfr. ponto 4.4.

180 Relativamente ao Acordo de 2012/2013, a ARSLVT, IP, emitiu, em dezembro de 2012, uma circular aos hospitais a informar que apenas podem referenciar utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, após consulta aos três centros hospitalares da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a especialidade – os Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte -, e quando os mesmos declararem não ter capacidade disponível para os receber. Estabelece, ainda, a referida circular, que todas as referenciações recusadas pelos hospitais do SNS devem ser documentadas, alertando para o facto de a ARSLVT, IP, poder solicitar a qualquer momento essa documentação.

181 A este propósito, refere-se que a produção de efeitos desta instrução seria melhor assegurada se previsse a responsabilização financeira das entidades referenciadoras pela observação dos requisitos de referenciação responsabilizando-as, em caso de incumprimento, pelo encargo financeiro decorrente da prestação de serviços realizada pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

182 A exigência de que a referenciação no âmbito do Acordo de Cooperação fosse, em regra[77], feita por um dos três Centros Hospitalares de Lisboa, responsabilizando-os financeiramente pela mesma, também garantiria a otimização dos recursos existentes no SNS.

183 Acresce que a ARSLVT, IP, pode, em articulação com unidades de saúde de outras regiões, utilizar a capacidade instalada nas mesmas, nomeadamente no Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, com impacto positivo para o SNS, i.e aproveitamento da capacidade instalada, a custos inferiores aos preços pagos no âmbito do Acordo – cfr. pontos 4.2 e 4.5.

4.4.1.2. Referenciação de Agrupamentos de Centros de Saúde – outras especialidades

184 Os Agrupamentos de Centros de Saúde da ARSLVT, IP, referenciam utentes para as especialidades de Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Ortopedia e, até 2011, Urologia.

185 Desde maio de 2010 a ARSLVT, IP, reforçou o controlo sobre a referenciação de doentes para estas especialidades.

186 A inclusão do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar (Consulta a Tempo e Horas)[78], permite à ARSLVT, IP, restringir ou alargar a referenciação dos Agrupamentos de Centros de Saúde para aquele hospital, conforme a capacidade de resposta dos hospitais do SNS de referência de cada Agrupamento. No âmbito do Acordo de Cooperação 2012/2013, essa capacidade

[76] Criação do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa, em abril de 2011, e comunicação da ARSLVT, IP, ao Hospital de Curry Cabral, de março de 2011, referindo que a capacidade instalada nos hospitais públicos, para esse ano, não estava esgotada para a Cirurgia Cardiotorácica. Estas situações encontram-se evidenciadas nos pontos seguintes, relativos à execução física do Acordo.

[77] Sempre com salvaguarda da situação clínica do doente.

[78] De ora em diante, sistema de informação Consulta a Tempo e Horas.

será aferida em função do cumprimento pelos hospitais do SNS dos tempos máximos de resposta garantidos.

187 Porém, as potencialidades do sistema de informação Consulta a Tempo e Horas não estão a ser plenamente aproveitadas. A apresentação da totalidade das alternativas disponíveis na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo no âmbito do SNS, antes do recurso a prestadores de serviços externos ao SNS, permitiria aos médicos dos Agrupamentos, em conjunto com o utente, ponderar a melhor escolha, considerando a condição de saúde do utente e os indicadores de acesso, por níveis de prioridade clínica, situação já prevista no Regulamento do Sistema Consulta a Tempo e Horas.

188 O hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não está, assim, a ser utilizado para acorrer a situações prioritárias, de evidente incapacidade de resposta das unidades hospitalares do SNS, como deveria ocorrer num contexto de complementaridade.

4.4.2. EXECUÇÃO FINANCEIRA

Cfr. ponto 8.2.1. do Volume II

189 Em 2009 e 2010 o montante financeiro dos Acordos de Cooperação foi totalmente realizado existindo, porém, diferentes taxas de execução nos montantes afetos a cada uma das especialidades. Destaca-se a superação dos volumes financeiros afetos às especialidades de Cirurgia Cardiotorácica e Cirurgia Vascular, em contrapartida das reduzidas taxas de execução na especialidade de Urologia, cujos valores executados atingiram, em 2009, 28,6% e, em 2010, 24,5%, sendo que o remanescente foi reafecto a outras especialidades.

190 No entanto, nos termos da formulação dos Acordos de 2011 e 2012/2013 tais situações passaram a carecer de autorização expressa e fundamentada da ARSLVT, IP.

4.4.3. EXECUÇÃO FÍSICA

Cfr. ponto 8.2. do Volume II

4.4.3.1. ESPECIALIDADE DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

191 Apesar das recomendações feitas pelo Tribunal de Contas no Relatório de Auditoria n.º 8/2009 – 2ª S[79], as quais foram reforçadas no Relatório n.º 11/2011 - 2ª S, mantiveram-se as práticas de referenciação direta dos utentes para o hospital dos Acordos de Cooperação.

192 De 2009 a 2011, as principais unidades hospitalares referenciadoras para a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica foram o Hospital de Curry Cabral, EPE, e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

193 O peso na faturação da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, relativo à especialidade em causa, dos atos realizados a utentes referenciados por estas unidades hospitalares foi de 75%, em 2011. Em 2010 havia sido cerca de 77% e, em 2009, de 74%[80].

[79] Dirigidas à Ministra da Saúde, ao Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, e ao Conselho de Administração Hospital de Curry Cabral, no âmbito do Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas ao Hospital de Curry Cabral.

[80] Note-se que este peso é em grande parte referente ao Hospital de Curry Cabral (2009 - 63%, 2010 - 64.90% e 2011- 62,25%).

194 Em março de 2011, a ARSLVT, IP, comunicou ao Hospital de Curry Cabral, EPE, que a capacidade instalada nos hospitais públicos para o ano de 2011 não estava esgotada e, em abril de 2011, foi criado, com objetivos de aproveitamento dos recursos existentes, o Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa[81], no qual se inclui um serviço diferenciado na especialidade – o Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Hospital de Santa Marta).

195 Estas diligências, porém, não produziram qualquer resultado. O volume médio de produção mensal realizada no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nas principais linhas de produção do Acordo, no primeiro semestre do ano[82], com origem no Hospital de Curry Cabral, EPE, e na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, manteve-se idêntico ao do ano de 2010.

196 Note-se que, só em junho de 2011, e por razões estritamente formais - a inexistência nessa data de Acordo de Cooperação[83] -, a ARSLVT, IP, determinou a suspensão da referenciação de utentes nesta e nas restantes especialidades impedindo efetivamente, a partir de 1 de julho, essa referenciação.

197 Considerando a existência de capacidade instalada nos hospitais do SNS na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, já declarada à época pelos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Central e Ocidental e assumida pela própria ARSLVT, IP, na comunicação feita ao Hospital de Curry Cabral, não são claras as razões nem se encontra explicação para a manutenção das referenciações para a especialidade, entre janeiro e junho de 2011 ou, mantendo-se as referenciações, para não se ter exigido, pelo menos, aos hospitais referenciadores que, antes da referenciação, averiguassem a capacidade de resposta daqueles Centros Hospitalares.

198 A prática da referenciação direta também foi confirmada nas referenciações realizadas pelo Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca tendo-se verificado, também, uma situação de referenciação, em 2009, deste hospital para a especialidade de Cirurgia Vascular, excluída do âmbito de referenciação hospitalar nos termos dos Acordos de Cooperação que foi faturada pela CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, à ARSLVT, IP, como produção da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica.

199 A persistência da prática da referenciação direta permite concluir que as recomendações realizadas e as medidas adotadas não provocaram os resultados pretendidos de utilização dos recursos, continuando a haver produção pelo prestador de serviços que podia ter sido realizada no SNS, dada a existência de capacidade instalada disponível, tal como declarado pelos três Centros Hospitalares de Lisboa[84].

200 Em 2011, a faturação da Cruz Vermelha Portuguesa, relativa a atos realizados a utentes referenciados pelo Hospital de Curry Cabral, Maternidade Dr. Alfredo da Costa e Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca ascendeu a cerca de € 2,5 milhões[85].

201 A realização de cirurgias cardiotorácicas no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, a partir da data da suspensão da referenciação, 1 de julho de 2011, e em 2012, ano

[81] A criação do Grupo sujeitou a uma coordenação comum o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, o Hospital de Curry Cabral, EPE, e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

[82] Antes da suspensão das referenciações a partir de 1 de julho desse ano.

[83] O Acordo anterior (2008-2010) havia caducado em 31 de dezembro de 2010, não tendo a tutela aprovado a minuta, de maio de 2011, do novo Acordo.

[84] Vide Relatórios de Auditoria n.º 11/2011 e n.º 26/2012, ambos da 2ª Secção do Tribunal de Contas.

[85] € 2.544.227,87: Hospital de Curry Cabral - € 1.907.683,11; Maternidade Dr. Alfredo da Costa - € 388.367,01; Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca - € 248.177,75.

em que se aguardava a celebração de um novo Acordo, foi justificada pela ARSLVT, IP, por respeitar a situações de seguimento de doentes já anteriormente intervencionados naquele hospital.

202 Não existe evidência de terem sido estabelecidos contactos com os hospitais de referência da especialidade a fim de confirmar se existiam incapacidades técnicas que justificassem a continuação do tratamento no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

203 A este propósito, recorde-se as alegações apresentadas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 11/2011-2ªS, no sentido de que "… não existe nenhuma justificação técnica que fundamente que tais tratamentos ou observações devam ser efectuados pela equipa que os iniciou ….".

204 Analisados os processos de autorização destas cirurgias verificou-se que, com exceção de duas situações em que o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca solicitou o acompanhamento dos utentes no mencionado hospital, todos os processos encontravam-se instruídos apenas com informação da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

205 As referenciações do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca poderão eventualmente estar relacionadas com a exposição apresentada pelo Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca ao Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, datada de 6 de fevereiro de 2012, em que manifestava a sua preocupação com os resultados das intervenções efetuadas no Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santa Marta, baseada num período de observação de 6 meses (julho a dezembro de 2011) e num universo de 9 doentes, sendo que este Hospital atua na área da cirurgia cardíaca pediátrica desde 1959.

206 Nesta exposição, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca manifestava a sua preferência pela realização das cirurgias pela "…Equipa chefiada pelo Dr. Manuel Pedro de Magalhães do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa".

207 Esta exposição suscitou um despacho da tutela que deu origem a inquéritos realizados pela Direção-Geral de Saúde, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e pelo Colégio da Especialidade de Cirurgia Cardiotorácica da Ordem dos Médicos e determinou a suspensão da atividade de cirurgia cardíaca pediátrica do Hospital de Santa Marta durante a realização dos mesmos.

208 Estes inquéritos revelaram que as suspeições levantadas eram infundadas. Na sequência dos mesmos, o Secretário de Estado da Saúde mandou informar "… o H. Fernando da Fonseca que considero não haver fundamento para as suspeições levantadas…"[86].

4.4.3.2. OUTRAS ESPECIALIDADES

209 Em 16 de março de 2010, a ARSLVT, IP, remeteu faxes aos Diretores de vários Agrupamentos de Centros de Saúde, determinando que os utentes da especialidade de Oftalmologia fossem referenciados para o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, considerando a "… optimização de uma estrutura (IOGP) que tem possibilidades para produzir acima daquilo que tem vindo a contratualizar anualmente com esta ARS."

[86] Cfr. despacho final do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, no Anexo III do Volume II do Relatório de Auditoria n.º 26/2012, do Tribunal de Contas.

210 A este propósito refira-se que os Agrupamentos visados pela comunicação da ARSLVT, IP, integravam a área geográfica de referenciação do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, desde 2009[87], pelo que, nesse ano, os utentes dos Agrupamentos em causa já podiam ter sido referenciados para aquele Instituto.

211 Esta situação revela uma ação pouco tempestiva da ARSLVT, IP, na gestão da rede de referenciação em oftalmologia, em prejuízo da otimização dos recursos disponíveis.

212 A partir de 14 de maio de 2010, o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, foi incluído pela ARSLVT, IP, para efeitos de referenciação pelos Agrupamentos de Centros de Saúde, no sistema de informação Consulta a Tempo e Horas, substituindo os títulos de referenciação em papel anteriormente utilizados.

213 Durante o ano de 2010, a ARSLVT, IP, emitiu Circulares Informativas aos Agrupamentos de Centros de Saúde reiterando os pressupostos de referenciação e concretizando procedimentos relativos a essa referenciação, nomeadamente o envio regular a todos os ACES de informação relativa ao estado das listas de inscritos para primeiras consultas e cirurgias nos hospitais do SNS, tendo ainda instruído que a referenciação para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, incluísse apenas casos prioritários autorizados pelo Diretor Executivo ou Presidente do Conselho Clínico do ACES.

214 O Relatório de Acompanhamento Consulta a Tempo e Horas no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, situação a 31 de dezembro de 2010, efetuado pela ARSLVT, IP, evidencia, entre maio e dezembro de 2010, uma ligeira quebra da procura a partir de agosto, data da divulgação da última Circular.

215 Contudo, a quebra mais acentuada de pedidos de primeira consulta a partir de outubro deveu-se, não ao controlo dos requisitos de referenciação dos utentes para o prestador de serviços, mas à suspensão dos pedidos de primeira consulta para as especialidades de Oftalmologia e Cirurgia Vascular, com fundamento no excesso de procura destas especialidades relativamente ao *plafond* financeiro máximo anual consagrado à sua execução.

4.4.4. EXERCÍCIO SIMULTÂNEO DE ATIVIDADE NA CVP – SOCIEDADE DE GESTÃO HOSPITALAR, SA, E EM UNIDADES HOSPITALARES DO SNS

Cfr. Ponto 8.3 do Volume II

216 Relativamente às referenciações para cirurgia cardíaca pediátrica (Cirurgia Cardiotorácica) no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, efetuadas pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa, verificou-se que os utentes eram previamente observados, na Maternidade, por especialistas de cardiologia pediátrica, em regime de prestação de serviços. Estes especialistas averiguavam a necessidade de correção cirúrgica ou de internamento específico num serviço de cardiologia pediátrica inexistente na Maternidade.

217 O rácio de consultas/cirurgias relativo às referenciações da Maternidade é mais alto do que o verificado nas referenciações do Hospital de Curry Cabral[88] e na atividade de outras unidades

[87] Cfr, Circular Normativa n.º 6/2009 da ARSLVT, IP. À exceção dos Centros de Saúde de Sintra e Pêro Pinheiro, pertencentes ao ACES Sintra-Mafra.

[88] O n.º de consultas por cirurgia, nas referenciações com origem na Maternidade Alfredo da Costa, foi de 17,83, em 2010, e de 19,5, em 2011 (1º sem), e, nas referenciações com origem no Hospital de Curry Cabral, de 1,17, em 2010, e de 1,13, em 2011 (1º sem).

hospitalares do SNS[89], o que revela que o recurso às referenciações no âmbito dos Acordos de Cooperação foi uma forma da Maternidade suprir as suas necessidades correntes em termos de consultas de cardiologia pediátrica e não de cirurgia cardiotorácica não se verificando, portanto, o requisito de referenciação "presunção de necessidade cirúrgica"[90].

218 Os contratos de prestação de serviços, ao abrigo dos quais aqueles especialistas exerciam funções na Maternidade, foram celebrados entre esta e a MPM – Consultadoria e Gestão, Lda. O seu período de vigência decorreu entre maio de 2009 e dezembro de 2011.

219 O representante legal da MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, que assinou o contrato de prestação de serviços é acionista, presidente da Comissão Executiva e diretor clínico da CVP–Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para além de integrar o corpo clínico desta sociedade.

220 Também especialistas de cardiologia pediátrica que asseguraram a prestação de serviços da MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, na Maternidade, integram o corpo clínico da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, tendo intervindo, na Maternidade, em procedimentos de referenciação em que estão em causa interesses da sociedade de gestão.

221 Trata-se de uma situação de conflito de interesses que, além de ser suscetível de comprometer a isenção e o rigor do processo de referenciação dos utentes, viola o estabelecido nos Acordos de Cooperação relativamente aos recursos humanos da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que impedem o exercício simultâneo de atividades em estabelecimentos do SNS[91], sendo uma prática também criticável por envolver o presidente da Comissão Executiva e diretor clínico da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, com conhecimento dos Acordos de Cooperação e, no caso de uma médica especialista de cardiologia pediátrica, por se tratar de uma situação reiterada, semelhante a outra que já havia ocorrido no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

222 Ouvida no âmbito do contraditório como entidade interessada, a MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, alega que o exercício simultâneo de atividades não viola os termos dos Acordos de Cooperação considerando que "…a regra da proibição da simultaneidade do exercício é restrita às áreas clínicas mencionadas…" no respetivo objeto, no caso concreto a Cirurgia Cardiotorácica, não incluindo a especialidade de Cardiologia Pediátrica, objeto da prestação de serviços da MPM.

223 Considerando a especificidade da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, funcionando na retaguarda da rede de cuidados de saúde em cardiologia, a especialidade médica de cardiologia é a principal (senão a única) especialidade referenciadora de doentes para aquela especialidade, a interpretação efetuada pela MPM do Acordo é muito restritiva e meramente literal. Nos casos em análise os especialistas da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, intervieram em procedimentos de referenciação para esta sociedade anónima, o que não pode deixar de consubstanciar uma situação de manifesto conflito de interesses.

224 Constatou-se que uma médica especialista que exerceu funções na Maternidade, ao abrigo do contrato celebrado com a MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, foi identificada no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ª S, como participando, em violação do Acordo de Cooperação então

[89] Cfr. Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S, do Tribunal de Contas.

[90] Para além da verificação da inexistência de capacidade de resposta nos hospitais do SNS, o outro requisito de referenciação para o Hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, estabelecido nos Acordos, é a presunção de necessidade cirúrgica.

[91] Cfr. artigo 10º do Acordo vigente entre 2008 e 2010 e artigo 16º do Acordo vigente em 2011.

vigente, em processos de referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, através do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. A referida especialista prestou serviços como consultora de cardiologia pediátrica no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, entre 1996 e maio de 2009.

225 Verificou-se também que, durante os anos de 2009 a 2011, continuaram a existir referenciações de utentes pelo Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, no âmbito dos Acordos de Cooperação, com a participação de outro médico especialista, em regime de prestação de serviços, que exerce atividade simultânea no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

226 Acresce que, nesses anos, se confirmou a presença de outros dois prestadores de serviços no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca na mesma situação de exercício simultâneo de atividade neste hospital e no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em violação dos Acordos de Cooperação, embora não tenham sido identificados como intervenientes nos processos de referenciação.

227 Dos quatro médicos identificados como exercendo atividade simultânea no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca entre 2009 e 2011, dois, da especialidade de cardiologia pediátrica, mantinham, em janeiro de 2013, o exercício de funções, como prestadores de serviços, neste hospital do SNS.

228 O Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, nas suas alegações salienta, que "…o âmbito de intervenção [dos especialistas é] circunscrito à mera assessoria clínica da equipa do Serviço de Neonatologia." e informa que o apoio daqueles especialistas se mantém, "…apesar da alteração da Rede de Referenciação", referindo-se às novas regras de referenciação do Acordo 2012/2013, que implicam a consulta prévia dos Centros Hospitalares da região.

229 **O Tribunal considera** que o risco, embora parcialmente mitigado com as novas regras de referenciação[92], continua a existir, competindo às entidades públicas adotarem medidas que o eliminem por completo.

230 Sem prejuízo da responsabilidade pelo cumprimento da norma do Acordo violada recair sobre a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, sublinha-se que a ARSLVT, IP, não implementou medidas que prevenissem e detetassem eficazmente a ocorrência de conflitos de interesses[93], designadamente: exigindo que a entidade prestadora dos serviços apresente declarações da inexistência de conflitos de interesses dos profissionais[94] que exercem funções na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, a qualquer título, no âmbito das especialidades dos Acordos ou com elas relacionadas, como a Cardiologia; divulgando junto das entidades referenciadoras o impedimento constante do Acordo e a identificação dos profissionais que exercem funções na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA; e promovendo o sancionamento da entidade prestadora dos serviços[95].

---

[92] A referenciação deixou de ser direta, devendo ser sempre precedida de consulta aos três centros hospitalares da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a especialidade – os Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte -, e concretizada quando estes declararem não ter capacidade disponível para receber os doentes, exigindo a ARSLVT, IP, prova documental da recusa.

[93] Neste sentido, a ARSLVT, IP, também está sujeita à elaboração e gestão de um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, conforme recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção.

[94] Por si ou por interposta pessoa, designadamente através de sociedades comerciais.

[95] *Maxime*, através da rescisão do Acordo por violação grave de uma cláusula do mesmo ou introduzindo no Acordo uma cláusula de responsabilização financeira da entidade prestadora dos serviços pelos serviços prestados na sequência de procedimentos de referenciação com intervenção de profissionais que exercem funções no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

231 **O Tribunal salienta que**, apesar da responsabilidade pelo cumprimento da norma do Acordo recair sobre a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, conforme referido nas alegações apresentadas pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, compete a esta entidade garantir o cumprimento, implementando formas de controlo e estabelecendo sanções para o incumprimento.

232 A gestão dos conflitos de interesses tem merecido especial atenção por parte do Conselho de Prevenção da Corrupção, que, no âmbito da Recomendação nº 5/2012, de 7 de novembro, a considerou "imprescindível para uma cultura de integridade e transparência, com todos os benefícios daí resultantes para a gestão pública", recomendando que "As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados…".

4.4.5. Acertos de Contas

Cfr. Ponto 8.4. do Volume II

233 Desde 2010, na sequência de medidas adotadas no seguimento de recomendação formulada pelo Tribunal de Contas, os utentes procedem ao pagamento de taxas moderadoras pelos cuidados prestados no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. Esses valores, que ascenderam, em 2010, a cerca de € 77,1 mil e, em 2011, a cerca de € 46,4 mil, que são cobrados pela sociedade de gestão hospitalar e constituem receita da ARSLVT, IP, não fazem parte da retribuição a pagar àquela sociedade pelos serviços prestados.

234 No entanto, no âmbito dos acertos de contas, em resultado da metodologia utilizada pela ARSLVT, IP, o valor das taxas moderadoras é utilizado como remuneração da prestação de serviços, sempre que o valor faturado ultrapasse o volume financeiro estabelecido no Acordo como limite máximo da remuneração pelos serviços prestados, quando deveria, ao invés, ter um tratamento autónomo[96].

235 Verificou-se ainda que os valores faturados em 2011 refletem a faturação, após maio desse ano, de meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT), na especialidade de Oftalmologia, cerca de € 23,2 mil, sem suporte no Acordo de Cooperação, situação já identificada pela ARSLVT, IP, no processo de auditoria aos atos faturados.

4.5. Eficiência económica, preços "administrativos" e capacidade instalada[97]

4.5.1. Cirurgia Cardiotorácica

Cfr. pontos 9.1 e 10.1 do Volume II

236 Na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, cujos custos em hospitais do SNS da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (Hospital de Santa Maria), e Centro

[96] Nas suas alegações, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, considera "… pertinente a observação efetuada (…) relativamente à dedução do valor das taxas moderadoras, pelo que se procederá a um aditamento ao Relatório de Acerto de Contas do ano em apreço …".

[97] O Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, no âmbito do contraditório, contestam a metodologia de comparação dos custos incorridos pela prestação de cuidados nos hospitais do SNS e os preços pagos pela produção realizada no âmbito dos Acordos de Cooperação.
A justificação de metodologia utilizada, para além de constar dos pontos 3 e 9 do Volume II, foi desenvolvida nos pontos 4.4 (2) e 4.8 (2 e 4) do mesmo Volume, a propósito das alegações.

Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Hospital de Santa Marta) - foram analisados no Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S, os custos unitários por doente tratado, suportados pela ARSLVT, IP, no âmbito dos Acordos de Cooperação, são superiores aos custos apurados em unidades hospitalares do SNS, mesmo depois de ajustados pelo Índice de Case-Mix (ICM)[98].

Quadro 4 – Custo unitário produção em unidades hospitalares do SNS *vs* custo unitário produção no âmbito do Acordo de Cooperação

Custos (€) (Cirurgia Cardiotorácica)	CHLN (Sta Maria)			CHLC (Sta Marta)			HCVP (CVP-SGH, SA)		
	2009	2010	2011*	2009	2010	2011*	2009	2010	2011
C Unit/doente tratado	6.400	6.665	6.912	8.749	8.817	9.143	11.659	11.207	11.351
C Unit/doente tratado (ajustado ICM)	1.391	1.394	1.446	1.895	1.829	1.897	2.213	2.224	2.202
C Unit Var/doente tratado (ajustado ICM)	668	720	746	828	876	908			

* - Valores estimados: aumento de custos pela inflação, manutenção da produção e do ICM.

Fonte: Elaboração própria, CHLN e CHLO, com base na informação constante do Relatório de Auditoria n.º 26/2012–2ª S; CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, com base em informação disponibilizada pela ARSLVT, IP.

237 No que concerne aos custos unitários por doente tratado, o sobrecusto rondou, em média, os 48% no triénio, ou cerca de 38% se considerado o efeito da complexidade (ICM).

238 Essa diferença é, ainda, superior quando se tem em conta que, numa eventual transferência da produção dos Acordos para as unidades hospitalares do SNS, apenas devem ser considerados, nestes últimos, os custos variáveis de produção, dada a capacidade instalada efetiva e disponível. Neste caso os sobrecustos apurados são cerca de 207%, ou 182% depois de considerado do ICM.

239 A poupança estimada ascenderia, no triénio 2009-2011, a cerca de € 8,6 milhões se, ao invés do recurso à prestação de serviços no âmbito dos Acordos de Cooperação, os doentes tivessem sido tratados em hospitais do SNS.

240 Acresce que, o aumento de produção nos hospitais do SNS contribuiria para a cobertura dos seus custos fixos, pelo que, como conclui o Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S, "… o aproveitamento a 100% da capacidade efetiva no SNS constitui uma oportunidade para reduzir os prejuízos operacionais e promover a sustentabilidade económico-financeira dos hospitais do SNS.", podendo "…os serviços de cirurgia (…) contribuir **adicionalmente** com € 2.423.307 e € 1.280.457[99], respetivamente, para a cobertura dos custos fixos (encargos de estrutura) dos 2 centros hospitalares[100], caso os níveis de produção tivessem atingido aquelas capacidades efetivas[101]".

241 Recorde-se que nesse Relatório de Auditoria se concluiu "… existir capacidade efetiva disponível (oferta) nas unidades hospitalares do perímetro do SNS", acrescentando que, "No caso particular da

[98] Coeficiente global de ponderação da produção dum hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos.

[99] No Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE: € 7842 x 309 = € 2.423.307.

No Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE: € 8.536 x 150 = € 1.280.457.

[100] Note-se que, no caso do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, estes não são cobertos pelos restantes serviços, uma vez que o hospital é deficitário.

[101] 309 cirurgias adicionais no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e 150 cirurgias adicionais no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a existência de capacidade efetiva disponível nas unidades hospitalares do SNS tem sido uma realidade continuada nos últimos 4-5 anos"[102].

242 Salienta-se, ainda a existência de capacidade instalada disponível noutras regiões de saúde, designadamente no Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, cfr. ponto 4.2[103].

4.5.2. OUTRAS ESPECIALIDADES

Cfr. pontos 9.2 e 10.2 do Volume II

243 Os custos unitários da atividade contratada, entre 2009 e 2011, no âmbito dos Acordos de Cooperação, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular e Ortopedia são, em geral, superiores aos custos unitários estimados da atividade das unidades hospitalares do SNS, incluindo os disponibilizados por alguns hospitais.

244 Verifica-se que, em qualquer das especialidades, o custo unitário da atividade cirúrgica das unidades hospitalares do SNS, ajustado pela complexidade, é substancialmente inferior ao custo unitário da atividade cirúrgica paga no âmbito dos Acordos de Cooperação. De facto, os custos unitários do SNS nas várias especialidades, no triénio, representam entre cerca de 41% e 72% dos encargos unitários suportados pela ARSLVT, IP, com aqueles Acordos.

245 Também no caso das consultas externas, as especialidades de Cirurgia Vascular e Oftalmologia apresentam custos unitários inferiores nas unidades hospitalares do SNS, apenas se verificando o inverso na especialidade de Ortopedia.

246 A transferência, para o SNS, da produção prevista no âmbito dos Acordos de Cooperação, nas especialidades de Cirurgia Vascular, Oftalmologia e Ortopedia, permitiria uma poupança estimada, nos 3 anos em análise, em cerca de € 21,2 milhões[104].

247 A informação de capacidade instalada nos hospitais da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo revela a existência de diferentes níveis de utilização da mesma.

248 Na informação reportada, em 2012, pelos hospitais da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no decurso da auditoria, estes referiram ter instalações e equipamentos (capacidade física) que permitiriam um eventual aumento da produção de consultas e cirurgias nas áreas cirúrgicas dos Acordos. Porém alertam para a existência de constrangimentos no que respeita à disponibilidade de recursos humanos, em especial médicos, incluindo anestesiologistas e enfermeiros, cuja contratação depende de autorização da tutela.

249 Sem acréscimo destes profissionais, a alternativa é o recurso à produção adicional, o que apesar de implicar o pagamento de acréscimos remuneratórios aos profissionais aderentes, representa uma

---

[102] Esta capacidade havia, aliás, já sido declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa, nos Relatórios de Auditoria n.º 8/2008 – 2ª S, e no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S.

[103] Note-se que os custos unitários por doente tratado, no Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, que manifestou a sua disponibilidade para aumentar a produção em 100 cirurgias/ano, com a atual capacidade instalada, são até inferiores aos verificados nos centros hospitalares de Lisboa. Em 2010, os custos totais unitários, ajustados pelo ICM, ascenderam a € 1.173, e os variáveis, a € 425.

[104] Cfr. ponto 9 e Anexo IV do Volume II.

alternativa à aquisição dos serviços a entidades externas ao SNS. Acresce que, o aumento de produção contribuiria para o aproveitamento da capacidade física instalada.

250 Recorde-se, a título de exemplo, que o custo unitário das cirurgias convencionais de laqueação venosa e flebo-extração, realizadas em 2010 no âmbito da produção cirúrgica adicional, indicado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, era de € 943,22, e o preço unitário faturado pela CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nesse ano, foi de € 1.555,36[105].

4.6. Referenciação de doentes de outras regiões de saúde para o Hospital explorado pela CVP-SGH, SA

cfr. ponto 11 do Volume II

251 Entre 2000 e 2003/2004, foram prestados cuidados de saúde a utentes das regiões de saúde do Algarve e do Alentejo, no Hospital explorado pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. Estes atos foram faturados à ARSLVT, IP, no âmbito do Acordo de Cooperação, então vigente[106], tendo como fundamento o facto de o hospital de referência daquelas regiões ser, de acordo com a Rede de Referenciação Hospitalar, o Hospital de Santa Marta, localizado na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo[107].

252 Em 2003/2004, porém, passou a ser entendimento da ARSLVT, IP, confirmado por membros do Governo de então, que o âmbito do Acordo de Cooperação deveria ser restrito aos doentes da área de abrangência exclusiva da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

253 A partir desta data, não existem evidências de referenciação de doentes da região de saúde do Alentejo para aquele hospital, ao contrário do verificado na região de saúde do Algarve.

254 De 2003/2004 a setembro de 2011, os hospitais da região de saúde do Algarve - Hospital de Faro, EPE, e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE -, com o conhecimento da ARS Algarve, IP, continuaram a referenciar diretamente os doentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, assumindo diretamente os encargos com a prestação de serviços, sem qualquer base contratual formal[108].

255 A referenciação foi feita diretamente pelos hospitais da região para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, sem prévia verificação da capacidade de resposta dos serviços de cirurgia cardiotorácica do SNS, com exceção das referenciações do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, a partir de novembro de 2010.

256 No âmbito do contraditório, os responsáveis do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, referem que a prévia verificação da capacidade de resposta dos serviços de cirurgia cardiotorácica do SNS "…era sempre efetuada, apesar de nem sempre existirem evidências escritas porque os

[105] Em 2011 o preço médio foi de € 1.476,56 e, em 2012/2013, o preço negociado é de € 947,54.

[106] Acordo celebrado entre a ARSLVT, IP e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 1998.

[107] As regiões de saúde do Algarve e do Alentejo, dispondo de serviços de cardiologia, não dispõem de serviços de cirurgia cardiotorácica, pelo que a retaguarda cirúrgica tem de ser assegurada pelos serviços da especialidade localizados em outras regiões de saúde. A Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica, aprovada pela Ministra da Saúde em 1999, indicou o Hospital de Santa Marta, integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, como o hospital de referência das regiões de saúde do sul do país.

[108] Os preços faturados pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, aos hospitais da região de saúde do Algarve acompanharam os preços dos Acordos de Cooperação celebrados entre a ARSLVT, IP, e a sociedade de gestão hospitalar, exceto a partir de maio de 2011, não refletindo as reduções de preço acordadas pela ARSLVT, IP, no Acordo de 2011.

contactos eram feitos, regra geral, por telefone.". De modo a garantir a transparência do processo de referenciação para uma entidade exterior ao SNS, **o Tribunal considera** que os contactos devem ser sempre documentados, de modo a ficar demonstrada a inexistência de capacidade de resposta do SNS para a situação concreta do doente.

257 O recurso, em primeiro lugar, aos hospitais do SNS e, apenas em caso de absoluta incapacidade de resposta destes[109], a hospitais fora do perímetro do SNS, como o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nunca foi efetivamente ponderado pelos responsáveis da região de saúde do Algarve até 2011, ano da assinatura do "*Memorando de entendimento sobre condicionantes específicas da política económica*", acordado, em maio, pelo Governo Português, com representantes da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu e do Fundo Monetário Internacional.

258 Até 2011, nunca nenhum membro dos órgãos de gestão dos hospitais da região de saúde do Algarve[110] e da própria ARS Algarve, IP[111], cuidou dos fundamentos e da avaliação da necessidade da referenciação dos doentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, com base em Análises Custo-Benefício que ponderassem a capacidade instalada no SNS, limitando-se a seguir a prática habitual.

259 Em agosto de 2011, no âmbito de um plano de racionalização organizativa dos hospitais da região de saúde do Algarve, a ARS Algarve, IP, encetou diligências, junto da ARSLVT, IP, e dos Centros Hospitalares de Lisboa, com o objetivo de referenciar os doentes para os respetivos serviços de Cirurgia Cardiotorácica. Em setembro de 2011, os doentes começaram a ser referenciados para estes serviços sem que se tivessem verificado alterações significativas na capacidade de resposta dos Centros Hospitalares.

260 A referenciação direta de doentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, mantida pelos responsáveis das instituições de saúde da região, também contribuiu para a erosão da situação económico-financeira do Hospital de Faro, EPE, e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, uma vez que os custos incorridos pelos mesmos com a prestação de serviços da CVP- Sociedade de Gestão hospitalar, SA, não tinham correspondência nos proveitos, pois as unidades hospitalares em causa não dispõem da especialidade, não sendo financiados pela mesma.

261 Finalmente, e a fim de salvaguardar eventuais situações de falta de capacidade de resposta dos hospitais do SNS da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, recorde-se que existem outros hospitais do SNS noutras regiões com capacidade instalada disponível nesta especialidade, designadamente a declarada pelo Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e

[109] Em caso de eventual incapacidade de resposta do hospital do SNS de referência - o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE -, nada impedia que os doentes da região de saúde do Algarve fossem referenciados para outros hospitais do SNS, designadamente considerando a maior proximidade, para os situados na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo - os Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Lisboa Ocidental - e na região de saúde do Centro - no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

[110] Ressalvando, no entanto, uma deliberação, de novembro de 2010, do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio no sentido de todos os doentes serem referenciados para o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e a identificação, em 2009, pelo Hospital de Faro, EPE, da possibilidade de substituição da aquisição de serviços de cirurgia cardiotorácica à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, pela referenciação dos doentes para hospitais do SNS, a fim de proceder à reestruturação da sua situação económico-financeira.

[111] Conhecedora da situação e responsável por garantir a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geográfica.

Universitário, EPE, e pelo Diretor do Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica.

262 Em resultado da análise das respostas obtidas em sede de contraditório constante do ponto 11 do Volume II, e dos esclarecimentos posteriormente obtidos junto de responsáveis dos serviços da região de saúde do Algarve, **o Tribunal salienta que**:

263 Desde a celebração do primeiro Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 1998, o hospital explorado por esta sociedade tornou-se, para a região de saúde do Algarve, o principal destino da referenciação dos doentes, sem que os responsáveis pelo sistema (membros do Governo, responsáveis das ARS e dos hospitais) garantissem a plena utilização dos recursos do SNS.

264 À semelhança do que sucedeu nos sucessivos Acordos celebrados pela ARSLVT, IP, também no caso das referenciações de doentes da região de saúde do Algarve, não foram realizados estudos de capacidade instalada e Análises Custo-Benefício nem foram instituídos procedimentos de referenciação que vinculassem os hospitais da região a referenciarem para os hospitais do SNS e apenas em caso de absoluta e demonstrada incapacidade de resposta destes, para um prestador de serviços externo.

265 A partir de 2004, o processo de referenciação destes doentes, por falta de resposta das entidades tutelares, designadamente o Ministério da Saúde – que, entre 2004 e 2006, trocou correspondência com a ARS Algarve com vista à possível celebração de um protocolo com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, IP, sem qualquer consequência – tornou-se menos transparente pois a referenciação continuou a ser feita mas sem qualquer documento contratual que regulasse as relações entre as partes e sem que a despesa fosse objeto de qualquer planeamento anual ou plurianual.

266 Formalmente, por razões de segurança jurídica e de planeamento da despesa, os valores dos encargos anuais assumidos pelos hospitais do Algarve, evidenciados no Quadro 1, exigiam uma regulação contratual semelhante à dos Acordos de Cooperação celebrados pela ARSLVT,IP. Porém, a não atuação da tutela deu azo a uma realização casuística da despesa, apesar do carácter contínuo da mesma.

267 Alegadamente por insuficiência de resposta dos hospitais do SNS (entenda-se, listas de espera), enquanto a tutela não resolvia o problema da referenciação de doentes do SNS, os hospitais utilizaram os termos de responsabilidade para assumirem, caso a caso, os encargos com a prestação de serviços. Podiam, em alternativa ter suspendido a referenciação para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, IP, e referenciado para os hospitais do SNS, porém optaram pelo hospital que, alegadamente, dava a resposta mais atempada.

268 Estas observações, de carácter formal, não prejudicam as conclusões do presente Relatório no sentido de que a referenciação de doentes para entidades fora do perímetro de consolidação do SNS, quando existe capacidade instalada, não contribui para a sustentabilidade do SNS.

269 A referenciação de doentes das regiões de saúde do Algarve e de Lisboa para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, IP, considerando a existência de listas de espera, coloca ainda a questão da equidade no acesso relativamente a doentes de outras regiões de saúde.

270 Designadamente, os doentes da região de saúde do Alentejo que, à semelhança do Algarve, não tem a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, têm sido referenciados para os hospitais do SNS, cfr. § 101 , sujeitando-se às listas de espera destes hospitais, não sendo concebível que essa referenciação seja feita com risco para os doentes.

271 Refira-se, por fim, que o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, na sua pronúncia sobre o relato de auditoria, reiterou a possibilidade de referenciação de doentes do Algarve para aquele Centro Hospitalar.

5. Recomendações

Considerando que no geral as recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ªS não foram acolhidas, reiteram-se as principais recomendações nele constantes formulando-se novas recomendações decorrentes da auditoria realizada.

Quanto à participação do Estado na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

5.1. À Ministra de Estado e das Finanças

1. Considerando que a participação do Estado na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e os Acordos de Cooperação celebrados pela ARSLVT, IP, são os dois componentes essenciais da intervenção do Estado no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, iniciada com o respetivo resgate de 1998, e que o desempenho económico-financeiro daquela participação tem ficado aquém do esperado, ponderar as propostas apresentadas pela Parpública, constantes do §37 , no sentido da sua alienação ou, em alternativa, da renegociação do Acordo Parassocial.

2. Mandar implementar instrumentos e/ ou mecanismos de monitorização que permitam tomar decisões tempestivas, conducentes à preservação do valor do investimento do Estado na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

5.2. Ao Conselho de Administração da Parpública – Participações Públicas SGPS, SA

1. Avaliar a participação da Parpública na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, corrigindo a avaliação efetuada em 2012 por forma a garantir que a estrutura dos clientes, determinante para o volume de negócios da empresa, esteja suportada em estudos de mercado ou noutro tipo de estudos e no plano estratégico da empresa.

2. Implementar instrumentos e/ou mecanismos de monitorização que permitam tomar decisões tempestivas, conducentes à preservação do valor do investimento do Estado na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

Quanto à celebração e execução dos Acordos de Cooperação

5.3. Ao Ministro da Saúde

1. Tomar as iniciativas apropriadas no sentido de passar a estar assegurado - como instrumento de redução de custos a considerar em futuras medidas de contenção orçamental - que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS sejam, previamente, objeto de uma rigorosa Análise Custo-Benefício na ótica macroeconómica/social/coletividade.

2. Determinar que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS sejam objeto de um procedimento de análise igual ao

procedimento ao qual são submetidos os investimentos objeto do Despacho n.º 2296/2013, de 1 de fevereiro, do Secretário de Estado da Saúde[112].

3. Reconsiderar o Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, do Secretário de Estado da Saúde.

4. Determinar o levantamento da capacidade instalada nas especialidades objeto dos Acordos de Cooperação com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, de modo a reavaliar a necessidade da sua celebração.

5. Não adotar preços administrativos como preços de referência ou de aferição apriorística na negociação de preços com entidades que não façam parte do SNS. Os preços administrativos, não resultando nem do mercado nem de um apuramento fidedigno dos custos da atividade do SNS, não refletem um justo valor das prestações contratadas.

6. Mandar proceder à definição/atualização permanente da rede de referenciação da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, de modo a garantir a plena utilização da capacidade instalada nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, considerando, designadamente, a possibilidade de haver mais do que um hospital de referência e de os utentes poderem ser referenciados para outras regiões de saúde, designadamente, considerando a proximidade, para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

7. Definir regras que garantam o respeito pelas Redes de Referenciação de modo a que apenas em caso de absoluta e comprovada incapacidade de resposta dos hospitais do SNS os doentes sejam referenciados para as entidades externas ao perímetro de consolidação do SNS, com as quais tenham sido celebrados acordos.

8. Ponderar a possibilidade dos hospitais de referência do SNS serem responsabilizados financeiramente pela realização atempada da sua atividade, incluindo consultas, assumindo os encargos financeiros decorrentes da referenciação, à semelhança do que já sucede com as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros (outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas) no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

9. Determinar que futuros Acordos sejam celebrados com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considerando que esta é a entidade tecnicamente responsável pela sua execução, e de modo a impedir que regras aplicáveis apenas à Cruz Vermelha Portuguesa, instituição sem fins lucrativos, se estendam àquela sociedade.

5.4. Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

1. Sustentar a celebração de Protocolos e/ou Acordos de Cooperação, a celebrar com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS, em estudos de Análise Custo-Benefício na ótica macroeconómica/social/coletividade.

[112] Publicado no DR 2ªS, n.º 28, de 8 de fevereiro de 2013.

2. Proceder ao levantamento da capacidade instalada nas especialidades objeto dos Acordos de Cooperação com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, de modo a reavaliar a necessidade da sua celebração.

3. Proceder a diligências, junto das entidades referenciadoras, no sentido de melhorar o controlo sobre o encaminhamento e a referenciação dos utentes, de forma a evitar a assunção de custos no âmbito do Acordo quando exista capacidade instalada nos hospitais do SNS, ponderando:

   3.1. A disponibilização, no sistema de informação Consulta a Tempo e Horas, da totalidade das alternativas existentes no SNS, na área geográfica da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo;

   3.2. A responsabilização financeira da entidade referenciadora pelos encargos decorrentes das prestações de serviços realizadas no âmbito do Acordo sem título de referenciação que comprove a verificação da incapacidade de resposta do SNS;

4. Determinar que a referenciação hospitalar seja feita apenas com base em título emitido pelo Conselho de Administração das entidades do Serviço Nacional de Saúde, ou por quem detenha poderes para tal ao abrigo de um ato de delegação de poderes[113].

5. Assegurar que os titulares dos órgãos de gestão e os médicos que exercem atividade no hospital do Acordo não mantêm atividade simultânea nos estabelecimentos do SNS, ainda que através de pessoas coletivas, implementando medidas que previnam eficazmente a ocorrência de conflitos de interesses.

5.5. Ao Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

1. Providenciar pela prevenção e eliminação de situações de conflito de interesse relativamente aos médicos que exercem atividade, nas áreas do Acordo de Cooperação celebrado pela ARSLVT, IP, no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

[113] Em situações urgentes essa autorização poderá ser *a posteriori*. As entidades referenciadoras devem, ainda, manter cópias dos títulos de referenciação.

I – 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[114], são devidos emolumentos, num total de € 17.164,00, suportados pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, cfr. Anexo VII, Vol. II.

II – DETERMINAÇÕES FINAIS

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

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. a) do nº 2 do artigo 78º da Lei nº 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
   - Ministro do Estado e das Finanças;
   - Ministro da Saúde;
   - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
   - Presidente do Conselho de Administração da Parpública – Participações Públicas SGPS, SA;
   - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
   - Inspetor-Geral das Atividades em Saúde;
   - Presidentes dos Conselhos de Administração do:
     - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;
     - Centro Hospitalar de Lisboa Norte;
     - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
     - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE;
     - Hospital de Cascais;
     - Hospital Beatriz Ângelo;
     - Hospital de Faro;
     - Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE;
     - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
   - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
   - Diretores de serviços de Cirurgia Cardiotorácica do:
     - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;
     - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
     - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
     - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;
   - Ministra da Saúde no XVIII Governo Constitucional;

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

- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em funções até outubro de 2011;
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral, EPE, em 2011;
- Presidente do Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em 2011;
- Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares;
- Presidente Nacional da Cruz Vermelha Portuguesa;
- Presidente do Conselho de Administração da Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
- MPM – Consultadoria e Gestão, Lda;
- Presidente da Direção da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal;
- Presidente da Direção da Liga Portuguesa Contra o Cancro;
- Presidente do Conselho de Administração da Deloitte Consultores, S.A;
- Bastonário da Ordem dos Médicos.

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

Tribunal de Contas, em 10 de outubro de 2013

O Juiz Conselheiro Relator

(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos

(Ernesto Luís Rosa Laurentino da Cunha)

(José de Castro de Mira Mendes)

Fui presente,

O Procurador-Geral Adjunto

TRIBUNAL DE CONTAS

Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção

Relatório n.º 21/2013 – 2ª Secção

Processo n.º 27/2012 – Audit

- Volume II -

Desenvolvimento da Auditoria e Anexos

Visão

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

Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO GERAL / SUPERVISÃO

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro

(Licenciado em Direito)

Auditora-Chefe

Maria Isabel Viegas

(Licenciada em Organização e Gestão de Empresas)

EQUIPA DE AUDITORIA

Cristina Costa (Licenciada em Direito)

Pedro Fonseca (Licenciado em Economia)

ÍNDICE

Índice de Quadros

Índice de Figuras

SIGLAS/ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS, IP	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
APDP	Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
ARS, IP	Administração Regional de Saúde, IP
ARSLVT, IP	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
CA	Conselho de Administração
CD	Conselho Diretivo
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA	Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA
CTH	Consulta a Tempo Horas
DL	Decreto-Lei
EPE	Entidade Pública Empresarial
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
HCVP	Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, cuja exploração se encontra cedida à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA
ICM	Índice de Case-Mix
INTOSAI	International Organization of Supreme Audit Institutions
IP	Instituto Público
LEC	Lista de espera para consulta (1ª consulta hospitalar)
LIC	Lista de inscritos para cirurgia
LPCC	Liga Portuguesa Contra o Cancro
MCDT	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MS	Ministério da Saúde
PA	Programa de Auditoria
Parpública	Parpública – Participações Públicas SGPS, SA
PGA	Plano Global de Auditoria
PRCM	Programa de Rastreio do Cancro da Mama
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RSLVT	Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
SA	Sociedade Anónima
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Tribunal de Contas
TMRG	Tempo Máximo de Resposta Garantido

GLOSSÁRIO

Agrupamento de Centros de Saúde	Serviços de saúde, desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, IP, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. Têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Fonte: Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro A delimitação da área geográfica dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa, IP, foi inicialmente fixada pela Portaria n.º 276/2009, de 18 de março, entretanto revogada pela Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro. Os Agrupamentos referidos na presente auditoria têm por referência a delimitação feita pela Portaria n.º 276/2009.
Consulta a Tempo e Horas	Sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar. Fonte: Portaria n.º 95/2013, de 4 de março (revoga Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho)
Cruz Vermelha Portuguesa	Pessoa coletiva de direito privado e de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos. Goza dos benefícios inerentes às instituições de utilidade pública e instituições particulares de solidariedade social. Fonte: Decreto-Lei n.º 281/2007, de 7 de agosto
Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA	Sociedade comercial constituída, em 18 de maio de 1998, com o objeto social de gestão e exploração de unidades de saúde e de prestação de serviços hospitalares e um capital social de cerca de € 2.500.000,00, representada por 500.000 ações com o valor nominal de € 5,00 cada ação. A composição acionista é a seguinte: Cruz Vermelha Portuguesa, 54,7%; Estado/Parpública, 45%; 11 acionistas individuais que compõem a Equipa Clínica e de Gestão, 0,03%.
Grupos de Diagnósticos Homogéneos	Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Fonte: http://portalcodgdh.min-saude.pt
Índice de Case-Mix	Coeficiente global de ponderação da produção dum hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos. Fonte: http://portalcodgdh.min-saude.pt
Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa	Estabelecimento hospitalar cuja exploração se encontra cedida à CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, através de contrato celebrado com a Cruz Vermelha Portuguesa, em 3 de agosto de 1998, por um período de 25 anos.

Lista de inscritos para cirurgia	Conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso. Fonte: Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro
Peso relativo de um GDH	Coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado de tratar um doente típico desse GDH, expressado em termos relativos face ao custo médio do doente nacional, que tem, por definição, um coeficiente de ponderação igual à unidade. Fonte: http://portalcodgdh.min-saude.pt
Preço compreensivo	Valor médio por consulta médica realizada a um doente, que engloba o conjunto de atos clínicos e outra atividade consideradas essenciais para uma adequada prestação de cuidados, podendo integrar as especificidades de alguns grupos de doentes. Fonte: Acordos de Cooperação 2011 e 2012/2013
Redes de referenciação	Sistemas organizativos através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde – vide http://www.acss.min-saude.pt.
Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia	Sistema de regulação da atividade relativa a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e dos estabelecimentos de saúde. Fonte: Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro O SIGIC regula toda a atividade cirúrgica programada, incluindo todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição em listas de inscritos para cirurgia até à conclusão do processo, após realização da cirurgia. O seu Regulamento estabelece, como regra geral, que a transferência de utentes para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos tempos máximos de resposta garantidos por níveis de prioridade, por patologia ou grupo de patologias.
"Tabela SIGIC"	Identifica a portaria que define os preços da produção cirúrgica adicional realizada por unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas ou sociais em sede de convenções estabelecidas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, e, até à data da sua entrada em vigor, Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto.

"Tabela SNS"	Identifica a portaria que define os preços que devem ser cobrados pelas instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde por serviços prestados a beneficiários de subsistemas de saúde e a quaisquer entidades, públicas ou privadas - Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de julho, e pela Portaria n.º 19/2012, de 20 de janeiro.
Tempo Máximo de Resposta Garantido	Estabelecidos pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, em aplicação do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, relativa à Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde. Com estes instrumentos pretende-se garantir a prestação dos cuidados pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas num tempo considerado aceitável para a condição de saúde de cada utente.

Tribunal de Contas

Direcção - Geral

DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

Mod. TC 1999.001

1. Fundamento, Âmbito e Objetivos da Auditoria

Em cumprimento dos Programas de Fiscalização aprovados pelo Tribunal de Contas para 2012 e 2013 foi realizada uma auditoria de seguimento das recomendações da auditoria operacional ou de resultados - *Value for Money* - à execução do Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA – Relatório de Auditoria n.º 11/2011, aprovado em Plenário da 2ª Secção, em 14 de abril de 2011.

A inscrição da auditoria no Programa de Fiscalização tem como objetivo geral o acompanhamento da implementação das recomendações formuladas naquele Relatório de Auditoria.

A Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, objeto do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ª S, teve como objetivo geral avaliar a execução física e financeira do Acordo de Cooperação, as medidas implementadas pela ARSLVT, IP, no acompanhamento e no controlo do cumprimento do referido Acordo e, ainda, a análise comparativa entre os dados económico-financeiros reais, no período de 1998 a 2008, e as perspetivas de evolução de negócio constantes do Projeto de Reestruturação do Hospital gerido, até 1998, pela Cruz Vermelha Portuguesa e, após aquela data, pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para o mesmo período, elaborado por um banco consultor, e do relatório de uma empresa de auditoria/consultoria[1].

A presente auditoria tem como objetivos gerais apreciar o grau de acolhimento das recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ª S e o seu impacto nas áreas objeto das mesmas:

1. Monitorização e controlo da participação financeira do Estado, através da Parpública, na CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
2. Negociação e celebração dos Acordos de Cooperação de 2011 e de 2012/2013, pela ARSLVT, IP, considerando a necessidade da sua celebração, os preços acordados e os benefícios decorrentes;
3. Execução e monitorização do Acordo de Cooperação nos anos de 2009 a 2011[2].

A auditoria de cujos resultados dá conta o presente Relatório tinha sido inscrita no Programa de Fiscalização da 2ª Secção do Tribunal de Contas, de 2012. Não decorre da solicitação efetuada pelo Ministro da Saúde, na sequência da Resolução da Assembleia da República n.º 31/2013, aprovada em 22 de fevereiro de 2013[3], que "Recomenda ao Governo a realização de uma auditoria urgente, pelo Tribunal de Contas, ao acordo de cooperação celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa".

[1] O Anexo I contém uma apreciação do grau de acolhimento das recomendações.

[2] Tendo a anterior auditoria incidido sobre a execução do Acordo de Cooperação de 2008, procedeu-se, também, na presente auditoria à análise dessa execução durante os anos de 2009 e 2010, anos em que o mesmo foi prorrogado. O artigo 6º do Acordo de 2008 estabelecia que o mesmo era válido por um período de um ano automaticamente prorrogável por períodos iguais, até ao prazo máximo de três anos, a menos que denunciado por qualquer das partes contratantes.

[3] Publicada no Diário da República, 1ªS, n.º 52, de 14 de março de 2013.

2. Metodologia e Procedimentos

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adotadas pelo Tribunal de Contas e acolhidos no seu "Manual de Auditoria e de Procedimentos", tendo-se tido igualmente em conta as normas de auditoria da INTOSAI.

Na fase de planeamento procedeu-se a uma análise das respostas dadas às recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ª S, pelas entidades objeto das mesmas.

A fase de execução foi desenvolvida na DGTC, com base na informação recolhida junto da Parpública e da ARSLVT, IP, entidades destinatárias das recomendações daquele Relatório de Auditoria.

Foi ainda recolhida informação junto de unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, identificadas no Anexo I, de instituições de saúde (unidades hospitalares e ARS) das regiões de saúde do Algarve, Alentejo e Centro, e de entidades do setor social[4].

3. Condicionantes e Limitações

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

Porém, considerando que os hospitais do SNS não dispõem de sistemas de custeio por atividades que permitam uma comparação direta entre os custos incorridos pela prestação de cuidados nos hospitais do SNS e os preços pagos pela produção realizada no âmbito dos Acordos de Cooperação[5], foi utilizado o custo (médio) unitário por doente tratado resultante da contabilidade analítica dos hospitais e apurado o custo (preço médio) unitário por doente tratado no âmbito daqueles Acordos, retirando-lhes, para efeitos de comparação, o efeito do Índice de Case-Mix (ICM)[6].

Os custos unitários por doente tratado, em hospitais do SNS, na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica tiveram por base os custos apurados no Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S.

No que respeita ao apuramento dos custos unitários por doente tratado, nas restantes especialidades dos Acordos de Cooperação – Oftalmologia, Cirurgia Vascular e Ortopedia – os dados da contabilidade analítica utilizados foram os informados por diversas unidades hospitalares, no âmbito da presente auditoria. A análise da fiabilidade e comparabilidade da informação apurada pelos sistemas de contabilidade analítica implementados nos hospitais do SNS, em anteriores Relatórios de Auditoria, concluiu pela existência de diversas deficiências e limitações, especialmente no que respeita ao apuramento dos custos indiretos.

---

[4] Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e Liga Portuguesa Contra o Cancro.

[5] A este respeito, o Relatório de Auditoria n.º 30/2011 – 2ª S recomendou a implementação de modelos de custeio das atividades nas unidades hospitalares do SNS que produzam informação atual, fiável e comparável.

[6] Metodologia utilizada no Relatório de Auditoria n.º 26/2012, para comparar custos unitários dos hospitais do SNS avaliados. Considerando que os custos unitários dos hospitais não refletem eventuais diferenças na complexidade da atividade desenvolvida, utilizou-se o ICM. Este índice reflete a complexidade relativa da atividade desenvolvida em cada unidade hospitalar, em termos de consumo expetável de recursos. Sendo a produção realizada no âmbito dos Acordos de Cooperação paga pelos preços fixados administrativamente dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo para cujo cálculo está associado um Índice de Case-Mix, é possível comparar os custos de produção interna (dos hospitais do SNS) com os preços pagos por aquela produção, eliminando o efeito nos mesmos do ICM.

Acresce que esses custos podem refletir, ainda, ineficiências ao nível da organização e da atividade hospitalar, pelo que se admite a possibilidade de existência de sobrecustos, não auditados.

Refira-se, também, que os dados de capacidade utilizados nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular e Ortopedia foram os informados pelas unidades hospitalares do SNS contactadas. Trata-se de dados não auditados, não se excluindo a hipótese da existência de diferentes critérios de registo da atividade, designadamente estimativas diferentes de imputação das horas médicas às várias atividades e de apuramento de horas de bloco operatório disponíveis/agendadas/utilizadas.

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[7], o relato foi enviado às seguintes entidades:

1. Ministro de Estado e das Finanças;
2. Ministro da Saúde;
3. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
4. Presidente do Conselho de Administração da Parpública – Participações Públicas SGPS, SA.

No sentido de conferir maior amplitude ao princípio do contraditório, o relato, ou extrato do mesmo, foi ainda remetido, para efeitos de audição, na qualidade de partes interessadas, às seguintes entidades:

5. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP,;
6. Inspetor-Geral das Atividades em Saúde;
7. Presidentes dos Conselhos de Administração do:
   7.1. Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE[8];
   7.2. Centro Hospitalar de Lisboa Norte;
   7.3. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
   7.4. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE;
   7.5. Hospital de Cascais;
   7.6. Hospital Beatriz Ângelo;
   7.7. Hospital de Faro;
   7.8. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE;
   7.9. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,;
8. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
9. Diretores de serviços de Cirurgia Cardiotorácica do:
   9.1. Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE;
   9.2. Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
   9.3. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
   9.4. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;
10. Ministra da Saúde no XVIII Governo Constitucional;
11. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em funções até outubro de 2011;

[7] Alterada e republicada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto e alterada pelas Leis n.os 35/2007, de 13 de agosto, 3-B/2010, de 28 de abril,61/2011, de 7 de dezembro e n.º 2/2012, de 6 de janeiro.

[8] Integra, desde 2012, Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

12. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral, EPE, em 2011;
13. Presidente do Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em 2011;
14. Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares;
15. Presidente Nacional da Cruz Vermelha Portuguesa;
16. Presidente do Conselho de Administração da Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
17. MPM – Consultadoria e Gestão, Lda;
18. Presidente da Direção da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal;
19. Presidente da Direção da Liga Portuguesa Contra o Cancro;
20. Presidente do Conselho de Administração da Deloitte Consultores, S.A;
21. Bastonário da Ordem dos Médicos.

Com exceção das entidades identificadas nos pontos 7.2, 7.3, 7.5, 7.6, 9.4, 19, 20 e 21 *supra*, todas as restantes pronunciaram-se sobre o teor do Relato de Auditoria, tendo sido concedidas prorrogações de prazo e efetuado insistências junto das entidades que não responderam dentro do prazo primeiramente estabelecido.

No decurso da análise das alegações foram realizadas diligências e obtidos esclarecimentos subsequentes junto das seguintes entidades, algumas das quais já ouvidas em sede de contraditório:

- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em funções até outubro de 2011;
- Presidente do Conselho de Administração da Parpública – Participações Públicas SGPS, SA,
- Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
- Antigos responsáveis do Hospital de Faro e do Hospital do Barlavento Algarvio;
- Entidade pública externa que procedeu à avaliação da participação do Estado/Parpública na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, com efeitos nas contas de 2012.

O Presidente do Conselho de Administração da Parpública vem informar que o processo de avaliação da participação, realizada por uma entidade pública externa, foi "entretanto concluído, [tendo permitido] obter uma avaliação com base no método DCF (…) com base na qual a Parpública pôde contabilizar a sua participação nas contas relativas ao ano de 2012 pelo justo valor à data de 31 de dezembro de 2012."

Todas as alegações/respostas apresentadas constam, na íntegra, do Volume III 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.

Os pontos 4.1 a 4.10 destacam, em síntese, os comentários, de teor mais global, que algumas entidades apresentaram. Os restantes comentários constam, também em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

Algumas das alegações, considerando a sua pertinência, foram, também, evidenciadas na Apreciação Global e nas Conclusões do Relatório.

4.1. Ministro de Estado e das Finanças e Presidente do Conselho de Administração da Parpública – Participações Públicas (SGPS), S.A

O Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças informa que o Ministério nada tem a acrescentar às alegações do Presidente do Conselho de Administração da Parpública.

O Presidente do Conselho de Administração da Parpública vem informar que o processo de avaliação da participação, realizada por uma entidade pública externa, foi "entretanto concluído, [tendo permitido] obter uma avaliação com base no método DCF (…) com base na qual a Parpública pôde contabilizar a sua participação nas contas relativas ao ano de 2012 pelo justo valor à data de 31 de dezembro de 2012.".

A avaliação, em curso durante a realização da auditoria, foi considerada no presente Relatório.

Discorda da apreciação efetuada no relato de auditoria sobre a insuficiência da monitorização da situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, realizada pela Parpública, recordando o caráter minoritário da participação e os requisitos legais de controlo associados a esse caráter.

A este propósito, o Tribunal mantém a apreciação então efetuada, considerando a situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, descrita no ponto 6.3.

4.2. Ministro da Saúde

O Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde "…congratula-se com o resultado da presente Auditoria (…) atento o reconhecimento (…) da introdução de alterações, correções e melhorias que haviam sido recomendadas…".

Porém, discorda da avaliação do grau de acolhimento das recomendações do Relatório n.º 11/2011 – 2ªS, decorrente da análise efetuada na presente auditoria de seguimento e sintetizada no Anexo I, argumentando que "… todas elas foram já, por este Ministério no âmbito do mandato do XIX Governo, acolhidas e devidamente executadas."

1. Sobre as recomendações relativas à utilização de Análises Custo-Benefício

> *"Alertar / sensibilizar as ARS e demais entidades que os recursos financeiros para a Saúde, não só são escassos, como finitos, e que a única forma de introduzir esta restrição é a Análise Custo Benefício."*
>
> *"Determinar - como instrumento de redução de custos a considerar- em futuras medidas de contenção orçamental - que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS, sejam previamente objeto de uma rigorosa Análise Custo Benefício na óptica macroeconómica/social/coletividade."*

O Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde salienta, de um modo geral, "…que toda a sua atividade se tem pautado no sentido de uma sensibilização das instituições do SNS para o facto de que os recursos financeiros para a Saúde, não só são escassos, como são finitos.".

Refere "…especificamente sobre a necessidade de se proceder previamente a avaliações da capacidade instalada no SNS e da realização prévia de análises custo-benefício" que "…foram tais recomendações especialmente acolhidas pelo Despacho n.º 1116/2012 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado da Saúde…", referenciado no ponto 7.1, no qual, "mais do que alertar ou

sensibilizar (…) determinou a obrigatoriedade de que toda e qualquer contratação seja precedida de uma análise da capacidade instalada do SNS e de uma análise de custo-benefício.”.

A este respeito refere-se que a avaliação de não acolhimento, formulada no relato de auditoria e que se mantem no Relatório de Auditoria, resulta da conclusão efetuada na presente auditoria de que o Acordo de Cooperação de 2012/2013, posterior ao despacho evocado, à semelhança dos Acordos anteriores, não foi precedido de uma Análise Custo-Benefício que considerasse designadamente a capacidade instalada no SNS, apesar de, nas suas alegações, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde referir que o Acordo de 2012/2013 está sustentado “…numa avaliação prévia da capacidade instalada do SNS e análise do seu custo-benefício, atenta a necessidade de garantir os mesmos cuidados de saúde em tempo aceitável”.

O Tribunal considera que o Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, do Secretário de Estado da Saúde, não contribuiu para o acolhimento efetivo das recomendações formuladas pelo Tribunal à então Ministra da Saúde.

O primeiro parágrafo do referido despacho[9] não é esclarecedor pois não é possível separar a “análise da capacidade instalada do SNS” da Análise Custo Benefício, visto que aquela faz parte desta última.

O segundo parágrafo[10] assenta no postulado erróneo de que a Análise Custo-Benefício é uma análise exclusivamente unicritério.

Em caso algum a Análise Custo-Benefício pode desconsiderar a realização da pertinente análise multicritério[11].

Ora, tendo o referido despacho chamado a atenção para a consideração de mais critérios, apenas formalizou mais um, ou seja, “o melhor acesso aos cuidados de saúde”, o qual é quantificável.

Assim, atendendo-nos ao despacho, numa análise multicritério “o melhor acesso aos cuidados de saúde” tem um peso X% e os critérios da Análise Custo-Benefício um peso 100%-X% (sendo que X% + (100%-X%) = 100%).

Como o despacho preconiza uma análise multicritério, a ARSLVT, IP, ao ignorar[12], na sua análise, a Análise Custo-Benefício, igualou o seu peso a 0% desprezando, totalmente, a recomendação[13] que lhe foi dirigida pelo Tribunal e contrariando o espírito e a letra do despacho do Secretário de Estado da Saúde.

---

[9] Transmite à Administração Central do Sistema de Saúde, IP e às Administrações Regionais de Saúde, IP, “…que toda e qualquer contratação com o sector social e privado deve ter por base uma prévia análise da capacidade instalada do SNS, bem como uma análise custo-benefício.”.

[10] Ressalvando que uma Análise Custo-Benefício não se deve basear “… apenas em critérios economicistas ou financeiros, nem apenas quantitativos, mas também em inúmeros outros factores qualitativos, como seja, o melhor acesso aos cuidados de saúde, pelo que tal análise terá de ser adaptada à realidade em causa.”.

[11] No caso de ser multicritério, é necessário determinar os pesos a atribuir a cada critério para o cômputo do indicador que dará sustento à afetação racional de recursos escassos e finitos. A título de exemplo, *vide* MACBETH (*Measuring Attractiveness by a categorical Based Evaluation Technique*), de Carlos Bana e Costa (Instituto Superior Técnico e *London School of Economics*) e Jean-Claude Vansnick (*University of Mons-Hainaut*, Bélgica).

[12] Cfr. ponto 7.1.

[13] “*Sustentar a celebração de futuros Acordos/Protocolos com entidades privadas ou convencionadas, para a prestação de cuidados médicos, em Análises Custo-Benefício na ótica macroeconómica/social/ coletividade.*”

O Gabinete do Ministro da Saúde, em sede de alegações[14], considera o estudo apresentado pela ARSLVT, IP, como sendo uma Análise Custo-Benefício, o que não corresponde aos factos[15, 16, 17, 18, 19, 20] e vai ao arrepio das recomendações reiteradas do Tribunal[21].

A identificação de necessidades, que foi feita no processo em análise com base em indicadores de acesso, não é uma avaliação da capacidade instalada e muito menos uma Análise Custo-Benefício, da qual a avaliação da capacidade instalada seria parte integrante.

Efetivamente, conforme se refere no presente Relatório, a ARSLVT, IP, fundamentou a necessidade de celebração do Acordo de 2012/2013 em indicadores de acesso (o que foi feito), porém não fez qualquer avaliação da capacidade instalada (o que se pode fazer) nem qualquer estudo de alternativas que comparasse designadamente os custos incorridos pelo erário público com a utilização dessa capacidade e o recurso a uma entidade externa ao SNS.

A própria Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), observou, em diversos pontos do parecer que produziu sobre a fundamentação do Acordo, inicialmente previsto para 2012, que a informação da ARSLVT, IP, não contém dados sobre capacidade instalada, "supondo" ou "assumindo" a ACSS, IP, para efeitos de emissão do seu parecer, que aquela capacidade não existe (cfr. ponto 4.6).

2. *Sobre a recomendação relativa à reavaliação do Acordo de Cooperação com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., face à capacidade instalada nos Hospitais SNS*

"Reavaliar o Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., face à capacidade instalada nos Hospitais SNS."

Considera o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde que foi "… reavaliado pelo XIX Governo o Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa, sendo notória a redução no prazo - foi celebrado por apenas 1 ano e não por 3 anos como se encontrava pendente do XVIII Governo para autorização em Junho de 2011 para o triénio 2011/2012/2013 - e no montante envolvido - de mais de 20 milhões de euros para cada ano do triénio 2008/2009/2010 para cerca de 7 milhões de euros para o ano de 2013.".

O Tribunal reconhece a diminuição das quantidades e valores contratados no Acordo de Cooperação 2012/2013, mas salienta que a recomendação formulada não tem como objetivo essa

---

[14] Cfr. ponto 4.2 do Volume II.

[15] *Vide* European Commission (2008) – "*Guide to Cost-Benefit Analysis of Investment Projects.*

[16] *Vide* Boardman, A., Greenberg, D., Vining, A., Weimer, D (2006) – *Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice*, Pearson Prentice Hall, New Jersey.

[17] *Vide* Little, I.M.D, Mirrlees, J. A. (1974) – *Project appraisal and planning for developing countries*, Heinemann Educational, London.

[18] *Vide* UNIDO (1980) – *Manual for evalulation of industrial projects*, New York.

[19] *Vide* UNIDO (1995) – *Manual for the preparation of industrial feasibility studies*, New York.

[20] *Vide* Squire, L., e H. G. van der Tak (1975) – *Economic analysis of projects*, Johns Hopkins University Press / World Bank, Baltimore.

[21] As recomendações dirigidas à então Ministra da Saúde foram as seguintes: "*Alertar/sensibilizar as ARS e demais entidades que, os recursos financeiros para a Saúde, não são só escassos, como finitos, e que a única forma de introduzir esta restrição é a Análise Custo-Benefício.*" e *"Determinar - como instrumento de redução de custos a considerar em futuras medidas de contenção orçamental - que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar, com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS, sejam previamente objeto de uma rigorosa Análise Custo-Benefício na ótica macro-económica/social/coletividade.".*

diminuição, visando antes a adequada fundamentação das quantidades e valores contratados tendo em conta a capacidade instalada no SNS, o que continuou a não se verificar.

Mesmo que a avaliação concluísse pela insuficiência da capacidade instalada em algumas áreas do Acordo, uma Análise Custo-Benefício seria necessária para justificar a contratação externa face às alternativas de reforço da capacidade de produção do SNS.

O Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde refere ainda que "a noção de "capacidade de resposta" das unidades hospitalares não é o mesmo que "capacidade excedentária", ao contrário da associação direta de conceitos que se verifica em certas partes do relatório de Auditoria em apreço. Na verdade, o facto de existir capacidade de resposta em hospitais do SNS não implica que seja necessariamente excedentária, pois se implicar além dos custos fixos também horas extraordinárias dos profissionais de saúde, o hospital terá acréscimo de custos significativos através de contratação de fatores variáveis."

O Tribunal considera que a associação a que o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde alude não é efetuada ao longo do relatório, sendo aliás evidenciada a necessidade de avaliação da capacidade instalada no SNS e a sua consideração em estudos de Análise Custo-Benefício, por contrapartida à mera avaliação da capacidade de resposta. As Análises Custo-Benefício devem, ter em conta a capacidade instalada bem como avaliar a possibilidade do eventual reforço de recursos humanos, ou outros, para maximizar a utilização daquela capacidade.

O Tribunal discorda, ainda, do argumento de que "… os termos dos Acordos de Cooperação são totalmente distintos dos que eram celebrados antes da celebração do novo Protocolo de Cooperação, em 29.10.2010. De facto, bastaria a leitura do novo Protocolo de Cooperação, bem como dos Acordos de Cooperação subsequentes, para se verificar a inexistência de uma qualquer referência ou similitude a uma alegada "opção de colocação parcialmente garantida de produção" em relação ao Hospital da Cruz Vermelha…", pelas razões já constantes do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S, e que se mantêm atuais.

Nesse Relatório de Auditoria a celebração dos Acordos de Cooperação com o Estado (na figura da ARSLVT) foi assimilada a uma opção real do tipo "Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção", pois, não o sendo *de jure*, a viabilidade económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, esteve sempre dependente da celebração e execução desses Acordos.

As projeções feitas pelo banco consultor com o objetivo de avaliar a viabilidade económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 1998, ano da constituição da sociedade, salientavam "…que a evolução financeira do Hospital, nomeadamente no que diz respeito à sua capacidade de proceder ao reembolso do endividamento financeiro e de distribuição dos dividendos, está dependente da celebração, a curto prazo, de um Protocolo entre HCVP e a ARSLVT. Com efeito, só um nível de actividade como o estimado nas projecções efectuadas é que permitirá a normalização do passivo financeiro do Hospital nos cincos primeiros anos de actividade, prazo mínimo de duração em que se encontrará em vigor o referido Protocolo." cfr. pág. 40 do estudo de viabilidade.

O Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S concluiu que "Entre os anos de 1998 a 2008, a ARSLVT, no âmbito dos Acordos de Cooperação celebrados com a CVP-SGH, S.A., pagou um total de € 198.508.992,00, pelos cuidados de saúde prestados a utentes do SNS.".E que, nesse período, os pagamentos "… representaram em média, 52% do total dos proveitos operacionais da CVP-SGH, S.A., …" sendo os Acordos "…decisivos para subtrair o HCVP à situação de insolvência a que tinha sido conduzido.".

A presente auditoria (cfr. ponto 6.3) continua a evidenciar a importância dos Acordos para o equilíbrio da exploração da sociedade de gestão, verificando-se que, entre 2009 e 2011 os proveitos decorrentes da execução dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, entre 2009 e 2011 tiveram, em média, um peso de 44%.

Aliás, se tivermos presente as referenciações de doentes de outras regiões de saúde para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, objeto do ponto 11 do Relatório, identificadas na presente auditoria, verifica-se que a dependência prestação de serviços ao Estado foi ainda maior ao longo dos anos, cfr. Quadro 1.

Acresce, ainda, que o estudo de avaliação da participação da Parpública na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, remetido no âmbito do contraditório, que serviu para o apuramento de perdas por imparidade refletidas nos documentos de prestação de contas da Parpública de 2012, tem como pressuposto a manutenção dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, até 2023, que coincide com o fim da cessão de exploração do Hospital à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

3. *Sobre a recomendação relativa à reconsideração do papel da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no sistema de saúde*

> *"Reconsiderar o papel da CVP-SGH, S.A., no sistema de saúde, tendo em consideração o significativo engajamento financeiro do Estado, quer a nível de exploração, quer a nível de aporte de capital social, por razões de sustentabilidade do SNS."*

Entende o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde que a mesma foi acolhida "… porque já desde 2011 que os Acordos de Cooperação não são celebrados com [aquela entidade], mas sim com a Cruz Vermelha Portuguesa …" deixando aquela "… de constituir um prestador de serviços junto do SNS, sendo um prestador de serviços da Cruz Vermelha Portuguesa, IPSS …".

O Tribunal esclarece que a recomendação não visa uma simples alteração formal da entidade cocontratante, mas sim a avaliação da relevância para o SNS do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considerando a participação do Estado na mesma e a sua dependência dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, para além de outros clientes do SNS, cfr. Quadro 2.

Refira-se, ainda, que, como resulta da presente auditoria, a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, é a prestadora de facto e a única beneficiária dos pagamentos no âmbito dos Acordos de Cooperação, não existindo qualquer alteração de substância à relação económica anterior.

4. *Sobre a recomendação relativa a pesquisa de entidades prestadoras exteriores ao SNS*

> *"Providenciar para que, na celebração de futuros Protocolos e/ou Acordos para a prestação de cuidados de saúde, com entidades situadas fora do perímetro de consolidação do SNS, se proceda a uma pesquisa junto de entidades do sector social e/ou privado, com vista à boa gestão dos dinheiros públicos e à sustentabilidade do SNS."*

Nas alegações apresentadas argumenta-se que "Fica (...) demonstrado o acolhimento da Recomendação relativa a pesquisa de entidades prestadoras exteriores ao SNS, atento o facto de que a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, contratou os diversos serviços para os quais a capacidade instalada do SNS não se mostrava suficiente ou adequada a várias entidades do sector social e/ou privado como são a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, a Liga Portuguesa Contra o Cancro e a Cruz Vermelha Portuguesa."

A propósito da referência, realizada nos pontos 7.1.2 e 7.2 do Relatório, à possibilidade de avaliar a capacidade de resposta, para a realização dos rastreios objeto do Acordo de Cooperação, de outras entidades, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde refere não compreender "…a razão pela qual

[se] conclui que, antes de a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, contratar a CVP para a prestação destes cuidados de saúde teria de consultar a [Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal] ou a [Liga Portuguesa Contra o Cancro] para aferir se os mesmos estavam interessados em prestar mais serviços para além dos que já presta, atento a que são todas IPSS, ou seja, apresentam-se perante o Estado em total igualdade de regime.".

Recorda, ainda, que o preço negociado no Acordo de Cooperação é "20% mais baixo que o preço negociado com [aquelas] instituições (...) pelo que as duas únicas razões que podemos antecipar para uma conclusão similar à que vem exposta no Relato são as de que, (i) o Tribunal de Contas entende curial proteger umas IPSS em detrimento de outras (…) ou (ii) entende o Tribunal de Contas que a CVP não garante condições adequadas para a prestação do referido serviço…".

A este propósito o Tribunal salienta que:

- Não existe nenhuma referência à necessidade de consultar previamente a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal e a Liga Portuguesa Contra o Cancro. O que se indica é que, havendo necessidade de contratar os serviços em causa a entidades externas, a ARSLVT, IP, devia ter consultado, em simultâneo e em igualdade de condições, as entidades potencialmente interessadas na prestação desses serviços.
- O destaque dado àquelas duas entidades deriva da existência de um histórico de prestação desses serviços à ARSLVT, IP, e de, tal como a Cruz Vermelha Portuguesa, serem entidades sem fins lucrativos.
- O Relatório refere também, sem esgotar todas as possibilidades existentes, a hipótese de nestas situações, serem consultadas outras entidades como as entidades gestoras dos hospitais em parceria público-privado, sem prejuízo da opção óbvia de recurso às unidades hospitalares no âmbito do SNS, também não considerada.

Quanto à questão do preço negociado, o Tribunal mantém as observações resultantes da análise efetuada no ponto 7.2:

- Não existe evidência de estudos que sustentem a adequação do desconto negociado, dadas as diferentes condições de prestação dos serviços (nomeadamente quanto ao seu local de realização).
- Não tendo a ARSLVT, IP, considerado outras alternativas, não existe evidência do preço negociado ser inferior ao que resultaria da melhor proposta apresentada por outras entidades potencialmente interessadas na prestação dos serviços.

5. Sobre a recomendação que tem como objetivo a negociação de preços que reflitam o justo valor das prestações objeto dos Acordos

> *"Não adoptar preços "administrativos" como preços de referência ou de aferição apriorística na negociação de preços com entidades que não façam parte do SNS."*

Refere o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde que "A Recomendação (…), não é consentânea com a realidade subjacente, atento a que os preços adoptados como referência para negociação são os mesmos que são negociados com os Hospitais EPE, sendo que os preços obtidos junto da CVP têm vindo a ser sempre mais baixos, como já se referiu.".

Salienta ainda que, "…tendo em conta (…) a Lei de Bases da Saúde, não se compreende como não adoptar como referencial os valores pagos pelos mesmos serviços aos Hospitais EPE …".

Sendo certo que a Lei de Bases da Saúde estabelece que "Tendencialmente, devem ser adoptadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde" a mesma estabelece também que a contratação com

entidades externas ao SNS só deve ocorrer quando tal se "…afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos…".

Apesar dos preços negociados nos Acordos serem inferiores aos praticados no âmbito do SNS, verifica-se que não está demonstrado que os mesmos são os mais vantajosos. Acresce que os preços administrativos fixados, tendo por base os custos do SNS, incorporam as suas ineficiências, transmitindo-as, com pesadas heranças, ao sector privado.

Cfr. já sustentado no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção, aos preços acordados há ainda que acrescer: o custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa do SNS, o custo de oportunidade do investimento do Estado em ações da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e, ainda, o preço/valor da redução do risco de mercado associado ao Acordo de Cooperação, que se pode estimar calculando o valor da "Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção" "embutida" nos Acordos.

4.3. Ministra da Saúde no XVIII Governo Constitucional

A Ministra da Saúde no XVIII Governo Constitucional pronuncia-se, no sentido, de que nenhum dos "… factos descritos no mesmo [lhe] são diretamente imputáveis.", uma vez que o Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, em 29 de outubro de 2010, a que se alude no ponto 5 e Anexo 1 do presente Relatório de Auditoria, "visava tão-só estabelecer as normas gerais para a celebração – pelas ARS – de futuros acordos de cooperação …" não cabendo, "… portanto ao Protocolo de 2010 a função de, relativamente a uma efetiva cooperação com a CVP, executar ou materializar, em específico, nem a sustentação ou a análise custo-benefício, nem a eficiência sobre o SNS e /ou os impactos sobre o mesmo, nem mesmo as condições específicas como os preços unitários a aplicar.".

Sobre este último assunto, acrescenta, ainda, que "O protocolo de 2010 estabeleceu, no sentido de norma geral (…), que o pagamento de cuidados de saúde deveria ter por referência a tabela dos GDH (Cláusula IX). Ao contrário de que pretende concluir o douto Relatório não se teve como fim a imposição específica de qualquer aplicação de preços administrativos…".

Refere, também, que "… era objetivo claro do Protocolo de 2010 assegurar a efetiva complementaridade do recurso à prestação de serviços no âmbito dos acordos de cooperação que viessem a ser celebrados." e que o mesmo "… nunca (…) visou introduzir qualquer sistema substitutivo, ou mesmo impositivo de preços, condições ou – ainda – de necessidade ou obrigatoriedade de contratação com a CVP.".

Conforme referido, a propósito das alegações apresentadas pelo Chefe do Gabinete do atual Ministro da Saúde, a avaliação de não acolhimento das recomendações formuladas aos membros do Governo, efetuada pelo Tribunal, resulta da verificação da não produção de resultados práticos por parte dos atos por si praticados[22], no que a este processo de contratação diz respeito.

[22] No caso da alegante, apesar do n.º 3 da cláusula II do Protocolo de Cooperação de 29 de outubro de 2009, por si celebrado, estabelecer que o recurso à prestação de cuidados nas instituições e serviços pertencentes à Cruz Vermelha Portuguesa "… não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no setor público, avaliada em sede das administrações regionais de saúde e devidamente fundamentada, designadamente através de análises custo-benefício ...", o mesmo não determinou como condição essencial da celebração dos futuros Acordos de Cooperação a sua fundamentação em estudos de Análise Custo-Benefício. Como se conclui na presente auditoria, os Acordos de Cooperação vieram a ser celebrados sem precedência de qualquer estudo económico de análise de alternativas, incluindo a capacidade instalada do Serviço Nacional de Saúde. O mesmo sucedeu com outros atos

Quanto à determinação dos preços a praticar, o Protocolo de 2010 ao estabelecer como referência a tabela de preços dos GDH teve como consequência prática a aplicação de preços administrativos, que, como sustentado no ponto 7.2, não refletem o justo valor das prestações contratadas.

4.4. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

1. ***Sobre a análise relativa à fundamentação da celebração dos Acordos de Cooperação (ponto 7.1 do Relatório)***

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, manifesta "…surpresa perante a insistência (…) de que a contratação das especialidades com a Cruz Vermelha Portuguesa não toma em linha de conta a capacidade instalada do SNS e os respetivos custos, limitando-se a considerar indicadores de acesso." afirmando que "… a contratação de especialidades não toma por único factor de ponderação o índice de acesso dos utentes …".

A este propósito o Tribunal reitera que a informação da ARSLVT, IP, que sustenta a celebração dos Acordos de Cooperação, não contém qualquer indicador de capacidade instalada e de custos. Os indicadores de acesso refletem o desempenho efetivo das unidades hospitalares do SNS e não o seu desempenho potencial, dada a capacidade instalada, não relevada na referida informação.

Esta observação é, aliás, corroborada no parecer da ACSS, IP, relativo ao Acordo de Cooperação para 2012 (cfr. ponto 4.6).

Acrescenta, também, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, que "A partir do momento em que podem fazer incorrer a população em riscos de saúde acrescidos, as Recomendações em causa não podem interpretar-se, nesta matéria, como sendo de aplicação imediata e, menos ainda, de uma perspetiva imediatista de análise *value for money*, como pretende a Auditoria. O valor em saúde não pode ser objeto de uma análise de curto ou curtíssimo prazo, porquanto, para ser realizada com rigor, tem de decorrer de estudos científicos, que exigem anos para a respetiva elaboração, de modo a que possam aferir-se os ganhos e as perdas em saúde …" daí que "… o estudo elaborado pela Deloitte em 2009-2010 (…) não foi operativo porquanto, ao fim de quase um ano de análise, se revelou inexequível a realização de uma análise custo-benefício com níveis adequados de fiabilidade, na medida em que não foi possível proceder à ponderação de todos os factores acima mencionados com os custos que representam em todo o sistema."

O valor em saúde não pode, de facto, ser objeto de uma análise de curto ou curtíssimo prazo. Porém, neste processo, os responsáveis da ARSLVT, IP, têm demonstrado não ter uma perspetiva de longo prazo. Desde 1998, que a ARSLVT, IP, nunca considerou os efeitos da celebração dos sucessivos Acordos na sustentabilidade presente e futura do SNS, uma vez que recorre apenas a indicadores de curto prazo (indicadores de acesso) para justificar a perpetuação dos Acordos de Cooperação.

Quanto ao estudo da Deloitte, o mesmo teve em consideração os principais custos e benefícios associados à decisão, considerando a sustentabilidade do SNS, não sendo exigível a uma Análise Custo-Benefício que esta seja exaustiva para poder ser útil para a tomada de decisão.

praticados pelo atual Governo, que apesar de referirem a necessidade de fundamentação em estudos de Análise Custo-Benefício, não produziram qualquer efeito prático no processo de contratação em análise.

As observações do Presidente Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, são exemplo da ausência de proficiência quantitativa dos gestores das entidades do SNS, que parecem desconsiderar que gastos não sustentados no SNS, no presente, comprometem a sua sustentabilidade no futuro.

2. Sobre a análise da eficiência económica dos preços estabelecidos nos Acordos de Cooperação (ponto 9 do Relatório)

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, refere que a "… contabilidade analítica dos Hospitais não constitui informação suficientemente robusta para permitir aferir o custo marginal de mais uma cirurgia …", apresentando em alternativa[23]:

a) uma análise comparativa dos preços contratados no Acordo de Cooperação 2012/2013 com os preços dos contratos programa para 2011 e 2013 das três unidades hospitalares que têm todas as especialidades do Acordo de Cooperação - Centro Hospitalar de Lisboa Central, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte e o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, sublinhando que "… os preços negociados pela CVP para 2012/2013 são sempre inferiores aos do SNS.";
b) a comparação do Custo Unitário do Doente Padrão naqueles três Centros Hospitalares com o custo equivalente para a ARSLVT, IP, com os pagamentos no âmbito dos Acordos de Cooperação nos anos de 2010, 2011 e 2013.

O Tribunal discorda da primeira alternativa apresentada, uma vez que a mesma compara preços pagos a uma entidade fora do perímetro de consolidação do SNS, com os preços pagos a entidades dentro desse perímetro. Esta análise revela a incapacidade da ARSLVT, IP, em fundamentar as suas decisões numa perspetiva consolidada/nacional/macroeconómica.

Quanto à segunda análise além da ressalva efetuada pelo próprio Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, de que a mesma "…poderá comportar algumas limitações na medida em que compara a globalidade dos custos operacionais e da produção das três instituições …" com os preços pagos ao hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, o Tribunal salienta que:

- não existe nenhuma razão, a não ser a facilidade de cálculo, para considerar apenas aquelas três unidades hospitalares, de última linha, uma das quais com funções de formação pré-graduada (universitária) e de investigação, caraterísticas que se refletem nos seus custos unitários;
- a comparação utiliza custos totais e não custos marginais, sendo que estes seriam os suportados pelas unidades hospitalares do SNS com a produção resultante da prestação de cuidados de saúde aos doentes tratados no âmbito dos Acordos de Cooperação.

Sustenta-se, assim, a maior correção da análise efetuada no ponto 9 do Relatório, uma vez que a mesma tem por base a contabilidade analítica dos hospitais que, independentemente das suas deficiências e limitações, permite um nível de análise mais rigoroso relativamente a cada especialidade e tipologia de custo (fixos/variáveis) e abrange um maior número de entidades.

[23] Pontos 2.10 e 2.12 das alegações.

4.5. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em funções até outubro de 2011

De um modo geral, o Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em funções até outubro de 2011, salienta que as negociações do Acordo, encetadas em 2011, "… se pautaram por grande rigor e transparência…" e que a "… defesa dos interesses da ARS foi claramente prosseguida no âmbito das mesmas por parte do signatário (…), recusando propostas formuladas v.g. quanto a preços e atividades ou atos…". havendo uma "… tendência (…) de reduzir o peso de produção e ao melhor preço, bem como diversificar o contrato com a CVP, no sentido de este ser do melhor interesse do cidadão da região.".

Frisa, ainda, que tais negociações foram objeto de "… articulação (…) quer com os membros do Governo anterior, quer do atual…".

Conforme referido a propósito das alegações apresentadas pelo Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde (ponto 4.2) reconhece-se a diminuição das quantidades e valores ao longo das negociações. Observa-se, porém, a ausência de fundamentação das quantidades e valores contratados numa Análise Custo-Benefício.

4.6. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, vem informar que os pontos referentes à negociação e execução dos Acordos de Cooperação são da competência da ARSLVT, IP.

Porém, junta ao processo o parecer da ACSS, IP, emitido em cumprimento do despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 19 de março de 2012, que devolveu a minuta de Acordo para 2012, à ARSLVT, IP, e àquela Administração Central, com a determinação de que o processo devia ser analisado "em particular no que respeita à fundamentação da relação custo-benefício e da capacidade instalada …", referenciado nos ponto 7 do Relatório.

Nesse parecer a ACSS, IP, ressalva que o diagnóstico das necessidades em saúde compete às ARS, cabendo à ACSS, IP, desenvolver estudos com o intuito de promover uma alocação equitativa de recursos financeiros, pelo que, no que concerne à definição de necessidades em saúde como base do Acordo de Cooperação, a ACSS, IP, apenas se pronunciou sobre a informação produzida pela ARSLVT, IP, para sustentar a celebração do Acordo, que foi objeto da presente auditoria, não colocando em causa a existência de necessidades em saúde nas áreas objeto do mesmo.

Quanto à capacidade instalada no SNS para responder a essas necessidades, a ACSS, IP, observa em diversos pontos do parecer[24] que a informação da ARSLVT, IP, não contém dados sobre capacidade instalada, "supondo" ou "assumindo" [25] a ACSS, IP, para efeitos de emissão do seu parecer, que aquela capacidade não existe.

---

[24] Referindo: em matéria de realização de rastreios da retinopatia diabética e do cancro da mama, a informação da ARSLVT não refere "a análise à capacidade instalada nos Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais da região"; em matéria de atividade cirúrgica, "… importa esclarecer os motivos pelos quais é realizada uma opção por referenciação direta ao invés de se recorrer aos mecanismos de garantias de acesso ao abrigo do SIGIC."; quanto às consultas, não é "…apresentada uma análise de produtividade dos hospitais da região de saúde LVT ou de inquérito a averiguar a capacidade e resposta dos prestadores SNS …".

[25] Cfr. págs. 2 e 4 do parecer da ACSS, IP.

Considerando a capacidade instalada dos Centros Hospitalares de Lisboa na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, a ACSS, IP, questiona, ainda, mas sem consequências, "os motivos pelos quais é realizada uma opção por referenciação direta ao invés de se recorrer aos mecanismos de garantias de acesso ao abrigo do SIGIC.".

Embora as observações efetuadas no parecer da ACSS, IP, corroborem as conclusões do Relatório de Auditoria no sentido de que a celebração dos Acordos de Cooperação não tem sido precedida de um levantamento da capacidade instalada, a emissão de um parecer com base numa mera "suposição" de inexistência de capacidade, colide com o efetivo exercício da missão e atribuições da ACSS, IP, e da ARSLVT, IP, em matéria de gestão dos recursos da saúde[26].

O desconhecimento da capacidade instalada que se tem perpetuado no tempo é uma ameaça para a sustentabilidade financeira do SNS e compromete a capacidade do Estado (e dos contribuintes) de garantir o direito à proteção da saúde.

4.7. Cruz Vermelha Portuguesa

Na pronúncia apresentada, a Cruz Vermelha Portuguesa evoca a situação económico-financeira do hospital por si gerido em 1998, "… que arrastava consigo para a ruína a própria Cruz Vermelha Portuguesa.", e que esteve na origem da criação da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para argumentar que "Ciente do prejuízo social que representaria a perda de um estabelecimento hospitalar da dimensão e potencialidades do HCVP, sensível às responsabilidades que a existência de acordos internacionais sobre a existência e o papel universal da Cruz Vermelha, o Estado português contribuiu decisivamente para o elementar saneamento financeiro da situação então existente, ajudando a CVP a reduzir a números comportáveis o passivo existente, sendo necessário então, a partir daí, criar os instrumentos de gestão e operação que permitissem ao hospital e aos seus serviços saírem do fosso para que haviam sido empurrados.".

Argumenta, também, que, da criação da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, "… tirou e tira a CVP grandes benefícios, de carácter moral e patrimonial, passando o seu nome a estar directa e societariamente associado a um estabelecimento hospitalar de referência, do qual recebe também receitas significativas – desde uma renda (que tem rondado os 700.000 euros anuais) até aos dividendos que vêm sendo regularmente distribuídos – para prossecução dos seus fins de assistência social.".

Sobre a sua intervenção na celebração dos Acordos de Cooperação, considera que "… é legítimo e é natural que (…) intervenha, no espírito e dentro de limites dos respectivos acordos e protocolos, em nome próprio nas actividades que (embora se encontrem encabeçadas contratualmente numa sua afiliada) têm como fonte e causa a específica natureza social da própria CVP – que é nela que reside a razão de ser dos apoios que o Estado, em cumprimento até de acordos internacionais, tem prestado directa e indirectamente à Cruz Vermelha Portuguesa…".

A situação económico-financeira do hospital em 1998 foi referenciada no Relatório n.º 11/2011 – 2ª Secção a propósito da aquisição da participação financeira do Estado, através da PARTEST (atual Parpública), na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, remetendo-se para as suas observações e conclusões a posição do Tribunal sobre aquela aquisição.

[26] A ACSS, I.P, tem por missão assegurar a gestão, no território continental, dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS, bem como das instalações e equipamentos do SNS, cfr. art.º 3º, n.º 1 e n.os 2, als. a) a c), do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro. Por seu turno, as Administrações Regionais de Saúde, IP, gerem esses recursos a nível regional, cfr. art.º 3º, n.os 1 e 2, als. a), g), h), i), n), do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

As responsabilidades do Estado para com a Cruz Vermelha Portuguesa, instituição humanitária não-governamental, de carácter voluntário e de interesse público, não constituem o objeto da presente auditoria, cfr. ponto 1 do presente Relatório. A auditoria, de seguimento das Recomendações formuladas no Relatório n.º 11/2011 – 2ªS, tem como objeto a atuação do Estado, como acionista, através da Parpública, e como adquirente de serviços, através da ARSLVT, IP, e de unidades hospitalares do SNS.

O Tribunal sublinha que a aquisição de serviços de saúde pelo Estado só deve ocorrer nas situações em que se revele necessária e vantajosa, tendo em consideração uma Análise Custo-Benefício, para a prossecução dos fins públicos do Estado, no caso concreto a garantia do direito à proteção da saúde[27].

Também a defesa dos dinheiros públicos investidos no capital social da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, deve ser salvaguardada pela entidade competente para o efeito.

4.8. CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Apesar da extensão da pronúncia da CVP-Sociedade de Gestão Hospital, SA, constante na íntegra do Volume III, o Tribunal salienta que apenas algumas observações respeitam a factos (valores, datas) e metodologias utilizadas no relato dos auditores. Estas observações são analisadas de seguida e em pontos específicos do Relatório. Não compete ao Tribunal debruçar-se sobre os juízos opinativos formulados naquela pronúncia.

1. Sobre o prazo para apresentação das alegações

De um modo geral a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considera insuficiente o prazo para a apresentação das alegações, uma vez que considera que o seu objeto afeta diretamente os seus interesses.

A este propósito, recorda-se que a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não é entidade auditada, e que os objetivos da auditoria são claros: avaliar a atuação do Estado, como acionista, através da Parpública, e como adquirente de serviços, através da ARSLVT, IP, e de unidades hospitalares do SNS.

O Tribunal nota, também, que o prazo inicialmente concedido para a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, apresentar as suas alegações, foi igual ao de todas as outras entidades auscultadas, incluindo as entidades auditadas, tendo o mesmo sido prorrogado por período igual ao concedido ao Ministro da Saúde, não se tendo verificado prazo superior para nenhuma outra entidade.

2. Sobre a utilização de dados de outros Relatórios de Auditoria

A CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, questiona a utilização de dados e conclusões do Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ªS (vide pontos 9.1 e 10.1) argumentado que o mesmo não lhe foi dado a conhecer e que "O que se fica a saber dessa outra auditoria através do presente Relato são única e exclusivamente juízos conclusivos e abstratos...".

O objeto do Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ªS foi a análise e comparação dos custos inerentes à atividade cardiotorácica nos diferentes modelos de gestão na estrutura orgânica das unidades hospitalares do SNS. A CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não foi entidade auditada

[27] Também, parece ser esta a perspetiva da Parpública que, nas suas alegações, refere: "…a relação comercial existente a CVP e o Estado, a existir, tem que ser baseada exclusivamente na ponderação de aspetos como a necessidade e a competitividade da aquisição de serviços pelo Estado."

nem no Relatório se fez qualquer juízo que justificasse a audição, como parte interessada, da mesma.

Os Relatórios de Auditoria do Tribunal de Contas são públicos, encontrando-se o Relatório em causa disponível na página oficial do Tribunal na internet.

3. Sobre a fundamentação da celebração dos Acordos de Cooperação (ponto 7.1 do Relatório)

A CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considera que houve uma "…mudança de perspetiva por parte do Tribunal de Contas, abandonando (…) o juízo censório de ilegalidade na celebração dos referidos Acordos (…), [levando-o] a fixar-se agora na "acusação" da inexistência de fundamentos que revelem a necessidade da celebração pela ARSLVT dos Acordos de Cooperação…".

Refira-se que não houve qualquer mudança de perspetiva por parte do Tribunal de Contas. A auditoria anterior consubstanciou uma auditoria operacional ou de resultados - *Value for Money*.

Um dos focos principais das recomendações formuladas no relatório n.º 11/2011 – 2ª S respeita ao processo decisional subjacente à celebração dos Acordos de Cooperação, não constando, também, do mesmo qualquer "juízo censório de ilegalidade dos Acordos". A auditoria atual consubstancia uma auditoria de seguimento das recomendações formuladas na primeira, pelo que o seu objeto continua a ser o referido processo decisional.

Quanto à não sustentação dos Acordos de Cooperação em Análises Custo-Benefício, salienta "…não estar aí em causa o desrespeito de qualquer lei (…) mas apenas as instruções que (…) vários membros do Governo dirigiram à ARSLVT no sentido de se analisar a necessidade e a extensão dos mesmos.", referindo-se designadamente ao Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, do Secretário de Estado da Saúde.

A este propósito, refira-se que, sendo atos do Tribunal, as recomendações visam melhorar o exercício da atividade financeira pública, impondo aos seus destinatários o dever de acolhimento e, em caso de incumprimento, o dever de fundamentação.

De todo o modo, o Tribunal sublinha que a necessidade de sustentar a celebração dos acordos de cooperação, protocolos e contratos de prestação de serviços de saúde com entidades fora do perímetro do Serviço Nacional de Saúde em estudos económico-financeiros, para além de constituir uma boa prática de gestão, decorre de diversos diplomas legais[28].

Sendo certo que os preceitos invocados não referem expressamente qual o instrumento de avaliação económico-financeira que deve ser utilizado, o mesmo deve medir e avaliar os benefícios e os custos das decisões.

Invoca ainda que o facto de "…vários governantes que passaram pela pasta da Saúde…" terem aprovado os Acordos que vieram a ser celebrados pela ARSLVT, permite deduzir "…que as análises apresentadas para o efeito pela ARSLVT continham os elementos e fundamentos necessários para que se considerassem os Acordos negociados como constituindo uma boa solução para a contratação (com a CVP-SGH ou com a CVP) da prestação de cuidados de saúde complementares

[28] Designadamente Base XII, n.º 3, da Lei de Bases da Saúde, nos termos da qual aquela contratação tem de se "afigurar" vantajosa, "nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos", do artigo 6º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, que estabelece que a celebração de convenções não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no setor público, e do princípio da execução do orçamento das despesas (artigo 42º, n.º 6, al. c), da Lei de Enquadramento Orçamental) nos termos do qual nenhuma despesa pode ser autorizada sem que satisfaça o princípio da economia, eficiência e eficácia.

dos do SNS…", e observa que "…não é aos serviços de auditoria do Tribunal de Contas (…) que cabe decidir qual o grau de exigência da informação necessária para tomar tais opções.".

Sendo certo que não cabe ao Tribunal decidir sobre a contratação dos serviços nem substituir o decisor na apreciação dos fundamentos, compete ao Tribunal apreciar o processo decisional, avaliar da sua suficiência para a garantia da boa gestão dos dinheiros públicos, formular as recomendações que resultem dessa avaliação e acompanhar o respetivo acolhimento.

Sobre a sucessiva celebração de Acordos de Cooperação, desde 1998, o Tribunal tem concluído que esta nunca foi sustentada em estudos económicos que justificassem, com base na análise de alternativas, o recurso a um prestador de serviços externo.

4. Sobre a análise da eficiência económica dos preços estabelecidos nos Acordos de Cooperação (ponto 9 do Relatório)

A CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, partindo da afirmação do Relatório de Auditoria, de que os hospitais do SNS não dispõem de custeio por atividades que permitam uma comparação direta entre os custos incorridos pela prestação de cuidados nos Hospitais do SNS e os preços pagos àquela sociedade anónima (*vide* ponto 3), questiona o método de comparação utilizado no ponto 9 do Relatório, considerando que estão "…a comparar-se actividades e actos médicos muito distintos" e a considerar a totalidade da produção hospitalar e não a produção das especialidades. Alega, ainda, que não toma "…em conta a realidade patrimonial, financeira, fiscal e para-fiscal dos respetivos estabelecimentos…".

Sobre a metodologia utilizada, já eram explícitas no relato de auditoria as suas condicionantes. Porém, de entre os métodos possíveis, utilizou-se aquele que melhor permitiu ultrapassar estas condicionantes, aliás, já utilizado no Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S, na comparação dos custos unitários de quatro unidades hospitalares do SNS.

Quanto às dúvidas específicas suscitadas pelo alegante, o Tribunal esclarece que as diferenças nas atividades e nos atos médicos prestados são refletidas pelo Índice de Case-Mix de cada unidade hospitalar, utilizado na ponderação dos custos unitários exatamente para eliminar o efeito que as diferentes atividades têm nos custos[29].

Esclarece, ainda, que para o cálculo dos custos unitários das cirurgias realizadas em cada especialidade, designadamente na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, foram utilizados os custos relativos à atividade dessas especialidades e não os custos relativos a toda a atividade hospitalar, ao contrário do alegado.

Quanto a não considerar a realidade patrimonial, financeira, fiscal e para-fiscal das diferentes unidades hospitalares, remete-se para a análise efetuada no ponto 6.3.

---

[29] A CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, alega ainda que o Índice de Case-Mix é de "…fixação arbitrária…" e que "…não é objeto de divulgação no relato…".

Relativamente à primeira questão, refira-se que o Índice de Case-Mix é um ponderador utilizado internacionalmente, sendo a sua fórmula de cálculo pública. De uma forma geral, o cálculo tem por base a produção realizada em cada unidade hospitalar e o peso relativo de cada GDH, constante das diversas portarias de preços do SNS. Veja-se, a título de exemplo, a informação disponibilizada pela ACSS, IP, em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/%C3%8Dndice_de_Case-Mix_(ICM).

Refira-se também que, ao contrário do alegado, os ICM de cada unidade hospitalar constam dos quadros apresentados no Relatório (que já constavam do Relato de Auditoria), tendo sido fornecidos pelas respetivas entidades, para cada especialidade.

5. Sobre a qualidade dos serviços prestados

A CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nota, ainda, que a auditoria não refere a qualidade dos serviços prestados pelo hospital explorado pela mesma.

A este propósito refira-se que a qualidade dos serviços prestados pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nunca foi posta em causa, havendo apenas uma referência, no Anexo I, aos procedimentos de controlo da qualidade estabelecidos pela ARSLVT, IP, previstos nos Acordos de Cooperação.

4.9. Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

O Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares pronuncia-se, de um modo geral, sobre as observações feitas no Relato de Auditoria a propósito da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, considerando que existe uma "…discrepância entre a presumível e afirmada capacidade de resposta por parte dos três centros de CCT e o tempo de espera para a realização da Cirurgia, traduzido na confirmada existência de listas de espera…" e que "O incremento de atividade cirúrgica por parte dos centros dos Hospitais do SNS implica uma adequação dos recursos técnicos e humanos disponíveis…".

Salienta que foi desenvolvida pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, a pedido da ARSLVT, IP, "…uma aplicação informática que permitia monitorizar e objetivar todo…" o processo de referenciações em Cirurgia Cardíaca, "…disponibilizada para funcionamento efetivo a partir de Outubro de 2011.", sendo da opinião que "…uma parte significativa das situações injustificadas e reportadas no presente relatório de auditoria resultam da inexistência de um eficaz sistema de informação para apoio à decisão e gestão, abrindo caminho a práticas não fundamentadas.".

Sobre a rede de referenciação de Cirurgia Cardiotorácica, considera que "A definição em vigor, a nível nacional, dos circuitos de referenciação desta especialidade (…) está ultrapassada…", tendo participado "…ativamente no desenho de uma proposta (…) concluída em 2010 em parceria com a ACSS, mas entretanto não publicada.". Salienta, ainda, ser necessária a "…concentração de Serviços [dado que] a atual dispersão apenas favorece a má utilização de recursos bem como algumas das práticas referidas no Relato (…) referentes a Cirurgia Cardíaca Pediátrica.".

4.10. Outras entidades

Algumas das entidades que se pronunciaram informam nada ter a acrescentar ao conteúdo do Relato de Auditoria e, destas, algumas reiteram e reforçam a informação já prestada.

Encontram-se na primeira situação o Diretor de Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, auscultado sobre a prestação de cuidados naquela especialidade, e do Presidente da Direção da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, auscultado sobre a matéria relativa aos rastreios.

Reiteram e reforçam a informação já prestada:

- A Presidente do Conselho do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e o Diretor de Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do mesmo Centro Hospitalar que, auscultados sobre a matéria referente à prestação de cuidados de saúde nesta especialidade, informaram nada ter a acrescentar ao conteúdo do Relato de Auditoria e

reafirmaram a "… disponibilidade para receber os doentes que [lhe] sejam referenciados" na especialidade;

- O Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, que reiterou as referências feitas no Relato de Auditoria à sua capacidade instalada na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica e à possibilidade de receber doentes das outras regiões de saúde, designadamente das regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.

Ouvido sobre a matéria constante do ponto 8.3 do presente Relatório, o Inspetor-Geral das Atividades em Saúde informa que "… não dispõe de novos factos relevantes…".

Refira-se, ainda, que remetido o relato de auditoria para efeitos de contraditório aos Presidentes dos Conselhos de Administração do Hospital de Faro, EPE, e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE[30], estes remeteram pronúncia de anteriores responsáveis, considerando que os factos relatados na auditoria reportavam a um período anterior ao seu mandato.

Assim, pronunciam-se sobre a matéria objeto deste ponto do Relatório a Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Faro, EPE, entre fevereiro de 2006 e dezembro 2011, e a ex-Vogal Executiva, o ex-Diretor-Clínico e a ex-Enfermeira-Diretora do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, no período de janeiro de 2006 a dezembro 2011. Durante a análise do contraditório, foram realizadas diligências e obtidos esclarecimentos subsequentes junto destes responsáveis.

As alegações e esclarecimentos apresentados por estes responsáveis e pelo Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, respeitam à matéria constante do ponto 11, sendo objeto de análise no mesmo.

As observações apresentadas pelas restantes entidades, por respeitarem a assuntos específicos do Relatório, constam, também, dos pontos do Relatório respetivos:

- Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE – ponto 8.3;
- Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral, EPE, em 2011 – ponto 8.2.2;
- Presidente do Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em 2011 – pontos 8.2.2 e 8.3;
- Diretor de Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE – ponto 7.17.1.1;
- MPM – Consultadoria e Gestão, Lda - ponto 8.3.

5. FACTOS RELEVANTES PARA A APRECIAÇÃO DO GRAU DE ACOLHIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES

No âmbito do processo de acompanhamento das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ª S e dos trabalhos preparatórios da auditoria de seguimento daquelas recomendações, foi solicitada diversa documentação aos destinatários das mesmas. Da documentação remetida salienta-se:

- O **Protocolo de Cooperação celebrado** em **29 de outubro de 2010 entre o Ministério da Saúde** e a **Cruz Vermelha Portuguesa**, representados pela Ministra da Saúde e pelo Presidente Nacional, respetivamente.

[30] Desde 1 de julho fundidos no Centro Hospitalar do Algarve, EPE, cfr. DL n.º 69/2013, de 17 de maio.

Este Protocolo regula os termos e condições em que o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, articulam o acesso dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) à prestação de cuidados de saúde pelas instituições e serviços pertencentes à Cruz Vermelha Portuguesa, estabelecendo, designadamente normas gerais para a celebração, pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), de Acordos de Cooperação que regulam, em concreto, a prestação de cuidados de saúde por essas instituições e serviços. Estabeleceu, ainda, que a revisão dos Acordos de Cooperação então vigentes fosse feita até 30 de junho de 2011.

O Protocolo revogou o Protocolo de Cooperação de 1998[31], considerando a necessidade da sua revisão "… de forma a colmatar as suas insuficiências e ineficiências e a torná-lo mais flexível na articulação entre os estabelecimentos do SNS, e os serviços pertencentes à Cruz Vermelha Portuguesa, com vista à partilha de recursos e maior disponibilidade de oferta de serviços, de acordo com as necessidades em saúde dos cidadãos." e o reconhecimento de que a "… a CVP alia as exigências técnicas (…) das prestações de cuidados de saúde, à inexistência de fins lucrativos e à proximidade das comunidades populacionais, o que o torna importante parceiro do Estado na área da saúde."[32].

A exploração do único hospital propriedade da Cruz Vermelha Portuguesa encontra-se cedida à CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, desde 1998, pelo que todas as prestações efetuadas no âmbito dos Acordos de Cooperação são ali realizadas.

- **A negociação e celebração de um novo Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa[33], para o ano de 2011**, que se iniciou com um valor base de **€ 17.962.451,89**, e que culminou na aprovação da minuta de Acordo no valor global de **€ 14.691.702,83**, por despacho de 24 de fevereiro 2012 do Secretário de Estado da Saúde[34]. O Acordo foi assinado em 2 de março de 2012, pretendendo regularizar retroativamente a prestação de serviços de facto realizada durante o ano de 2011.

- A suspensão da **referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para primeira consulta hospitalar, em todas as especialidades,** a partir de 1 de julho de 2011, alegadamente porque o "…projecto de acordo enviado à tutela não foi autorizado, tendo o assunto sido remetido para o novo Governo…", não sendo "… possível, ter uma noção se o Governo vai autorizar a sua celebração, se pretende introduzir uma alteração, e em que data o fará."[35].

---

[31] Em desenvolvimento do qual foram celebrados os Acordos de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, vigentes até 2010.

[32] Cfr. Preâmbulo do Protocolo.

[33] E não com a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, como os Acordos vigentes até 2010.

[34] A minuta do Acordo de 2011 foi aprovada por despacho de 24 de fevereiro de 2012 do Secretário de Estado da Saúde, ao abrigo de poderes delegados por despacho n.º 1724/2012, de 26 de janeiro, do Ministro da Saúde (publicado no DR 2ªS, n.º 26, de 6 de fevereiro). Pela RCM n.º 31/2011, de 28 de julho (publicada no DR 1ªS, n.º 146, de 1 de agosto), foi autorizada a realização da despesa relativa à aquisição de serviços, num montante até € 17.962.451,89, mediante informação de cabimento da ARSLVT, IP, e delegada no Ministro da Saúde a competência "… para praticar os atos e iniciar os procedimentos necessários à regularização de relações contratuais de facto constituídas desde 1 de Janeiro.". Os poderes para a outorga do Acordo foram subdelegados no Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, pelo Despacho n.º 725/2012, de 14 de março, do Secretário de Estado da Saúde.

[35] Cfr. Circular Normativa n.º 335, de 28 de junho de 2011, da ARSLVT, IP, e ofício de 28 de março de 2012 da ARSLVT, IP, e respetivos Anexos 1 e 1A.

De acordo com a resposta, de 14 de janeiro de 2013, do Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde, à pergunta apresentada ao Governo por um Grupo Parlamentar[36], a suspensão fundamentou-se no facto de se ter "… verificado que, em junho de 2011, o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa continuava a prestar serviços sem qualquer base contratual legal, foi decidido pelo XIX Governo suspender a referenciação de doentes até que o novo Acordo fosse celebrado…".

A suspensão na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica incidiu, também, sobre os utentes com cirurgia marcada ou em seguimento após cirurgia, que, seriam repartidos pelos três Centros Hospitalares de Lisboa (Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria; Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz; e Lisboa Central – Hospital de Santa Cruz).

Esta suspensão ocorreu na sequência de pelo menos duas reuniões realizadas na ARSLVT, IP, com representantes do respetivo Conselho Diretivo, dos Conselhos de Administração e dos serviços de Cirurgia Cardiotorácica dos Centros Hospitalares referidos e, ainda, dos Conselhos de Administração e de serviços clínicos do Hospital de Curry Cabral, EPE, e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa[37].

O propósito das reuniões foi o de inquirir sobre a possibilidade dos mesmos receberem os utentes que deixariam de ser referenciados para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em virtude da suspensão da referenciação, tendo os mesmos confirmado terem capacidade instalada disponível para receberem esses doentes.

No segundo semestre de 2011, realizaram-se, também, reuniões com representantes da ARSLVT,IP, dos três Centros Hospitalares de Lisboa, da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, e do Hospital de Faro, também, com o objetivo de apurar a capacidade de resposta dos serviços de Cirurgia Cardiotorácica daqueles Centros Hospitalares para receberem os doentes da região de saúde do Algarve, até então, referenciados diretamente para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, pelos hospitais daquela região, cfr. ponto 11.

Os doentes da região de saúde do Algarve passaram a ser referenciados a partir de setembro de 2011 para os centros de referência do SNS. Esta alteração na referenciação dos doentes da região de saúde do Algarve teve por base os compromissos assumidos pelos hospitais da região e pela ARS Algarve, IP, no plano de racionalização organizativa dos hospitais considerando a sua situação económico-financeira e os compromissos de redução da despesa assumidos no Memorando de Entendimento estabelecido com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional.

Apesar da capacidade instalada disponível nos três Centros da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o Acordo 2012/2013 continua a prever a prestação de serviços na especialidade no hospital explorado pela CVP, Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, funcionando, neste contexto, como um pretenso quarto centro de cirurgia cardiotorácica.

- **A negociação de novo Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa, para o ano 2012,** sobre o qual não chegou a haver decisão definitiva, tendo sido substituído por um **Acordo para o período de um ano, a iniciar-se após a data da sua assinatura** (de ora em diante, Acordo 2012/2013), cuja minuta foi aprovada por despacho

[36] Pergunta n.º 855/XII/2.ª, de 10 de janeiro de 2013.

[37] Cfr. convocatórias e minuta de ata elaborada pela ARSLVT, IP.

do Ministro da Saúde de 23 de novembro de 2012[38]. O valor global para o Acordo de 2012/2013 ascende a **€ 7.611.421,59**.

O Acordo prevê, como novas áreas de prestação de serviços, a realização de rastreios da Retinopatia Diabética e do Cancro da Mama, no valor de € 1.293.830,65 (17% do valor total)[39].

No Anexo I destacam-se as principais recomendações formuladas no anterior Relatório de Auditoria, e, em síntese, o respetivo grau de acolhimento.

Apesar de algumas medidas tendentes ao acolhimento das recomendações, verificou-se que se mantêm as principais observações críticas e conclusões do anterior relatório de auditoria.

6. Acordos de Cooperação

6.1. Antecedentes (1998-2010)

A celebração dos Acordos de Cooperação para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo no hospital explorado pela CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, remonta a 1998.

Entre 1998 e 2010 estes Acordos foram celebrados entre a ARSLVT, IP, e a CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entidade com a qual a Cruz Vermelha Portuguesa celebrou, em 1998, um contrato de cessão de exploração do hospital designado por Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, por um período de 25 anos[40].

A criação da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 18 de maio de 1998, inseriu-se no Projeto de Reestruturação do hospital até então gerido pela Cruz Vermelha Portuguesa [41].

A intervenção do Estado no Projeto de Reestruturação realizou-se através da aquisição, em 1998, pela PARTEST (atual Parpública) de 45% (225.000 ações) do capital da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA[42], com um investimento de € 11.671.870,79 e através da celebração de sucessivos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS, que atingiram, entre 1998 e 2010, o valor acumulado de € 241.269.171,24, considerando o Projeto de Reestruturação que o primeiro Acordo, celebrado por um período inicial de 5 anos, era essencial para o desenvolvimento sustentado da atividade do hospital e para a obtenção dos índices de rentabilidade apresentados nas projeções.

---

[38] A RCM n.º 95/2012, de 31 de outubro (publicada no DR 1ªS, n.º 221, de 15 de novembro), autorizou a realização da despesa relativa à aquisição de serviços.

[39] Para além destas novas áreas, o Acordo mantém a prestação de serviços nas áreas de Cirurgia Cardiotorácica, Cirurgia Vascular, Oftalmologia e Ortopedia.

[40] Contra uma remuneração à Cruz Vermelha Portuguesa correspondente a 1,5% da faturação anual verificada no exercício anterior (até à concorrência do valor dos resultados antes de impostos). A cedência da exploração compreendeu a fruição do imóvel, a transferência dos ativos (incluindo equipamentos) e dos passivos e o pessoal que laborava no estabelecimento, ficando a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, obrigada a gerir o hospital por forma a assegurar a manutenção e o desenvolvimento da atividade deste no setor da saúde, recaindo, também, sobre ela a responsabilidade pelo exercício da atividade.

[41] Projeto datado de 16 de fevereiro de 1998. Para mais informação, consultar o referido Relatório de Auditoria.

[42] Ficando esta com a seguinte estrutura acionista: Cruz Vermelha Portuguesa - 54,7% do capital social; Estado/ Parpública - 45% do capital; Equipa Clínica e de Gestão (11 acionistas individuais) - 0,03% do capital.

A partir daí, o estabelecimento, para ser sustentável, ficou financeiramente dependente dos Acordos celebrados com o Estado.

O último Acordo celebrado com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, vigente no período 2008-2010, tinha como objeto a prestação de cuidados de saúde de Cirurgia Cardiotorácica, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Oftalmologia e Urologia.

O Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ª S incluiu dados sobre o período de 1998 a 2008, tendo observado o peso significativo da retribuição da ARSLVT, IP, ao abrigo dos sucessivos Acordos nos proveitos operacionais da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, sem que se tenham verificado os índices de rendibilidades previstos no Projeto de Reestruturação. Nesse período as rendibilidades variaram entre 2,3% e 18,8%, sendo substancialmente inferiores às previstas, entre 16,2% e 41%. Como observado no Relatório de Auditoria esta situação radicou no incumprimento dos objetivos de reestruturação, designadamente de recursos humanos[43], por parte da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

6.2. Reconfiguração dos Acordos de Cooperação vigentes no período 1998-2010

Em aplicação do Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, identificado no ponto 5, foi negociado e celebrado o Acordo de Cooperação de 2011 no valor de € 14.691.702,83 e o Acordo de Cooperação 2012/2013 entre a ARSLVT, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa, no valor de € 7.611.421,59.

O valor do Acordo de 2011 refletiu a execução das prestações de facto e a negociação ocorridas durante esse ano, bem como a suspensão da referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para primeira consulta hospitalar, em todas as especialidades, a partir de 1 de julho desse ano. O valor do Acordo até então em negociação ascendia a € 17.962.451,90[44].

O valor global do Acordo de 2012/2013, € 7.611.421,59 reflete, para além de uma diminuição das quantidades relativamente ao Acordo de 2011, a substituição, em setembro de 2012, da tabela de preços que servia de referência ao Acordo de 2011[45] e um desconto de 6% sobre os preços daquela tabela.

Apesar de ambos os Acordos terem um carácter anual, ao contrário dos celebrados ao abrigo do anterior Protocolo, a negociação do Acordo de 2011, até à suspensão da referenciação dos utentes, previa a sua prorrogação automática até ao máximo de dois anos.

Conforme se referiu no ponto 5, as atividades objeto dos Acordos de Cooperação são executadas no hospital cuja exploração se encontra cedida à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA[46]. A este

[43] Cfr. exposto no referido Relatório de Auditoria, "O Projecto de Reestruturação pressupunha um objectivo de redução de efectivos de 480 para 355, em 1998, ou seja cerca de 30%, quando a Parpública, em 7 de Março de 2001, citando a Administração da CVP-SGH, S.A., alerta para o facto, do número já atingir 510, em 2000, ou seja, em vez de ter reduzido 30% tinha aumentado 43,66% em relação ao objectivo (cerca de € 5 milhões)".

[44] Minuta de maio de 2011 e valor da despesa autorizado pela RCM n.º 31/2011, de 28 de julho.

[45] A tabela de preços que até então servia de referência às negociações era a da Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto. Esta Portaria foi revogada pela Portaria n.º271/2012, de 4 de setembro. Ambas definem os preços a praticar para a produção cirúrgica adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia. A Portaria n.º 271/2012 procedeu a uma diminuição global dos preços até então praticados ao abrigo da anterior Portaria.

[46] Cfr. artigos 14º do Acordo de 2011 e da minuta do Acordo 2012/2013. Tendo por base "… o reconhecimento da liberdade de organização…" da Cruz Vermelha Portuguesa, constante da Cláusula X, n.º 1 e 2, do Protocolo de

respeito, verificou-se que o valor faturado pela Cruz Vermelha Portuguesa à ARSLVT, IP, no âmbito do Acordo de 2011 corresponde exatamente ao valor faturado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, à Cruz Vermelha Portuguesa.

Quadro 1 – Faturação CVP/ARSLVT, IP, e CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA/CVP

Fatura CVP			Fatura CVP-SGH, SA		
N.º	Data	Valor	N.º	Data	Valor
FC110123	11-08-2011	7.256.672,88	201104/2775	30-04-2011	7.256.672,88
FC110122	11-08-2011	3.094.569,00	201106/1787	30-06-2011	3.094.569,00
FC110207	11-11-2011	2.358.111,05	201109/2205	30-09-2005	2.358.111,05
FC110217	24-11-2011	686.619,35	201110/1995	31-10-2011	686.619,35
FC110244	23-12-2011	595.771,12	201111/1719	30-11-2011	595.771,12
FC120014	27-01-2012	535.223,27	201112/2401	31-12-2011	535.223,27
FC110250	31-12-2011	41.975,18	201112/2427	31-12-2011	41.975,18
	Total	**14.568.941,85**		**Total**	**14.568.941,85**

Fonte: Faturas apresentadas pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, à CVP e por esta à ARSLVT, IP

Apesar da evolução observada, constata-se que a reconfiguração dada aos Acordos de Cooperação, no que concerne à escolha do cocontratante, foi apenas formal, mantendo-se a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, como beneficiária dos pagamentos, não existindo, em substância, qualquer alteração à relação económica anteriormente estabelecida com a sociedade anónima. A Cruz Vermelha Portuguesa constituiu uma entidade meio para a preservação da relação já existente entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

A Cruz Vermelha Portuguesa apenas beneficia, tal como no período 1998-2010, pela remuneração da cessão de exploração do estabelecimento hospitalar (1,5% da faturação anual) e pela eventual distribuição de dividendos pela sociedade anónima.

Assim, a celebração dos Acordos de Cooperação diretamente com a Cruz Vermelha Portuguesa[47] e não com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entidade com fins lucrativos, permite que esta seja investida, na relação contratual com a ARSLVT, IP, do estatuto da instituição sem fins lucrativos, tendo por consequência, entre outras, a não sujeição dos Acordos à fiscalização prévia do Tribunal de Contas[48].

Alega o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, que "Na sequência do novo Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, IPSS, em 29 de outubro de 2010, foi entendimento desta ARS que qualquer acordo de cooperação celebrado ao abrigo daquele Protocolo teria de sê-lo com a CVP, IPSS e não com a CVP-SGH.".

Na pronúncia apresentada, a Cruz Vermelha Portuguesa considera que "… é legítimo e é natural que (…) intervenha, no espírito e dentro de limites dos respectivos acordos e protocolos, em nome

Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa em 29 de outubro de 2010 (cfr. fax da ARSLVT, IP, de 21 de junho de 2011). Cfr. também ofício da ARSLVT, IP, de 9 de outubro de 2012.

[47] Entidade associativa, com a natureza de pessoa coletiva de utilidade pública administrativa, que goza dos benefícios inerentes às pessoas coletivas de utilidade pública e às instituições particulares de solidariedade social, cfr. artigo 2º, n.º 2, e 3º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 281/2007, de 7 de agosto.

[48] O artigo 47º, n.º1, al. f), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pelo artigo 140.º da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril (Aprova o Orçamento de Estado para 2010), isenta da fiscalização prévia os contratos de aquisição de serviços celebrados com instituições sem fins lucrativos que tenham por objeto serviços de saúde.

próprio nas actividades que (embora se encontrem encabeçadas contratualmente numa sua afiliada) têm como fonte e causa a específica natureza social da própria CVP…".

Por seu turno, a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, sublinha que não houve qualquer propósito de não submissão dos mesmos à fiscalização prévia do Tribunal de Contas, desde logo porque "…os mencionados Acordos não padecem de qualquer ilegalidade que pudesse levar o Tribunal de Contas a recusar-lhes o visto…".

Sem prejuízo das alegações formuladas, **o Tribunal observa** que a participação da CVP nos Acordos de Cooperação consubstanciou uma alteração meramente formal na relação contratual anteriormente estabelecida que teve como consequência o referido no texto.

Ainda que não sejam apontadas quaisquer ilegalidades, a sujeição de atos e contratos de qualquer natureza que sejam geradores de despesa ou representativos de quaisquer encargos e responsabilidades insere-se no âmbito da jurisdição do Tribunal de Contas, constituindo a fiscalização prévia um garante da conformidade dos mesmos às leis em vigor.

6.3. Situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

À semelhança do que aconteceu em anos anteriores, os proveitos decorrentes da execução dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, entre 2009 e 2011, tiveram um peso significativo na atividade da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em média 44%, verificando-se que estes Acordos continuaram a ser importantes para o equilíbrio de exploração, uma vez que contribuíram significativamente para os resultados operacionais da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no período analisado.

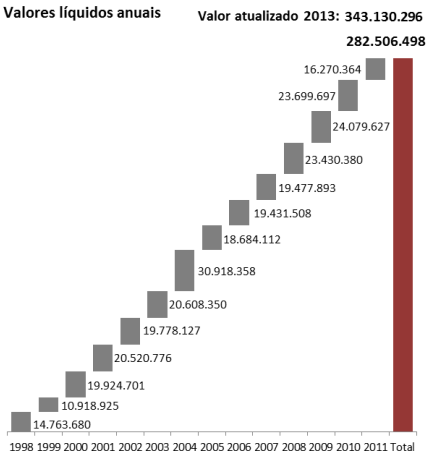
A auditoria realizada verificou ainda que, entre 2003 e 2011, a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, prestou serviços a unidades hospitalares da região de saúde do Algarve, na especialidades de Cirurgia Cardiotorácica e Vascular, no valor de € 16,1 milhões, em resultado destas terem mantido a referenciação de doentes para aquele hospital após 2003/2004, data em que os doentes daquela região e da região de Saúde do Alentejo deixaram de estar abrangidos pelo âmbito do Acordo de Cooperação celebrado pela ARSLVT, IP.

O valor atualizado dos fluxos financeiros, desde 1998, descontados dos dividendos recebidos, ascende, a preços de 2013, a cerca de € 343,1 milhões.

Quadro 2 – Volumes financeiros envolvidos nas relações do Estado com a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Unid.: €

Anos	Volume financeiro das relações Estado - CVP-SGH, SA					Peso nos proveitos da CVP-SGH, SA		
	Transferência de capital da PARTEST	Prestações de serviços		Total (1)+(2)+(3)	Dividendos recebidos pelo Estado	Proveitos Operacionais da CVP-SGH,SA	(2)/(6)	(2+3)/(6)
		Acordos Cooperação ARSLVT	Referenciações ARS Algarve					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1998	11.671.871	3.091.809		14.763.680	0	7.202.874	43%	43%
1999		10.918.925		10.918.925	0	25.064.715	44%	44%
2000		19.924.701		19.924.701	0	32.484.208	61%	61%
2001		20.520.776		20.520.776	0	35.933.879	57%	57%
2002		19.778.127		19.778.127	0	37.329.881	53%	53%
2003		20.651.592	41.608	20.693.200	84.850	39.736.188	52%	52%
2004		30.301.159	687.702	30.988.861	70.503	40.565.130	75%	76%
2005		17.396.433	1.355.100	18.751.533	67.421	36.504.729	48%	51%
2006		17.396.433	2.035.075	19.431.508	0	35.140.932	50%	55%
2007		17.396.436	2.205.085	19.601.521	123.628	40.300.889	43%	49%
2008		21.132.599	2.511.846	23.644.445	214.066	45.516.572	46%	52%
2009		21.565.500	2.684.825	24.250.325	170.699	43.853.733	49%	55%
2010		21.194.681	2.868.707	24.063.388	363.691	43.356.493	49%	56%
2011		14.568.942	1.701.422	16.270.364	0	44.661.307	33%	36%
Total	11.671.871	255.838.113	16.091.371	283.601.355	1.094.857	507.651.529	50%	54%
Valores a preços 2013				344.352.585	1.222.290			
				343.130.296				



Notas: O valor da coluna 1 corresponde à aquisição de 45% do capital social da CVP-SGH, SA. Os valores da coluna 2, referentes aos anos de 2009 a 2011 correspondem aos valores faturados, sem correções da ARSLVT. A atualização do volume financeiro total para 2013 foi feita pelo Índice de Preços no Consumidor: 1998 - 2,57%, 1999 - 2,34%, 2000 - 2,85%, 2001 - 4,37%, 2002- 3,60%, 2003- 3,22%, 2004- 2,37%, 2005- 2,28%, 2006- 3,11%, 2007- 2,45%, 2008- 2,59%, 2009- (0,83%), 2010- 1,40%, 2011- 3,65%, 2012- 2,77%.

Fontes: Relatório de Auditoria n.º 11/2011, Informação fornecida pela ARSLVT, IP, e pelas unidades hospitalares do SNS e demonstrações financeiras da CVP-SGH, SA

Salienta ainda o Presidente do Conselho de Administração da Parpública que o relato de auditoria "…procede a uma análise do desempenho da CVP-SGH, SA, com base nos fluxos financeiros do Estado para a sociedade correspondentes à subscrição inicial do capital, por uma lado, e por outro, ao pagamento feito pelo Ministério da Saúde como contrapartida da prestação de serviços…" considerando que "…esta abordagem, em que se confunde a perspetiva acionista com a perspetiva mercantil, não é adequada" e sublinhando que "ainda que a análise conjunta (…) fosse adequada, (…) deveriam ser considerados (entre outros) os valores pagos pela CVP-SGH, SA a título de dividendos…".

Sobre este assunto, **o Tribunal sublinha** que o objetivo da análise efetuada não é o de analisar o desempenho da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, mas sim refletir todos os fluxos financeiros envolvidos nas relações do Estado com aquela sociedade anónima. Note-se que, apesar do quadro refletir os vários fluxos financeiros, os mesmos encontram-se devidamente autonomizados. A sua análise conjunta decorre do facto dos Acordos de Cooperação sempre terem sido considerados essenciais para a sobrevivência da referida sociedade.

Com vista à completude da informação, acrescentou-se a informação relativa aos dividendos recebidos pelo Estado, como sugerido pelo alegante.

Apesar da relevância dos Acordos de Cooperação nos resultados da atividade da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, ao longo do triénio, verifica-se que, em 2011, o peso da faturação do Acordo no total das vendas e serviços prestados diminuiu em 16 pontos percentuais, pela redução do valor

faturado em cerca de 31%. É de salientar que a empresa conseguiu compensar esta redução através da diversificação da carteira de clientes, tendo até aumentado as vendas e prestações de serviços em cerca de 3%, conforme detalhado no quadro seguinte.

Quadro 3 – Volume de negócios/cliente

Volume negócios	2010		2011	
	Valor	%	Valor	%
ARSLVT - Acordo	21.194.681	49%	14.568.942	33%
Hospitais SNS	3.141.650	7%	1.871.405	4%
Outros clientes	19.020.159	44%	28.262.934	63%
Total	43.356.493	100%	44.661.307	100%

Fonte: Demonstrações financeiras e informação fornecida pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Verifica-se que, além da diminuição da faturação no âmbito dos Acordos, houve também uma diminuição de 40% na faturação a unidades hospitalares do SNS. Estas diminuições foram, porém, compensadas pela faturação a outros clientes, conseguindo aumentar o seu volume de negócios e os seus resultados operacionais.

A análise dos custos operacionais permite concluir que estes cresceram a um ritmo inferior aos proveitos operacionais tendo-se verificado, assim, um aumento dos resultados operacionais do exercício, entre 2010 e 2011.

Quadro 4 – Custos operacionais

Custos operacionais	2010		2011	
	Valor	%	Valor	%
CMVMC	10.673.473	26%	9.332.251	23%
FSE	13.923.480	34%	16.235.244	39%
Pessoal	15.034.774	37%	14.682.937	36%
Outros Custos Operacionais	1.547.585	4%	934.871	2%
Total	41.179.312	100%	41.185.303	100%

Fonte: Demonstrações financeiras e informação fornecida pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

O Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S analisou os resultados económico-financeiros da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entre 1998 e 2008, tendo concluído pela degradação do valor do investimento público inicial com a aquisição pelo Estado, através da PARTEST, atual Parpública, em 1998, de 45% do capital social da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no valor total de € 11,7 milhões e pela existênccia de indicadores de solvabilidade e de autonomia financeira que mostravam que a sociedade apresentava um equilíbrio financeiro débil. O seu rácio de endividamento foi de cerca de 74%, em 2008, tendo-se concluindo que a autonomia financeira estava aquém do desejável.

As recomendações então formuladas, cuja síntese do acompanhamento consta do Anexo I, visam a criação de mecanismos por parte do acionista Estado que permitam preservar o valor do investimento público inicial.

Analisando o período de 2009 a 2011, verifica-se que se mantém a situação de elevado endividamento, que se agravou no ano de 2011, atingindo os 77%. A solvabilidade também se deteriorou no período analisado, atingindo os 30% em 2011. Note-se que, em 1998, quando o Estado resgatou o hospital até então gerido pela Cruz Vermelha Portuguesa, o rácio de autonomia financeira era, já na altura, de 23%, não se tendo, portanto, verificado qualquer melhoria neste indicador, não obstante o significativo apoio do Estado desde 1998 à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

Quadro 5 – Indicadores económico-financeiros

Indicadores	2008	2009	2010	2011
Autonomia Financeira	26%	28%	29%	23%
Liquidez Geral	2,28	1,38	1,71	1,30
Solvabilidade	36%	39%	41%	30%
Endividamento	74%	72%	71%	77%

Fonte: Demonstrações financeiras da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

Apesar das recomendações formuladas e do agravamento da situação económico-financeira, o controlo exercido pela Parpública – Participações Públicas SGPS, SA, continua a ser insuficiente para monitorizar e controlar a gestão da sociedade [49]. Com exceção da recolha de informação financeira semestral não auditada, não foi implementado nenhum procedimento adicional, na sequência das recomendações formuladas.

A Parpública considera que sendo a participação na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, minoritária e não sendo a mesma uma empresa pública, não lhe é aplicável os "… instrumentos de monitorização e controlo específicos, existentes para as empresas públicas …", designadamente as obrigações de reporte financeiro determinadas no Despacho do Ministro de Estado e das Finanças n.º 14277/2008, de 14 de maio.

Relativamente à situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considera esta sociedade que são "erróneas" e "depreciativas" as conclusões relativas aos rácios económico-financeiros e à dependência de clientes SNS.

Note-se que a **apreciação efetuada pelo Tribunal** tem por base rácios objetivos, que refletem a situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

Quanto às observações sobre a dependência da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, relativamente a clientes do SNS, essa dependência, para além de resultar evidente do Quadro 2, é reforçada pelo artigo 48º da sua pronúncia, no qual a sociedade gestora justifica os resultados negativos de 2012 com a "…incerteza gerada relativamente à entrada, ou não, em vigor do novo Acordo de Cooperação.".

Acrescenta, ainda, a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que o "…investimento realizado na CVP-SGH, diversamente do que sucedeu com os aplicados em centros hospitalares da Região, contribuiu de forma relevante para o bom funcionamento do SNS e a custos que não implicaram a

[49] É realizado unicamente através dos Administradores nomeados pela Parpública (para o Conselho de Administração, o Estado designa dois dos seis membros, tendo um deles o pelouro financeiro e lugar na Comissão Executiva, composta no total por três administradores) e pelo Fiscal Único. Os instrumentos de controlo financeiro são constituídos pelos documentos periódicos de prestação de contas.

degradação da sua situação económica e financeira…" e que "…o investimento público aplicado na CVP-SGH se revelou muito mais racional, rentável e gerador de valor do que o aplicado nos Hospitais EPE…".

O Tribunal discorda da alegante no que concerne à comparabilidade entre as relações do Estado com os hospitais EPE e a estabelecida com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, porquanto:

- Os primeiros integram o perímetro de consolidação do SNS e a segunda não;
- A dimensão económico-financeira e o perfil assistencial do estabelecimento explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, diferem substancialmente dos Centros Hospitalares do SNS utilizados na comparação da alegante;
- Os regimes jurídicos aplicáveis são distintos;
- Os hospitais do setor público têm obrigações no contexto do serviço público de saúde que não podem ser afastadas por decisões de gestão.

Refira-se, ainda, que não são as relações do Estado com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que estão em causa, mas sim os respetivos fundamentos, nomeadamente em termos de demonstração do interesse público na sua manutenção.

A Parpública – Participações Públicas SGPS, SA, numa informação genérica, dirigida ao Governo[50], sobre todas as empresas participadas, descreveu o desempenho, aquém do esperado[51], da participação, referindo o seu carácter não estratégico, e propondo que se ponderasse a sua alienação ou, em alternativa, a renegociação do Acordo Parassocial.

Esta ação não foi suficiente para que o Governo tomasse iniciativas sobre a matéria determinando, designadamente a revisão do Acordo Parassocial com vista à proteção do valor do investimento público, como recomendado.

Nas suas alegações o Presidente do Conselho de Administração da Parpública discorda da apreciação efetuada sobre a insuficiência da monitorização da situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, efetuada pela Parpública, recordando o caráter minoritário da participação e os requisitos legais de controlo associados a esse caráter.

O Tribunal considera, no entanto, que situação económico-financeira da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e a evolução do valor das ações, *supra* descritas, continuam a justificar a recomendação quanto à implementação pela Parpública de instrumentos e/ou mecanismos de controlo adicionais que protejam proteger o valor do investimento público.

A Parpública procedeu, através de uma entidade pública externa, à reavaliação da sua participação no capital da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, baseada no método *Discounted Cash Flow (WACC)*, tendo essa participação sido contabilizada, nas contas relativas ao ano de 2012, em € 5.902.000.

Em 2012, foram reconhecidas, pela Parpública, perdas por imparidade no valor de € 2.098.000, relativamente ao custo histórico da transferência das ações para a Parpública, em 2003,

[50] Com o objetivo de fazer um ponto de situação ao XIX Governo Constitucional, aquando do início das suas funções, em junho de 2011

[51] Com origem designadamente no "… potencial prejuízo associado às condições iniciais de aquisição das acções…", em "… posteriores transações sobre estas acções determinadas pelo acionista (…) em condições quer não salvaguardaram o interesse patrimonial da Parpública.", e nos resultados obtidos que "… continuam significativamente abaixo do projectado, não permitindo assim a rentabilização e recuperação do investimento inicial." (cfr. dossier informativo).

€ 8.000.000. Note-se que o custo histórico da transferência ocorrida em 2003 era inferior em € 3.671.870,79 face ao valor original da participação do Estado, € 11.671.871, em 1998. A avaliação da participação em 2012 representa, assim, cerca de 50% do investimento original do Estado.

O volume de negócios previsto na avaliação efetuada pressupõe a renovação dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, até 2023[52].

A Parpública justifica a aceitação deste pressuposto, utilizado pela entidade avaliadora, com a sua "…convicção, suportada na análise do histórico da informação financeira da CVP-SGH, SA, e referida pelo próprio [relato de auditoria] (…) que a sociedade demonstrou já capacidade para substituir um grande cliente, como em vários exercícios tem sido a ARSLVT, pelo que o seu nível de negócios não está dependente da existência dos referidos acordos", sendo que, na sua posição de acionista, apenas "…considera significativo (…) o volume de negócios que a empresa tem capacidade para gerar, e não a lista de clientes em concreto."

Note-se, no entanto, que a substituição de um grande cliente por outro constituiu um acontecimento pontual, no ano de 2011, sendo a sua extrapolação para os anos seguintes uma interpretação não fundamentada, até porque nem no ano seguinte se voltou a verificar[53].

De facto, a suposta capacidade da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em colmatar, através de outros clientes, o *gap* no volume de negócios resultante da não celebração dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, não está sustentada em nenhuma base, nomeadamente em estudos de mercado estudos de mercado e/ou plano estratégico da empresa, sendo assim este pressuposto não auditável.

Todo o restante histórico a que alude a Parpública demonstra o peso significativo dos Acordos de Cooperação no volume de negócios da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, cfr Quadro 2.

Relativamente aos pressupostos da avaliação efetuada, a Parpública reiterou, em alegações subsequentes, que fundou a aceitação do referido pressuposto "…no acompanhamento efetuado e no conhecimento que tem da estratégia de negócio (…) [da] sociedade, no sentido de promover novas linhas de atividade, principalmente no quadro da cooperação com a Fundação Champalimaud e com a Clínica Girassol, as quais têm associado um elevado potencial de negócio…".

O Tribunal mantém as suas observações críticas, uma vez que as convicções da Parpública sobre as perspetivas de desenvolvimento de novas linhas de atividade, ou de crescimento das existentes, não foram devidamente sustentadas, nomeadamente em estudos de mercado ou em qualquer outros estudos.

Ainda sobre o pressuposto utilizado, a entidade pública que efetuou a avaliação refere, nas suas alegações, que "Como é usual, a Avaliação realizada teve fundamentalmente por base Relatórios e Contas da Empresa, informação de gestão (…), o Orçamento de Gestão para o ano de 2013 e, bem assim, informação e esclarecimentos transmitidos (…) em reuniões havidas (…) com as partes diretamente envolvidas." Reafirma ter sido "considerado adequado (…) o pressuposto da

[52] Coincidente com o final do prazo de concessão da exploração do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. A entidade avaliadora considerou que seria vantajoso para a Cruz Vermelha Portuguesa resgatar o seu Hospital no final daquele prazo, tendo o Valor terminal da empresa sido calculado pelo Valor de Reversão, definido nos termos do Contrato (Cláusula 7ª).

[53] Constata-se, na avaliação realizada pela entidade externa, que no ano de 2012, ano em que o volume de negócios com a ARSLVT, IP, diminuiu em cerca de 98%, resultado da inexistência de um Acordo de Cooperação durante a quase totalidade desse ano, as vendas e prestações de serviços resultantes de negócios com outros clientes apenas cresceram cerca de 4%.

manutenção do nível de receitas patente no Orçamento de 2013 da Empresa, (…) [presumindo] a renovação de todos os contratos, em condições económico-financeiras idênticas às vigentes para 2013, incluindo *inter-alia* o Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa."

Acrescenta ainda que "não seria ponderado, razoável e tecnicamente defensável assumir que:

- O Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa não fosse novamente renegociado e/ou renovado nos anos subsequentes, considerando (…) [que havia sido] renegociado com sucesso em 2012 e [que] estará aparentemente vigente (…) há 14 anos;
- Nenhum acordo com um prazo limitado no tempo fosse renovado, ficando por isso um ativo de presumido renome na saúde em Portugal (…) integralmente desvalorizado; isto aceitando o pressuposto da não renovação do Acordo de Cooperação (…);
- O *management* da CVP-SGH não tivesse capacidade estratégica e de gestão para, simultaneamente, (i) gerar novas fontes de receitas (…) (ii) incrementar as receitas dos contratos existentes (…) (iii) reduzir a estrutura de custos caso, no pior dos cenários, não houvesse capacidade comercial para angariar novos clientes; isto aceitando que o Acordo de Cooperação (…) não fosse renovado em 2014 e nos anos subsequentes."

O Tribunal reitera que a eventual capacidade da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, colmatar, através de outros clientes, o gap no volume de negócios resultante da eventual não renovação dos Acordos não se encontra devidamente sustentada, nomeadamente em estudos de mercado ou quaisquer outros estudos, não sendo os argumentos apresentados, baseados em meras suposições, suficientes para essa sustentação.

A perda do volume de negócios resultante dos Acordos de Cooperação com a ARSVLT, IP, representaria, *ceteris paribus*, uma quebra de cerca de 22% nas Vendas e Prestações de serviços da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entre 2013 e 2023[54], resultando numa diminuição de € 5,6 milhões na avaliação da participação, a 31 de dezembro de 2012, ou seja, reduziria a avaliação para cerca de € 300 mil.

A entidade pública que efetuou a avaliação sublinha, nas suas alegações, "…que toda e qualquer análise neste apartado, deverá considerar o seguinte:

- (…)racionalmente assumir a utilização alternativa para a capacidade ociosa ou no mínimo, a alienação de ativos excedentários conjugada com a redução da estrutura de custos;
- (…) presumindo a incapacidade do management de rentabilizar a capacidade ociosa, (…) seria absolutamente necessário rever em baixa as estimativas [do] investimento [em capital fixo] (…);
- a quebra do Acordo de Cooperação (…) deverá ser acompanhada ceteris paribus por um encaixe financeiro imediato para a Empresa relativamente [ao saldo do cliente ARSLVT] …"

O Tribunal salienta, a este respeito, que o modelo de avaliação foi o utilizado na avaliação efetuada por aquela entidade pública, a pedido da Parpública, e que a estimativa efetuada teve, de facto, em conta, a diminuição do investimento em capital fixo e o encaixe do saldo do cliente ARSLVT. Relativamente à questão da eventual consideração de eventuais utilizações alternativas para a capacidade ociosa, ou medidas de redução da estrutura de custos fixos, o Tribunal reconhece que tais medidas não foram consideradas, uma vez que a análise foi realizada, conforme referido, *ceteris paribus*.

[54] Considerando que o volume de negócios para 2014-2023, com a ARSLVT, IP, se manteria ao nível do verificado em 2012, ano em que o Acordo de Cooperação esteve suspenso durante 11 meses.

Assim, não está excluído que a participação da Parpública na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, está sobreavaliada. E nesse caso a avaliação efetuada justifica a inscrição de um valor no balanço da Parpública, que não é adequado por falta de rigor.

6.4. Objeto dos novos Acordos

O Acordo de 2011 manteve o objeto dos Acordos anteriores, estabelecendo a prestação de cuidados de saúde no âmbito das especialidades de Ortopedia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardiotorácica, Oftalmologia e Urologia. Apesar de ter acrescentado, pela primeira vez, no âmbito da prestação de serviços, a possibilidade da realização de rastreios da Retinopatia Diabética e do Cancro da Mama, nesse ano não foram contratadas quantidades e respetivos valores.

O Acordo 2012/2013 deixou de estabelecer a prestação de serviços na especialidade de Urologia e acrescentou ao objeto as quantidades e valores referentes aos rastreios da Retinopatia Diabética e do Cancro da Mama. O valor desta nova área de prestação de serviços ascende a € 1.293.830,65 (17% do total).

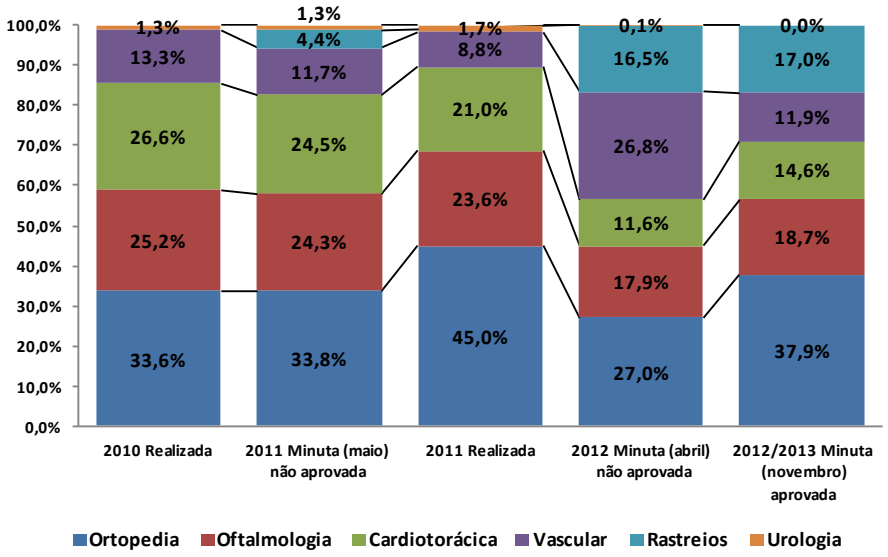
7. Negociação dos Acordos de Cooperação

Quadro 6 – Evolução financeira dos Acordos de Cooperação 2010-2012/2013

Volume financeiro	2010 Acordo		2011 Minuta (maio) - não aprovada -		2011 Acordo		2012 Minuta (abril) - não aprovada -		2012/2013 Minuta (novembro) - aprovada	
	Realizado	%	Contratado	%	Realizado	%	Contratado	%	Contratado	%
Especialidades cirurgicas	**21.271.759,03**	**100,0%**	**17.168.369,40**	**95,6%**	**14.615.372,42**	**100,0%**	**6.970.207,77**	**83,5%**	**6.317.590,93**	**83,0%**
Cardiotorácica	5.648.466,27	26,6%	4.400.027,45	24,5%	3.064.706,12	21,0%	968.260,51	11,6%	1.108.245,88	14,6%
Vascular	2.836.111,36	13,3%	2.108.560,66	11,7%	1.281.187,49	8,8%	2.240.862,82	26,8%	905.575,00	11,9%
Oftalmologia	5.361.184,95	25,2%	4.358.486,67	24,3%	3.443.279,49	23,6%	1.498.159,34	17,9%	1.421.947,66	18,7%
Ortopedia	7.154.882,47	33,6%	6.069.463,98	33,8%	6.578.177,33	45,0%	2.254.833,10	27,0%	2.881.822,39	37,9%
Urologia	271.113,98	1,3%	231.830,64	1,3%	248.021,99	1,7%	8.092,00	0,1%	0,00	0,0%
Rastreios			794.082,50	4,4%			1.376.415,58	16,5%	1.293.830,65	17,0%
Total	**21.271.759,03**	**100,0%**	**17.962.451,90**	**100,0%**	**14.615.372,42**	**100,0%**	**8.346.623,35**	**100,0%**	**7.611.421,58**	**100,0%**

Obs: O teto máximo do Acordo vigente em 2010 era de € 21.132.599,30, tendo sido este o valor pago pela ARSLVT, IP.
Fonte: Base de dados da faturação de 2010 e 2011; Minutas dos Acordos de 2011, 2012 e 2012/2013.

Figura 1 – Composição financeira



A negociação do Acordo de 2011 prolongou-se ao longo desse ano, tendo o mesmo sido assinado em março de 2012.

Durante o ano de 2011, enquanto decorriam as negociações, a produção realizada, até 30 de abril de 2011, foi feita com base nas condições (e preços) estabelecidas no Acordo vigente em 2010. O Acordo incluiu aquele período, pretendendo regularizar retroativamente a prestação de serviços de facto realizada durante o ano de 2011.

Para além das condições para a produção realizada durante o primeiro quadrimestre, o Acordo refletiu, ainda, as quantidades efetivamente produzidas durante o ano e os diferentes preços acordados para o período de 1 de maio a 30 de junho, data em que a referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, foi suspensa, e para o período de 1 de julho a 31 de dezembro, período durante o qual foram prestados serviços aos utentes anteriormente referenciados.

A morosidade das negociações resultou, inicialmente, de divergências entre o anterior Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa, relativamente aos preços a estabelecer no Acordo.

Em maio de 2011, tendo a minuta de Acordo sido sujeita à apreciação da tutela, a mesma não foi aprovada, "…tendo o assunto sido remetido para o novo Governo…". Em consequência, foi determinada, pela ARSLVT, IP, a suspensão da referenciação de utentes a partir de 1 de julho, dado não ser "… possível, ter uma noção se o Governo vai autorizar a sua celebração, se pretende introduzir uma alteração, e em que data o fará.".

Até então, o valor do Acordo em negociação era de € 17.962.451,90, prevendo a realização da prestação de serviços durante todo o ano de 2011 e a sua prorrogação automática por mais dois anos. Apesar do novo Governo ter autorizado, em julho de 2011, a realização da despesa por aquele valor, a referenciação para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não foi retomada, tendo-se procedido a uma nova negociação de preços durante o segundo semestre de 2011.

Em 2012, a suspensão manteve-se até à assinatura do Acordo 2012/2013, cuja minuta foi aprovada em novembro de 2012. O Acordo 2012/2013 inclui um período de doze meses.

A suspensão da referenciação dos utentes desde 1 de julho de 2011, por não aprovação das minutas de Acordo de maio de 2011 e de abril de 2012, cfr ponto 5, e a alteração nas quantidades e respetivos valores financeiros, ao longo das negociações, revelam a insuficiência da fundamentação da necessidade de recurso à prestação de serviços externa e das quantidades de serviços a contratar.

Aliás, o despacho de 19 de março de 2012, do atual Secretário de Estado da Saúde, devolveu a primeira minuta do Acordo para 2012, datada de fevereiro, à ARSLVT, IP e à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), com a determinação de que "Este processo deve ser analisado nos termos do meu despacho (…), em particular no que respeita à fundamentação da relação custo-benefício e da capacidade instalada para a produção de actos constantes no Acordo".

Verificou-se, porém, que não existiram alterações significativas na informação apresentada pela ARSLVT, IP, com vista à celebração dos Acordos, que continuou a não incluir indicadores da capacidade instalada no SNS nem uma Análise Custo-Benefício, ou outra que medisse e avaliasse os benefícios e os custos da decisão.

Em sede de contraditório o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, vem juntar ao processo o parecer então emitido por esta entidade, cfr. ponto 4.6.

7.1. FUNDAMENTAÇÃO

Apesar de diversos atos de membros do Governo referirem a necessidade de sustentar a celebração dos Acordos de Cooperação em Análises Custo-Benefício – cfr. Anexo I, a sua celebração continua a não ser sustentada em estudos de Análise Custo-Benefício ou em quaisquer outros estudos económicos.

Embora nas suas alegações, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde, o Presidente da ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, apresentem argumentos com vista a demonstrar a suficiência da fundamentação apresentada[55], **o Tribunal reitera** que a identificação de necessidades, que foi feita no processo em análise pela ARSLVT, IP, com base em indicadores de acesso, não é uma avaliação da capacidade instalada e muito menos uma Análise Custo-Benefício, da qual a avaliação da capacidade instalada seria parte integrante.

Conforme referido nas alegações do Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, o valor em saúde não pode, de facto, ser objeto de uma análise de curto ou curtíssimo prazo. Porém, desde 1998, que a ARSLVT, IP, nunca considerou os efeitos da celebração dos sucessivos Acordos na sustentabilidade presente e futura do SNS, uma vez que recorre apenas a indicadores de curto prazo (indicadores de acesso) para justificar a perpetuação dos Acordos de Cooperação.

A ARSLVT, IP, fundamentou a necessidade de celebração do Acordo em indicadores de acesso (o que foi feito), porém não fez qualquer avaliação da capacidade instalada (o que se pode fazer) nem qualquer estudo de alternativas que comparasse designadamente os custos incorridos pelo erário público com a utilização dessa capacidade e o recurso a uma entidade externa ao SNS.

A própria Administração Central do Sistema de Saúde, IP, observou, no parecer que produziu sobre a fundamentação do Acordo, inicialmente previsto para 2012, que a informação da ARSLVT, IP, não contém dados sobre capacidade instalada.

Sobre este assunto, o Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, do Secretário de Estado da Saúde, apesar de transmitir a orientação de que "… toda e qualquer contratação com o sector social e privado deve ter por base uma prévia análise da capacidade instalada do SNS, bem como uma análise custo-benefício", ressalva que uma tal análise não se deve basear "… apenas em critérios economicistas ou financeiros, nem apenas quantitativos, mas também em inúmeros outros factores qualitativos, como seja, o melhor acesso aos cuidados de saúde, pelo que tal análise terá de ser adaptada à realidade em causa.".

Sucede, porém, que a Análise Custo-Benefício ou outras análises, cuja metodologia é equivalente àquela, podem ser análises multicritério, devendo ser considerados e avaliados aspetos qualitativos como o acesso aos cuidados de saúde, pelo que não se alcança a pertinência da ressalva.

Apesar de nas suas alegações, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde discordar desta observação, considerando que o despacho do Secretário de Estado da Saúde dava resposta às "muitas questões que vinham sendo colocadas sobre os critérios de fundamentação a adotar no âmbito da celebração de acordos com entidades do sector social", **o Tribunal considera,** pelas

[55] Em síntese, o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde alega que o Acordo de 2012/2013 está sustentado "…numa avaliação prévia da capacidade instalada do SNS e análise do seu custo-benefício, atenta a necessidade de garantir os mesmos cuidados de saúde em tempo aceitável" e o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, que "O valor em saúde não pode ser objeto de uma análise de curto ou curtíssimo prazo, porquanto, para ser realizada com rigor, tem de decorrer de estudos científicos, que exigem anos para a respetiva elaboração, de modo a que possam aferir-se os ganhos e as perdas em saúde …". A análise detalhada das alegações apresentadas encontra-se nos Pontos 4.2 (1), 4.4 (1) e 4.8 (3).

razões apresentadas no ponto 4.2(1), que o despacho não contribuiu para o acolhimento efetivo das recomendações formuladas pelo Tribunal à então Ministra da Saúde[56].

A informação produzida pela ARSLVT, IP, com base na qual foi autorizada a celebração dos Acordos de Cooperação para 2011 e 2012/2013, limita-se a informar sobre indicadores de acesso à prestação de cuidados de saúde nas áreas dos Acordos, não considerando as alternativas existentes à celebração dos Acordos e, no que respeita aos indicadores utilizados, não quantificando sequer as melhorias pretendidas.

O documento apresentado também não pondera nem faz qualquer confronto entre os preços negociados e os custos daquelas prestações em unidades hospitalares do SNS.

7.1.1. Especialidades cirúrgicas

Os indicadores de acesso não são suficientes para avaliar a capacidade instalada nas unidades hospitalares do SNS[57].

Existindo capacidade instalada disponível nos hospitais do SNS, os custos adicionais de produzir mais uma unidade, nesses hospitais, são iguais ao seu custo marginal, pelo que a opção de transferir utentes para entidades fora do perímetro do SNS, sem a utilização dessa capacidade efetiva, implicará custos superiores aos da opção contrária.

A existência de capacidade instalada numa das atividades do âmbito dos Acordos de Cooperação – Cirurgia Cardiotorácica -, já havia sido indiciada no Relatório de Auditoria n.º 8/2009 - Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral, aprovado em 5 de março desse ano.

Os Acordos de Cooperação vigentes no período analisado na referida Auditoria (2007-2008) e até 2010, estabeleciam a possibilidade do Hospital de Curry Cabral, na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica referenciar diretamente para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, utentes da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, "… sem necessidade de prévia avaliação da capacidade de resposta dos Hospitais da Região…"[58]. Em 2007 foram referenciados por aquele Hospital "… 325 utentes (…) e em 2008, 292 utentes …", tendo sido "… pago, pela ARSLVT, IP, à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, o montante de € 3.635.333,93, no ano de 2007 e € 2.408.625,54, nos primeiros 10 meses de 2008." (cfr. Relatório).

---

[56] As recomendações ali formuladas são as seguintes: "*Alertar/sensibilizar as ARS e demais entidades que, os recursos financeiros para a Saúde, não são só escassos, como finitos, e que a única forma de introduzir esta restrição é a Análise Custo-Benefício.*" e *"Determinar - como instrumento de redução de custos a considerar em futuras medidas de contenção orçamental - que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar, com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS, sejam previamente objeto de uma rigorosa Análise Custo-Benefício na ótica macro-económica/social/coletividade.".*

[57] Sobre os indicadores utilizados pela ARSLVT, IP, o Relatório de Auditoria n.º 11/2011 considerou que a "… ARSLVT, apenas com base nas listas de espera a determinada data (cirurgia e consulta), não foi eficaz para estimar a efectiva capacidade instalada dos hospitais do SNS, uma vez que as listas de espera têm um efeito dinâmico. Como alternativa, a ARSLVT poderia, através do Departamento de Contratualização, ter negociado um aumento nas linhas de produção da atividade cirúrgica e consulta, conseguindo, assim, obter por parte das unidades hospitalares uma resposta mais sustentada." (pag. 54). Vários estudos e trabalhos de auditoria têm evidenciado a possibilidade de aumentar a eficiência dos hospitais do SNS. Alguns exemplos mais abrangentes são: o Relatório do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, de novembro de 2011; o Relatório de Auditoria n.º 30/2011 - Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, de 10 de novembro.

[58] Cfr. artigo 8º do Acordo de Cooperação vigente entre 2008 e 2010, e artigo 8º do Acordo vigente entre 2005-2007, com a redação dada por aditamento de novembro de 2006.

Nessa auditoria, os Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte declararam possuir capacidade instalada, em 2007 e 2008, para a realização de mais 390 cirurgias cardiotorácicas/ano. Esta capacidade foi novamente apurada e confirmada, por aqueles Centros, no Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ªS – Auditoria aos Serviços de Cirurgia Cardiotorácica das Unidades Hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Tribunal de Contas em 12 de julho, no qual, relativamente aos anos de anos de 2009 e 2010, referiram ter capacidade para a realização de mais cerca de 524 cirurgias cardiotorácicas.

Relativamente às restantes especialidades cirúrgicas, os indicadores relativos aos hospitais da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, revelam assimetrias na distribuição dos recursos e diferentes níveis de utilização dos mesmos, bem como eventuais diferenças de procedimentos que, sendo devidamente considerados na negociação anual dos contratos programa, poderiam aumentar a eficiência e a capacidade de resposta desses hospitais (cfr. ponto 10.2).

A. Cirurgia Cardiotorácica

Apesar da realização de um estudo económico por uma empresa de auditoria e consultoria, a Deloitte, intitulado "Análise custo benefício do protocolo de envio de doentes de cardiologia do HCC para o HCVP", a solicitação da ARSLVT, IP, e de o mesmo ter concluído em termos globais que a realização de 326 cirurgias no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em alternativa à sua realização nos hospitais do SNS da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo originou um total de impactos negativos para o SNS de cerca de € 1,5 milhões e, para o Estado, de cerca de € 1,4 milhões[59], o Acordo de 2011 e o Acordo de 2012/2013 continuam a incluir a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica.

Quadro 7 – Evolução das quantidades e valores Cirurgia Cardiotorácica

Cirurgia cardiotorácica	2010 Acordo (realizado)		2011 Acordo (realizado)		2012/2013 Minuta (contratado)	
	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor
Cirurgias (1)	504	5.477.052,72	270	2.950.172,57	111	1.086.052,86
Consultas	1.997	55.716,30	1.635	78.020,55	386	22.193,02
MCDT (2)	1.945	115.697,25	622	36.513,00		
Total (2)		**5.648.466,27**		**3.064.706,12**		**1.108.245,88**

(1) Inclui toda a atividade cirurgica, que inclui, para efeitos de faturação GDH Cirurgicos e GDH Médicos.

(2) A partir de 1 de maio de 2011 incluídos no preço compreensivo da consulta, o que explica o aumento do valor das consultas de 2011 para 2010, apesar da diminuição das quantidades. Os preços fixados são objeto do ponto *infra* .

Fonte: Base de dados da faturação 2010 e 2011; Minuta de Acordo 2012/2013.

Segundo a ARSLVT, IP, a redução do volume da atividade no Acordo de 2011 teve, alegadamente, em consideração a criação em abril de 2011 do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa[60] que sujeitou a uma coordenação comum o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, o Hospital de Curry Cabral, EPE,

[59] Cfr Anexo IV.

[60] Criado pela Portaria n.º 172/2011, de 27 de abril. Os hospitais que integraram o grupo mantiveram a sua autonomia jurídica e os respetivos órgãos de administração. A coordenação do Grupo seria assegurada pelo conselho de direção, composto pelos presidentes dos conselhos de administração dos hospitais que integravam o Grupo e um representante da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e pelo conselho técnico, composto pelos diretores clínicos e enfermeiros-diretores dos serviços de enfermagem dos hospitais integrados.

e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, "… uma vez que o novo Grupo (…) deverá gerir a resposta em tempo adequado entre os hospitais que o compõem.".

Entre outros objetivos[61], a institucionalização do grupo hospitalar visou responder à "… necessidade de optimização dos recursos existentes…" competindo ao respetivo conselho de direção, designadamente "… incrementar a efectiva articulação e complementaridade das actividades desenvolvidas pelos hospitais do grupo, com vista à rentabilização dos recursos existentes …".[62]

Porém, a minuta do Acordo, de maio de 2011, que ainda refletia as quantidades em negociação para a totalidade do ano de 2011, e que devia já considerar a articulação do Grupo Hospitalar, previa uma redução menor do que a que ficou consagrada no Acordo celebrado[63], o que revela a pouca relevância da constituição do Grupo Hospitalar e da capacidade instalada declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte, na negociação das quantidades a contratar para 2011.

A redução das quantidades efetivamente contratadas, na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, face a 2010, deveu-se, essencialmente, à suspensão da referenciação de utentes a partir de julho de 2011[64], com fundamento no facto de o "… projecto de acordo enviado à tutela não foi autorizado, tendo o assunto sido remetido para o novo Governo…"[65].

Como se constata no ponto relativo à execução dos Acordos, o volume médio de produção mensal realizada no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nas principais linhas de produção do Acordo[66], no primeiro semestre de 2011, i.e., antes da suspensão das referenciações a partir de 1 de julho desse ano, com origem no Hospital de Curry Cabral e na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, manteve-se idêntico ao do ano de 2010.

Conclui-se, assim, que a negociação relativa ao ano de 2011 não teve em consideração a capacidade instalada disponível declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa nem o aproveitamento dos recursos na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica que deveria advir da criação do Grupo Hospitalar.

---

[61] A criação do Grupo pretendeu, também, criar sinergias entre os hospitais do Grupo, com vista à "… definição do futuro mapa de estabelecimentos de saúde…". Este Grupo Hospitalar deu lugar em 2012 à extinção e integração por fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, do Hospital de Curry Cabral e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, cfr. Decreto-Lei nº 44/2012, de 23 de fevereiro.

[62] Cfr. art.º 6º, al. f), da Portaria n.º 172/2011.

[63] Na especialidade cirúrgica em causa, a minuta de maio de 2011 previa uma redução de cerca de 6% na quantidade de cirurgias contratadas e de 14% na quantidade de consultas contratadas face às quantidades do Acordo de 2010. Note-se que, nessa data, as quantidades em negociação eram para a totalidade do ano de 2011, sendo que de janeiro a abril de 2011 se aplicavam as condições do Acordo vigente em 2010 e só a partir de maio, caso o Acordo fosse assinado conforme previsto naquela minuta, se aplicariam as novas condições negociadas. Cfr. já referido o Acordo de 2011, assinado em 2012, refletiu as negociações (preços, quantidades e outras condições de execução) ocorridas no primeiro semestre do ano, a suspensão da referenciação de utentes a partir de 1 de julho e a nova negociação de preços com efeitos a partir do segundo semestre do ano.

[64] A suspensão na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica incidiu, também, sobre os utentes com cirurgia marcada ou em seguimento após cirurgia, que, seriam repartidos pelos três Centros Hospitalares de Lisboa (Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria; Lisboa Ocidental – Hospital de Santa Cruz; e Lisboa Central – Hospital de Santa Cruz) – cfr-ponto 5.

[65] Cfr. nota de rodapé n.º 35.

[66] Consultas e cirurgias (GDH Cirúrgicos). Não se incluíram os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), cujo preço passou a estar integrado no preço da consulta, a partir de maio de 2011, cfr. ponto 7.2, e deixaram de ser faturados à parte, e os GDH Médicos, associados à atividade cirúrgica e realizados residualmente.

Em 2012, o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa foram extintos e fundidos no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE[67], pelo que as necessidades em saúde na especialidade em causa poderão passar a ser satisfeitas internamente.

Considerando também a capacidade instalada disponível na região, evidenciada no Relatório de Auditoria n.º 26/2012, não está devidamente fundamentada a necessidade do recurso à prestação dos serviços na especialidade.

Nas suas alegações, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, alega que a existência de capacidade disponível não utilizada na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica manifestada pelos Centros Hospitalares de Lisboa "… não está comprovada por factos concretos de aumento de produção …", salientando que "… no triénio 2010-2012 os Hospitais em causa registaram uma produção sempre inferior à contratada …" e que a "… lista de espera cirúrgica e o [Tempo Médio de Espera] incrementaram substancialmente ao longo do período decorrente entre maio de 2011 ([Lista de Inscritos para Cirurgia] de 382 doentes e [Tempo Médio de Espera] de 141,6 dias) e dezembro de 2012 ([Lista de Inscritos para Cirurgia] de 715 doentes e [Tempo Médio de Espera] de 190,1 dias) – período em que esteve suspenso o Acordo de Cooperação…".

Acrescenta, ainda, que, "… na área da saúde, as variáveis não são constantes …", não sendo "…previsível o conhecimento das necessidades médicas em cada momento e, por outro lado, a tão propalada capacidade instalada deixa de existir, bastando para tal que, como se verificou, em vez de cirurgias cardíacas tenha sido necessário realizar transplantes pulmonares. [referindo-se, neste caso particular, ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE]".

A propósito da execução da produção contratada e do aumento da Lista de Inscritos para Cirurgia e do Tempo Médio de Espera, **o Tribunal salienta** que os dados apresentados nas alegações:

- Não permitem concluir sobre a evolução da produção executada nem sobre as consequências da evolução dos indicadores de acesso nos resultados em saúde que, aliás, caberia à ARSLVT, IP, analisar;
- Refletem, desde setembro de2011, a referenciação de doentes provenientes da região de saúde do Algarve que até então eram referenciados para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
- O aumento verificado no número de inscritos (+87%), no período a que a ARSLVT, IP, alude, foi muito superior ao verificado no Tempo Médio de Espera (+34%), o que revela alguma capacidade de adaptação da produção dos Centros Hospitalares ao aumento da procura;
- Incluem as subespecialidades de Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Torácica, sendo que a referenciação de doentes no âmbito dos Acordos de Cooperação incide especialmente sobre a primeira e que o tempo de "… espera dos doentes torácicos é, por natureza de patologia, é superior ao dos cardíacos"[68];
- O Tempo Médio de Espera, que inclui a Cirurgia Torácica, durante o período de suspensão do Acordo de Cooperação, nunca atingiu o Tempo Máximo de Resposta Garantido para cirurgia (270 dias[69]).

Considerando que os dados apresentados pela ARSLVT, IP, incluem a Cirurgia Torácica, foram solicitados aos Centros Hospitalares de Lisboa indicadores referentes às listas de espera para a

[67] Cfr. Decreto-Lei nº 44/2012, de 23 de fevereiro.

[68] Cfr. Ofício n.º 174/CA, de 17 de maio, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

[69] Cfr. Portaria 1529/2008, de 26 de dezembro.

subespecialidade de cirurgia cardíaca, no período de suspensão do Acordo de Cooperação e 1º trimestre de 2013. Em 31 de dezembro de 2012 encontravam-se 536 doentes em espera nos três Centros Hospitalares, e os tempos médios de espera eram de 201 dias no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), 138,6 dias no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) e 28,5 dias no Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), cfr. quadro *infra*.

N Doentes	30-09-2011	31-12-2011	31-03-2012	30-06-2012	30-09-2012	31-12-2012	31-03-2013
CHLC (Cirurgia Cardíaca)	195	213	217	233	218	180	160
CHLN	7	18	5	5	2	64	121
CHLO (Cirurgia Cardíaca)	246	218	249	275	269	292	309
Média Tempo de Espera LIC (dias)							
CHLC (Cirurgia Cardíaca)	95,2	117,9	116,1	142,9	162,1	138,6	112,1
CHLN	140,4	24,6	325,5	28,8	121,5	28,5	54
CHLO (Cirurgia Cardíaca)	141	153	150	165	207	201	194
Tempo médio resposta (dias)							
CHLN	0,3	0,9	1,5	2,4	0,6	1,8	12,3

Refira-se que os dados referentes ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, no período, incluem Cirurgia Torácica. O agravamento dos indicadores deste Centro nos dois últimos trimestres foi justificado pelo aumento das referenciações no último trimestre de 2012 e o fecho, ainda no 3º trimestre de 2012, de uma das salas de bloco, 1 dia/semana, em resultado da diminuição da disponibilidade do Serviço de Anestesia.

A (in)disponibilidade de recursos humanos e o regime jurídico de contratação de pessoal também foram invocados pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental para justificar os seus indicadores. A este propósito *vide* análise das alegações apresentadas pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, constante do ponto 10.2.

Finalmente, quer o Centro Hospitalar de Lisboa Central quer o Centro Hospitalar de Lisboa Norte informaram não ter lista de espera para consulta da especialidade. No Centro Hospitalar de Lisboa Norte "as consultas são marcadas com um intervalo máximo de uma semana face à data do pedido". O Centro Hospitalar de Lisboa Central "tem um tempo médio de 1 dia, para cirurgia cardíaca e 3 dias, para cirurgia torácica"[70]. No Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental o número de doentes em espera para consulta de cirurgia cardíaca, a 31 de dezembro de 2012, era de 19 e o tempo médio de espera de 30,5 dias. Estes indicadores não sofreram alterações significativas no período.

Quanto à imprevisibilidade das necessidades médicas em cada momento, evocada pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, nas suas alegações, **o Tribunal considera** que esse desconhecimento, revelador da ausência de proficiência quantitativa dos gestores das entidades do SNS, não é compatível com a missão da ARSLVT, IP, de adequar os recursos disponíveis às necessidades em saúde, visando o seu ordenamento racional e a otimização da sua utilização.

Face ao exposto, **o Tribunal mantém**, nesta matéria, a conclusão de que não está devidamente fundamentada a necessidade do recurso à prestação dos serviços na especialidade.

É de salientar também a capacidade instalada disponível, nesta especialidade, noutras regiões de saúde, designadamente na região de saúde do Centro (cfr. ponto 10.1), podendo as ARS colaborar entre si e com as unidades hospitalares para o aproveitamento dessa capacidade.

[70] Apesar dos indicadores resultantes do sistema de informação Consulta a Tempo e Horas serem mais gravosos, os mesmos incluem, de acordo com informação prestada pelo CHLC, 4 pedidos de consultas, referentes a 3 doentes que faltaram injustificadamente à consulta marcada e um pedido recusado pela especialidade referente a cirurgia torácica, por o doente já ser seguido na consulta.

Em sede de contraditório, o Diretor de Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, considera "bem vinda" a possibilidade de referenciação a nível nacional e a transferência de doentes de uma região para a outra quando necessária, mas salvaguarda que "… a origem de disparidade de listas de espera de doentes para cirurgia, prende-se com fatores como a área de referenciação, a disponibilidade instalada e também sobre os critérios de seleção de doentes.".

B. Outras especialidades

Apesar de não se terem verificado alterações significativas nos indicadores de acesso das especialidades, o Acordo de 2011 e o Acordo 2012/2013 evidenciam uma redução das quantidades contratadas e realizadas até 2010 nestas áreas, com exceção da especialidade de Ortopedia. As quantidades de 2011 refletiram essencialmente a suspensão da referenciação de utentes a partir de julho de 2011.

Quadro 8 – Evolução das quantidades e valores outras especialidades cirúrgicas

Especialidade	2010 Acordo (realizado)		2011 Acordo (realizado)		2012/2013 Minuta	
	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor
Cirurgia Vascular		**2.836.111,36**		**1.281.187,49**		**905.575,00**
Cirurgias (1)	1.241	2.411.541,94	589	1.090.128,82	531	753.887,25
Consultas	5.293	147.674,70	2.359	95.934,25	2.620	151.687,75
MCDT (2)	5.400	276.894,72	1.899	95.124,42		
Oftalmologia		**5.361.184,95**		**3.443.279,49**		**1.421.947,66**
Cirurgias (1)	2.872	4.703.734,77	2.179	3.008.594,74	1.275	1.105.272,00
Consultas	13.187	367.917,30	7.948	365.614,55	5.488	316.675,66
MCDT (2)	9.415	289.532,88	2.072	69.070,20		
Ortopedia		**7.154.882,47**		**6.578.177,33**		**2.881.822,39**
Cirurgias (1)	1.194	6.874.767,28	1.216	6.153.379,19	625	2.694.568,75
Consultas	8.105	226.129,50	8.200	396.984,45	3.253	187.253,64
MCDT (2)	496	53.985,69	252	27.813,69		
Urologia (3)		**271.113,98**		**248.021,99**		
Cirurgias (1)	132	228.908,86	123	198.597,88		
Consultas	738	20.590,20	728	31.472,35		
MCDT (2)	251	21.614,92	330	17.951,76		

(1) Inclui toda a atividade cirurgica, que inclui, para efeitos de faturação GDH Cirurgicos e GDH Médicos.

(2) A partir de 1 de maio de 2011 incluídos no preço compreensivo da consulta, o que explica o aumento do valor das consultas de 2011 para 2010.

(3) Não contratualizado em 2012/2013.

Fonte: Base de dados da faturação 2010 e 2011; Minuta de Acordo 2012/2013.

A insuficiente fundamentação das estimativas de produção é, também, atestada pelas reduzidas taxas de execução do mesmo em 2009 e 2010[71], na especialidade de Urologia, que de acordo como os Relatórios de Acerto de Contas dos anos de 2009 e 2010, pareciam "… confirmar que não existe procura suficiente para preencher os volumes de produção estabelecidos no Acordo de Cooperação, nomeadamente para cirurgia da próstata e circuncisão.".

Esta situação confirma que as quantidades contratadas em 2009 e 2010 na especialidade de Urologia, que resultaram de simples prorrogação do Acordo de 2008 tal como nele previsto, não foram objeto, à época, de um adequado levantamento das necessidades do SNS, permitindo, também, alavancar os valores destinados às outras especialidades cirúrgicas pois o valor acordado nesses anos para Urologia foi redistribuído por outras especialidades previstas no Acordo, cfr. ponto 8.2.1, sem prévia avaliação por parte da ARSLVT, IP, da efetiva necessidade dessa redistribuição.

[71] Cfr. ponto 8.2.

Nas alegações, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, salienta que, a diminuição das quantidades estabelecidas no Acordo de 2011 e a não inclusão no Acordo 2012/2013 da especialidade de Urologia, "… revela que a ARSLVT procede à avaliação, auditoria e monitorização dos contratos que celebra …".

A este respeito, **o Tribunal salienta** que, embora a evolução verificada na especialidade de Urologia tenha resultado de uma ação de monitorização da execução das quantidades contratadas, efetuada pela ARSLVT, IP, as reduzidas taxas de execução nos anos de 2009 e 2010, evidenciam a fundamentação insuficiente da celebração destes Acordos, quer ao nível das especialidades a incluir nos mesmos[72] quer ao nível das quantidades contratadas.

Só uma insuficiente fundamentação pode explicar que uma aparente necessidade identificada pela ARSLVT não se tenha concretizado em efetivas prestações de saúde no âmbito do Acordo.

7.1.2. Rastreios

A realização de rastreios da Retinopatia Diabética e do Cancro da Mama, com carácter sistemático e de base populacional, nos Acordos de Cooperação foi acrescentada pela primeira vez, como nova área de diagnóstico, no Acordo de 2011, embora sem quantidades contratadas[73], e objeto do Acordo 2012/2013, pelo valor total de € 1.293.830,65.

Prevê-se que a implementação dos rastreios tenha lugar em 2013 "… uma vez que a sua implementação (…) deverá demorar algum tempo até à sua efetivação…". As quantidades negociadas foram: 18.305 rastreios de Retinopatia Diabética, 2.793 atos de fotoacoagulação a laser e 49.311 rastreios do Cancro da Mama. Estas quantidades respeitam ao número de utentes elegíveis para efeitos de rastreio nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da área de influência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, únicos ACES que poderão referenciar utentes para a realização dos rastreios.

Tal como as áreas cirúrgicas dos Acordos, também estas novas áreas não foram objeto de estudos de Análise Custo-Benefício ou outros equivalentes, sustentando-se a sua contratação na constatação de que o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, não realiza qualquer daqueles rastreios.

A inclusão dos rastreios da Retinopatia Diabética foi precedida de um inquérito realizado a 16 hospitais públicos da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em 2010, que concluiu que, nesse ano, apenas 7 hospitais realizaram rastreios de cariz oportunístico[74], sem carácter sistemático e de base populacional, e que o número de rastreios realizados (8.044) e a quantidade adicional prevista para 2011 (1.562) era insuficiente face à população com necessidades de ser rastreada.

Não existe evidência de a inclusão dos rastreios do Cancro da Mama ter sido objeto de estudo semelhante.

---

[72] A Urologia foi incluída no Acordo de Cooperação no final de 2008.

[73] Uma vez que tendo sido suspensa a referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, a partir de julho de 2011, "… não foi possível implementá-los…" – informação da ARSLVT, IP, relativa à celebração do Acordo de Cooperação 2012/2013 - atualização de outubro de 2012.

[74] Por exemplo, no âmbito de uma consulta. O inquérito incluiu questões sobre a capacidade dos hospitais realizarem mais rastreios e consultas do que as efetuadas em 2010, a existência de consulta e equipa cirúrgica de retina e os equipamentos existentes para o diagnóstico e tratamento da Retinopatia Diabética.

Embora se tratasse de áreas novas, sem experiência acumulada de cooperação entre a ARSLVT,IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA[75], a ARSLVT, IP, incluiu-as nos novos Acordos sem considerar, nas alternativas possíveis, a capacidade de produção adicional de parceiros com experiência nessas áreas: a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), com a qual a ARSLVT, IP, mantém protocolos desde 2009, no âmbito da Retinopatia Diabética, e que, desde então, rastreou 61.804 utentes[76]; a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) que, entre 2009 e novembro de 2012, realizou 104.575 exames mamográficos a utentes da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro da Mama (PRCM)[77].

A APDP tem realizado rastreios à população diabética dos ACES Oeste Sul, Oeste Norte, Médio Tejo I e II, Lezíria I e II, Almada, Seixal-Sesimbra e Arco Ribeirinho, encontrando-se, em dezembro de 2012, em execução os rastreios aos utentes do ACES Setúbal-Palmela. Por seu turno a LPCC tem realizado rastreios à população dos ACES Oeste Norte, Médio Tejo I e II e Lezírias I e II.

Questionadas ambas as entidades sobre a possibilidade de realização de rastreios adicionais, em 2013, a APDP referiu ter capacidade para fazer "… mais 30.000 rastreios…" e a LPCC informou que "… tem demonstrado reiteradamente (…), junto do Ministério da Saúde e da ARSLVT, IP, a sua disponibilidade para a execução do alargamento do PRCM aos concelhos da zona de ação da ARSLVT, IP, ainda não cobertos (concelhos do distrito de Lisboa (…) e (…) concelhos da Península de Setúbal)."[78].

Ao contrário do previsto para a realização dos rastreios no âmbito do Acordo de Cooperação 2012/2013, em que os utentes terão de se deslocar ao hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para os realizar, a APDP e a LPCC deslocam-se às unidades de saúde dos ACES para efetuar os rastreios. O local de realização dos rastreios é importante para garantir uma acessibilidade equitativa e a participação dos utentes nos programas de rastreio, determinando a Norma n.º 6/2011 da Direção-Geral da Saúde que os rastreios da Retinopatia Diabética devem ser realizados "… o mais próximo possível do local onde vivem e trabalham as pessoas com diabetes …".

O local de realização dos rastreios e a necessidade de deslocação dos utentes foram tidos em consideração na negociação dos preços entre a ARSLVT, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa, cfr. se observa no ponto seguinte. Porém, também a APDP e a LPCC manifestaram disponibilidade para a realização de rastreios em unidades fixas e não foram auscultadas pela ARSLVT, IP.

Considerando a área geográfica de abrangência dos rastreios a realizar no âmbito do Acordo de Cooperação – ACES da área de influência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca – confirmou-se, no âmbito da auditoria, que, também, não foram considerados, nas alternativas existentes para efeitos de negociação da realização de rastreios em 2013, os hospitais em regime de parceria

[75] Em anos anteriores não se verificou prestação de serviços nestas áreas, no âmbito dos Acordos. Embora na especialidade de Oftalmologia, a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, já realizasse os atos inerentes aos rastreios da Retinopatia Diabética – retinografias e fotoacoagulação a laser, tais atos, não constituíam rastreios de carácter sistemático e de base populacional, antes sendo meios complementares de diagnóstico e tratamento dos utentes que eram referenciados, com presunção de necessidade cirúrgica, para a especialidade de Oftalmologia. Quanto aos rastreios do Cancro da Mama, trata-se de uma área completamente nova no âmbito dos Acordos de Cooperação, referindo o Anexo III do Acordo de 2011, que a entidade prestadora de serviços "Deverá constituir-se como um Centro de Rastreio de Cancro de Mama, com equipa multidisciplinar.".

[76] Fonte: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Em 2012 os rastreios ainda estavam em execução.

[77] Fonte: Liga Portuguesa Contra o Cancro.

[78] Ressalvou ainda a LPCC que o "… alargamento do PRCM obrigará a um avultado investimento, a assumir pela LPCC.". Deste projeto foi dado conhecimento ao atual Ministro da Saúde.

público-privada cuja área geográfica de influência conflui com aquela – o Hospital de Cascais Dr. José de Almeida e o Hospital Beatriz Ângelo.

Apesar dos contratos de gestão celebrados entre o Estado e as entidades gestoras não preverem a possibilidade de realização de rastreios sistemáticos e de base populacional, os mesmos podem ser acordados de forma distinta com a ARSLVT, IP.

A administração do Hospital Beatriz Ângelo informou ter, eventualmente, "… capacidade instalada para, em 2013, realizar cerca de 2.000 exames de imagiologia (mamografia)…" e "…cerca de 3.000 rastreios…" de Retinopatia Diabética.

Por seu lado, a administração do Hospital de Cascais Dr José de Almeida, embora não tenha referido o número de rastreios que poderia realizar em 2013, informou que "… a determinação da capacidade do Hospital (…) para a realização dos rastreios em causa dependerá ainda do protocolo que estiver subjacente a tais rastreios." e que "Os rastreios deverão ser realizados no próprio Hospital que dispõe dos equipamentos e recursos humanos necessários para o efeito.".

A negociação de realização de rastreios, ainda que em protocolo/acordo adicional aos contratos de gestão, poderá contribuir para o aproveitamento da capacidade instalada das entidades gestoras e, consequentemente, para o equilíbrio económico dos respetivos contratos de gestão.

Face ao exposto, considera-se que a ARSLVT, IP, numa área que, por ser nova no Acordo de Cooperação, tornaria ainda mais premente o recurso a metodologias de avaliação económica das alternativas existentes, não o fez, não salvaguardando assim os interesses do Estado e dos cidadãos contribuintes através da escolha da melhor opção do ponto de vista económico. Note-se que a avaliação económica não inclui apenas critérios financeiros mas, também, de qualidade, técnicos e outros, obrigando, na área da prestação de cuidados de saúde, à ponderação de aspetos como a acessibilidade e a equidade.

Relativamente à não consideração, nas alternativas possíveis, de outros parceiros com os quais a ARSLVT, IP, já mantinha relações contratuais nestas áreas, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, nas suas alegações, esclarece "… que contratualizar com mais entidades, que preencham os requisitos técnicos de qualidade clínica, será sempre benéfico para o SNS, designadamente para não ficar dependente de um único prestador, o que poderá causar constrangimentos da mais diversa natureza, quer quanto à imposição de preços, quer quanto aos níveis de qualidade e de eficiência do serviço prestado.".

Neste sentido, também o anterior Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, salienta que "A criação de alternativas é relevante para o mercado da saúde a prazo.".

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, acrescenta, ainda, "… estranhar a posição assumida pela equipa de auditoria, claramente fora das competências que legalmente lhe são atribuídas, quanto ao poder de escolha dos cocontratantes da ARSLVT para a prestação de cuidados de saúde …" referindo que o Relato de Auditoria contém "… propostas de contratação e de escolhas de outros prestadores fora do SNS …".

Cabe esclarecer que nem a equipa de auditores atuou fora das competências legalmente atribuídas ao Tribunal de Contas nem o relato de auditoria continha qualquer proposta de contratação. A análise efetuada, que **o Tribunal mantém** no presente Relatório, incidiu sobre o processo decisional subjacente à celebração dos Acordos por parte da ARSLVT, IP, observando que não foram consideradas, para a prestação dos cuidados de saúde, quaisquer outras alternativas existentes.

O que o Tribunal propugna é que as entidades que gerem dinheiros públicos implementem procedimentos que garantam a sua melhor utilização. Apenas a análise sustentada das diferentes

alternativas permitiria demonstrar que a decisão tomada pela ARSLVT, IP, garantia a melhor taxa social de rendibilidade dos impostos suportados pelos contribuintes.

A este propósito *vide*, ainda, as observações constantes do ponto 4.2 quanto às alegações apresentadas pelo Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde sobre o acolhimento da recomendação "Providenciar para que, na celebração de futuros Protocolos e/ou Acordos para a prestação de cuidados de saúde, com entidades situadas fora do perímetro de consolidação do SNS, se proceda a uma pesquisa junto de entidades do sector social e/ou privado, com vista à boa gestão dos dinheiros públicos e à sustentabilidade do SNS".

O Tribunal acolhe o argumento de diversificação dos prestadores de cuidados de saúde, **salientando, no entanto**, que o mesmo não pode ser utilizado isoladamente num processo de escolha de alternativas.

Note-se, ainda, que a ACSS, IP, no parecer sobre a minuta de Acordo para 2012 (cfr. ponto 4.6), para além de notar que na informação da ARSLVT, IP, relativa à celebração do Acordo, não é "… referida a análise à capacidade instalada nos Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais da região …", ressalva, também, não existir evidência da "experiência particular da CVP na realização desta atividade".

7.2. Preços

No âmbito do Acordo vigente entre 2008 e 2010 os preços eram os estabelecidos na Portaria que define os preços que devem ser cobrados pelas instituições e serviços do SNS por serviços prestados a beneficiários de subsistemas de saúde e a quaisquer entidades, públicas ou privadas[79], de ora em diante "tabela SNS", deduzidos de 10%.

O Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, em 29 de outubro de 2010, estabelece que o pagamento de cuidados de saúde "… deverá ter por referência a tabela dos GDH." (Cláusula IX) mantendo o carácter administrativo do processo de determinação dos preços, à semelhança do que se verificou até 2010.

O Protocolo não especificou se a tabela é a "tabela SNS" ou a tabela de preços a praticar para a produção cirúrgica adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia[80] (de ora em diante, "tabela SIGIC").

A. Preços especialidades cirúrgicas – cirurgias e consultas

No primeiro quadrimestre de 2011 mantiveram-se os preços do Acordo vigente entre 2008 e 2010, por prorrogação das condições nele estabelecidas.

Entre maio e junho desse ano, a dedução de 10%, anteriormente acordada, passou a ser de 11,458% acrescida de uma redução suplementar de 4%, também aplicada em 2011 na contratualização com os hospitais do SNS.

A aplicação dos valores da "tabela SNS", durante o período compreendido entre 1 de maio e 30 de junho de 2011, foi determinada por despacho de 13 de abril de 2011 do então Secretário de Estado da Saúde, em resultado do diferendo que opôs a ARSLVT, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa, entendendo esta que a tabela de referência seria a "tabela SNS" e a ARSLVT, IP, a "tabela SIGIC",

[79] Desde 2009, Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de julho.

[80] À data da celebração do Acordo de 2011, fixada na Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto, e, atualmente, na Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro.

uma vez que era esta a tabela utilizada nos Acordos de Cooperação celebrados em 2011 com as Misericórdias.

Entre julho e dezembro de 2011, os preços da atividade cirúrgica passaram a ter como referência a "tabela SIGIC"[81], com exceção das cirurgias realizadas no âmbito da Cirurgia Cardiotorácica, que mantiveram o preço definido para o período de maio-junho.

O Acordo de 2012/2013, mantem como referência os preços constantes da "tabela SIGIC", aplicando-os, agora, a todas as especialidades, incluindo a Cirurgia Cardiotorácica, e deduzindo-os de 6%.

Os preços unitários das cirurgias constantes da "tabela SIGIC", são em geral inferiores aos preços da Portaria que serviu de referência ao Acordo vigente até 2010 e ao período compreendido entre janeiro e junho de 2011.

Considerando ainda os descontos estabelecidos no Acordo de 2012/2013, verificou-se uma redução dos preços unitários que em várias cirurgias, ultrapassou os 50% relativamente aos preços praticados até março de 2011[82].

Ou seja, num curto prazo a entidade prestadora dos serviços aceitou acomodar uma redução substancial dos preços, pelo que se infere que os estabelecidos em anteriores Acordos se encontravam inflacionados.

No que concerne ao preço das consultas, os valores aplicados em 2011, entre maio e dezembro - 1ª consulta, € 65,45; consulta subsequente, € 59,50 -, tiveram por referência os valores contratualizados pela ARSLVT, IP, em 2011 com os hospitais do SNS do grupo 4, deduzidos de 11,458%, o que implicou um aumento do preço médio unitário das consultas, relativamente ao valor vigente em 2010 e até abril de 2011, € 27,00. Esse preço, porém, inclui os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados, com base num conceito de preço compreensivo[83], o que não ocorria no Acordo anterior, no âmbito do qual os MCDT eram, em regra, faturados pelos valores previstos na "tabela SNS", deduzidos do montante de 10%. Em 2010 o preço médio unitário dos MCDT, resultante das quantidades e valores estabelecidos no Acordo, era de € 51,41. O preço médio unitário da sua execução foi de € 42,28.

No Acordo 2012/2013 os preços das consultas, fixados no Acordo de 2011, encontram-se deduzidos de 6%, passando a ser de € 61,52 – 1ª consulta, e de € 55,93 – consulta subsequente.

Apesar da evolução observada na negociação dos preços dos Acordos, aproximando-os dos praticados em contratos celebrados com outras entidades dos setores privado e social - os preços da "tabela SIGIC" serviram também de referência nos acordos celebrados com as Misericórdias, em

[81] Por determinação do atual Governo, cfr. atas das reuniões entre a ARSLVT, IP, e a Cruz Vermelha Portuguesa de 8 e 12 de julho e de 2 de setembro de 2011.

[82] A título de exemplo, no GDH 39, de Oftalmologia, o preço passou de € 1.599,79 para € 809,25. O preço do GDH 789, de Ortopedia, passou de € 12.204,13 para € 5.137,20. O preço do GDH 796, de Cirurgia Vascular, passou de € 6.024,31 para € 2.575,03. Na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, vários GDH tiveram reduções de preço superiores a 40%.

[83] Valor médio que engloba o conjunto de atos clínicos considerados essenciais para uma adequada prestação de cuidados, estando nele incluídos todos os custos com MCDT prescritos no âmbito da consulta (art.º 1º, al. dd), do Acordo de 2011 e art.º 1º, al. ee), da minuta de Acordo 2012/2013). A inclusão dos MCDT no preço da consulta, contribui para um maior controlo da faturação no âmbito dos Acordos de Cooperação, pois até 2010 os MCDT eram faturados separadamente, exceto se prestados no âmbito de episódios de internamento, caso em que o preço deste os incluía. O controlo da faturação exigia assim o controlo dos MCDT realizados dentro e fora de um episódio de internamento, o que não era feito, pela ARSLVT, IP, de forma exaustiva, mas por amostragem.

2011[84], e são os praticados nas convenções celebradas com entidades do setor privado e social, para a realização de atividade cirúrgica no âmbito do SIGIC - a celebração dos mesmos continuou a não se fundar no conhecimento de outras condições alternativas que poderiam, eventualmente, ser oferecidas por outros prestadores do sistema de saúde, em regime de complementaridade, nem no conhecimento detalhado e fidedigno dos custos dessa produção no SNS[85].

É de salientar que, apesar dos preços da "tabela SIGIC" incorporarem um ponderador que tem por base informação de procura e oferta no mercado, tentando adaptar o preço à disponibilidade da oferta, designado "fator de equilíbrio", o mesmo é, ainda, fixado administrativamente.

Note-se que, apesar da aproximação dos preços negociados aos preços praticados com outras entidades dos setores privado e social, não se pode colocar a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA em plano de igualdade com as referidas entidades, uma vez que aquela foi objeto de um *bail-out* em 1998, por parte do Estado, cfr. pontos 6.1 e 6.3, pelo que a análise dos preços negociados nos Acordos deve considerar os custos incorridos pelo Estado no resgate.

Também os preços das consultas das especialidades cirúrgicas tiveram por referência os preços estabelecidos em 2011 para os hospitais do SNS do grupo 4, deduzidos dos descontos negociados com a Cruz Vermelha Portuguesa[86].

O recurso a preços fixados por via administrativa, como é o caso dos preços da "tabela SIGIC" e dos preços fixados no âmbito dos contratos programa celebrados com os hospitais do SNS, em vez do custo de oportunidade (custo marginal da produção no SNS), não garante que os preços reflitam o justo valor das prestações contratadas.

Nas suas alegações (ponto 4.2 (5)), o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde discorda da recomendação formulada no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª S - *"Não adoptar preços "administrativos" como preços de referência ou de aferição apriorística na negociação de preços com entidades que não façam parte do SNS."* – considerando que "… não é consentânea com a realidade subjacente, atento a que os preços adoptados como referência para negociação são os mesmos que são negociados com os Hospitais EPE, sendo que os preços obtidos junto da CVP têm vindo a ser sempre mais baixos...".

Porém, **o Tribunal sublinha e reafirma** que, apesar dos preços negociados nos Acordos serem inferiores aos praticados no âmbito do SNS, não está demonstrado que os mesmos são os mais vantajosos. Acresce que os preços administrativos fixados, tendo por base os custos do SNS, incorporam as suas ineficiências, fazendo delas beneficiar o sector privado.

---

[84] Cujo procedimento de celebração é em tudo semelhante ao procedimento de celebração do Acordo em análise: em execução do Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, de 27 de março de 2010, foram celebrados pelas ARS, em 2011, acordos de cooperação com as Misericórdias para prestação de cuidados de saúde. De acordo com informação remetida à DGTC em abril de 2011, pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, foram celebrados 12 Acordos de Cooperação celebrados entre as ARS e as Misericórdias, 2 desses Acordos foram celebrados pela ARSLVT, IP.

[85] Note-se, porém, a este propósito, que o Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, em 29 de outubro de 2010 estabeleceu como preços de referência a aplicação de preços "administrativos".

[86] Em 2011, os valores estabelecidos para as consultas eram superiores aos estabelecidos nos acordos celebrados com as Misericórdias - 1ª consulta, € 63,63; subsequente, € 57,84 que, também, incluem os MCDT. Os preços das consultas no Acordo de 2012/2013 com a Cruz Vermelha Portuguesa, são de € 61,52 – 1ª consulta, e de € 55,93 – consulta subsequente.

Conforme já sustentado no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção, aos preços acordados há ainda que acrescer: o custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa do SNS, o custo de oportunidade do investimento do Estado em ações da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e, ainda, o preço/valor da redução do risco de mercado associado ao Acordo de Cooperação, que se pode estimar calculando o valor da "Opção de Colocação Parcialmente Garantida da Produção" "embutida" nos Acordos.

Acresce que, os preços fixados pelo Ministério da Saúde têm por base a contabilidade analítica dos hospitais, que não permite a obtenção de custos detalhados por doente ou por ato realizado – GDH, consulta ou outro.

O Relatório de Auditoria n.º 30/2011 - Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde – concluiu pela desadequação das metodologias de formação de preços determinados administrativamente e pela ausência de informação completa e fidedigna sobre os custos efetivamente associados às várias atividades das unidades hospitalares, recomendando a implementação de modelos de custeio das atividades nas unidades hospitalares do SNS que produzam informação atual, fiável e comparável.

A título de exemplo refira-se que o custo marginal médio de uma cirurgia da especialidade de Oftalmologia indicado pelo Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto no decurso da presente auditoria foi de € 450,00[87], sendo que o melhor preço negociado com a Cruz Vermelha Portuguesa, já durante as negociações do Acordo 2012/2013, para a cirurgia da catarata[88] foi de € 666,31. Considerando que o peso da cirurgia da catarata no total das cirurgias da especialidade realizadas em execução do Acordo 2012/2013[89] será semelhante ao de 2011, a realização das referidas cirurgias em unidades hospitalares do SNS poderia levar a uma poupança de € 240.735,01[90].

Tomando também por referência o custo unitário das cirurgias convencionais de laqueação venosa e flebo-extração, realizadas em 2010 no âmbito da produção cirúrgica adicional[91], indicado pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, € 943,22, e a produção realizada e faturada pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nesse ano[92], conclui-se que, em 2010, a poupança seria de € 658.050,50 se as cirurgias tivessem sido realizadas em unidades do SNS. Em 2011[93] essa poupança seria de € 257.602,10. O preço negociado com a Cruz Vermelha Portuguesa no Acordo 2012/2013 para estas cirurgias é de € 947,54, contudo existindo ineficiências na utilização dos recursos do SNS, o mesmo é ainda onerado com o custo da capacidade instalada desperdiçada.

---

[87] Esclarecendo que "O facto de se apresentar um custo marginal médio prende-se com a circunstância de numa cirurgia da catarata o custo marginal ser inferior a 450 euros, mas numa cirurgia da retina já o custo marginal é muito superior a 450 euros.". O custo apresentado inclui custos com material de consumo e com pessoal (médico especialista de anestesiologia e pessoal de enfermagem) que seria necessário contratar para aumentar a produção. Quanto a instalações e equipamentos o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto refere ter capacidade excedentária e os médicos especialistas em oftalmologia seriam suficientes.

[88] Que representou 87,3% (1.902) do total de cirurgias realizadas (2.179) na especialidade de Oftalmologia e 85% da faturação da atividade cirúrgica dessa especialidade.

[89] O Acordo 2012/2013 estima a realização de 1275 cirurgias. Mantendo-se o peso de 2011 da cirurgia da catarata – 87,2% - no total de cirurgias, estima-se a realização, em 2012/2013, de 1.112 cirurgias da catarata.

[90] Em 2011, a poupança seria de € 1.696.278, resultante da diferença entre o valor faturado pela Cruz Vermelha Portuguesa nesse ano relativamente à cirurgia da catarata - € 2.552.178 e o custo expectável no SNS - € 855.900,00.

[91] Que inclui o valor pago à equipa cirúrgica e o custo do material de consumo utilizado nessas cirurgias.

[92] 1.075 cirurgias a € 1.555,36/cirurgia.

[93] Ano em que, no âmbito do Acordo, foram faturadas à ARSLVT, IP, 483 cirurgias a um preço médio unitário de € 1.476,56.

No ponto 9 procede-se a uma comparação entre os custos incorridos pela ARSLVT, IP, no âmbito dos Acordos de Cooperação, e os custos incorridos em unidades hospitalares do SNS, tendo-se concluído que estes são inferiores.

Refira-se que, tudo o que se pague, no preço contratado com entidades exteriores ao perímetro do SNS, acima do custo marginal em que incorre o hospital do SNS com o custo marginal mais baixo, em rigor deverá ser considerado como comportando um "subsídio" àquelas entidades, no caso em apreço, à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, prestadora dos cuidados de saúde.

Alega o Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde que a referência não pode ser o custo marginal mais baixo, mas sim o hospital do SNS de referência para o utente individualmente considerado uma vez que o acesso a serviços de saúde tem uma forte componente geográfica.

Embora o Tribunal reconheça que poderão existir algumas condicionantes geográficas, **cabe-lhe salientar que** o Regulamento do Sistema Consulta a Tempo e Horas já prevê que o médico dos Agrupamentos possa referenciar o pedido para outra instituição do SNS e que o próprio programa do XIX Governo tem como objetivo estratégico, na área da saúde, "Fomentar um maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão activa do sistema, através do reforço do exercício de liberdade de escolha dentro de regras de acesso pré-definidas e reguladas, designadamente entre os operadores públicos.".

B. Preços dos rastreios

Em 2011, foram também negociados os preços dos atos a realizar no âmbito dos rastreios da Retinopatia Diabética e do Cancro da Mama. Os valores então negociados tiveram por referência os valores dos Acordos celebrados entre a ARSLVT, IP, e a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), com um desconto de 20% em virtude dos utentes terem de se deslocar ao hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para efetuarem os rastreios. A APDP e a LPCC deslocam-se às unidades dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). No Acordo 2012/2013 os preços negociados em 2011 foram reduzidos em 6%.

Não existe evidência de estudos que sustentem a adequação do desconto negociado face ao custo estimado da deslocação dos utentes e, não tendo, a ARSLVT, IP, considerado a existência de outras alternativas, cfr. ponto anterior, não existe evidência bastante que permita concluir que a negociação com a Cruz Vermelha Portuguesa foi a que melhor garantiu a boa gestão dos dinheiros públicos.

8. Execução Física e Financeira

8.1. Referenciação de utentes

Nos termos dos Acordos celebrados a referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, tem sido feita por unidades de cuidados de saúde primários – atualmente Agrupamentos de Centros de Saúde – e unidades hospitalares. As primeiras unidades referenciam para as especialidades de Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Ortopedia e, até 2011, Urologia. A referenciação para a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica é exclusivamente hospitalar.

Os requisitos da referenciação são a existência de presunção de necessidade cirúrgica e a incapacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS.

Apesar de os Acordos de Cooperação celebrados referirem expressamente que a prestação de cuidados de saúde é feita "em complementaridade com o SNS"[94], verificou-se em auditorias anteriores[95] e na presente auditoria que esta complementaridade não tem sido adequadamente assegurada.

Sendo a referenciação feita diretamente pelos Agrupamentos de Centros de Saúde e pelas unidades hospitalares, a referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nem sempre tem sido precedida de averiguação sobre a capacidade de resposta das outras unidades hospitalares do SNS.

Desde 2006 e até 2010 os Acordos previam uma exceção a esta regra permitindo a referenciação direta, i.e. sem verificação da incapacidade de resposta do SNS, de utentes do Hospital de Curry Cabral para a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica. Relativamente aos restantes hospitais, a sua interpretação não era unívoca quanto à necessidade da verificação daquele requisito no que concerne à referenciação para cirurgia cardíaca pediátrica[96], constatando-se designadamente a referenciação sem averiguação dessa capacidade pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa e pelo Centro Hospitalar de Lisboa Norte, cfr. pontos 8.2.2. e 10.1.

Também relativamente às restantes especialidades cirúrgicas, em relatório elaborado pela ARSLVT, IP,[97] refere-se que os dados da referenciação para primeira consulta hospitalar indiciavam que "… a proximidade geográfica ao HCVP pode estar a funcionar como um dos critérios que os médicos de família ponderam no momento em que optam por este hospital".

A ARSLVT, IP, na qualidade de entidade financiadora e adquirente da prestação de serviços realizada ao abrigo dos Acordo, não tem assegurado a verificação prévia da capacidade instalada no SNS aquando da referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. A ARSLVT, IP, é a única entidade que pode dispor de uma visão compreensiva e de informação integrada sobre a capacidade instalada disponível, inserindo-se, também, nas suas atribuições a articulação entre os serviços da sua área geográfica de modo a garantir o cumprimento das redes de referenciação[98], visando o ordenamento racional e a otimização dos recursos existentes.

---

[94] Cláusula II, n.º 1, do Protocolo de Cooperação de 29 de outubro de 2010, artigos 2º e 3º do Acordo de Cooperação de 2011 e, anteriormente, artigo 2º do Protocolo de Cooperação e Complementaridade, de 16 de abril de 1998, artigo 1º do Acordo de Cooperação de 1998, e artigos 2º, n.º 1, dos Acordos de Cooperação celebrados em 2005 e 2008.

[95] Relatório de Auditoria n.º 11/2011 e, antes deste, Relatório de Auditoria n.º 8/2009 – 2ªS - Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral.

[96] O n.º 10 do artigo 8º do Acordo vigente até 2010, estabelecia "No que concerne à cirurgia cardíaca pediátrica, o HCVP poderá receber doentes provenientes das Maternidades, serviços de Neonatologia e das especialidades de Pediatria e de Cardiologia Pediátrica dos Hospitais da área de influência da ARSLVT, IP".

[97] Relatório de Acompanhamento Consulta a Tempo e Horas no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, situação a 31 de dezembro de 2010.

[98] Em estudo de 14 de abril de 2010 (https://www.ers.pt/pages/65?news_id=79), a Entidade Reguladora da Saúde considerou que o modelo das redes de referenciação hospitalar, "… tal como existente (…) assenta na estipulação de regras meramente orientadoras, obriga a que se proponha, em prol da defesa da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes e da *organização e [do] desempenho dos serviços de saúde do SNS* (…), a adopção de regras claras, precisas e objetivas quanto à referenciação hospitalar por cada uma das Administrações Regionais de Saúde, enquanto entidades legalmente competentes, e a que procedam à sua concretização com vista ao efetivo cumprimento, por parte dos prestadores envolvidos, de cada uma *das [redes de referenciação hospitalar]*." recomendando a todas a Administrações Regionais de Saúde a "… definição, publicitação e imposição para cumprimento, por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, das *[redes de referenciação hospitalar]* que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência".

Quanto à referenciação dos utentes, os pontos seguintes evidenciam algumas medidas implementadas pela ARSLVT, IP, com vista ao controlo dos requisitos de referenciação de utentes no âmbito da execução dos Acordos de Cooperação, nos anos de 2010 e 2011, em especial por parte dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), permitindo ou restringindo a referenciação dos ACES conforme a capacidade de resposta dos hospitais do SNS de referência.

Os pontos seguintes revelam, porém, que as diligências realizadas, em 2011, no sentido de utilizar a capacidade instalada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica[99], não produziram qualquer efeito.

Relativamente ao Acordo 2012/2013, a ARSLVT, IP, emitiu, em dezembro de 2012, uma circular aos hospitais a informar que apenas podem referenciar utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, após consulta aos três centros hospitalares da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a especialidade – os Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte -, e quando os mesmos declararem não ter capacidade disponível para os receber. Estabelece, ainda, a referida circular, que todas as referenciações recusadas pelos hospitais do SNS devem ser documentadas, alertando para o facto de a ARSLVT, IP, poder solicitar a qualquer momento essa documentação.

A este propósito, refere-se que a produção de efeitos desta instrução seria melhor assegurada se previsse a responsabilização financeira das entidades referenciadoras pelo observação dos requisitos de referenciação, responsabilizando-as, em caso de incumprimento, pelo encargo financeiro decorrente da prestação de serviços.

A exigência de que a referenciação no âmbito do Acordo de Cooperação fosse, em regra[100], feita por um dos três Centros Hospitalares de Lisboa, responsabilizando-os financeiramente pela mesma, também garantiria a otimização dos recursos existentes no SNS.

Acresce que a ARSLVT, IP, pode, em articulação com unidades de saúde de outras regiões, utilizar a capacidade instalada nas mesmas, nomeadamente no Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, com impacto positivo para o SNS, i.e. aproveitamento da capacidade instalada, a custos inferiores aos preços pagos no âmbito do Acordo.

Quanto à referenciação para as outras áreas da prestação de serviços, realizada pelos Agrupamentos de Centros de Saúde, os procedimentos instituídos pela ARSLVT, IP, são semelhantes aos implementados em 2010 e 2011 - a referenciação será efetuada tendo em atenção as listas de espera para consulta e cirurgias, sendo apenas considerados os utentes dos Agrupamentos em que o tempo máximo de resposta garantido esteja ultrapassado.

Porém, as potencialidades do sistema de informação Consulta a Tempo e Horas, através do qual os utentes são referenciados para primeira consulta hospitalar, não estão a ser plenamente aproveitadas. A apresentação da totalidade das alternativas disponíveis na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo no âmbito do SNS, antes do recurso a prestadores de serviços externos ao SNS, permitiria aos médicos dos Agrupamentos, em conjunto com o utente, ponderar a melhor

[99] Criação do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa e comunicação da ARSLVT, IP, ao Hospital de Curry Cabral referindo que a capacidade instalada nos hospitais públicos, para o ano de 2011, não estava esgotada para a Cirurgia Cardiotorácica.

[100] Sempre com salvaguarda da situação clínica do doente.

escolha, considerando a condição de saúde do utente e os indicadores de acesso, por níveis de prioridade clínica.

Neste sentido, o Regulamento do Sistema Consulta a Tempo e Horas[101] já prevê que o médico dos Agrupamentos possa referenciar o pedido para outra instituição do SNS quando observe que o hospital de referência apresenta tempos de resposta superiores aos tempos máximos de resposta garantidos, devendo para o efeito obter o acordo do utente.

Sendo o recurso a entidades fora do perímetro do SNS efetuado em regime de complementaridade, a referenciação de utentes para as mesmas apenas devia ser possível em situações prioritárias, de evidente incapacidade de resposta das unidades hospitalares do SNS, o que não está assegurado nem pelas novas instruções da ARSLVT, IP, nem pelos procedimentos existentes nos Agrupamentos de Centros de Saúde.

Sucede que, estes Acordos, tal como foram concluídos, não incentivam a eficiência das unidades hospitalares do SNS, considerando que a responsabilidade financeira da aquisição dos serviços no âmbito dos Acordos não recai diretamente sobre aquelas, mas sobre a ARSLVT, IP.

Lógica diferente foi introduzida nas referenciações de doentes realizadas no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)[102], em cujo âmbito não se inserem as referenciações para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, objeto da presente auditoria.

Como incentivo ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos e, consequentemente à otimização da utilização dos recursos, com a publicação da Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro[103],que regulamenta o financiamento do SIGIC, o hospital de origem passou a ter a responsabilidade financeira pela realização atempada de toda a atividade cirúrgica inscrita nas respetivas listas de inscritos para cirurgia, passando a assumir os encargos financeiros decorrentes de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros (outros hospitais do SNS ou entidades convencionadas com o SNS) aos utentes inscritos na sua lista. Até então essa responsabilidade era das Administrações Regionais de Saúde.

Relativamente à responsabilização financeira dos hospitais pela prestação dos serviços realizados a coberto dos Acordos, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, nas suas alegações, argumenta que, "… mesmo nesta opção, haveria a necessidade de reforçar os Contratos-Programa dos Hospitais no valor respeitante à produção que é realizada (…), sendo financeiramente um exercício de resultado nulo.".

Sucede, porém, que o exercício só teria financeiramente resultado nulo caso a responsabilização dos hospitais pelos encargos não induzisse um maior cuidado com o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos e, consequentemente, uma redução do recurso a prestadores de serviços fora do perímetro de consolidação do SNS.

[101] Aprovado pela Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, e, antes desta, pela Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho.

[102] O SIGIC regula toda a atividade cirúrgica programada, incluindo todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição em listas de inscritos para cirurgia até à conclusão do processo, após realização da cirurgia. O seu Regulamento, aprovado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, estabelece, como regra geral, que a transferência de utentes para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos tempos máximos de resposta garantidos por níveis de prioridade, por patologia ou grupo de patologias.

[103] Que revogou a Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto.

Assim, **o Tribunal considera** que o argumento aduzido descura a perspetiva consolidada/nacional/macroeconómica que, também, deve estar presente no processo de tomada de decisões que afetam todo o SNS e, no limite, a sua sustentabilidade.

Na sua pronúncia, a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considera não estarem sustentadas em factos concretos, as seguintes afirmações constantes do texto supra:

1. "… verificou-se na presente auditoria que esta complementaridade não tem sido adequadamente assegurada";
2. "… a referenciação nem sequer tem sido precedida de averiguação sobre a capacidade de resposta das outras unidades hospitalares do SNS";
3. "dados da ARSLVT indiciavam que a proximidade geográfica ao HCVP pode estar a funcionar como um dos critérios que os médicos de família ponderam no momento em que optam por este hospital» ";
4. "no âmbito dos Acordos de Cooperação, os utentes são referenciados para o hospital explorado pela CVP-SGH sem qualquer inscrição nas listas dos hospitais do SNS originariamente responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde àqueles utentes e sem que estes hospitais sejam financeiramente responsabilizados pela prestação dos serviços realizados a coberto dos Acordos";
5. "os pontos seguintes revelam, porém que as diligências realizadas em 2011, no sentido de utilizar a capacidade instalada nos hospitais do SNS na especialidade de cirurgia cardiotorácica não produziram qualquer efeito".

O Tribunal esclarece que:

- A primeira, a segunda e a quinta afirmações resultam da análise efetuada no ponto 8.2.2 do Relatório, na parte referente às referenciações efetuadas para a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, onde se conclui pela persistência da prática de referenciação direta para o Hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, apesar da criação, em 2011, do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa e do reconhecimento, pela ARSLVT, IP, da existência de capacidade instalada na especialidade, cfr. comunicação efetuada ao Hospital de Curry Cabral.
- A terceira afirmação consta de um relatório realizado pela ARSLVT, IP, com referência ao ano de 2010, relativo às referenciações dos Agrupamentos de Centros de Saúde para as restantes especialidades do Acordo.
- A quarta afirmação é ela própria a constatação de um facto, considerando que os utentes que têm sido referenciados para o Hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não passam pelas listas de inscritos para cirurgia das unidades hospitalares do SNS. Acresce que o próprio Hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não integra o sistema de informação que gere aquelas listas.

8.2. Execução Física e Financeira 2009-2011

8.2.1. Execução financeira

A. 2009-2010

O Acordo de Cooperação vigente nos anos de 2009 e 2010 foi celebrado entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 2008, pelo prazo de um ano, automaticamente prorrogável por períodos iguais, até ao prazo máximo de três anos[104]. As quantidades e os volumes financeiros contratados em 2009 e 2010 resultaram de simples prorrogação do Acordo de 2008.

O teto financeiro máximo da retribuição anual da atividade realizada pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA - € 21.132.599,30 – foi ultrapassado em ambos os anos. Contudo, conforme estabelecido no Acordo[105], o valor calculado pela ARSLVT, IP, para efeitos de retribuição não ultrapassou aquele montante. Em 2009 o valor da retribuição coincidiu com o valor do Acordo e em 2010 foi inferior, € 21.047.545,68.

Quadro 9 – Execução financeira dos Acordos em 2010 e 2011

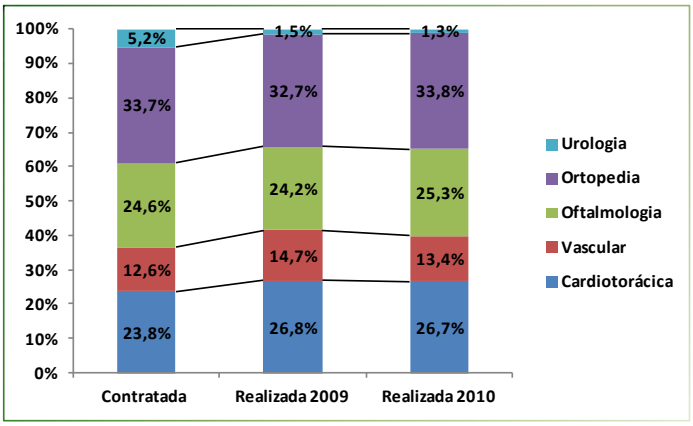
2009-2010 Execução financeira	Contratada		Realizada 2009 *			Realizada 2010**		
	Valor	%	Valor	%	Exec %	Valor	%	Exec %
Cardiotorácica	5.032.808,00	23,8%	5.752.398,63	26,8%	114,3%	5.648.466,27	26,7%	112,2%
Vascular	2.660.446,75	12,6%	3.155.916,24	14,7%	118,6%	2.836.111,36	13,4%	106,6%
Oftalmologia	5.206.702,30	24,6%	5.189.651,55	24,2%	99,7%	5.361.184,95	25,3%	103,0%
Ortopedia	7.127.726,35	33,7%	7.017.071,02	32,7%	98,4%	7.154.882,47	33,8%	100,4%
Urologia	1.104.915,90	5,2%	315.758,39	1,5%	28,6%	271.113,98	1,3%	24,5%
Total	**21.132.599,30**	**100,0%**	**21.430.795,83**	**100,0%**	**101,4%**	**21.271.759,03**	**100,4%**	**100,7%**

Fonte: Acordo e acerto de contas 2009; Acordo e base de dados da faturação 2010

* Inclui valor das correções da ARSLVT no âmbito das auditorias à faturação: € 134.704,15

** Não inclui o valor das correções da ARSLVT no âmbito das auditorias à faturação: € 85.053,62.

Figura 2 – Distribuição do volume financeiro do Acordo e respetiva execução (2009-2010)



Nos quadros *supra* observam-se desvios na execução dos volumes financeiros afetos a cada uma das áreas (especialidades) do Acordo, tendo os mesmos, em 2009, sido ultrapassados nas

[104] Cfr. artigo 6º do Acordo.

[105] Cfr. artigo 12º do Acordo.

especialidades de Cirurgia Cardiotorácica e Cirurgia Vascular e, em 2010, novamente nestas especialidades e, também, nas especialidades de Oftalmologia e Ortopedia, embora estas últimas de forma menos significativa.

Comum a ambos os anos, para além da superação do volume financeiro afetos às especialidades de Cirurgia Cardiotorácica e Cirurgia Vascular, são as reduzidas taxas de execução do Acordo de 2009 e 2010 na especialidade de Urologia, já referidas no ponto 7.1.1, a propósito do apuramento das necessidades do SNS para efeitos de celebração dos Acordos de Cooperação.

De acordo com o artigo 12º do Acordo então vigente, o volume financeiro de cada uma das áreas devia ser respeitado, contudo no caso de se ter sido atingido o valor máximo de produção por área, mas ainda não ter sido alcançado o volume financeiro máximo do Acordo - € 21.132.599,30 – a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, podia dar continuidade à produção. Esta situação permitiu a redistribuição dos valores afetos a cada especialidade pelas restantes, sem prévia avaliação por parte da ARSLVT, IP, da efetiva necessidade da mesma.

Nesta matéria, o Acordo de 2011 e o Acordo 2012/2013 estabelecem que o valor consignado a cada especialidade apenas pode ser redistribuído por outras linhas de produção, em casos devidamente fundamentados e mediante prévia autorização da ARSLVT, IP[106], porém, nesta matéria, o Acordo de 2011, tendo sido formalizado em 2012, não produziu efeitos neste âmbito.

B. 2011

O quadro e figura seguintes contêm uma síntese da execução financeira do Acordo de 2011, verificando-se desvios significativos em todas as especialidades.

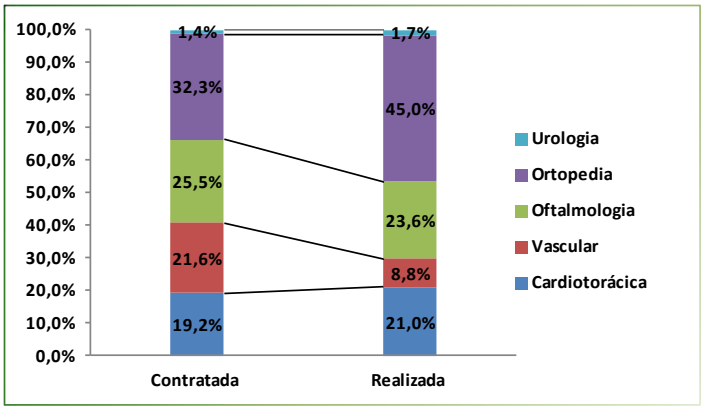
Quadro 10 – Execução financeira do Acordo em 2011

2011 Execução financeira	Contratada		Realizada			Tx moderadoras
	Valor	%	Valor	%	Exec %	€
Cardiotorácica	2.820.762,42	19,2%	3.064.706,12	21,0%	108,6%	1.143,65
Vascular	3.174.543,70	21,6%	1.281.187,49	8,8%	40,4%	15.875,61
Oftalmologia	3.748.837,93	25,5%	3.443.279,49	23,6%	91,8%	8.395,63
Ortopedia	4.745.099,31	32,3%	6.578.177,33	45,0%	138,6%	19.160,28
Urologia	202.459,47	1,4%	248.021,99	1,7%	122,5%	1.855,40
Total	**14.691.702,83**	**100,0%**	**14.615.372,42**	**100,0%**	**99,5%**	**46.430,57**

Fonte: Acordo e base de dados da faturação 2011

[106] Que é sempre expressa cfr. artigo 26º do Acordo de 2011.

Figura 3 – Distribuição do volume financeiro do Acordo e respetiva execução (2011)



Esta situação resultou do cálculo do preço médio unitário das cirurgias, que contribui para a determinação do volume financeiro total afeto a cada uma das áreas de atividade, ter tido por base a média dos preços dos vários tipos de cirurgias realizadas em 2010 e não uma média ponderada desses preços pelas unidades produzidas/previstas para cada uma dessas tipologias. Esta situação não se repetiu no Acordo 2012/2013.

8.2.2. Execução física

Na presente Auditoria considerou-se a atuação da ARSLVT, IP, no âmbito da execução do Acordo de 2010, ano em que aquela entidade já tinha conhecimento de algumas conclusões e recomendações do Tribunal de Contas, designadamente pela notificação do Relatório de Auditoria n.º 8/2009.

A partir desse ano verificou-se, por parte da ARSLVT, IP, a implementação de medidas com vista ao controlo dos requisitos de referenciação de utentes no âmbito dos Acordos, em especial por parte dos Agrupamentos de Centros de Saúde.

De entre essas medidas destaca-se a inclusão do hospital em causa, no sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta (Consulta a Tempo e Horas - CTH), a partir de 14 de maio de 2010[107]. Após esta data, os títulos de referenciação, em papel, com base no qual os utentes eram referenciados pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) para aquele hospital, foram substituídos pelos pedidos efetuados no referido sistema de informação.

Esta inclusão permitiu à ARSLVT,IP, nos anos em análise, parametrizar no sistema, por especialidade, os ACES que podiam referenciar para aquele hospital, com base em critérios de acesso aos cuidados de saúde, e, quando necessário, suspender a referenciação para por todos os ACES.

Os pontos seguintes destacam os procedimentos utilizados pela ARSLVT, IP, na referenciação de utentes que, como se observa *infra*, nem sempre produziram os efeitos de controlo desejados.

[107] Cfr. Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de maio, da ARSLVT, IP.

A. Cirurgia Cardiotorácica

Quadro 11 – Referenciações em 2010 e 2011

Entidade Referenciadora	2010		2011	
	Valor faturado	%	Valor faturado	%
Hospital de Curry Cabral	3.665.861,19	64,90%	1.907.683,11	62,25%
Maternidade Dr. Alfredo da Costa	662.701,80	11,73%	388.367,01	12,67%
Hospital Reynaldo dos Santos	601.014,34	10,64%	314.705,56	10,27%
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	378.631,96	6,70%	248.177,75	8,10%
Hospital Garcia de Orta	173.426,05	3,07%	83.043,28	2,71%
Outros	166.745,70	2,95%	122.729,41	4,00%
Total	5.648.381,04	100,00%	3.064.706,12	100,00%

Fonte: Bases de dados da faturação de 2010 e 2011

Em 2010 e 2011, as principais unidades hospitalares referenciadoras para a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica foram o Hospital de Curry Cabral, EPE, e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

O peso na faturação da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, relativo à especialidade em causa, dos atos realizados a utentes referenciados por estas unidades hospitalares foi de 75%, em 2011. Em 2010 havia sido cerca de 77% e, em 2009, de 74%[108].

Quadro 12 – Produção realizada na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica em 2011

Tipo de atos	Total*		Maternidade Dr. Alfredo da Costa			Hospital de Curry Cabral		
	Qtd	Valor (1)	Qtd	Valor (2)	% (=2/1)	Qtd	Valor (3)	% (=3/1)
CONSULTAS	1635	78.020,55	762	36.567,70	46,87%	197	8.972,05	11,50%
GDH CIRURGICO	240	2.887.850,38	27	321.308,90	11,13%	155	1.885.602,48	65,29%
GDH MÉDICO	30	62.322,19	7	13.285,65	21,32%	5	7.903,52	12,68%
MCDTS	622	36.513,00	289	17.204,76	47,12%	87	5.205,06	14,26%
Total		**3.064.706,12**		**388.367,01**	**12,67%**		**1.907.683,11**	**62,25%**

*Inclui toda a atividade realizada na especialidade. Para além das destacadas no quadro, as restantes entidades referenciadoras são: o Hospital Reynaldo dos Santos, 10,27% da faturação; o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 8,1% da faturação; o Hospital Garcia de Orta, 2,71% da faturação; outras entidades, 4%, entre as quais unidades hospitalares dos Centros Hospitalares de Lisboa Central (0,17% faturação), Ocidental (0,06% da faturação) e Norte (0,56% da faturação).

Fonte: Base de dados da faturação

O volume médio de produção mensal realizada no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nas principais linhas de produção do Acordo[109], no primeiro semestre de 2011[110], com origem no Hospital de Curry CabraL e na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, manteve-se idêntico ao do ano de 2010.

Esta situação revela a persistência da prática da referenciação direta dos utentes, apesar das recomendações que já haviam sido feitas no Relatório de Auditoria n.º 8/2009[111] e que foram

[108] Em 2009, o peso do Hospital de Curry Cabral foi de 63%.

[109] Consultas e cirurgias (GDH Cirurgicos). Não se incluíram os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), cujo preço passou a estar integrado no preço da consulta, a partir de maio de 2011, cfr. ponto 7.2, e deixaram de ser faturados à parte, e os GDH Médicos, associados à atividade cirúrgica e realizados residualmente.

[110] Antes da suspensão das referenciações a partir de 1 de julho desse ano.

[111] Dirigidas à Ministra da Saúde, ao Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, e ao Conselho de Administração Hospital de Curry Cabral.

reforçadas no Relatório n.º 11/2011 - 2ª S no sentido da reavaliar aquela referenciação face à capacidade instalada e declarada pelos hospitais do SNS.

Também a comunicação da ARSLVT, IP, ao Hospital de Curry Cabral, de março de 2011, informando que a capacidade instalada nos hospitais públicos para o ano de 2011 não estava esgotada, e a criação, em abril de 2011, do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa[112] com objetivos de aproveitamento dos recursos existentes, não parecem ter produzido quaisquer efeitos, não existindo por parte da ARSLVT, IP, enquanto entidade responsável por garantir o cumprimento das redes de referenciação na sua área de influência, uma atuação efetiva com vista a impedir a referenciação de utentes nesta especialidade sem confirmação da capacidade instalada dos hospitais do SNS.

A existência de capacidade instalada nos hospitais do SNS, na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica era conhecida, pois já tinha sido declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Central e Ocidental, EPE, e assumida pela própria ARSLVT, IP, na comunicação feita ao Hospital de Curry Cabral. Não são claras nem foram explicadas as razões porque se mantiveram as referenciações para a especialidade, até 30 de junho de 2011[113], ou, pelo menos, porque, mantendo-se as referenciações, não se exigiu aos hospitais referenciadores que, antes da referenciação, verificassem a capacidade de resposta daqueles Centros Hospitalares.

Relativamente às referenciações realizadas pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, dirigiu, também, um ofício, em 22 de junho de 2011, ao então Presidente da Maternidade a "… reiterar a necessidade absoluta das sinergias entre os Hospitais que constituem o Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa, ocorrerem prioritária e inequivocamente entre estas instituições". O ofício em causa relacionava-se "… com a transferência feita pela MAC de duas doentes recém-nascidas com patologia cardíaca congénita para o Hospital da Cruz Vermelha, em vez de terem sido transferidas para o Hospital de Santa Marta." referindo que "Este Hospital (…) tem técnicos altamente qualificados e capacidade instalada igualmente dotada de maior qualidade, mas em excesso para a actual taxa de utilização, constituindo por isso, um desperdício evitável para o Serviço Nacional de Saúde.". Deste ofício foi dado conhecimento à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e à ARSLVT, IP.

Quadro 13 – Atividade com entidade referenciadora "Hospital de Curry Cabral" e "Maternidade Dr. Alfredo da Costa"

Tipo de atos		2010			2011 (jan-jun)			2011 (jul-dez)		
		Qtd		Valor anual	Qtd		Valor semestral	Qtd		Valor semestral
		Ano	Mês*		Semestre	Mês*		Semestre	Mês*	
HCC	Consultas	337	28	9.402,30	157	26	6.425,45	40	7	2.546,60
	GDH Cirurgico	287	24	3.616.310,08	139	23	1.718.637,24	16	3	166.965,24
	Consulta/GDH	1,17			1,13			2,50		
MAC	Consultas	838	70	23.380,20	429	72	16.569,75	333	56	19.997,95
	GDH Cirurgico	47	4	534.473,15	22	4	287.613,84	5	1	33.695,06
	Consulta/GDH	17,83			19,50			66,60		

*Produção média mensal

Fonte: Base de dados da faturação

[112] Portaria n.º 172/2011, de 27 de abril. Como referido, a criação do Grupo sujeitou a uma coordenação comum o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, no qual se inclui um serviço diferenciado na especialidade - o Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de Santa Marta -, o Hospital de Curry Cabral, EPE, e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

[113] Data da suspensão das referenciações para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, EPE.

Também, o número de primeiras consultas[114] realizadas com título de referenciação emitido pelo Hospital de Curry Cabral e pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa entre janeiro e junho de 2011, manteve-se igual ao de 2010.

Quadro 14 – 1as consultas referenciadas pelo HCC e pela MAC em 2010 e 2011 (jan-jun)

Títulos de referenciação emitidos no período para 1ª consulta		Qtd	
		Total	Mês*
HCC	2010 - jan-dez	230	19
	2011 - jan-junho	116	19
MAC	2010 - jan-dez	207	17
	2011 - jan-junho	114	19

*Emissão média mensal

Fonte: Base de dados da faturação

O Quadro 15 evidencia, também, o número de primeiras consultas realizadas com título de referenciação emitido pelo Hospital de Curry Cabral nos períodos nele indicados. A média mensal a partir de abril de 2011, após a comunicação da ARSLVT, IP, *supra* referida, manteve-se próxima dos valores do período anterior, não tendo aquela comunicação produzido qualquer efeito.

Quadro 15 – 1as consultas referenciadas pelo HCC em 2011

1as consultas c/ título de referenciação do ano	Qtd	
	Total	Mês*
2011 - jan-mar	61	20
2011 - abr-jun	55	18

*Produção média mensal

Fonte: Base de dados da faturação

As situações evidenciadas permitem concluir que as medidas adotadas, na especialidade em análise, não provocaram os resultados pretendidos de aproveitamento dos recursos, continuando a haver produção realizada pelo prestador de serviços que podia ter sido realizada no SNS[115], não se tendo verificado, durante o ano de 2011, quaisquer alterações na referenciação destes utentes.

Sobre a referenciação de doentes realizada pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa, o então Presidente do Conselho de Administração da mesma alega que a referenciação direta de doentes, até junho de 2011, tinha por base o Acordo de Cooperação e que, a partir dessa data, os doentes passaram a ser referenciados para a Cardiologia Pediátrica e para a Cirurgia Cardiotorácica do Hospital de Santa Marta, sendo "…o apoio em regime de ambulatório (…) progressivamente prestado pelos médicos do mesmo hospital, o que veio a verificar-se e rapidamente progrediu para a totalidade dos casos.".

Por seu lado, a então Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral esclarece que "…o assunto foi sempre uma matéria da maior atenção do Conselho de Administração, o qual procurou sempre conformar-se com as recomendações do Tribunal de Contas. Na verdade, o Conselho de Administração (…) quando foi notificado [do Relatório de Auditoria n.º 8/2009 – 2ª S – Auditoria Financeira ao Hospital Curry Cabral] deu instruções para que fossem reavaliadas as condições de referenciação (…) [tendo sido] dadas instruções ao (…) responsável pelo serviço, para efeitos de garantir que a referenciação só seria feita subsidariamente em relação à capacidade instalada no SNS, e de acordo com os critérios clínicos.".

[114] Considerando que são estas as referentes a novos casos clínicos.

[115] Recorde-se a este respeito a capacidade instalada declarada pelos Centros Hospitalares de Lisboa, entre os quais se inclui o Centro Hospitalar de Lisboa Central, integrante do Grupo.

Sem prejuízo das diligências realizadas, os dados apresentados no presente Relatório demonstram que os procedimentos de referenciação, durante o primeiro semestre de 2011, se mantiveram iguais aos de 2010. Conforme já referido **pelo Tribunal**, a referenciação de utentes com confirmação da capacidade de resposta do SNS é a única forma de garantir a efetiva complementaridade do recurso à prestação de serviço, pelo que as entidades referenciadoras, devendo zelar pela sustentabilidade do SNS, devem garantir a plena utilização dos recursos do SNS antes de referenciar para uma entidade fora do perímetro deste Serviço.

A prática da referenciação direta também foi confirmada nas referenciações realizadas pelo Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, tendo-se verificado uma situação de referenciação, em 2009, deste hospital para a especialidade de Cirurgia Vascular, excluída do âmbito da referenciação hospitalar, que foi faturada pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, à ARSLVT, IP, como produção da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica[116].

Relativamente às referenciações da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, salienta-se, ainda, a intervenção, em evidente conflito de interesses, do presidente da Comissão Executiva e diretor clínico da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA[117], e de médicos especialistas desta sociedade de gestão nos procedimentos de referenciação realizados – cfr. ponto 8.3 infra.

A redução das quantidades realizadas, face a 2010, deveu-se, essencialmente, à suspensão da referenciação de utentes operada a partir de julho de 2011.

A análise da base de dados da faturação permite concluir que, se a atividade prosseguisse ao ritmo do primeiro semestre de 2011, alcançar-se-ia, com toda a probabilidade, as quantidades estabelecidas no acordo de 2010, 400 cirurgias e 1.850 consultas.

Quadro 16 – Produção executada em 2011

Cir. Cardiotorácica	2011	
	jan-jun	jul-dez
CONSULTAS	**951**	**684**
1as consultas	331	71
C/ título de ref. do ano	239	59
GDH CIRURGICO	**213**	**27**

Fonte: Base de dados da faturação

Considerando que, em março de 2012, o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa foram extintos, tendo integrado, por fusão, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, as necessidades em saúde na especialidade poderão passar a ser satisfeitas internamente.

A suspensão na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, a partir de 1 de julho de 2011, incidiu, também, sobre os utentes com cirurgia marcada no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, ou em seguimento após cirurgia, que, seriam repartidos pelos três Centros Hospitalares de Lisboa (Lisboa Norte, Lisboa Ocidental e Lisboa Central), na sequência de reuniões realizadas na ARSLVT, IP, com representantes do respetivo Conselho Diretivo, dos Conselhos de Administração e dos Serviços de Cirurgia Cardiotorácica dos Centros Hospitalares referidos e, ainda, dos Conselhos de Administração e de serviços clínicos do Hospital de Curry Cabral, EPE, e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa[118].

A realização de 27 cirurgias cardiotorácicas a partir daquela data, foi justificada pela ARSLVT, IP, por "… abranger situações que do ponto de vista clínico …" justificam "… a continuação da

[116] N.º de processo HCVP 420762.

[117] Através da prestação de serviços de uma sociedade comercial, a MPM-Consultadoria e Gestão, Lda.

[118] Cfr. ponto 5.

referenciação excecional para o HCVP, nomeadamente quando esteja em causa o seguimento de doentes já anteriormente seguidos ou intervencionados no HCVP.".

Também, o consentimento excecional da realização de cirurgias da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica em 2012 no mencionado hospital, ano em que a prestação de serviços aguardava a celebração de um Acordo, foi justificado pela ARSLVT, IP, com base "… em solicitação expressa dos hospitais de referência, decorrentes do facto de se tratar de crianças desde sempre seguidas e/ou intervencionadas por cirurgiões pediátricos cardiotorácicos do HCVP, sendo, por isso, medicamente recomendada a continuação da sua assistência pelo médico assistente."[119]. O valor dos serviços prestados entre 1 de janeiro e 31 de outubro de 2012, ascende a € 328.919,62[120].

Apesar de, nos processos de consentimento das cirurgias, se ter confirmado a justificação apresentada, não existe evidência de terem sido estabelecidos contactos com os hospitais de referência da especialidade, designadamente, tratando-se de situações pediátricas, com os Centros Hospitalares de Lisboa Central e Ocidental, a fim de confirmar se existiam incapacidades técnicas que justificassem a continuação do tratamento no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. Com exceção de duas situações em que o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca solicitou o acompanhamento dos utentes no mencionado hospital, todos os processos encontravam-se instruídos apenas com informação da sociedade de gestão hospitalar.

As referenciações do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca poderão eventualmente estar relacionadas com a exposição apresentada pelo Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca ao Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, datada de 6 de fevereiro de 2012, em que manifestava a sua preocupação com os resultados das intervenções efetuadas no Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santa Marta, baseada num período de observação de 6 meses (julho a dezembro de 2011) e num universo de 9 doentes, sendo que este Hospital realiza este tipo de intervenções desde 1959.

Nesta exposição, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca manifestava a sua preferência pela realização das cirurgias pela "…Equipa chefiada pelo Dr. Manuel Pedro de Magalhães do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa", considerando que os resultados das mesmas num e noutro local.

Esta exposição suscitou um despacho da tutela que deu origem a inquéritos realizados pela Direção-Geral de Saúde, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e pelo Colégio da Especialidade de Cirurgia Cardiotorácica da Ordem dos Médicos e determinou a suspensão da atividade de cirurgia cardíaca pediátrica do Hospital de Santa Marta durante a realização dos mesmos.

Estes inquéritos revelaram que as suspeições levantadas eram infundadas.

Efetivamente, os mesmos concluíram pela inexistência de indícios da "… ocorrência de má prática médica ou de intercorrência cirúrgica anormal." e a existência de "… mecanismos aptos a garantir o controlo de riscos clínicos.".

Na sequência dos inquéritos, o Secretário de Estado da Saúde considerou em despacho que "… O parecer é muito satisfatório e reforça, confirmando a qualidade reconhecida ao Serviço de Cirurgia

[119] Ofício de 28 de março de 2012 da ARSLVT, IP.

[120] Cfr. Minuta do Acordo 2012/2013. O valor corresponde a 25 cirurgias e 116 consultas. Os preços unitários aplicados têm por base os preços do Acordo de 2011 da especialidade.

Cardíaca do Hospital de Santa Marta …", determinando que se informasse "… o H. Fernando da Fonseca que considero não haver fundamento para as suspeições levantadas…"[121].

A propósito da justificação que sustenta os consentimentos da ARSLVT, IP, recorde-se as alegações apresentadas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, no âmbito da primeira auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT,IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA[122], no sentido de que "(…) não existe nenhuma justificação técnica que fundamente que tais tratamentos ou observações devam ser efectuados pela equipa que os iniciou (…). Acresce que o HSMARTA, sendo Centro de Referenciação Nacional, para a Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca, com todas as capacidades técnicas, médicas e cirúrgicas, para o tratamento de doentes com cardiopatias dos 0 anos à idade adulta (…), não se vislumbra qualquer necessidade de recurso a esses tratamentos noutros Centros com menor capacidade."[123].

B. Outras especialidades

Em 16 de março de 2010, a ARSLVT, IP, remeteu faxes aos Diretores dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Oeste Sul, de Vila Franca de Xira e de Sintra-Mafra, determinando que os utentes da especialidade de Oftalmologia daqueles ACES fossem referenciados para o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, considerando a "… optimização de uma estrutura (IOGP) que tem possibilidades para produzir acima daquilo que tem vindo a contratualizar anualmente com esta ARS." [124] A referenciação para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, deveria "… ser apenas utilizada em situações de exceção devidamente fundamentadas.". Os faxes informavam, ainda, dos encargos decorrentes da prestação de cuidados oftalmológicos, em 2009, a utentes provenientes daqueles ACES, cerca de € 911.100,00, no total.

Verificou-se na base de dados da faturação que, de um total de 148 primeiras consultas faturadas entre janeiro e setembro[125] de 2010, relativas a utentes pertencentes àqueles ACES, apenas 25 foram realizadas no período compreendido entre abril e setembro desse ano. Também, o Relatório de Acompanhamento Consulta a Tempo e Horas[126], efetuado pela ARSLVT, IP, evidencia a ausência da referenciação, entre maio[127] e dezembro de 2010, para a especialidade pelos ACES de Vila Franca de Xira e do Oeste Sul. Porém, o ACES Sintra-Mafra referenciou 69 utentes[128].

---

[121] Cfr. despacho final do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, no Anexo III do Volume II do Relatório de Auditoria n.º 26/2012, do Tribunal de Contas.

[122] Relatório de Auditoria n.º 11/2011. Sobre a observação do Relatório de Auditoria, a págs. 65, relativa a utentes provenientes daquele Centro e assistidos no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que "(…) foram na sua maioria operados inicialmente nesse hospital pela equipa cirúrgica que trabalha actualmente no HCVP. Por estes doentes necessitarem de contínua correcção cirúrgica até à conclusão do tratamento são aceites no HCVP sem a respectiva avaliação efectuada pelo CHLC (Hospital de Santa Marta)".

[123] Pág. 88 do Volume II do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 e citado a págs. 65 e 66 do Volume I desse Relatório.

[124] Referem, ainda, que o IOGP contempla na sua área de influência aqueles ACES e que, a 31 de dezembro de 2009, "… o IOGP não detém lista de espera para primeira consulta e apresenta apenas 74 dias de tempo médio de espera para cirurgia…".

[125] Altura em que foi suspensa toda a referenciação de utentes para a especialidade de Oftalmologia do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, cfr. *infra* no texto.

[126] Situação a 31 de dezembro de 2010.

[127] Mês em que o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, integrou o sistema de informação Consulta a Tempo e Horas.

[128] Cfr. pág. 14 do Relatório de Acompanhamento Consulta a Tempo e Horas.

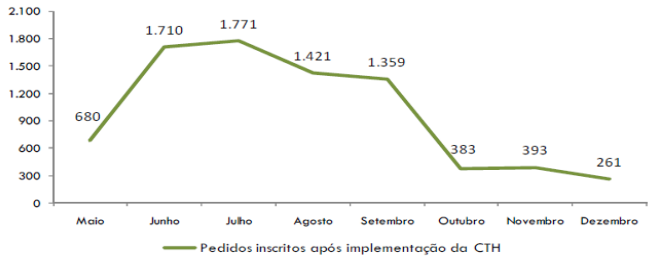
A este propósito refira-se que os ACES mencionados integravam a área geográfica de referenciação do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, desde 2009[129], pelo que nesse ano os utentes desses ACES já podiam ter sido referenciados para aquele Instituto. Esta situação revela uma ação pouco tempestiva da ARSLVT, IP, na gestão da rede de referenciação em oftalmologia, em prejuízo da otimização dos recursos disponíveis[130].

Através da Circular Informativa n.º 10924/DC/2010, de 10 de maio, dirigida aos Diretores dos ACES, a ARSLVT, IP reiterou os pressupostos de referenciação de utentes no âmbito do Acordo de Cooperação e atualizou os procedimentos a cumprir no que respeita a essa referenciação, nomeadamente a verificação da capacidade de resposta no SNS devia ser aferida periodicamente pelos ACES, junto dos hospitais, em função dos tempos de espera para primeira consulta e cirurgia nos hospitais do SNS, e atenta a situação clínica do doente e nível de prioridade presumido.

Considerando que o procedimento estabelecido na referida Circular "… nem sempre foi posto em prática …", o mesmo foi alterado pela Circular Informativa n.º 17665/DC/2010, de 2 de agosto, informando que a partir daquela data seria "… instituído o envio regular a todos os ACES, através de correio eletrónico, de informação relativa ao estado das listas de inscritos para primeiras consultas e cirurgias nos hospitais do SNS…".

Apesar de o Relatório de Acompanhamento Consulta a Tempo e Horas, situação a 31 de dezembro de 2010, efetuado pela ARSLVT, IP[131], evidenciar uma ligeira quebra da procura a partir de agosto, data da divulgação da Circular em análise, a quebra foi mais acentuada a partir de outubro, em resultado, não do maior controlo dos requisitos de referenciação no âmbito do Acordo, mas da suspensão dos pedidos de primeira consulta para as especialidades de Oftalmologia e de Cirurgia Vascular, com fundamento no excesso de procura destas especialidades relativamente ao *plafond* financeiro máximo anual consagrado à sua execução[132].

Figura 4 – Evolução mensal da procura após implementação do CTH (maio-dezembro de 2010)

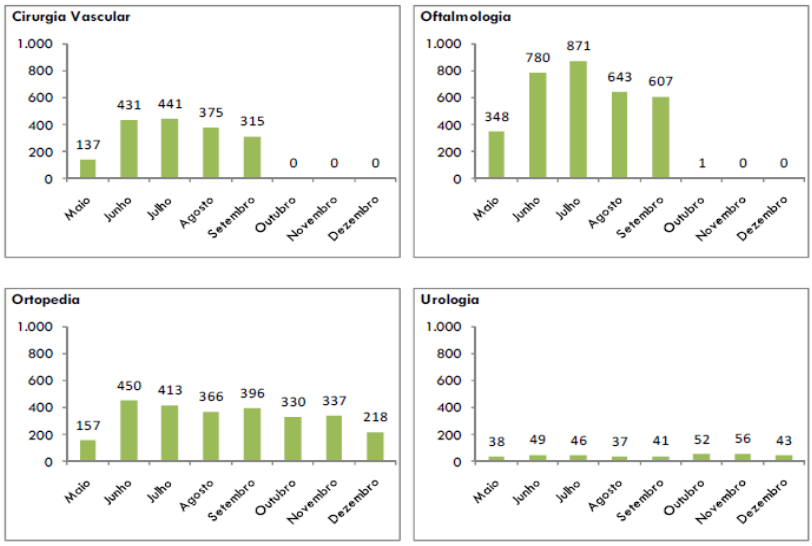


[129] Cfr, Circular Normativa n.º 6/2009 da ARSLVT, IP. À exceção dos Centros de Saúde de Sintra e Pêro Pinheiro, pertencentes ao ACES Sintra-Mafra.

[130] Note-se que as ARS têm como atribuição assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação.

[131] Procede a uma análise da evolução mensal dos pedidos de primeira consulta efetuados pelos ACES entre maio - a partir do dia 10, pelo que o mês não é representativo – e dezembro de 2010.

[132] Nestas especialidades a opção de referenciação para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, deixou de estar disponível no sistema de informação Consulta a Tempo e Horas, inviabilizando "o registo de novos pedidos, mas não afecta os pedidos que se encontram actualmente no estado de não concluídos (mesmo os que se encontram devolvidos ou em pré-emissão)…" cfr. Circular Informativa n.º 21481/DC/2010.



Fonte: ARSLVT - Relatório de Acompanhamento Consulta a Tempo e Horas, 31.12.2010

Acresce que, dados recolhidos no Relatório de Acompanhamento Consulta a Tempo e Horas no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, situação a 31 de dezembro de 2010, indiciavam que "… a proximidade geográfica ao HCVP pode estar a funcionar como um dos critérios que os médicos de família ponderam no momento em que optam por este hospital".

Em 2011, a ARSLVT, IP, parametrizou no sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que podiam referenciar as especialidades de Oftalmologia e de Cirurgia Vascular, tendo por base indicadores de acesso dos hospitais do SNS da área geográfica de referência dos ACES.

O quadro seguinte reflete as quantidades executadas em 2011, por semestre, antes e depois da suspensão da referenciação de utentes, bem como as quantidades executadas em 2010.

Quadro 17 – Produção executada em 2010 e 2011

	2010		2011 (jan-jun)			2011 (jul-dez)	
Oftalmologia	**Ano**	**Mês***	**Sem**	**Mês***	**Δ% Mês**	**Sem**	**Mês***
CONSULTAS	13.178	1.098	5.039	840	-23,5%	2.909	485
1ª Consulta	3.820	318	356	59	-81,4%	100	17
C/ título de ref.ª do ano	1.926	161	197	33	-79,5%	80	13
GDH CIRURGICO	2.872	239	1.456	243	1,4%	723	121
Cirurgia vascular							
CONSULTAS	5.287	441	1.890	315	-28,5%	469	78
1ª Consulta	2.188	182	700	117	-36,0%	74	12
C/ título de ref.ª do ano	1.551	129	168	28	-78,3%	73	12
GDH CIRURGICO	1.233	103	478	80	-22,5%	110	18

* Média mensal

Fonte: Base de dados faturação

Os dados constantes do sistema de informação Consulta a Tempo e Horas confirmam que não houve referenciações de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, a partir de julho de 2011, data da suspensão da referenciação em todas as especialidades.

8.3. EXERCÍCIO SIMULTÂNEO DA ATIVIDADE NA CVP-SOCIEDADE DE GESTÃO HOSPITALAR, SA, E EM UNIDADES HOSPITALARES DO SNS

Relativamente às referenciações para cirurgia cardíaca pediátrica[133] no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, efetuadas pela Maternidade Dr. Alfredo da Costa, verificou-se que os utentes eram previamente observados por especialistas de cardiologia pediátrica, no âmbito da execução de contratos de prestação de serviços, celebrados entre a Maternidade e a MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, e vigentes entre maio de 2009 e dezembro de 2011, através dos quais era averiguada a necessidade de correção cirúrgica ou de internamento específico num serviço de cardiologia pediátrica, inexistente na Maternidade.

O representante legal da MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, que assinou o contrato de prestação de serviços é Presidente da Comissão Executiva e Diretor Clínico da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para além de integrar o corpo clínico desta sociedade.

Também, a prestação de serviços da MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, na Maternidade foi assegurada por especialistas de cardiologia pediátrica que integram o corpo clínico da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, intervindo em procedimentos de referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em que estão em causa interesses desta sociedade.

Trata-se de uma situação de conflito de interesses que, além de ser suscetível de comprometer a isenção e o rigor do processo de referenciação dos utentes, viola o estabelecido nos Acordos de Cooperação relativamente aos recursos humanos da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que impedem o exercício simultâneo de atividades em estabelecimentos do SNS[134]. É, ainda, uma prática criticável por envolver o presidente da Comissão Executiva e diretor clínico da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, com conhecimento dos Acordos de Cooperação e, no caso de uma das especialistas de cardiologia pediátrica, por se tratar de uma situação reiterada, semelhante a outra que já a havia envolvido, no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

De facto, constatou-se que uma médica especialista que exerceu funções na Maternidade, ao abrigo do contrato celebrado com a MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, foi identificada no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ª S, como participando, em violação do Acordo de Cooperação então vigente, em processos de referenciações de utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, através do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca[135].

A situação identificada foi objeto de auditorias pela ARSLVT, IP, realizadas em 16 de março e 2 de abril de 2009[136] e comunicada à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e à Inspeção Geral das Atividades em Saúde[137]. Por carta de 1 de abril de 2009, o

---

[133] Do âmbito da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica.

[134] Cfr. artigo 10º do Acordo vigente entre 2008 e 2010 e artigo 16º do Acordo vigente em 2011.

[135] Ponto 12.5, pág. 71 do referido Relatório de Auditoria.

[136] Durante o trabalho de campo da auditoria que terminou com a aprovação do Relatório n.º 11/2011.

[137] Esta comunicação da ARSLVT, IP, deu origem ao Parecer IGAS nº 61/2009, que concluiu ser possível "…estarmos perante uma real situação de encaminhamento de utentes em violação não só do "Acordo de Cooperação" como também do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores Que Exercem Funções Públicas, aprovado pela Lei Nº 58/2008 de 9 de Setembro…", propondo a instauração de um processo de inquérito. Sobre o mesmo recaiu o despacho do Inspetor-Geral das Atividades em Saúde, referindo que "… não pode a IGAS intervir, *in casu*, em termos disciplinares, por tal estar reservado a profissionais com contrato em funções públicas, o que não ocorrerá com os profissionais médicos aqui referenciados/visados." e determinando que o assunto fosse analisado em futura auditoria, o que, à data da

Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca informava a ARSLVT, IP, que iria determinar a cessação imediata do contrato de prestação de serviços da referida especialista. A referida especialista prestou serviços como consultora de cardiologia pediátrica no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, entre 1996 e maio de 2009.

Verificou-se também que, durante os anos de 2009 a 2011, continuaram a existir referenciações de utentes pelo Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, no âmbito dos Acordos de Cooperação, com a participação de outro médico especialista, em regime de prestação de serviços, que exerce atividade simultânea no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

Acresce que, nesses anos, se confirmou a presença de outros dois prestadores de serviços no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na mesma situação de exercício simultâneo de atividade neste hospital e no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em violação dos Acordos de Cooperação, embora não tenham sido identificados como intervenientes nos processos de referenciação.

Na sua pronúncia, o então Presidente do Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa alega que "A actividade clínica desses médicos dependia (…) de requisição da MAC e não de actividade de livre iniciativa [ficando] fragilizada a hipótese de conflito de interesses.".

No mesmo sentido, o Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, refere que "A decisão de referenciação assentou sempre na informação clínica para cada situação considerada individualmente, igualmente validada pelo responsável do Departamento de Pediatria e, ainda, pelo Conselho de Administração, por delegação na Direcção de Produção. Nestas referenciações, esteve subjacente a (…) inexistência de recursos…" no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Apesar do alegado, os prestadores de serviços externos, em ambas as situações, tinham uma intervenção decisiva na identificação das necessidades de referenciação para Cirurgia Cardíaca Pediátrica, pelo que **o Tribunal mantém** as observações formuladas.

Dos quatro médicos identificados como exercendo atividade simultânea no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, dois, da especialidade de cardiologia pediátrica, mantinham, em janeiro de 2013, o exercício de funções, como prestadores de serviços, neste hospital do SNS, através de contratos celebrados com as empresas Cristina e Manuel Ferreira MF, Serviços Clínicos, Lda, e M. S. Rebelo – Serviços Médicos, Unipessoal, Lda.

O Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, nas suas alegações salienta, que "…o âmbito de intervenção [dos especialistas é] circunscrito à mera assessoria clínica da equipa do Serviço de Neonatologia." e informa que o apoio daqueles especialistas se mantém, "…apesar da alteração da Rede de Referenciação", referindo-se às novas regras de referenciação do Acordo 2012/2013, que implicam a consulta prévia dos Centros Hospitalares da região.

O Tribunal considera que o risco, embora parcialmente mitigado com as novas regras de referenciação[138], continua a existir, competindo às entidades públicas adotarem medidas que o eliminem por completo.

comunicação da IGAS, ainda não tinha ocorrido. Ouvido no âmbito do contraditório o Inspetor-Geral das Atividades em Saúde informa que "… não dispõe de novos factos relevantes…".

[138] A referenciação deixou de ser direta, devendo ser sempre precedida de consulta aos três centros hospitalares da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a especialidade – os Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e

Sem prejuízo da responsabilidade pelo cumprimento da norma do Acordo violada recair sobre a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, sublinha-se que a ARSLVT, IP, não implementou medidas que prevenissem e detetassem eficazmente a ocorrência de conflitos de interesses[139], designadamente: exigindo que a entidade prestadora dos serviços apresente declarações da inexistência de conflitos de interesses dos profissionais[140] que exercem funções na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, a qualquer título, no âmbito das especialidades dos Acordos ou com elas relacionadas, como a Cardiologia; divulgando junto das entidades referenciadoras o impedimento constante do Acordo e a identificação dos profissionais que exercem funções na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA; e promovendo o sancionamento da entidade prestadora dos serviços[141].

Observe-se, também, que, no caso das referenciações da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, o rácio de consultas/cirurgias, mais alto do que o verificado designadamente nas referenciações do Hospital de Curry Cabral[142] e na atividade de outras unidades hospitalares do SNS[143], revela que o recurso, por aquela maternidade, às referenciações no âmbito dos Acordos de Cooperação, serviu para suprir as suas necessidades correntes em termos de consultas de cardiologia pediátrica e não de cirurgia cardiotorácica, não se verificando, portanto, o requisito de referenciação do Acordo de Cooperação "presunção de necessidade cirúrgica".

Nas suas alegações, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, para além de referir que o organismo a que preside não tem conhecimento do exercício simultâneo de atividade no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e em unidades hospitalares do SNS, argumenta que a "… responsabilidade pelo incumprimento do artigo 16º, n.º 2 do Acordo para 2012/2013 recai, quer sobre os médicos em causa, quer sobre a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e não sobre a ARSLVT …".

O Tribunal salienta que, apesar da responsabilidade pelo cumprimento da norma do Acordo recair sobre a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, compete à ARSLVT, IP, garantir esse cumprimento, implementando formas de controlo e estabelecendo sanções para o incumprimento.

A gestão dos conflitos de interesses tem merecido especial atenção por parte do Conselho de Prevenção da Corrupção, que, no âmbito da Recomendação nº 5/2012, de 7 de novembro, a considerou "imprescindível para uma cultura de integridade e transparência, com todos os benefícios daí resultantes para a gestão pública", recomendando que "As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados…".

Norte -, e concretizada quando estes declararem não ter capacidade disponível para receber os doentes, exigindo a ARSLVT, IP, prova documental da recusa.

[139] Neste sentido, a ARSLVT, IP, também está sujeita à elaboração e gestão de um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, conforme recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção.

[140] Por si ou por interposta pessoa, designadamente através de sociedades comerciais.

[141] *Maxime*, através da rescisão do Acordo por violação grave de uma cláusula do mesmo ou introduzindo no Acordo uma cláusula de responsabilização financeira da entidade prestadora dos serviços pelos serviços prestados na sequência de procedimentos de referenciação com intervenção de profissionais que exercem funções no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

[142] O n.º de consultas por cirurgia, nas referenciações com origem na Maternidade Alfredo da Costa, foi de 17,83, em 2010, e de 19,5, em 2011 (1º sem), e, nas referenciações com origem no Hospital de Curry Cabral, de 1,17, em 2010, e de 1,13, em 2011 (1º sem) – cfr. Quadro 13.

[143] Cfr. Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S, do Tribunal de Contas.

Ouvida no âmbito do contraditório como entidade interessada não auditada, a MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, considera que os factos relativos aos procedimentos de referenciação de doentes feitos na Maternidade Dr. Alfredo da Costa não estão circunstanciados e que o número elevado de consultas por cirurgia se justifica pelo facto de respeitarem a "… consultas de avaliação pré-operatória para confirmação da necessidade de intervenção e de acompanhamento pós-operatório das crianças operadas por cirurgiões do HCV…".

O Tribunal esclarece que a identificação de referenciações com intervenção de especialistas em Cardiologia Pediátrica que também integram o corpo clínico da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, através da MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, teve por base as bases de dados da faturação da própria sociedade de gestão hospitalar e foram confirmadas pelas unidades hospitalares referenciadoras.

Quanto ao rácio consultas/cirurgia identificado, dado as diferenças verificadas relativamente à produção realizada por referenciação de outros hospitais, como o Hospital de Curry Cabral, e à produção realizada em unidades hospitalares do SNS com cirurgia cardíaca pediátrica, referidas no Relatório n.º 26/2012 – 2ª S, **o Tribunal considera** continuar a justificar-se o controlo por parte da ARSLVT, IP, destas situações.

Argumenta, ainda, a MPM – Consultadoria e Gestão, Lda, relativamente ao exercício simultâneo de atividades, que o mesmo não viola os termos dos Acordos de Cooperação considerando que "…a regra da proibição da simultaneidade do exercício é restrita às áreas clínicas mencionadas…" no respetivo objeto, no caso concreto a Cirurgia Cardiotorácica, não incluindo a especialidade de Cardiologia Pediátrica, objeto da prestação de serviços da MPM.

Considerando a especificidade da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, funcionando na retaguarda da rede de cuidados de saúde em Cardiologia[144], a especialidade médica de Cardiologia é a principal (senão a única) especialidade referenciadora de doentes para aquela especialidade[145], a interpretação efetuada do Acordo é muito restritiva e meramente literal. Nos casos em análise os especialistas da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, intervieram em procedimentos de referenciação para esta sociedade anónima, o que não pode deixar de consubstanciar uma situação de manifesto conflito de interesses.

Apesar de responsável pelo cumprimento da norma do Acordo, a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não se pronuncia sobre o assunto.

8.4. Acertos de Contas

Desde 2010, os utentes procedem ao pagamento de taxas moderadoras pelos cuidados prestados no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. Esses valores são cobrados por esta sociedade e constituem receita da ARSLVT, IP, não fazendo parte da retribuição a pagar pelos serviços prestados.

No entanto, no âmbito do acerto de contas de 2010, em resultado da metodologia[146] utilizada pela ARSLVT, IP, o valor das taxas moderadoras, € 77.077,75[147], foi utilizado como remuneração da

[144] Os doentes não são referenciados diretamente pelos Agrupamentos de Centros de Saúde, mas sim através dos serviços hospitalares de cardiologia, que funcionam na rede como de primeira linha.

[145] Conforme, aliás, resulta da informação realizada pela ARSLVT, IP, com vista à celebração dos Acordos e das alegações apresentadas pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA (designadamente artigo 111º).

[146] Que considerou, no que respeita à verificação do limite máximo da retribuição anual, os valores faturados pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que havia abatido, ao valor das prestações de serviços realizadas, o valor das

prestação de serviços, considerando que o valor faturado ultrapassou o volume financeiro estabelecido no Acordo como limite máximo da remuneração pelos serviços prestados. A ARSLVT, IP, tem assim a haver o valor das taxas moderadoras arrecadado naquele ano.

Quadro 18 – Retribuição pelos serviços prestados e arrecadação do valor das taxas moderadoras (metodologia acerto de contas de 2010)

2010 - faturação c/ dedução taxas moderadoras		2010 - faturação s/ dedução das taxas moderadoras	
Retribuição máxima anual prevista no Acordo (1)	**21.132.599,30**	**Retribuição máxima anual prevista no Acordo (1)**	**21.132.599,30**
Valor faturado (deduzido das taxas moderadoras) (2)	21.194.681,28	Valor das prestações de serviços realizadas (2)	21.271.759,03
Correções à faturação (3)	85.053,62	Correções ao valor das prestações de serviços realizadas (3)	85.053,62
Valor não passível de pagamento (se 2 >1) (5) (= 2-1)	62.081,98	Valor não passível de pagamento (se 2 >1) (5) (= 2-1)	139.159,73
Valor retribuição (5) (=1-3)	**21.047.545,68**	**Valor retribuição (5) (=1-3)**	**21.047.545,68**
		Taxas moderadoras (6)	77.077,75
		Encontro de contas (= 5-6)	**20.970.467,93**

Fonte: Elaboração própria com base na metodologia utilizada no acerto de contas de 2010; Valor das prestações de serviços realizadas e das taxas moderadoras – base de dados da faturação (inclui acertos de dezembro de 2010)

Adicionalmente, verificou-se uma alteração na metodologia do acerto de contas de 2010, relativamente ao acerto de contas de 2009[148]. Questionada sobre a alteração na metodologia utilizada de 2009 para 2010, a ARSLVT, IP informou que "… foi nosso entendimento que o valor contratado era o valor máximo e como tal o excedente que havia sido faturado não foi tido em linha de conta para os cálculos que se efetuaram para apuramento do valor efetivamente devido. O risco, neste caso, foi do operador privado."[149]

Em novembro de 2012 encontrava-se a decorrer, por parte da ARSLVT, IP, a auditoria aos atos realizados e faturados em 2011 que suportará o respetivo acerto de contas.

À semelhança da faturação emitida no âmbito do Acordo de 2010, os valores faturados correspondem ao valor das prestações de serviços realizadas - € 14.615.372,42 – abatido do valor das taxas moderadoras arrecadadas - € 46.430,57. Contudo, como referido a propósito do ano de 2010, estes valores, embora possam ser objeto de encontro de contas, devem ter um tratamento autónomo para efeitos de acerto de contas, não devendo ser considerados no valor das prestações de serviços prestados.

Sobre a análise efetuada no Quadro 18, o Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, afirma que a mesma "Não nos parece correta…", salientando que "As auditorias realizadas têm de abranger toda a produção efetuada pelo HCVP…".

taxas moderadoras. Tomando os valores assim faturados como sendo o valor das prestações realizadas, o valor das taxas moderadoras acresce ao volume financeiro estabelecido no Acordo como limite máximo da remuneração pelos serviços prestados.

[147] Fonte: Base de dados da faturação – inclui acertos de dezembro de 2010.

[148] Em 2009 procederam à comparação entre o valor faturado deduzido dos acertos à faturação (decorrentes de auditorias à mesma) com a retribuição máxima fixada no Acordo. Em 2010 procederam à comparação do valor faturado com a retribuição máxima fixada sendo as correções à faturação feita posteriormente. Ou seja, em 2009 o valor não passível de pagamento por ultrapassar a retribuição máxima é apurado tendo por base a faturação corrigida e, em 2010, tendo por base o valor da faturação ainda sem correções.

[149] Mail de 6 de novembro de 2012.

Considera "… pertinente a observação efetuada (…) relativamente à dedução do valor das taxas moderadoras, pelo que se procederá a um aditamento ao Relatório de Acerto de Contas do ano em apreço …".

Refira-se que a análise constante do quadro mais não faz do que apresentar, em síntese, a metodologia de acerto de contas utilizada pela ARSLVT, IP, em 2010, diferente da utilizada em 2009, o que, aliás, foi questionado, em tempo, à própria ARSLVT, IP, cfr. observação *supra*.

Nesta matéria, aceitou-se, já no relato de auditoria, a justificação apresentada então pela ARSLVT, IP, considerando-se apenas relevante a observação relativa à dedução do valor das taxas moderadoras, que foi aceite pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP.

Na base de dados da faturação, verificou-se que os valores faturados em 2011 refletem a faturação, após maio desse ano, de meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT), na especialidade de Oftalmologia, no total de € 23.228,70.

Quadro 19 – Faturação de MCDT Oftalmologia – a partir de maio de 2011

MCDT	Qtd	Valor	Preço unit
Laser Árgon ou monocromático (por sessão)	319	11.260,70	35,30
Retinografia	340	11.968,00	35,20
Total	**659**	**23.228,70**	

Fonte: Base de dados da faturação

Porém, nos termos do Acordo de Cooperação, a partir de maio de 2011, o preço dos MCDT passou a estar incluído no preço da consulta, no âmbito do conceito de preço compreensivo, pelo que os mesmos não podiam ser faturados à parte. Até então estes atos eram faturados com base nos valores previstos na "tabela SNS", deduzidos do montante de 10%[150].

Esta situação ocorreu na especialidade de Oftalmologia. Os preços unitários dos MCDT, identificados no quadro *supra*, era até abril desse ano era de € 31,77 - "laser árgon ou monocromático" e de € 31,69 – "retinografia"[151]. A partir de então passou a ser faturado o valor de € 35,30 e de € 35,20. Estes valores correspondem aos preços negociados para os rastreios da Retinopatia Diabética.

Quadro 20 – Preços do rastreio da Retinopatia Diabética – Acordo de 2011

Rastreio da Retinopatia Diabética	Preço unit.
Rastreios	35,20
Fotocoagulação a laser	35,30

Fonte: Acordo 2011

Contudo, apesar das condições de realização dos rastreios e dos respetivos preços terem sido objeto de negociações em 2011 e refletidos no texto do Acordo de 2011, este não estabeleceu quantidades nem afetou qualquer montante financeiro à sua realização, uma vez que nesse ano "… não foi possível implementá-los em virtude de ter sido suspensa a referenciação de utentes em 30 de Junho."[152].

[150] Cfr. ponto 7.2 do Relatório e artigos 1º, al. dd), e 22º, n.os 6 e 13 do Acordo.

[151] Correspondendo a 90% dos preços fixados na "portaria SNS". Nesta Portaria os preços são: € 35,30 - "laser árgon ou monocromático"; € 35,20 – "retinografia".

[152] Cfr. Informação da ARSLVT, IP, relativa à celebração do Acordo 2012/2013 – atualização de outubro de 2012. Verificou-se, também, na base de dados da faturação que os utentes foram referenciados por entidades dos cuidados de saúde primários que não integram os Agrupamentos de Centros de Saúde da área de influência daquele Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e que não seriam elegíveis para a realização dos rastreios no hospital explorado pela

Assim, o valor correspondente àquela faturação não tem qualquer suporte no Acordo celebrado. A situação foi, também, identificada no âmbito do acerto de contas 2011 em execução na ARSLVT, IP.

9. Eficiência económica dos preços "administrativos" que servem de referência aos Acordos de Cooperação[153]

9.1. Cirurgia Cardiotorácica

O Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S analisou os custos associados à atividade da especialidade de Cirurgia Cardiotorácica em unidades hospitalares do SNS nos anos de 2008 a 2010, incluindo duas unidades hospitalares da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo: o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.

O referido relatório concluiu que "Todas as unidades hospitalares auditadas apresentam resultados positivos da atividade desenvolvida pelos serviços de cirurgia cardiotorácica" e que, "considerando a existência de capacidade de produção subutilizada nos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte, conforme comunicado pelos respetivos conselhos de administração…", as margens de contribuição positivas significavam "…que os serviços de cirurgia poderiam contribuir **adicionalmente** com € 2.423.307 e € 1.280.457[154], respetivamente, para a cobertura dos custos fixos (encargos de estrutura) dos 2 centros hospitalares[155], caso os níveis de produção tivessem atingido aquelas capacidades efetivas[156]".

Concluía, assim, ser "questionável a necessidade de prestação destes serviços aos utentes em regime de complementaridade, já que o aproveitamento a 100% da capacidade efetiva no SNS constitui uma oportunidade para reduzir os prejuízos operacionais e promover a sustentabilidade económico-financeira dos hospitais do SNS.".

O quadro seguinte resume os dados apurados para os anos 2009 e 2010, e acrescenta uma estimativa dos custos unitários da atividade de 2011, considerando o aumento dos custos na proporção da taxa de inflação desse ano (3.6%), e a manutenção dos restantes fatores (produção e ICM).

CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, cfr. Acordo de 2011 – Anexo II e informação da ARSLVT, IP, relativa à celebração do novo Acordo (diversas atualizações).

[153] O Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, no âmbito do contraditório, contestam a metodologia de comparação dos custos incorridos pela prestação de cuidados nos hospitais do SNS e os preços pagos pela produção realizada no âmbito dos Acordos de Cooperação. A justificação de metodologia utilizada, para além de constar dos pontos 3 e 9, foi desenvolvida nos pontos 4.4 (2) e 4.8 (2 e 4) a propósito das alegações.

[154] No Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE: € 7842 x 309 = € 2.423.307.

No Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE: € 8.536 x 150 = € 1.280.457.

[155] Note-se que, no caso do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, estes não são cobertos pelos restantes serviços, uma vez que o hospital é deficitário.

[156] 309 cirurgias adicionais no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e 150 cirurgias adicionais no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Quadro 21 – Custos unitários em unidades hospitalares SNS – Cirurgia Cardiotorácica

	CHLN (Sta Maria)			CHLC (Sta Marta)		
	2009	2010	2011*	2009	2010	2011*
Custos Fixos unitários	3.328	3.225	3.344	4.950	4.595	4.765
Custos Variáveis unitários	3.072	3.440	3.567	3.844	4.222	4.378
Custos Totais unitários	6.400	6.665	6.912	8.794	8.817	9.143
Doentes operados	1.292	1.319	1.319	1.176	1.175	1.175
ICM	4,60	4,78	4,78	4,64	4,82	4,82
C Unit / doente tratado (ajustado ICM)	1.391	1.394	1.446	1.895	1.829	1.897
C Unit Var / doente tratado (ajustado ICM)	668	720	746	828	876	908

* - Valores estimados: aumento de custos pela inflação, manutenção da produção e do ICM.

Fonte: Elaboração própria com base na informação constante do Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S.

A comparação dos custos suportados pela ARSLVT, IP, com a prestação de cuidados de saúde na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, no âmbito dos Acordos de Cooperação de 2009 a 2011, com os custos expectáveis do recurso à produção nas duas unidades hospitalares da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que declararam dispor de capacidade efetiva e disponível nos seus serviços de cirurgia cardiotorácica[157], é apresentada nos quadros seguintes.

Quadro 22 – Custo unitário produção no âmbito do Acordo de Cooperação – Cirurgia Cardiotorácica

Acordo de Cooperação (Cirurgia Cardiotorácica)	HCVP		
	2009	2010	2011
Volume financeiro	5.876.318	5.648.466	3.064.706
Nº doentes operados (com GDH)	504	504	270
Custo unitário doente tratado	11.659	11.207	11.351
ICM	5,27	5,04	5,16
Custo unitário doente tratado (ajustado ICM)	2.213	2.224	2.202

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pela ARSLVT, IP.

Verifica-se que os custos unitários por doente tratado, suportados pela ARSLVT, IP, no âmbito dos vários Acordos de Cooperação, são substancialmente superiores aos apurados nas unidades hospitalares do SNS acima identificadas, mesmo depois de ajustados pelo ICM – o sobrecusto rondou, em média, os 48% no triénio, ou cerca de 38% se considerado o efeito da complexidade.

Essa diferença é ainda superior quando se tem em conta que, numa eventual transferência da produção dos Acordos, para as unidades hospitalares do SNS, apenas devem ser considerados, nestes últimos, os custos variáveis de produção, dada a existência de capacidade instalada efetiva e disponível, conforme comunicado pelos respetivos conselhos de administração – os sobrecustos apurados são, neste caso de cerca de 207%, ou 182% depois de considerado o efeito do ICM.

No quadro seguinte apresentam-se as estimativas de poupança com o recurso ao tratamento dos doentes no âmbito do SNS.

[157] Note-se que, a esta capacidade disponível, acresce a apurada pelo Conselho de Administração e pelo serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, cerca de 65 cirurgias/ano. No entanto, esta unidade hospitalar não foi auditada no referido Relatório de Auditoria, pelo que não se dispõe dos custos unitários da sua atividade.

Quadro 23 – Estimativa de poupança com transferência de produção para o SNS – Cirurgia Cardiotorácica

Estimativa de poupança com transferência da produção para o SNS	Produção SNS			CHLN (Sta Maria)			CHLC (Sta Marta)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Capacidade produção adicional declarada	459	459	459	150	150	150	309	309	309
Produção Adicional (1)	459	459	270	150	150	150	309	309	120
Novo ICM estimado (2)				4,67	4,81	4,82	4,77	4,87	4,85
Custos variáveis adicionais estimados (3)	1.876.522	1.907.595	1.139.072	527.876	543.904	577.131	1.348.646	1.363.691	561.941
Poupança estimada Custos Variáveis (4)	3.475.124	3.236.544	1.925.634						
Total	**8.637.303**								

(1) – Produção adicional com a transferência de utentes para as unidades hospitalares do SNS consideradas, preenchendo primeiramente a capacidade efetiva disponível na unidade hospitalar com o menor custo unitário ajustado pelo ICM.
(2) – ICM estimado tendo por base a produção e o ICM de cada unidade hospitalar e o ICM da produção adicional a afetar a cada uma (ICM da atividade do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA).
(3) – Produção Adicional de cada unidade hospitalar x ICM da atividade do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA x Custo variável unitário de cada unidade hospitalar, ajustado pelo respetivo ICM.
(4) – Diferença entre o custo associado à produção no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e o custo associado à produção em unidades hospitalares do SNS.
Fonte: Elaboração própria com base na informação constante do Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S.

Verifica-se que a poupança estimada ascenderia, nos 3 anos em análise, a cerca de € 8.637.303, resultante do tratamento, no SNS, de 1.188 dos 1.278 utentes operados no âmbito dos Acordos de Cooperação[158].

É de salientar também a capacidade instalada disponível, nesta especialidade, noutras regiões de saúde, designadamente na região de saúde do Centro, de (cfr. ponto 10.1), podendo as ARS colaborar entre si e com as unidades hospitalares para o aproveitamento dessa capacidade, a custos inferiores aos preços pagos no âmbito do Acordo[159].

9.2. OUTRAS ESPECIALIDADES

Os custos unitários da atividade contratada, entre 2009 e 2011, no âmbito dos Acordos de Cooperação, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular e Ortopedia, são em geral superiores aos custos unitários estimados da atividade das unidades hospitalares do SNS.

Nos quadros seguintes, apresentam-se os custos unitários da atividade contratada no âmbito dos Acordos de Cooperação e os custos unitários médios da atividade de unidades hospitalares do SNS, da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo[160].

Para efeitos de comparação dos custos unitários apurados, os mesmos foram ajustados pelo Índice de Case-Mix da atividade de cada unidade hospitalar, que reflete a complexidade relativa da atividade desenvolvida em cada unidade, em termos de consumo expetável de recursos.

[158] Note-se que os 45 utentes dos anos de 2009 e 2010, não considerados nesta estimativa, poderiam ter sido intervencionados no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, entidade não auditada no referido Relatório de Auditoria, uma vez que aquela unidade hospitalar declarou dispor de capacidade instalada para o aumento da produção em cerca de 65 cirurgias/ano.

[159] Note-se que os custos unitários por doente tratado, no Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, que manifestou a sua disponibilidade para aumentar a produção em 100 cirurgias/ano, com a atual capacidade instalada, são até inferiores aos verificados nos centros hospitalares de Lisboa. Em 2010, os custos totais unitários, ajustados pelo ICM, ascenderam a € 1.173, e os variáveis, a € 425.

[160] Foram consideradas, na análise de cada especialidade, as unidades hospitalares com contabilidade analítica apurada, em cada ano, incluindo custos diretos e indiretos. A informação detalhada de custos, por unidade hospitalar, consta do Anexo V.

Quadro 24 – Custo unitário Cirurgia Vascular

Cirurgia Vascular	HCVP			SNS (Média Ponderada)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Volume financeiro Consultas + MCDTs	450.735	424.569	190.523			
Nº Consultas	7.158	5.293	2.350			
Custo unitário consulta	63	80	81	37	78	17
Volume financeiro atividade cirúrgica	2.708.510	2.411.542	1.090.129			
Nº doentes operados (com GDH)	1.428	1.241	589			
Custo unitário Atividade Cirúrgica	1.897	1.943	1.851	2.006	2.179	1.658
ICM	0,93	0,90	0,92	1,89	1,82	2,02
Custo unitário consulta (ajustado ICM)	68	89	88	20	43	8
Custo unitário Atividade Cirúrgica (ajustado ICM)	2.050	2.157	2.017	1.060	1.198	821

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS)

Quadro 25 – Custo unitário Oftalmologia

Oftalmologia	HCVP			SNS (Média Ponderada)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Volume financeiro Consultas + MCDTs	637.780	657.450	431.719			
Nº Consultas	13.180	13.187	7.903			
Custo unitário consulta	48	50	55	42	36	29
Volume financeiro atividade cirúrgica	4.554.642	4.703.735	3.008.595			
Nº doentes operados (com GDH)	2.855	2.872	2.179			
Custo unitário Atividade Cirúrgica	1.595	1.638	1.381	1.286	930	795
ICM	0,75	0,76	0,76	0,85	0,84	0,93
Custo unitário consulta (ajustado ICM)	64	66	71	50	43	32
Custo unitário Atividade Cirúrgica (ajustado ICM)	2.114	2.157	1.806	1.518	1.112	859

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS)

Quadro 26 – Custo unitário Ortopedia

Ortopedia	HCVP			SNS (Média Ponderada)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Volume financeiro Consultas + MCDTs	279.814	280.115	412.297			
Nº Consultas	8.501	8.105	7.990			
Custo unitário consulta	33	35	52	58	43	41
Volume financeiro atividade cirúrgica	6.741.529	6.874.767	6.126.405			
Nº doentes operados (com GDH)	1.213	1.194	1.211			
Custo unitário Atividade Cirúrgica	5.558	5.758	5.059	2.901	2.361	2.161
ICM	2,64	2,65	2,70	1,97	1,97	1,83
Custo unitário consulta (ajustado ICM)	12	13	19	30	22	23
Custo unitário Atividade Cirúrgica (ajustado ICM)	2.107	2.169	1.875	1.471	1.200	1.180

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS)

Verifica-se que, em qualquer das especialidades, o custo unitário da atividade cirúrgica das unidades hospitalares do SNS, ajustado pela complexidade, é substancialmente inferior ao custo unitário da atividade cirúrgica paga no âmbito dos Acordos de Cooperação. De facto, os custos unitários do SNS nas várias especialidades, no triénio, representam entre cerca de 41% e 72% dos encargos unitários suportados pela ARSLVT, IP, com aqueles Acordos.

Também no caso das Consultas Externas, as especialidades de Cirurgia Vascular e Oftalmologia apresentam custos unitários inferiores nas unidades hospitalares do SNS, apenas se verificando o inverso na especialidade de Ortopedia.

Note-se que foram considerados, por limitações na informação disponível da contabilidade analítica, os custos unitários totais[161], pelo que os custos unitários apurados para as unidades hospitalares do SNS refletem uma estimativa conservadora dos custos marginais de produção adicional naquelas unidades hospitalares.

No quadro seguinte apresentam-se as estimativas de poupança com o recurso ao tratamento dos doentes no âmbito do SNS[162].

Quadro 27 – Estimativa de poupança com transferência de produção para o SNS – Outras especialidades

Estimativa de poupança com transferência da produção para o SNS	Cirurgia Vascular			Oftalmologia			Ortopedia		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Consultas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Produção atual unidades SNS (1)	37.552	40.718	39.039	240.941	230.310	241.842	129.275	129.478	129.194
Produção adicional (2)	7.158	4.544	1.165	12.917	8.861	2.566	8.501	7.141	3.916
Atividade Cirúrgica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Produção atual unidades SNS (1)	7.884	7.383	7.257	20.649	19.531	19.982	19.124	17.795	18.156
Produção adicional (2)	1.428	1.119	220	2.855	2.005	672	1.213	1.058	627
Custos adicionais estimados Consulta (3)	124.685	187.937	8.855	489.190	298.359	55.261	665.025	414.677	235.516
Custos adicionais estimados Cirurgia (3)	1.386.687	1.216.658	165.718	3.270.664	1.767.006	441.089	4.676.536	3.414.962	2.010.265
Poupança estimada (4)	1.647.873	1.431.516	1.106.078	1.432.568	3.295.819	2.943.964	1.679.782	3.325.244	4.292.922
Total	**4.185.468**			**7.672.351**			**9.297.947**		

(1) – Produção adicional com a transferência de utentes para as unidades hospitalares do SNS consideradas em cada especialidade, pressupondo uma distribuição proporcional pelas várias unidades hospitalares.

(3) – Produção adicional de cada unidade hospitalar x ICM da atividade do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA x Custo unitário de cada unidade hospitalar, ajustado pelo respetivo ICM.

(4) – Diferença entre o custo associado à produção no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e o custo associado à produção em unidades hospitalares do SNS.

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas unidades hospitalares do SNS.

Verifica-se que a poupança estimada ascenderia, nos 3 anos em análise, a cerca de € 21.155.766, resultante da transferência, para o SNS, da produção prevista no âmbito dos Acordos de Cooperação, nas especialidades de Cirurgia Vascular, Oftalmologia e Ortopedia[163].

[161] Diretos e indiretos, fixos e variáveis.

[162] Foram consideradas, na análise de cada especialidade, as unidades hospitalares com contabilidade analítica apurada, em cada ano. A informação detalhada do cálculo da poupança estimada, por unidade hospitalar, consta do Anexo V.

[163] A especialidade de Urologia manteve um carácter residual no triénio em análise, tendo deixado de ser objeto do Acordo de Cooperação 2012/2013.

10. Capacidade instalada e desempenho dos serviços das especialidades objeto dos Acordos das unidades hospitalares da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo

10.1. Cirurgia Cardiotorácica

O acesso e a capacidade instalada na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica foram analisados no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S, do Tribunal de Contas, tendo-se concluído que "As taxas de cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos se aproximam dos 100% em todas as unidades hospitalares analisadas" e que "Os tempos de espera para cirurgia cardiotorácica não parecem (…) constituir um problema no acesso aos cuidados cirúrgicos nas unidades hospitalares analisadas.", sendo que "Mesmo nos serviços em que estes valores são mais elevados, verifica-se que ficam ainda aquém dos tempos máximos de resposta…". Concluiu-se ainda "…existir capacidade efetiva disponível (oferta) nas unidades hospitalares do perímetro do SNS".

Acrescenta o Relatório que, "No caso particular da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a existência de capacidade efetiva disponível nas unidades hospitalares do SNS tem sido uma realidade continuada nos últimos 4-5 anos", e que "a procura de cuidados de saúde de cirurgia cardiotorácica (…) está relativamente estabilizada, sendo até, em 2010, inferior à verificada em 2008", concluindo que "Se a capacidade excedentária tivesse sido utilizada nestes anos, a oferta pública teria, na generalidade, sido suficiente para cobrir as necessidades reveladas pelas inscrições na lista de espera e pelas cirurgias urgentes.".

É ainda de salientar que o Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, enquanto parte interessada respondeu em sede de audição, ocorrida no âmbito daquele Relatório, que esta especialidade "(…) é, em nosso entender, uma das poucas, senão a única, que consegue dar resposta adequada e cabal às necessidades do cidadão. Independentemente das diferenças, naturais, entre os vários serviços, o tempo máximo de espera em lista, é razoável e bem dentro dos padrões de aceitabilidade definidos internacionalmente. Neste contexto, deve notar-se que a resposta para casos urgentes e emergentes está completamente acertada.", e acrescenta ainda que "Os números referentes a cada Centro, demonstram que o número de Centros actualmente existentes é suficiente e adequado para as necessidades do Pais.".

Note-se que existe também capacidade instalada disponível, nesta especialidade, noutras regiões de saúde, podendo as ARS colaborar entre si e com as unidades hospitalares para o aproveitamento dessa capacidade.

Em 21 de fevereiro de 2013, o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, informou que "… tem possibilidade de aumentar a sua capacidade de produção [*e que*] tal aumento de capacidade não produzirá em momento algum, listas de espera.", especificando o Diretor do Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica, existir "… capacidade para aumentar esta assistência até cerca de 100 doentes anualmente…"[164] prevendo "… que os doentes encaminhados e aceites para cirurgia possam ser operados no prazo de 7-10 dias". Informa ainda este especialista que "Aparte as naturais dificuldades de deslocação, (…) não existe nenhum argumento geográfico ou outro que desaconselhe a deslocação destes doentes a Coimbra.". Acrescenta ainda o Presidente do Conselho de Administração que não existem "quaisquer motivos para não ter uma abrangência a todo o território nacional.".

[164] Note-se que este aumento seria possível mesmo sem aumento da capacidade instalada atual.

Assim, a celebração de Acordos com entidades fora do âmbito do SNS para prestação de cuidados nesta especialidade não encontra qualquer sustentação.

Tendo sido identificados, nas bases de dados que suportam a faturação no âmbito da execução dos Acordos de Cooperação, de 2009 a 2011, 5 utentes com títulos de referenciação emitidos nesses anos[165], indicando como entidades referenciadoras os Centros Hospitalares de Lisboa Central (CHLC), Ocidental (CHLO) e Norte (CHLN), todos dispondo de serviços de Cirurgia Cardiotorácica, foram os mesmos questionados sobre as referenciações efetuadas, considerando a capacidade instalada disponível manifestada em auditorias anteriores, tendo-se concluído, tratarem-se de situações excecionais que não são suficientes para sustentar a necessidade de inclusão da especialidade no Acordo, considerando também a capacidade instalada a nível nacional[166].

Acresce que a abertura/manutenção de serviços de Cirurgia Cardiotorácica no SNS e a celebração de Acordos, como os analisados na presente auditoria, deve ter em consideração a população abrangida e o número de intervenções cirúrgicas necessárias para assegurar níveis de qualidade.

A este respeito, a Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica, aprovada pela Ministra da Saúde em outubro de 1999[167], e um documento da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, de outubro de 2009, de revisão daquela Rede, informam que cada cirurgião da especialidade, no SNS, faz em média 80 cirurgias/ano, devendo fazer, "… pelo menos, 100 a 150 intervenções cardíacas por ano, de modo a assegurar níveis de treino e de consequente qualidade." E, de acordo com o documento de revisão da Rede, o número de médicos da especialidade tende a aumentar, prevendo-se um aumento de 67 médicos especialistas, em 2009, para 86, em 2015[168].

A este dado há que juntar o observado no Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S, no sentido de que "… a atividade cirúrgica da especialidade cardiotorácica tem apresentado uma tendência de estabilização em termos de doentes operados por ano…" e que não se preveem alterações significativas até 2016.

Ou seja, os dados apontam para um excedente da oferta de médicos especialistas[169] e permitem concluir que o recurso à prestação de serviços no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não os tem tido em consideração, permitindo uma maior dispersão da atividade cirúrgica do SNS e não contribuindo para os níveis de treino e qualidade, apontados nos documentos citados, como desejáveis.

---

[165] 4 situações pediátricas de 2009 e uma situação de um adulto em 2011. O valor total faturado relativo a atos realizados a esses utentes foi de € 17.268,85.

[166] Cfr., também, Relatório de Auditoria n.º 26/2012 – 2ª S.

[167] Pouco depois da celebração do primeiro Acordo de Cooperação entre a ARSLVT,IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. As redes de referenciação são sistemas organizativos através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde. Citando o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em https://www.ers.pt/pages/65?news_id=79, as redes de referenciação hospitalar "… são essenciais ao cumprimento da característica de generalidade do SNS, no sentido de este dever *prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação*, cada RRH constitui um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.". As redes estão disponíveis em http://www.acss.min-saude.pt.

[168] Cfr quadro da pág. 62 do referido documento de revisão.

[169] Num relatório intitulado "Actuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS)", de setembro de 2011, Administração Central do Sistema de Saúde, IP, conclui que "As necessidades desta especialidade rondam os sessenta especialistas que já existem.".

Acresce, ainda, a existência de capacidade física disponível. A Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) informou "O serviço de CCT do CHLO tem carência de Recursos Humanos médicos e de enfermagem pelo que foi decidido não utilizar regularmente a 5ª sala do Bloco Operatório do Hospital de Santa Cruz. Para a carência de médicos contribuiu a contratação feita pela CVP de um dos especialistas formados no serviço…".

10.2. OUTRAS ESPECIALIDADES

De um modo geral, os hospitais da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo referiram ter instalações e equipamentos que permitiriam um eventual aumento da produção de consultas e cirurgias nas áreas cirúrgicas dos Acordos de onde se infere a perceção, por parte das unidades hospitalares, de capacidade física instalada disponível que não está a ser utilizada.

Os indicadores elaborados com base em dados remetidos pelas unidades hospitalares do SNS, constantes do Anexo VI, revelam também a existência de capacidade física disponível no que respeita à utilização de salas de bloco operatório e ao internamento, pelo que os preços pagos no âmbito dos Acordos de Cooperação, como os em análise, devem ser acrescidos dos custos dessa capacidade instalada desperdiçada.

As unidades hospitalares alertaram, porém, para a existência de constrangimentos no que respeita à disponibilidade de recursos humanos, em especial médicos, incluindo anestesiologistas, e enfermeiros, cuja contratação depende de autorização da tutela. Referem que, sem acréscimo destes profissionais, a alternativa é o recurso a produção adicional que implica o pagamento de acréscimos remuneratórios aos profissionais aderentes[170].

A possibilidade de recurso à produção adicional do SNS, apesar de excecional e de representar um custo acrescido para as unidades hospitalares, dependendo da aceitação não só destas, mas também dos profissionais de saúde que a realizam, representa uma alternativa à aquisição de serviços a entidades externas ao SNS que não foi tida em consideração pela ARSLVT, IP, na fundamentação dos Acordos de Cooperação[171].

Sem prejuízo do eventual défice de profissionais nas especialidades indicadas, a informação de capacidade obtida com base em dados disponibilizados pelas unidades hospitalares, no âmbito da presente auditoria, revela a existência de assimetrias na distribuição dos recursos e diferentes níveis de utilização dos mesmos, bem como eventuais diferenças de procedimentos que, sendo devidamente considerados na negociação anual dos contratos programa, poderiam aumentar a eficiência e a capacidade de resposta dos hospitais, cfr. quadros do Anexo VI.

Algumas diferenças são aliás constatadas pela própria ARSLVT, IP, nas reuniões de negociação dos contratos programa com as unidades hospitalares, porém não existe evidência de esta entidade proceder a uma análise dos diferentes níveis de desempenho e de utilização da capacidade

[170] Trata-se de produção realizada para além da atividade normal programada, sendo um instrumento de gestão da produção das unidades hospitalares. A definição de normas para pagamento às equipas cirúrgicas dos hospitais é da competência dos Conselhos de Administração dos Hospitais, competindo à Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, integrada na ACSS, IP, participar nessa definição, cfr. Regulamento do SIGIC, aprovado pela Portaria 45/2008, de 15 de janeiro.

[171] Recorde-se que se as cirurgias convencionais de laqueação venosa e flebo-extração realizadas e faturadas no âmbito do Acordo de Cooperação, em 2011, tivessem sido realizadas, em produção adicional, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o custo estimado da realização dessas cirurgias no SNS seria de € 455.575,26, menos € 257.602,10 do que o preço faturado pela Cruz Vermelha Portuguesa, € 713.177,38 (Cfr. ponto 7.2). Nesse ano, porém, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, suspendeu a realização de cirurgias em produção adicional em especialidades como a Cirurgia Vascular e a Oftalmologia.

instalada das unidades hospitalares, identificando as suas causas e atuando sobre as mesmas, orientando, no exercício das suas atribuições, as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.

Note-se que a ARSLVT, IP, tal como as restantes ARS nas respetivas áreas geográficas, como organismos responsáveis por garantir à população da região o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, exercem em relação às unidades do Serviço Nacional de Saúde, funções de orientação, prestação de apoio técnico e avaliação do desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde[172], dispondo para o efeito de sistemas de informação abrangentes que lhes permitem designadamente acompanhar a utilização da capacidade instalada, avaliar custos da atividade, analisando e explorando as diferenças entre as unidades do SNS e contribuindo para a sua eficiência[173].

Nas suas alegações, o Presidente do conselho Diretivo da ARSLVT, IP, explicita "o sistema de negociação" dos contratos-programa dos hospitais do SNS, no qual são identificadas, por hospital, especialidades prioritárias que apresentam maiores constrangimentos no acesso[174] e "sinalizados" os respetivos volumes de produção, cuja execução "… é acompanhada ao longo do ano com o objetivo de melhor adequar a oferta à procura, potenciando o acesso através da rentabilização dos recursos existentes.". Neste processo "… constata-se que, globalmente, os hospitais da ARSLVT realizam menos produção dos que a que contratam, não dando garantias quanto à efetivação do volume contratado.".

Acrescenta, ainda, que no âmbito da negociação identificam vários indicadores para avaliação e atribuição de incentivos às instituições hospitalares do SNS nas áreas de acesso, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro, designadamente o tempo médio de espera e a redução de custos operacionais e, em 2013, a produtividade por médico ETC na consulta externa, em duas especialidades consideradas prioritárias.

Refere, também, as dificuldades dos hospitais na contratação de recursos humanos que "… resultaram num decréscimo de capacidade em termos de médico ETC na ARSLVT (sem Parcerias Público Privadas).".

Quanto aos constrangimentos na contratação de pessoal, que também foram referidos pelas unidades hospitalares consultadas no âmbito da auditoria, e à realização de menos unidades de produção do que as contratadas, **o Tribunal salienta** que tais situações devem ser enquadradas no contexto de restrição orçamental que se tem refletido na afetação de recursos financeiros às unidades hospitalares do SNS, que têm diminuído, na não reposição das perdas de recursos humanos e na diminuição do trabalho extraordinário e da produção adicional[175].

---

[172] Cfr. art.º 19º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, e art.º 3º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

[173] Apesar dos constrangimentos que se reconhecem existir nos sistemas de informação existentes, uma análise proactiva dos respetivos dados contribuiria também para a sua melhoria.

[174] "… (M)aior volume de doentes em espera e/ou tempos médios de espera elevados…".

[175] Algumas unidades hospitalares consultadas (a título de exemplo: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE, e Centro Hospitalar de Setúbal, EPE), referiram que a diminuição do número de cirurgias, em algumas especialidades do Acordo, foi reflexo essencialmente da diminuição/suspensão de produção cirúrgica em regime adicional ocorrida em 2011, cfr. Anexo VI.

O Tribunal constata que na celebração dos sucessivos Acordos de Cooperação nunca foi considerada como alternativa aos mesmos, no âmbito de uma Análise Custo-Benefício, a utilização dos recursos financeiros a eles afetos para a superação dos constrangimentos, designadamente de recursos humanos, das unidades hospitalares do SNS.

Acresce que a informação apresentada pela ARSLVT, IP, apresenta dados de redução dos médicos ETC na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sem considerar os recursos que terão sido transferidos para as unidades hospitalares em PPP.

11. Referenciação de doentes de outras regiões de saúde para o Hospital explorado pela CVP-SGH, SA

Os seis serviços de cirurgia cardiotorácica existentes no SNS encontram-se localizados nas regiões de saúde de Lisboa, do Centro e do Norte, integrados nas seguintes instituições hospitalares:

- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (Hospital de Santa Cruz) – adultos e crianças;
- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Hospital de Santa Marta) – adultos e crianças;
- Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (Hospital de Santa Maria) – adultos;
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE – adultos e crianças;
- Centro Hospitalar de São João, EPE (Hospital de São João) – adultos e crianças;
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – adultos.

As regiões de saúde do Algarve e do Alentejo, dispondo de serviços de cardiologia, não dispõem de serviços de cirurgia cardiotorácica, pelo que a retaguarda cirúrgica tem de ser assegurada pelos serviços da especialidade localizados em outras regiões de saúde[176].

A Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica, aprovada pela Ministra da Saúde em 1999, indicou como hospital de referência para os doentes provenientes daquelas regiões o Hospital de Santa Marta, atualmente integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

A informação recolhida no decurso da presente auditoria revela que foram referenciados para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, doentes das regiões de saúde do Algarve e do Alentejo. Da primeira, durante um período de cerca de 11 anos (2000-2011), da segunda durante, pelo menos, nos anos de 2000 a 2003[177].

Até 2003/2004[178], a produção de atos clínicos referentes aos doentes daquelas regiões de saúde foi faturada pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, à ARSLVT, IP, no âmbito do Acordo de Cooperação, então vigente, celebrado por estas duas entidades em 1998.

A assunção de encargos pela ARSLVT, IP, durante aquele período teria como fundamento o facto de o hospital de referência daquelas regiões ser, de acordo com a Rede de Referenciação Hospitalar, o Hospital de Santa Marta, localizado na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

---

[176] Refira-se que, tratando-se de uma área especializada, a abertura de mais centros, designadamente nas regiões de saúde do Alentejo e do Algarve, deve ter, pelo menos, em consideração a população abrangida, o número de intervenções/centro/ano e o número de intervenções/cirurgião/ano, para assegurar níveis de treino e de qualidade.

[177] A referência à prestação de cuidados de saúde a doentes da região de saúde do Alentejo entre 2000 e 2003 consta de carta da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, de 28 de agosto de 2006, dirigida ao Ministro da Saúde, apesar de as unidades de saúde do Alentejo terem informado, em 2013, não ter referenciado doentes para aquele hospital, à exceção de três situações pontuais identificadas pela Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE.

[178] A informação disponibilizada não permite concluir com rigor a data correta.

Em 2003/2004, porém, passou a ser entendimento da ARSLVT, IP, que os encargos decorrentes de cuidados prestados a doentes de outras regiões de saúde no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não deviam ser assumidos pela mesma no âmbito do Acordo de Cooperação, restringindo este, a partir da sua formulação de 2005, expressamente o seu âmbito de aplicação aos "doentes da área de abrangência exclusiva da RSLVT"[179]. Este entendimento foi confirmado por membros do Governo de então.[180].

Doentes da região de saúde do Algarve

A partir de 2003/2004, e até setembro de 2011, os hospitais da região de saúde do Algarve - Hospital de Faro, EPE, e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE -, com o conhecimento da ARS Algarve, IP, continuaram a referenciar os doentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, assumindo diretamente os encargos com a prestação de serviços, que ascenderam a € 16.091.371.

Esta referenciação era feita diretamente pelos hospitais da região para o hospital explorado pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, sem prévia verificação da capacidade de resposta dos serviços de cirurgia cardiotorácica do SNS[181], excetuando, relativamente às referenciações do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, a partir de novembro de 2010[182].

Refira-se que sendo a Rede de Referenciação Hospitalar *supra* referida um documento orientador e encontrando-se a mesma desatualizada[183], nada impede que os doentes da região de saúde do Algarve sejam referenciados para outros hospitais do SNS em caso de incapacidade de resposta do hospital de referência[184], designadamente considerando a maior proximidade, para os situados na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo - os Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Lisboa Ocidental - e na região de saúde do Centro - no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

---

[179] Até 2004, o Acordo vigente, celebrado em 1998, referia "a prestação de cuidados na área de abrangência da ARSLVT". Ainda, com relevância para o assunto, refira-se que, até 2006,' ano em que o Acordo de 2005 sofreu alterações substanciais, o volume financeiro previsto no Acordo de Cooperação celebrado pela ARSLVT, IP, não constituía um teto máximo de retribuição anual da atividade realizada pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, pelo que durante os anos em que os doentes do Algarve foram referenciados para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, a ARSLVT, IP, pagava àquela entidade e valor total dos serviços prestados.

[180] Ofícios n.º 3009, de 20 de abril de 2005, e n.º 7176, de 12 de agosto de 2005, dirigido pelo Chefe do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde à Presidente do Conselho de Administração da ARS Algarve.

[181] A referenciação pelo Hospital de Faro, EPE, apenas foi justificada com base em documentação de 2004 a constatar o aumento do número de doentes em espera, quando, por um período de tempo, deixaram de referenciar para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em resultado do entendimento da ARSLVT, IP, quanto à assunção dos encargos no âmbito do Acordo de Cooperação. Desde então, e até 2011, não existe evidência da decisão de referenciação para aquele hospital ter sido alguma vez reavaliada pelos órgãos de gestão do Hospital de Faro. O mesmo sucede relativamente aos órgãos de gestão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

[182] Altura em que o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, após contactos com o serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, deliberou que todos os doentes seriam referenciados para este Centro Hospitalar de Lisboa. Ainda, assim, verificou-se a referenciação pontual de doentes pelo Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, após aquela data, alegadamente por não haver capacidade de resposta por parte do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Não existe, no entanto, evidência de antes da referenciação para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, ter sido confirmada a capacidade de resposta de outros hospitais do SNS.

[183] Existe evidência de que a revisão da mesma encontra-se a ser discutida pelo menos desde 2009, cfr. ponto 10.1.

[184] De acordo com a Rede de Referenciação, o Hospital de Santa Marta, integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

Apesar das diligências efetuadas, em sede de auditoria, não foi identificado qualquer protocolo, acordo ou outro documento contratual que regulasse as relações entre os hospitais da região de saúde do Algarve e a CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, sem prejuízo de uma minuta de protocolo a celebrar entre o Hospital de Faro e a Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que foi enviada pela ARS do Algarve, IP, ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde em 5 de agosto de 2005[185]. Por seu turno, o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio não remeteram qualquer protocolo, tendo o primeiro afirmado que "… chegámos à segura conclusão que, inexiste um concreto Protocolo…" e o segundo, remetendo resposta subscrita por membros do anterior Conselho de Administração, que "Durante o exercício de 2006-2012 não foi celebrado qualquer protocolo …".

Verificou-se também, pelo menos em 2011, a existência de referenciações do Hospital de Faro para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para a especialidade de Cirurgia Vascular.

Da documentação disponibilizada, os preços faturados pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, aos hospitais da região de saúde do Algarve acompanharam os preços dos Acordos de Cooperação celebrados entre a ARSLVT, IP, e a sociedade de gestão hospitalar, exceto a partir de maio de 2011, não refletindo as reduções de preço então acordadas pela ARSLVT, IP, e refletidas no Acordo de 2011.

A despesa era assumida pelos hospitais, caso a caso, com base em termos de responsabilidade[186].

Entre 2003/2004 e setembro de 2011, altura em que os doentes da região de saúde do Algarve passaram a ser referenciados para os serviços de Cirurgia Cardiotorácica dos Centros Hospitalares de Lisboa, nunca nenhum membro dos órgãos de gestão dos hospitais da região do Algarve e da própria ARS Algarve, conhecedora da situação e responsável por garantir a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geográfica, cuidou dos fundamentos e da avaliação da necessidade da referenciação dos doentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, com base em Análises Custo-Benefício que ponderassem a capacidade instalada no SNS, limitando-se a seguir a prática habitual[187].

O recurso, em primeiro lugar, aos hospitais do SNS, e, apenas em caso de absoluta incapacidade de resposta destes, a hospitais fora do perímetro do SNS, como o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, nunca foi efetivamente ponderado pelos responsáveis da região de saúde do Algarve, até 2011, ano da assinatura do *Memorando de entendimento sobre condicionantes específicas da política económica*", acordado, em maio, pelo Governo Português,

[185] O Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa para tratamento de utentes do SNS, de 16 de abril de 1998, que regulou os princípios gerais em que o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, asseguraria aos utentes do SNS a prestação de cuidados de saúde e em desenvolvimento do qual foram celebrados, até 2010, os Acordos de Cooperação pela ARSLVT, IP, estabelecia também a possibilidade de outras entidades do Ministério da Saúde celebrarem Acordos de Cooperação com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

[186] Documentos utilizados, nos hospitais do SNS, para requisitar a realização de atos clínicos a outras entidades e assumir a responsabilidade pelos encargos financeiros decorrentes da prestação.

[187] Uma prática em tudo semelhante à constatada, em pontos anteriores, relativamente a doentes referenciados, até 2011, pelo Hospital de Curry Cabral, Maternidade Dr. Alfredo da Costa e Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Ressalva-se, no entanto, a deliberação de novembro de 2010 do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio no sentido de todos os doentes serem referenciados para o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – *vide* nota de rodapé n.º 182.

com representantes da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu e do Fundo Monetário Internacional.

Note-se que, em 2009, perante a "… preocupante situação económico-financeira do Hospital de Faro, EPE…" este hospital começou a implementar um plano de recuperação da sua sustentabilidade económico-financeira, no qual se inclui já a "Revisão do actual processo de orientação de utentes com necessidades na área da cirurgia cardio-torácica (actualmente referenciados para o H. Cruz Vermelha Portuguesa)". É que para além de, como referido antes, os seus responsáveis não terem salvaguardado a plena utilização da capacidade instalada nos hospitais do SNS, com as referenciações diretas de doentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, também contribuíram para a erosão da situação económico-financeira do Hospital de Faro, uma vez que os custos incorridos pelo mesmo com a prestação de serviços da CVP- Sociedade de Gestão hospitalar, SA, não tinham correspondência nos proveitos, pois o Hospital em causa não dispõe da especialidade, não sendo financiado pela mesma. Esta observação é extensível aos responsáveis do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, na medida em que suportaram um custo que não tem correspondência nos proveitos, pela mesma razão.

Contudo, apenas em 2011, a questão da referenciação dos doentes de cirurgia cardiotorácica da região de saúde do Algarve foi resolvida. Em resposta a solicitação da ARS Algarve, IP, de julho desse ano[188], o Hospital de Faro, EPE, apresentou propostas com vista à racionalização dos custos, onde se incluía a referenciação dos doentes de cirurgia cardiotorácica para os hospitais do SNS ao invés do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. Em agosto de 2011, a ARS Algarve, IP, diligenciou junto da ARSLVT, IP, e dos Centros Hospitalares de Lisboa no sentido de referenciar os doentes para os respetivos serviços de cirurgia cardiotorácica e, em setembro de 2011, os doentes começaram a ser referenciados para estes serviços sem que se tivessem verificado alterações significativas na capacidade de resposta destes Centros Hospitalares.

Coloca-se, assim, em causa a necessidade, durante vários anos, da referenciação de doentes da região de saúde do Algarve para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

Nas pronúncias apresentadas, os responsáveis pelas unidades hospitalares da Região de Saúde do Algarve alegam, em síntese, o seguinte:

- Após o entendimento da ARSLVT, IP, de restringir a esta região de saúde a referenciação de doentes no âmbito do Acordo de Cooperação, em 2004, "…os doentes do Centro Hospitalar, com situações de urgência no âmbito desta especialidade, continuaram a ser transferidos para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, assumindo o CHBA, EPE, os encargos decorrentes, porque não havia outras alternativas de referenciação." (Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE).
- Quando iniciaram funções em 2006, encontraram "…neste domínio uma situação perfeitamente instituída, para a qual naturalmente solicitaram esclarecimentos e procuraram enquadramento…" (Hospital de Faro, e, de modo semelhante, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE).
- Foram estabelecidos contactos com a ARS Algarve, IP, e o Ministério da Saúde para a resolução do problema, entidades que, no seu entender, eram responsáveis pela resolução do problema.

[188] A solicitação da ARS Algarve, IP, foi feita em execução do despacho n.º 7/2011 do Gabinete do Ministro da Saúde – "Medidas do Ministério da Saúde com vista à racionalização organizativa dos Hospitais; Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde".

Designadamente, os contactos do Hospital de Faro, entre 2004 e 2006, salientavam a necessidade de celebração de um Protocolo com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considerando a incapacidade de resposta do hospital de referência (Hospital de Santa Marta) e o facto de a referenciação não poder estar restrita a um único hospital com Cirurgia Cardiotorácica[189].

Os responsáveis do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, salientam, também, ter estabelecido contactos com o objetivo de "…obter respostas que resolvessem esta situação e insistiram, nomeadamente nas reuniões regulares que tinham com os responsáveis da Administração Regional de Saúde do Algarve (…) para que fossem encontradas alternativas de referenciação que desobrigassem o CHBA destes encargos.".

- A existência de listas de espera no hospital de referência (Hospital de Faro e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE).

  Em concreto, a responsável do Hospital de Faro, alega verificar que, durante os anos de 2007 a 2010, os tempos de espera para cirurgia do Hospital de Santa Marta, constantes dos relatórios do SIGIC eram"…superiores aos recomendados para utentes muito prioritários…" situação agravada "…pelos tempos médios de acesso à consulta na especialidade…", o que justificaria a continuidade da referenciação, enquanto o "…processo aguardava resolução por parte da tutela…".

A responsável do Hospital de Faro alega, ainda, relativamente:

- À referenciação para o Hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, sem suporte contratual formal, que "…todos os documentos técnicos produzidos pelo Ministério da Saúde e Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares (…) integram no conjunto de instituições vocacionadas para o tratamento das doenças deste foro o HCVP, como se o mesmo fizesse parte da rede respectiva.".
- À alteração dos procedimentos de referenciação na especialidade, a partir de setembro de 2011, que tal foi possível porque "…com a abertura do Hospital de Loures parte dos doentes da repectiva área de atracção, assistidos até então pelo Hospitais de Lisboa, passaram para a nova unidade hospitalar (…) o que se traduziu numa libertação considerável da capacidade instalada…" e viabilizou "…a concretização da solução que o Hospital de Faro e a ARS Algarve há muito reclamavam.

Os responsáveis do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, referem, também:

- Que a prévia verificação da capacidade de resposta dos serviços de cirurgia cardiotorácica do SNS "…era sempre efetuada, apesar de nem sempre existirem evidências escritas porque

[189] Em 2004, durante o período de suspensão da referenciação de doentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, (julho-novembro de 2004), o Hospital de Faro colocou à consideração da ARS Algarve a celebração de um protocolo de cooperação com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. Em 2005, um ofício dirigido pelo Gabinete do Secretário de Estado da Saúde à ARS Algarve informa que a celebração do Acordo com o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, transitou do anterior Governo e solicita à ARS Algarve que apresente, para apreciação e homologação, uma minuta de protocolo a celebrar entre aquela ARS e o HCVP ou outros estabelecimento hospitalar, "… como, por exemplo, o Hospital de Santa Marta, SA, ou o Hospital de Santa Cruz, SA". Após contactos com o Hospital de Faro, é remetida, pela ARS Algarve ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, uma minuta de Protocolo a celebrar com hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, considerando a existência de listas de espera nos hospitais do SNS. Em 2006 o assunto é novamente retomado pelo Gabinete do Ministro da Saúde, em articulação com a ARS Algarve e o Hospital de Faro, sem que o Protocolo tenha sido efetivamente celebrado. Nesse processo, o Hospital de Faro informou a ARS Algarve que considerava que o Protocolo devia ser celebrado pela ARS Algarve, englobando aquele hospital e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

os contactos eram feitos, regra geral, por telefone.", apresentando evidência de um contacto efetuado em 2011[190].

- Além de contactarem o hospital de referência (Hospital de Santa Marta), contactavam também o Hospital de Santa Cruz e os Hospitais da Universidade de Coimbra.

Na sua pronúncia, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP, corrobora a informação prestada pelos responsáveis dos hospitais, alegando que "…as dificuldades de resposta dos Hospitais do SNS de referência para os Hospitais da Região do Algarve (…) era uma realidade concreta e impeditiva do acesso a cuidados de saúde especializados de que careciam os doentes do Algarve (…) o que fundamenta o recurso a uma solução de referenciação alternativa.".

Salienta, também, os contactos estabelecidos com o Ministério da Saúde, com vista ao estabelecimento de um Protocolo com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e alega que a capacidade de atuação da ARS Algarve estava condicionada dado que "1) o funcionamento das redes de referenciação hospitalar não era (nem é, actualmente) o mais desejável; 2) o regime de autonomia dos hospitais empresa coloca-os sobre a tutela directa do Ministro da Saúde e das Finanças (…); 3) qualquer reorganização ou reafectação de recursos na rede hospitalar carecia (e carece) sempre de uma intervenção da tutela.".

Considera assim que seria necessária "… uma intervenção da tutela junto da ARSLVT e dos CA dos hospitais de referência, que conduzisse a uma reafectação de meios (…) e tornasse imperativo o cumprimento da rede de referenciação de cardiologia.".

Relativamente às alegações relativas à incapacidade de resposta do hospital de referência, *vide* ponto 10.1 do Relatório de Auditoria.

Refira-se, também, que a abertura de novas unidades hospitalares na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, evocada pela responsável do Hospital de Faro, não justifica a alteração dos procedimentos de referenciação na especialidade, em 2011, pois essas unidades hospitalares não dispõem de serviços de Cirurgia Cardiotorácica e os serviços da especialidade dos Centros Hospitalares do SNS dispõem de instalações físicas (internamento, bloco operatório, cuidados intensivos) próprias, não beneficiando de uma possível libertação de capacidade instalada noutras especialidades.

A propósito da alegação apresentada pelo Presidente da ARS Algarve relativa ao regime de autonomia dos hospitais empresa recorde-se que as ARS têm como atribuição assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação e que, em 2011, a ARS Algarve, juntamente com a ARSLVT, alteraram, com sucesso, os procedimentos de referenciação dos hospitais da região.

Em resultado da análise das alegações apresentadas e dos esclarecimentos obtidos posteriormente junto de responsáveis dos serviços da região de saúde do Algarve, **o Tribunal salienta** que:

- Desde a celebração do primeiro Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 1998, o hospital explorado por esta sociedade tornou-se, para a região de saúde do Algarve, o principal destino da referenciação dos

[190] Refira-se, porém, que a recusa constante do documento apresentado, em anexo às alegações, para evidenciar a prévia verificação da capacidade de resposta dos serviços de Cirurgia Cardiotorácica do SNS e justificar a referenciação para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão hospitalar, não se fundamenta na incapacidade de resposta mas sim em critérios clínicos.

doentes, sem que os responsáveis pelo sistema (membros do Governo, responsáveis das ARS e dos hospitais) garantissem a plena utilização dos recursos do SNS.

- À semelhança do que sucedeu nos sucessivos Acordos celebrados pela ARSLVT, IP, também no caso das referenciações de doentes da região de saúde do Algarve, não foram realizados estudos de capacidade instalada e Análises Custo-Benefício nem foram instituídos procedimentos de referenciação que vinculassem os hospitais da região a referenciarem para os hospitais do SNS e apenas em caso de absoluta e demonstrada incapacidade de resposta destes, para um prestador de serviços externo.
- A partir de 2004, o processo de referenciação destes doentes, por falta de resposta das entidades tutelares, designadamente o Ministério da Saúde que, entre 2004 e 2006, trocou correspondência com a ARS Algarve com vista à possível celebração de um protocolo com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, IP, sem qualquer consequência, tornou-se menos transparente pois a referenciação continuou a ser feita, mas sem qualquer documento contratual que regulasse as relações entre as partes e sem que a despesa fosse objeto de qualquer planeamento anual ou plurianual.
- Formalmente, por razões de segurança jurídica e de planeamento da despesa, os valores dos encargos anuais assumidos pelos hospitais do Algarve, evidenciados no Quadro 2, exigiam uma regulação contratual semelhante à dos Acordos de Cooperação celebrados pela ARSLVT,IP. Porém, a não atuação da tutela deu azo a uma realização casuística da despesa, apesar do carácter contínuo da mesma.

  Alegadamente por insuficiência de resposta dos hospitais do SNS (entenda-se, listas de espera), enquanto a tutela não resolvia o problema da referenciação de doentes do SNS, os hospitais utilizaram os termos de responsabilidade para assumirem, caso a caso, os encargos com a prestação de serviços. Podiam, em alternativa ter suspendido a referenciação para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, IP, e referenciado para os hospitais do SNS, porém optaram pelo hospital que, alegadamente, dava a resposta mais atempada.
- Estas observações, de carácter formal, não prejudicam as conclusões do presente Relatório no sentido de que a referenciação de doentes para entidades fora do perímetro de consolidação do SNS, quando existe capacidade instalada, não contribui para a sustentabilidade do SNS.

  Conforme se conclui no ponto 9.1, a prestação de cuidados a doentes que foram referenciados para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, IP, e que, face à sua situação clínica, podiam ter sido referenciados para os hospitais do SNS, seria menos onerosa para o Estado se tivesse sido feita nestes hospitais.
- A referenciação de doentes das regiões de saúde do Algarve e de Lisboa para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, IP, considerando a existência de listas de espera, coloca ainda a questão da equidade no acesso relativamente a doentes de outras regiões de saúde.

  Designadamente, os doentes da região de saúde do Alentejo que, à semelhança do Algarve, não tem a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, têm sido referenciados para os hospitais do SNS, cfr. se refere *infra*, sujeitando-se às listas de espera destes hospitais, não sendo concebível que essa referenciação seja feita com risco para os doentes.

Refira-se, por fim, que o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, informou que o número de doentes da região de saúde do Algarve atendidos no internamento do respetivo serviço de Cirurgia Cardiotorácica, durante os anos de 2003-2012, foi de 139[191], reiterando o Presidente do Conselho de Administração, na sua pronúncia sobre o relato de auditoria, "…a possibilidade de referenciação de doentes do Algarve para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra".

Doentes da região de saúde do Alentejo

Não obstante existirem indícios de que, pelo menos, entre os anos de 2000 a 2003 foram intervencionados doentes da região de saúde do Alentejo no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, tendo os encargos sido assumidos pela ARSLVT, IP, no âmbito do Acordo de Cooperação então vigente, contactadas as unidades de saúde da região, incluindo a ARS Alentejo, IP, as mesmas informaram não ter referenciado doentes para aquele hospital, no período de 1998 a 2012, à exceção de três situações pontuais identificadas pela Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE, que não originaram intervenções cirúrgicas[192].

[191] Por ano e por hospital de referência:

Hospital de ref.ª (1)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013	Total
Barlavento	1	4	16	7	3	4	10	10	11	5	**71**
Faro	10	12	6	9	5	2	5	7	3	9	**68**

(1) O hospital de refência foi associado de acordo com a Carta Hospitalar Portuguesa, Intervenção Cardiológica (DGS, 2004)

Fonte: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

[192] A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano informou que a referenciação é feita com base na Rede Hospitalar de Referenciação, exceto quando esta não consegue dar resposta em tempo útil.

ANEXOS

ANEXO I - APRECIAÇÃO DO GRAU DE ACOLHIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES

1. Recomendações dirigidas ao Ministro de Estado e das Finanças e ao Presidente da Parpública – Participações Públicas SGPS, SA

Recomendações	Acolhimento	
Ao Ministro do Estado e das Finanças *1. Diligenciar no sentido de preservar o valor do investimento (mais valia=0) do Estado na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., através do reforço do peso decisório da* Parpública *nos órgãos sociais desta sociedade.*	✗	A Parpública – Participações Públicas SGPS, SA, numa informação genérica, dirigida ao Governo[193], sobre todas as empresas participadas, descreveu o desempenho, aquém do esperado[194], da participação, referindo o seu carácter não estratégico, e propondo que se ponderasse a sua alienação ou, em alternativa, a renegociação do Acordo Parassocial. Esta ação não foi suficiente para que o Governo tomasse iniciativas sobre a matéria determinando, designadamente a revisão do Acordo Parassocial com vista à proteção do valor do investimento público, como recomendado. Apesar da melhoria dos resultados operacionais da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA (vide Ponto 6.3 do desenvolvimento da auditoria), os indicadores financeiros continuam a evidenciar um débil equilíbrio económico. Em 2008 os indicadores de solvabilidade (36%) e de endividamento (74%) mostravam que a Sociedade apresentava um equilíbrio financeiro débil, verificando-se que esses indicadores pioraram em 2011: solvabilidade, 30%; endividamento 77%.
Ao Presidente da Parpública – Participações Públicas SGPS – S.A. *2. Promover uma revisão do Acordo Parassocial com a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., tendo em vista obter garantias de preservação do valor do investimento público realizado com aquisição de 45% no capital social da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., designadamente, através do reforço do peso de decisão nos órgãos de gestão desta sociedade.*	✗	

[193] Com o objetivo de fazer um ponto de situação ao XIX Governo Constitucional, aquando do início das suas funções, em junho de 2011

[194] Com origem designadamente no "… potencial prejuízo associado às condições iniciais de aquisição das acções…", em "… posteriores transações sobre estas acções determinadas pelo acionista (…) em condições quer não salvaguardaram o interesse patrimonial da Parpública.", e nos resultados obtidos que "… continuam significativamente abaixo do projectado, não permitindo assim a rentabilização e recuperação do investimento inicial." (cfr. dossier informativo).

Recomendações		Acolhimento
Ao Ministro do Estado e das Finanças *3. Diligenciar no sentido de serem implementados os instrumentos e/ ou os mecanismos de monitorização, por forma a assegurar um acompanhamento efetivo dos Protocolos e dos Acordos Parassociais e a tomar decisões tempestivas, conducentes à minimização de eventuais perdas de capital.*	✗	O controlo da atividade da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, continua a ser insuficiente para monitorizar e controlar a gestão da sociedade[195]. Com exceção da recolha de informação financeira semestral não auditada, não foi implementado nenhum procedimento adicional, na sequência das recomendações formuladas A Parpública informou que sendo a participação na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, minoritária e não sendo a mesma uma empresa pública, não lhe é aplicável os "… instrumentos de monitorização e controlo específicos, existentes para as empresas públicas …", designadamente as obrigações de reporte financeiro determinadas no Despacho do Ministro de Estado e das Finanças n.º 14277/2008, de 14 de maio. Esta informação não tem relevância para a avaliação do acolhimento da recomendação, uma vez que a mesma refere-se a empresas públicas, e a recomendação ia no sentido de a Parpública implementar medidas de controlo do desempenho das participações do Estado nas empresas participadas[196]. Saliente-se, ainda, que o desempenho da participação na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, continua a não ser suficiente para recuperar e proteger o valor do investimento público feito na sociedade, situação que poderá justificar a implementação de instrumentos e/ou mecanismos de controlo adicionais. De facto o rácio de autonomia financeira, de 23%, verificado em 2011, evidencia a insuficiente monitorização, pela Parpública, do desempenho da participação financeira na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.
Ao Presidente da Parpública – Participações Públicas SGPS – S.A. *4. Proceder a uma monitorização tempestiva e sistemática do desempenho das participações financeiras que lhe estão confiadas.*	✗	
Ao Presidente da Parpública – Participações Públicas SGPS – S.A. *5. Reavaliar a sua participação no capital da sociedade CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A..*	!	A Parpública procedeu, através de uma entidade externa, à reavaliação da sua participação no capital da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, baseada no método *Discounted Cash Flow (WACC)*, tendo essa participação sido contabilizada nas contas relativas ao ano de 2012 pelo valor apurado à data de 31 de dezembro de 2012, € 5.902.000. A avaliação da participação, em 2012, representa cerca de 50% do investimento original do Estado. O volume de negócios previsto na avaliação efetuada pressupõe a renovação dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, IP, até 2023[197],

[195] É realizado unicamente através dos Administradores nomeados pela Parpública (para o Conselho de Administração, o Estado designa dois dos seis membros, tendo um deles o pelouro financeiro e lugar na Comissão Executiva, composta no total por três administradores) e pelo Fiscal Único. Os instrumentos de controlo financeiro são constituídos pelos documentos periódicos de prestação de contas.

[196] A propósito do conceito de empresa participada, *vide* art.º 2º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro.

[197] Coincidente com o final do prazo de concessão da exploração do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa à CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. A entidade avaliadora considerou que seria vantajoso para a Cruz Vermelha

Recomendações	Acolhimento	
		uma vez que não são apresentados estudos de mercado e/ou plano estratégico que suportem a capacidade da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, de colmatar, através de outros clientes, o *gap* no volume de negócios resultante da não renovação dos Acordos, pressuposto não auditável. A perda do volume de negócios resultante dos Acordos de Cooperação com a ARSVLT, IP, representaria, *ceteris paribus*, uma quebra de cerca de 22% nas Vendas e Prestações de serviços da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entre 2013 e 2023[198], resultando numa diminuição de € 5,6 milhões na avaliação da participação, a 31 de dezembro de 2012, ou seja, reduziria a avaliação para cerca de € 300 mil. Assim, é provável que a participação da Parpública na CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, esteja sobreavaliada, sendo que a avaliação efetuada aparenta constituir um mero exercício para justificar a inscrição de um valor no balanço da Parpública, e não uma rigorosa avaliação do valor daquela participação.
Ao Presidente da Parpública – Participações Públicas SGPS – S.A. *6. Proceder, em situações análogas, à contabilização dos ativos derivados*	-	A PARPÚBLICA informou que atualmente "… não é parte em instrumentos de que resultem opções para si …", pelo que a recomendação não tem efeito atualmente. Embora a recomendação não seja aplicável atualmente, reitera-se a importância da contabilização dos ativos derivados que, para além de fazer refletir nos documentos de prestação de contas um direito do acionista público, contribui para um melhor controlo do exercício do mesmo no quadro de uma rigorosa gestão dos recursos públicos.

Legenda: ✔ - Recomendação acolhida; ! - Recomendação acolhida parcialmente; ✖ - Recomendação não acolhida.

Face ao exposto, considera-se que as recomendações não foram, na globalidade, acolhidas, não tendo sido tomadas outras medidas no sentido de alcançar os mesmos fins.

Portuguesa resgatar o seu Hospital no final daquele prazo, tendo o Valor terminal da empresa sido calculado pelo Valor de Reversão, definido nos termos do Contrato (Cláusula 7ª).

[198] Considerando que o volume de negócios para 2014-2023, com a ARSLVT, IP, se manteria ao nível do verificado em 2012, ano em que o Acordo de Cooperação esteve suspenso durante 11 meses.

2. Recomendações dirigidas à Ministra da Saúde e ao Conselho Diretivo da ARSLVT, IP

As recomendações dirigidas à então Ministra da Saúde e ao Conselho Diretivo da ARSLVT, IP, podem agrupar-se em três grupos, considerando o respetivo objeto:

1) Recomendações relativas ao processo decisional subjacente à celebração de novos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
2) Recomendações relativas aos preços negociados no âmbito dos Acordos de Cooperação;
3) Recomendações relativas à execução, acompanhamento e controlo dos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA.

1) *Recomendações relativas ao processo decisional subjacente à celebração de novos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA*

Recomendações	Acolhimento	
À Ministra Saúde *1. Alertar/sensibilizar as ARS e demais entidades que, os recursos financeiros para a Saúde, não são só escassos, como finitos, e que a única forma de introduzir esta restrição é a Análise Custo-Benefício.*	✗	**Apesar de:** *1. O n.º 3 da cláusula II do Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde, representado pela então Ministra da Saúde, e a Cruz Vermelha Portuguesa, em 29 de outubro de 2009, estabelece que o recurso à prestação de cuidados nas instituições e serviços pertencentes à Cruz Vermelha Portuguesa "… não pode pôr em causa o racional aproveitamento da capacidade instalada no setor público, avaliada em sede das administrações regionais de saúde e devidamente fundamentada, designadamente através de análises custo-benefício e do histórico da actividade desenvolvida pelas instituições e serviços da CVP neste domínio.".* *2. O despacho de 19 de março de 2012 do atual Secretário de Estado da Saúde, que devolveu a primeira minuta do Acordo para 2012, datada de fevereiro, à ARSLVT, IP e à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), com a determinação de que "Este processo deve ser analisado nos termos do meu despacho exarado no ofício do Tribunal de Contas, em particular no que respeita à fundamentação da relação custo-benefício e da capacidade instalada para a produção de actos constantes no Acordo";* *3. O Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, também do Secretário de Estado da Saúde, dirigido à ACSS e a todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), transmitindo a orientação de que "… toda e qualquer contratação com o sector social e privado deve ter por base uma prévia análise da capacidade instalada do SNS, bem como uma análise custo-benefício" e de que uma tal análise não se baseie "… apenas em critérios economicistas ou financeiros, nem apenas quantitativos, mas também em inúmeros outros factores qualitativos, como seja, o melhor acesso aos cuidados de saúde, pelo que tal análise terá*
2. Determinar - como instrumento de redução de custos a considerar em futuras medidas de contenção orçamental - que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar, com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS, sejam previamente objeto de uma rigorosa Análise Custo-Benefício na ótica macro-económica/social/coletividade.	✗	

Recomendações	Acolhimento
	de ser adaptada à realidade em causa."; **O processo da celebração do Acordo de 2011 e do Acordo de 2012/2013 veio a desenvolver-se pela ARSLVT, I.P., sem a devida sustentação em estudos de Análise Custo-Benefício**.
Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *3. Sustentar a celebração de futuros Acordos/Protocolos com entidades privadas ou convencionadas, para a prestação de cuidados médicos, em Análises Custo-Benefício na ótica macroeconómica/social/ coletividade.*	O único estudo económico realizado por uma empresa de auditoria e consultoria, a Deloitte, solicitado pela ARSLVT, IP, incidiu sobre a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica e concluiu pela **existência de impactos negativos, para o SNS, de cerca de € 1,5 milhões e, para o Estado, de cerca de € 1,4 milhões**, com a manutenção da realização de cirurgias cardiotorácicas no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, em 2008, em alternativa à sua realização em hospitais do SNS. As conclusões do referido estudo não foram consideradas nas decisões de celebração dos Acordos de 2011 e 2012/2013, nem foi feito estudo semelhante relativo às restantes áreas objeto dos Acordos de Cooperação. Acresce que se o mesmo tivesse sido realizado de acordo com o preconizado em anteriores Relatórios de Auditoria[199], os impactos positivos estimados para o SNS seriam-no em grau muitíssimo mais elevado. A este propósito, *vide* ponto 9.1 do Volume I. O Protocolo de Cooperação de 29 de outubro de 2009 não determinou como condição essencial da celebração dos Acordos de Cooperação a sua fundamentação em estudos de Análise Custo-Benefício, sustentando a sua celebração com base no reconhecimento de que a "… a CVP alia as exigências técnicas (…) das prestações de cuidados de saúde, à inexistência de fins lucrativos e à proximidade das comunidades populacionais, o que o torna importante parceiro do Estado na área da saúde." Pelo menos nas áreas novas do Acordo de Cooperação de 2012/2013 – rastreios da Retinopatia Diabética e do Cancro da Mama, com carácter sistemático e de base populacional – também outros parceiros reuniriam esses requisitos. Não se alcança o teor do Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, do Secretário de Estado da Saúde, que representa um retrocesso relativamente ao estabelecido no Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, em 29 de outubro de 2009, e no Despacho, de 19 de março de 2012, também do Secretário de Estado da Saúde, atrás referidos. Sublinhe-se que **a Análise Custo-Benefício ou outras análises, cuja metodologia é equivalente àquela[200], podem ser análises multicritério, devendo ser considerados e avaliados aspetos qualitativos** como o acesso aos cuidados de saúde. O próprio estudo relativo à Cirurgia Cardiotorácica incluiu uma análise aos tempos de espera dos hospitais do SNS e do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para efeitos de

[199] Relatórios n.º 8/2008 – 2ª S e n.º 11/2011 – 2ª S.

[200] Análises Custo-Efetividade, Análises Custo-Minimização ou Análises Custo-Utilidade.

Recomendações	Acolhimento	
		avaliação dos respetivos impactos no pagamento do subsídio de doença e na receita fiscal[201].
À Ministra Saúde e ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *4. Reavaliar o Acordo de Cooperação com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., face à capacidade instalada nos Hospitais do SNS.*	✗	A negociação nas especialidades cirúrgicas – Cirurgia Cardiotorácica, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Ortopedia – continua a não se fundamentar em indicadores de eficiência do SNS, nomeadamente em termos da utilização da capacidade instalada e custos, limitando-se a considerar indicadores de acesso aos cuidados de saúde na avaliação das necessidades do SNS. Sendo relevantes, os indicadores de acesso não são suficientes para avaliar a capacidade instalada nas unidades hospitalares do SNS e assegurar a efetiva complementaridade do recurso à prestação de serviços no âmbito dos Acordos de Cooperação. Os tempos de espera são assumidos pela ARSLVT, IP, como um dado adquirido, sem que se verifiquem ações sustentadas para a melhoria daqueles indicadores. Na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, os Centros Hospitalares de Lisboa Central, Norte e Ocidental têm manifestado a existência de capacidade disponível não utilizada – vd. Relatórios de Auditoria n.º 8/2009 e 26/2012, da 2ª Secção do Tribunal de Contas. A diminuição das quantidades na especialidade de Urologia no Acordo de 2011 (-79% cirurgias) relativamente ao Acordo de 2010, e a não inclusão da especialidade no Acordo 2012/2013, sustentou-se na observação das reduzidas taxas de execução em 2009 e 2010, que, de acordo como os Relatórios de Acerto de Contas desses anos, pareciam "… confirmar que não existe procura suficiente para preencher os volumes de produção estabelecidos no Acordo de Cooperação.". Esta situação confirma que as quantidades contratadas nesses anos em Urologia, que resultaram de simples prorrogação do Acordo de 2008, não foram objeto de um adequado levantamento das necessidades do SNS, permitindo, também, alavancar os valores destinados às outras especialidades cirúrgicas pois o valor acordado nesses anos para Urologia e não utilizado foi redistribuído por aquelas. As conclusões do estudo económico, realizado pela Deloitte, referido no acolhimento das recomendações anteriores, deviam ter determinado, pelo Ministério da Saúde ou pela ARSLVT, IP, um levantamento exaustivo da capacidade instalada no SNS, com indicadores de eficiência destas entidades, nas áreas dos Acordos. Apenas a inclusão dos rastreios da Retinopatia Diabética, de carácter sistemático e de base populacional, uma das novas áreas do Acordo 2012/2013, representando cerca de 7% do seu valor financeiro, foi precedida de um inquérito que incluiu a recolha de alguma informação sobre a capacidade instalada nos hospitais do SNS, porém não foram considerados outros parceiros com capacidade para a realização dos mesmos.

[201] Cfr. síntese dos principais resultados do estudo, constante do Anexo IV.

Recomendações	Acolhimento	
		Quer os rastreios da Retinopatia Diabética quer os do Cancro da Mama, outra das novas áreas do Acordo 2012/2013, representando cerca de 10% do respetivo valor financeiro, respeitam a necessidades que têm vindo a ser satisfeitas com recurso à complementaridade de outros prestadores do setor social, designadamente a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e a Liga Portuguesa Contra o Cancro. Não ponderando a capacidade de resposta destas entidades, ou de alargamento dessa resposta, não se pode concluir que a celebração dos Acordos de Cooperação em análise seja a que garante as melhores condições na prestação do serviço.
À Ministra Saúde *5. Reconsiderar o papel da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., no sistema de saúde, tendo em consideração o significativo engajamento financeiro do Estado, quer a nível de exploração, quer a nível de aporte de capital social, por razões de sustentabilidade do SNS.*	✗	O papel, da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no âmbito do SNS - de prestador de serviços – não se alterou, continuando a verificar-se um peso significativo de clientes SNS nos proveitos da Sociedade apesar da diminuição verificada em 2011: em 2010, 56% (Acordo de Cooperação, 49%; outros clientes SNS, 7%); em 2011, 37% (Acordo de Cooperação, 33%; outros clientes SNS, 4%).

Legenda: ✓ - Recomendação acolhida; ! - Recomendação acolhida parcialmente; ✗ - Recomendação não acolhida.

Face ao exposto, considera-se que as recomendações não foram, na globalidade, acolhidas, não tendo sido tomadas outras medidas no sentido de alcançar os mesmos fins.

2) *Recomendações relativas aos preços negociados no âmbito dos Acordos de Cooperação*

Recomendações	Acolhimento	
À Ministra Saúde *6. Providenciar para que, na celebração de futuros Protocolos e/ou Acordos para a prestação de cuidados de saúde, com entidades situadas fora do perímetro de consolidação do SNS, se proceda a uma pesquisa junto de entidades do sector social e/ou privado, com vista à boa gestão dos dinheiros públicos e à sustentabilidade do SNS.*	✗	Apesar de se ter verificado uma redução generalizada dos preços unitários negociados no Acordo de 2011 e no Acordo de 2012/2013 relativamente aos preços praticados no período de 2008-2010, estes não resultaram do conhecimento fundado de outras condições alternativas que poderiam, eventualmente, ser oferecidas por outros prestadores do sistema de saúde, em regime de complementaridade, não se podendo concluir que os preços negociados foram os que melhor salvaguardaram os interesses do Estado e dos contribuintes.
Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *7. Na celebração de futuros Protocolos e/ou Acordos, para a prestação de cuidados de saúde, com entidades situadas fora do perímetro de consolidação do SNS, proceder a uma pesquisa junto de entidades do sector social e/ou privado, com vista à boa gestão dos dinheiros públicos e à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.*	✗	
À Ministra Saúde *8. Não adotar preços "administrativos" como preços de referência ou de aferição apriorística na negociação de preços com entidades que não façam parte do SNS.*	✗	Os últimos preços negociados para a produção cirúrgica no âmbito dos Acordos de 2011 e de 2012/2013, tendo por base a "tabela SIGIC"[202], continuam a ter por referência preços fixados por via administrativa, não tendo por base um apuramento fidedigno dos custos da atividade do SNS, expurgados de sobrecustos de ineficiências. Embora os preços da "tabela SIGIC" incorporem um ponderador que tem por base informação de procura e oferta no mercado, tentando adaptar o preço à disponibilidade da oferta, designado "fator de equilíbrio"[203], também este é fixado administrativamente. Os preços da "tabela SIGIC" foram também aplicados nos acordos

[202] Estabelecida na Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, e, antes desta, na Portaria n.º 852/2009, de 7 de agosto.

[203] Este fator, que é multiplicado pelo preço dos GDH, pode ser inferior ou superior a 1, diminuindo ou aumentado o preço de cada GDH, consoante a oferta disponível.

Recomendações	Acolhimento	
		celebrados com as Misericórdias, em 2011, e nas convenções celebradas com entidades do setor privado, incluindo o social, para a realização de atividade cirúrgica no âmbito do SIGIC. Os preços negociados no Acordo de Cooperação de 2012/2013 refletem um desconto de 6% face aos da referida tabela. Os preços das consultas tiveram por referência os preços estabelecidos em 2011 para os hospitais do SNS do grupo 4, deduzidos dos descontos negociados com a Cruz Vermelha Portuguesa. O recurso a preços fixados por via administrativa, como é o caso dos preços da "tabela SIGIC" e dos preços fixados no âmbito dos contratos programa celebrados com os hospitais do SNS, não garante que estes reflitam o justo valor das prestações, considerando que os mesmos são calculados com base na contabilidade analítica dos hospitais, que não permite a obtenção de custos detalhados por doente ou por ato realizado, e incorporam os sobrecustos resultantes das ineficiências do SNS[204]. Os preços negociados nas áreas novas do Acordo de Cooperação de 2012/2013 – rastreios da Retinopatia Diabética e do Cancro da Mama – tiveram por referência os valores dos Acordos celebrados entre a ARSLVT, IP, e a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e a Liga Portuguesa Contra o Cancro, deduzidos de um desconto negociado em virtude dos utentes terem de se deslocar às instalações do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, ao contrário do que se verifica nos Acordos com aquelas entidades. Não existe evidência de estudos que sustentem a adequação do desconto negociado face ao custo estimado da deslocação dos utentes e, não tendo, a ARSLVT, IP, considerado a existência de outras alternativas, não se pode concluir que a negociação dos Acordos em análise foi a que melhor garantiu a boa gestão dos dinheiros públicos.

Legenda: ✔ - Recomendação acolhida; ! - Recomendação acolhida parcialmente; ✖ - Recomendação não acolhida.

Face ao exposto, considera-se que as recomendações não foram, na globalidade, acolhidas, não tendo sido tomadas outras medidas no sentido de alcançar os mesmos fins.

[204] Cfr. Relatório de Auditoria n.º 30/2011 – 2ª S - Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

3) *Recomendações relativas à execução, acompanhamento e controlo dos Acordos de Cooperação*

Recomendações	Acolhimento	
Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *9. Garantir o respeito pelos princípios da equidade, imparcialidade e universalidade relativamente à referenciação dos utentes pelo HCC.*	!	Apesar de: *Em março de 2011 a ARSLVT, IP, ter comunicado ao HCC a existência de capacidade instalada não utilizada nos hospitais de referência do SNS; e de* *Em abril de 2011 ter sido criado o Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa, que sujeitou a uma coordenação comum o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, centro de referência em Cirurgia Cardiotorácica, o HCC e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa com objetivos de otimização dos recursos existentes,* continuou a verificar-se, nesse ano, a referenciação direta pelo HCC. Também se verificou a referenciação direta, para a especialidade, por parte da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) e do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF). Em 2012, o HCC e a MAC foram extintos e fundidos no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, pelo que as necessidades em saúde na especialidade em causa poderão passar a ser satisfeitas internamente. Relativamente à referenciação para a especialidade no âmbito do Acordo 2012/2013, a ARSLVT, IP, emitiu uma circular aos hospitais a informar que apenas podem referenciar utentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, após consulta aos três centros hospitalares da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo com a especialidade – os Centros Hospitalares de Lisboa Central, Ocidental e Norte -, e quando os mesmos declararem não ter capacidade disponível para os receber. Estabelece, ainda, a referida circular, que todas as referenciações recusadas pelos hospitais do SNS devem ser documentadas, alertando para o facto de a ARSLVT, IP, poder solicitar a qualquer momento essa documentação.
Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *10. Assegurar um acompanhamento mais eficiente, de forma a evitar a prestação de cuidados de saúde, pelo HCVP, a utentes excluídos do âmbito de referenciação do Acordo (Lisboa e Vale do Tejo)*	✗	A ARSLVT, IP, não introduziu novos procedimentos de controlo dos atos faturados relativos a utentes excluídos do âmbito de referenciação do Acordo, procedendo a auditorias aos atos realizados e faturados através de amostragem. Em 2010 não foi feito qualquer controlo específico a utentes já identificados, em anos anteriores, como excluídos do âmbito de referenciação. A auditoria da ARSLVT, IP, relativa ao ano de 2011 não se encontrava concluída à data da realização da presente auditoria.

Recomendações		Acolhimento
Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *11. Implementar medidas que permitam à ARSLVT aferir a qualidade dos serviços prestados pelo HCVP nas áreas de atividade clínica, humana e técnica.*	!	Não existe evidência da efetiva implementação de medidas de controlo da qualidade dos serviços prestados pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. O Acordo de 2011 estabeleceu a obrigatoriedade do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA: a) respeitar os tempos máximos de resposta garantidos; b) informar mensalmente a ARSLVT, IP, sobre um conjunto de indicadores relacionados com a qualidade dos serviços prestados; c) promover anualmente inquéritos de satisfação dos utentes e dos profissionais. A plena aplicação do Acordo de 2011, nesta matéria, ficou condicionada pelo facto do mesmo ter sido formalmente assinado em 2 de março de 2012 e pela suspensão das referenciações de utentes no segundo semestre de 2011. Aquelas obrigações estão, também, previstas no Acordo 2012/2013. O inquérito de satisfação dos utentes intervencionados em 2011 foi apenas realizado em fevereiro de 2013, já após as negociações do Acordo de 2012/2013 e em data posterior a um pedido de informação do Tribunal de Contas à ARSLVT, IP, no decurso da presente auditoria[205].
Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *12. Proceder a diligências, junto das entidades referenciadoras, no sentido de melhorar o controlo sobre o encaminhamento e a referenciação dos utentes, de forma a evitar a assunção de custos no âmbito do Acordo quando exista capacidade instalada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.*	!	Relativamente à referenciação para a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, da responsabilidade exclusiva dos hospitais do SNS, *vide* acolhimento da recomendação n.º 10. Relativamente às restantes especialidades cirúrgicas, cujos utentes são referenciados pelos Agrupamentos de Centros de Saúde, verificou-se, por parte da ARSLVT, IP, durante os anos de 2010 e 2011, a realização de algumas diligências no sentido de melhorar o controlo sobre a verificação dos requisitos de referenciação de utentes no âmbito dos Acordos - existência de presunção de necessidade cirúrgica e não haver capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS, aferido de acordo com os tempos máximos de resposta garantidos, estabelecidos em Portaria[206]. Para a implementação dessas diligências contribuiu a inclusão do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, no sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta hospitalar (Consulta a Tempo e Horas - CTH), a partir de 14 de maio de 2010. Após esta data, os títulos de referenciação, em papel, foram substituídos pelos pedidos efetuados no referido sistema de informação.
13. Monitorizar e operacionalizar a aplicação dos procedimentos de referenciação dos utentes	!	

[205] O inquérito foi remetido por iniciativa da Cruz Vermelha Portuguesa, em carta dirigida ao Tribunal de Contas, com data de entrada de 27 de março de 2013.

[206] Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, em aplicação do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, relativa à Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde. Com estes instrumentos pretende-se garantir a prestação dos cuidados pelo SNS e pelas entidades convencionadas num tempo considerado aceitável para a condição de saúde de cada utente.

Recomendações	Acolhimento	
para o HCVP e garantir o efetivo cumprimento dos respetivos pressupostos - "existência de presunção de necessidade cirúrgica" e "não haver capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS".		Esta inclusão permitiu à ARSLVT,IP, parametrizar no sistema, por especialidade, os Agrupamentos de Centros de Saúde que podiam referenciar para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, com base em critérios de acesso aos cuidados de saúde, e, quando necessário, suspender a referenciação para aquele hospital por todos os Agrupamentos de Centros de Saúde. Relativamente à operacionalização das referenciações no âmbito do Acordo 2012/2013, a mesma continuará a ser efetuada pelo sistema de informação Consulta a Tempo e Horas, apenas possibilitando essa referenciação aos utentes dos Agrupamentos em que os tempos máximos de resposta garantidos, do hospital de referenciação direta, estejam ultrapassados. As potencialidades do sistema de informação Consulta a Tempo e Horas não estão a ser plenamente aproveitadas. A apresentação da totalidade das alternativas disponíveis, na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no âmbito do SNS, permitiria aos médicos dos Agrupamentos, em conjunto com o utente, ponderar a melhor escolha, considerando a condição de saúde do utente e os indicadores de acesso por níveis de prioridade clínica, pelo que não se encontra justificação para o recurso ao hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, como primeira alternativa ao hospital de referenciação direta. O Regulamento do Sistema Consulta a Tempo e Horas já prevê que o médico dos Agrupamentos possa referenciar o pedido para outra instituição do SNS quando observe que o hospital de referência apresenta tempos de resposta superiores aos tempos máximos de resposta garantidos, devendo para o efeito obter o acordo do utente. Sendo o recurso a entidades fora do perímetro do SNS efetuado em regime de complementaridade, a referenciação de utentes para as mesmas apenas deve ser restrito a situações prioritárias, de evidente incapacidade de resposta das unidades hospitalares do SNS.
14. Implementar procedimentos que garantam que os Agrupamentos de Centros de Saúde apenas referenciem utentes no âmbito do Acordo após confirmação expressa da falta de capacidade de resposta, em tempo adequado, nos Hospitais do SNS da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.	!	
À Ministra Saúde e ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. *15. Providenciar no sentido de que os utentes (do SNS), que beneficiam dos cuidados de saúde no âmbito do Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., procedam ao pagamento de taxas moderadoras em moldes idênticos aos utentes do*	✓	Os utentes referenciados para o HCVP no âmbito dos Acordos de Cooperação passaram a suportar taxas moderadoras em moldes idênticos aos utentes dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, desde 2010.

Recomendações	Acolhimento	
Serviço Nacional de Saúde.		

Legenda: ✔ - Recomendação acolhida; ! - Recomendação acolhida parcialmente; ✖ - Recomendação não acolhida.

Face ao exposto, considera-se que as recomendações relativas ao processo de referenciação e respetivo controlo não foram plenamente acolhidas.

Anexo II – Unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Hospitais SNS	Especialidades			
	Cir. Cardíotorácica	Cir. Vascular	Oftalmologia	Ortopedia
CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**	√	√	√	√
CHLN - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE	√	√	√	√
CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	√	√	√	√
CHS - Centro Hospitalar de Setúbal, EPE			√	√
CHBM - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE			√	√
CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE			√	√
CHON - Centro Hospitalar do Oeste Norte*			√	√
HDS - Hospital Distrital de Santarém, EPE		√	√	√
HGO - Hospital Garcia de Orta, EPE		√	√	√
HFF - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE			√	√
CHTV - Centro Hospitalar de Torres Vedras*				√
IOGP - Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto			√	

* Extintos pela Portaria n.º 276/2012, de 12 de setembro, sendo objeto de fusão no Centro Hospitalar do Oeste

** Inclui dados do Hospital de Curry Cabral, EPE, que integrou por fusão o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, cfr. Decreto-Lei nº 44/2012, de 23 de fevereiro.

ANEXO III – ESTUDO ECONÓMICO REALIZADO PELA EMPRESA DE CONSULTORIA E AUDITORIA - SÍNTESE DOS PRINCIPAIS OBJETIVOS E CONCLUSÕES

Data de realização: 2º semestre 2009

Âmbito temporal: 2008

Análises realizadas:

- análise da produção e dos tempos de espera para cirurgia cardiotorácica dos hospitais do SNS e do HCVP;
- análise comparativa dos custos variáveis dos hospitais do SNS e dos preços pagos à CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
- análise comparativa dos preços faturados pelos hospitais do SNS e pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
- análise de impactos económicos e financeiros para o Estado com a transferência dos doentes operados no hospital explorado pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, (326) para os hospitais do SNS (impacto no *cash-flow* dos hospitais por via do aumento da receita e dos custos; impacto para o Estado pelo facto da CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, ser detida em 45% pelo Estado; acréscimo de produção e efeitos no índice de *case mix*; pagamento de subsídio de doença e efeito na receita fiscal, associado ao tempo de espera para cirurgia).

As análises tiveram por base um conjunto de 9 GDH realizados no hospital explorado pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e comparáveis com os hospitais do SNS – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (CHLN), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CHLO), e Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) - e no caso dos custos variáveis dos hospitais do SNS teve por referência os custos do CHLC, pois apenas este possuía custos por GDH, com base no projeto de custeio *Activity Based Costing*[207].

Principais conclusões:

- O tempo médio de espera nos hospitais do SNS é mais elevado do que no hospital explorado pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, (em cirurgias programadas, mais 26,69 dias no CHLC e mais 44,37 dias no CHLO; em cirurgias urgentes, mais 5,47 dias no CHLC, 29,25 dias no CHLO e 4,46 dias no CHLN), com exceção das cirurgias programadas no CHLN (menos 4,65 dias do que no HCVP);
- Os custos variáveis[208], por GDH, são mais baixos nos hospitais do SNS (CHLC), quando comparado com o preço pago por GDH, à CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA [209], com

[207] As análises tiveram por base dados de 2008. Os custos por GDH do CHLC, respeitantes ao Hospital de Santa Marta, eram de 2006, tendo sido atualizados pelos valores da inflação dos anos de 2007 e 2008, disponibilizados pelo Banco de Portugal.

[208] FSE, Material de Consumo Clínico, Material de Consumo Hoteleiro, Medicamentos, Reagentes.

[209] À época o preço pago à CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, correspondia a 90% do valor estabelecido por GDH na Portaria n.º 110-A/2007 (cfr. Acordo de Cooperação celebrado em 2008).

exceção do GDH 110 (Grandes procedimentos cardiovasculares, com CC), cujo custo variável supera em 4,79% (€ 434,33) o preço pago pelo mesmo GDH à CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. Nos 3 GDH mais frequentes[210] os custos variáveis são, no caso do GDH 105, 49,45% (€ 6.100,17), no caso do GDH 109, 49,86% (€ 4.287,16), e no caso do GDH 546, 55,14% (€ 9.121,45), inferiores ao preço pago à CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;

- Os valores faturados no SNS, com base nos valores dos contratos programa, foram inferiores aos valores faturados pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. Contudo, o preço implícito pago no SNS[211] foi superior ao preço pago por GDH à CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, com exceção do GDH 104, cujo valor implícito, tanto no CHLC como no CHLO, foi inferior em 3,75%, ao preço pago à CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. No que se refere aos 3 GDH mais frequentes, como sejam os GDH 105, 109 e 546, o seu preço implícito foi superior em 10,22%, 11,65% e 3,30%, no CHLC, e em 14,18%, 10,97% e 7,81%, no CHLO;
- Impacto nos *cash flow* dos hospitais[212] – redução de € 259.924 nos Resultados Operacional e Líquido do CHLC (a preços do contrato programa de 2008); redução de € 130.835 no Resultado Líquido da CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e uma perda de € 58.876 para o Estado, considerando a sua participação na CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
- Impacto do aumento da produção no índice de *case mix* – a transferência de doentes para o SNS teria um impacto positivo em termos de ICM, que originaria um aumento (em 2010[213]), nos valores faturados pelo CHLC, de € 1.379.460, e, pelo CHLO, de € 545,673[214];
- Impacto do tempo de espera para cirurgia no subsídio de doença[215] - sendo os tempos de espera mais elevados no CHLC e no CHLO, o impacto total para o Estado seria negativo em € 38.375[216];
- Impacto do tempo de espera para cirurgia na receita fiscal[217] - diminuição da receita fiscal em € 26.597;
- Em termos globais a transição de 326 operados no hospital explorado pela CVP- Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, para os hospitais do SNS originaria um total de impactos positivos

---

[210] Que representaram, respetivamente, 42,9% (140), 38,7% (126) e 11% (36) do número total de episódios (326) analisados no estudo, cfr. pág. 17 do mesmo.

[211] "Tendo em conta que o preço praticado pelo HCVP é um preço por GDH (…), foi calculado um preço implícito por GDH, para os hospitais do SNS, tendo por base a produção efectivamente realizada por estes hospitais e a complexidade de cada um dos GDH's. Este método alternativo permite comparar as duas modalidades efectivamente praticadas, ou seja comparar um preço por GDH com base na portaria com um preço implícito por GDH relativo a um preço fixo do contrato programa (…). Por falta de informação, não foi possível calcular este valor para o CHLN." (pág. 6 do estudo da Deloitte).

[212] É considerada a transferência de 160 doentes para o CHLC, cfr. capacidade declarada por este na Auditoria Financeira ao Hospital de Curry Cabral Relatório de Auditoria n.º 8/2009-2ª S.

[213] Considerando que uma alteração na tipologia de GDH efetuada nos hospitais provoca uma alteração no índice de *case mix* que se reflete nos contratos programa dos hospitais após 2 anos de ocorrência.

[214] Não calcularam o impacto para o CHLN, "… dado que a informação disponibilizada pelo CHLN estava incompleta." (pág. 8).

[215] "Este cálculo é obtido através da diferença dos tempos de espera entre HCVP e hospitais do SNS, tendo sido aplicada a essa diferença a percentagem da população ativa e a taxa de desemprego." (pág. 8). "Foi utilizado o valor diário do subsídio de doença…" (pág. 9).

[216] CHLC: - € 24.706; CHLO: - € 18.010; CHLN: +€ 4.341.

[217] "… por via da redução do pagamento das diferentes contribuições (IRS, Segurança Social do trabalhador e da entidade patronal) tendo em conta os diferentes tempos de ausência." (pág. 9).

para o SNS de cerca de 1,5 milhões de euros e, para o Estado, de cerca de 1,4 milhões de euros[218].

Quadros síntese dos impactos (fonte: Estudo Deloitte):

Impacto económico para o SNS	Valor (€)	Observações
Impacto nos resultados do SNS por via da eliminação do pagamento ao HCVP	3.755.615	326 episódios
Impacto nos resultados do CHLC (acréscimo de prejuízos)	-259.924	
Impacto nos resultados do CHLO		N/ quantificado
Impacto nos resultados do CHLN		N/ quantificado
Impacto nos resultados do SNS por via do acréscimo do pagamento ao CHLC relativo ao incremento do Índice de Case Mix (efeito apenas em 2010)	-1.379.460	
Impacto nos resultados do SNS por via do acréscimo do pagamento ao CHLO relativo ao incremento do Índice de Case Mix (efeito apenas em 2010)	-545.673	
Impacto nos resultados do SNS por via do acréscimo do pagamento ao CHLN relativo ao incremento do Índice de Case Mix (efeito apenas em 2010)		N/ quantificado
Total de impactos para o SNS	**1.570.558**	

Impacto económico para o Estado	Valor (€)	Observações
Total de impactos para o SNS	1.570.558	
Impacto nos impostos (redução do valor dos impostos a pagar ao Estado por parte da CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA)	-41.440	
Impacto na redução da participação nos lucros do Estado (participação na CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA)	-58.876	
Impacto no pagamento do subsídio de doença (p/ diferença nos tempos médios de espera	-38.375	
Impacto na receita fiscal (por diferenças nos tempos médios de espera)	-26.597	
Total de impactos para o Estado	**1.405.270**	

[218] Ver pág. 10 do estudo.

ANEXO IV – COMPARAÇÃO DOS PREÇOS DOS ACORDOS COM OS CUSTOS UNITÁRIOS DO SNS

1. Cirurgia Vascular

1.1. Consulta Externa

Consulta Externa - Cirurgia Vascular	HCVP			CHLN			CHLC			CHLO		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Custos Fixos unitários				10	5	3	41	81	n/d	62	n/d	n/d
Custos Variáveis unitários				12	9	13	5	76	n/d	11	n/d	n/d
Custos Totais unitários	63	80	81	21	14	17	46	157	n/d	73	n/d	n/d
Consultas	7.158	5.293	2.350	18.457	19.328	19.346	14.787	15.631	13.966	4.308	5.759	5.727
ICM	0,93	0,90	0,92	1,80	1,95	2,02	1,95	1,67	2,00	2,24	2,07	2,32
C Unit / consulta (ajustado ICM)	68	89	88	12	7	8	23	94	n/d	33	n/d	n/d
C Unit Var / consulta (ajustado ICM)				6	4	7	2	46	n/d	5	n/d	n/d

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS).

Nota: Foram consideradas, na análise de cada especialidade, as unidades hospitalares com contabilidade analítica apurada, em cada ano, incluindo custos diretos e indiretos

1.2. Atividade Cirúrgica

	Avtividade cirúrgica - Cirurgia Vascular	HCVP			CHLN			HGO			CHLO			CHLC		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Internam.	Custos Fixos unitários				1.251	1.512	1.254	2.568	3.320	n/d	3.800	n/d	n/d	1.911	1.960	n/d
	Custos Variáveis unitários				616	1.060	817	411	483	n/d	524	n/d	n/d	1.009	1.034	n/d
	Custos Totais unitários Internamento				1.867	2.572	2.071	2.979	3.803	n/d	4.324	n/d	n/d	2.920	2.994	n/d
Cir. Amb.	Custos Fixos unitários				53	42	22	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
	Custos Variáveis unitários				59	54	45	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
	Custos Totais unitários Cir. Ambulatório				112	96	66	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Custos Totais unitários Atividade Cirúrgica		1.897	1.943	1.851	1.561	2.142	1.658	1.677	2.085	n/d	3.170	n/d	n/d	2.272	2.247	n/d
Custos variáveis unitários Atividade Cirúrgica					519	886	658	231	265	n/d	384	n/d	n/d	785	776	n/d
Doentes Saídos Internamento		1.407	1.200	564	2.418	2.382	2.153	535	511	553	448	504	497	2.640	2.133	2.917
Cirurgias Ambulatório		21	41	25	511	500	558	415	421	389	163	223	68	754	709	122
ICM		0,93	0,90	0,92	1,80	1,95	2,02	1,74	1,87	1,95	2,24	2,07	2,32	1,95	1,67	2,00
C Unit / Internamento (ajustado ICM)					1.037	1.319	1.025	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit Var / Internamento (ajustado ICM)					342	544	404	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit / Cir. Ambulatório (ajustado ICM)					62	49	33	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit Var / Cir. Ambulatório (ajustado ICM)					33	28	22	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit / Atividade cirúrgica (ajustado ICM)		2.050	2.157	2.017	867	1.099	821	961	1.118	n/d	1.415	n/d	n/d	1.166	1.346	n/d
C Unit Var / Atividade cirúrgica (ajustado ICM)					288	454	326	133	142	n/d	172	n/d	n/d	403	465	n/d

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS).

Nota: Foram consideradas, na análise de cada especialidade, as unidades hospitalares com contabilidade analítica apurada, em cada ano, incluindo custos diretos e indiretos

1.3. Estimativa poupança – transferência produção para o SNS

Estimativa de poupança com transferência da produção para o SNS	Produção SNS			CHLN			HGO			CHLO			CHLC		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Consultas															
Produção atual unidades SNS (1)	37.552	40.718	39.039	18.457	19.328	19.346	14.787	15.631	13.966	4.308	5.759	5.727	0	0	0
Produção adicional (2)	7.158	4.544	1.165	3.518	2.512	1.165	2.819	2.032	0	821	0	0	0	0	0
Atividade Cirúrgica															
Produção atual unidades SNS (1)	7.884	7.383	7.257	2.929	2.882	2.711	950	932	942	611	727	565	3.394	2.842	3.039
Produção adicional (2)	1.428	1.119	220	531	484	220	172	157	0	111	0	0	615	478	0
Novo ICM estimado				1,67	1,80	1,94	1,62	1,73	1,95	2,04	2,07	2,32	1,79	1,56	2,00
Custos adicionais estimados Consulta (3)	124.685	187.937	8.855	38.593	15.743	8.855	61.217	172.194	0	24.875	0	0	0	0	0
Custos adicionais estimados Cirurgia (3)	1.386.687	1.216.658	165.718	425.625	479.529	165.718	153.083	157.790	0	144.939	0	0	663.039	579.339	0
Poupança estimada (4)	1.647.873	1.431.516	1.106.078												
Total	**4.185.468**														

(1) – Produção adicional com a transferência de utentes para as unidades hospitalares do SNS consideradas em cada especialidade, pressupondo uma distribuição proporcional pelas várias unidades hospitalares.

(3) – Produção adicional de cada unidade hospitalar x ICM da atividade do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA x Custo unitário de cada unidade hospitalar, ajustado pelo respetivo ICM.

(4) – Diferença entre o custo associado à produção no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e o custo associado à produção em unidades hospitalares do SNS.

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas unidades hospitalares do SNS.

2. Oftalmologia

2.1. Consulta Externa

Consulta Externa - Oftalmologia	HCVP			CHLN			CHMT			CHS			HGO			CHLC			CHLO			IOGP			CHON		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Custos Fixos unitários				22	12	10	19	24	22	38	25	25	18	13	n/d	34	42	n/d	56	n/d	n/d	48	n/d	n/d	41	61	76
Custos Variáveis unitários				6	8	7	6	7	9	8	12	15	5	1	n/d	2	8	n/d	4	n/d	n/d	17	n/d	n/d	14	29	38
Custos Totais unitários	48	50	55	28	20	16	25	31	31	46	38	40	23	14	n/d	36	50	n/d	60	n/d	n/d	65	n/d	n/d	55	89	114
Consultas	13.180	13.187	7.903	47.643	45.748	40.909	12.233	11.934	14.549	22.721	19.930	23.062	13.656	13.675	19.021	68.088	63.473	61.166	29.249	30.132	31.175	42.538	42.027	48.925	4.813	3.391	3.035
ICM	0,75	0,76	0,76	0,87	0,92	0,92	0,95	1,09	0,94	0,89	0,86	0,92	0,79	0,74	0,82	0,84	0,73	0,75	0,82	0,87	0,93	0,81	0,91	0,91	n/d	n/d	n/d
C Unit / consulta (ajustado ICM)	64	66	71	32	22	18	26	29	33	51	44	43	29	19	n/d	43	69	n/d	73	n/d	n/d	80	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit Var / consulta (ajustado ICM)				6	9	7	6	7	10	8	14	16	6	1	n/d	3	11	n/d	5	n/d	n/d	21	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS).

Nota: Foram consideradas, na análise de cada especialidade, as unidades hospitalares com contabilidade analítica apurada, em cada ano, incluindo custos diretos e indiretos

2.2. Atividade Cirúrgica

	Avtividade cirúrgica - Oftalmologia	HCVP			CHLN			CHMT			CHS			HGO			CHLC			CHLO			IOGP		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Internam.	Custos Fixos unitários				2.817	3.383	2.198	16.285	15.093	15.665	3.888	2.880	3.012	2.752	5.366	n/d	8.433	1.479	n/d	62.013	n/d	n/d	2.169	n/d	n/d
	Custos Variáveis unitários				978	1.738	711	39.376	2.233	3.774	132	180	150	624	949	n/d	5.189	213	n/d	235	n/d	n/d	1.417	n/d	n/d
	Custos Totais unitários Internamento				3.795	5.121	2.909	55.661	17.326	19.438	4.020	3.060	3.162	3.376	6.315	n/d	13.622	1.692	n/d	62.249	n/d	n/d	3.586	n/d	n/d
Cir. Amb.	Custos Fixos unitários				0	0	2	0	0	118	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0	400	n/d	n/d	n/d	n/d	321	n/d	n/d
	Custos Variáveis unitários				6	5	6	0	0	320	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0	422	n/d	n/d	n/d	n/d	325	n/d	n/d
	Custos Totais unitários Cir. Ambulatório				6	5	8	0	0	438	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0	821	n/d	n/d	n/d	n/d	646	n/d	n/d
	Custos Totais unitários Atividade Cirúrgica	1.595	1.638	1.381	655	848	666	2.069	423	863	1.290	1.376	988	1.027	1.201	n/d	1.268	966	n/d	2.337	n/d	n/d	1.100	n/d	n/d
	Custos variáveis unitários Atividade Cirúrgica				172	290	166	1.464	55	397	42	81	47	190	181	n/d	483	387	n/d	9	n/d	n/d	494	n/d	n/d
	Doentes Saídos Internamento	8	6	13	688	634	698	58	39	35	538	486	475	487	313	433	528	906	696	90	91	80	574	354	257
	Cirurgias Ambulatório	2.847	2.866	2.166	3.333	3.213	2.380	1.502	1.558	1.530	1.138	595	1.045	1.114	1.333	1.762	5.145	4.558	4.331	2.307	2.167	2.271	3.147	3.284	3.989
	ICM	0,75	0,76	0,76	0,87	0,92	0,92	0,95	1,09	0,94	0,89	0,86	0,92	0,79	0,74	0,82	0,84	0,73	0,75	0,82	0,87	0,93	0,81	0,91	0,91
	C Unit / Internamento (ajustado ICM)				4.363	5.566	3.162	58.492	15.909	20.629	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	16.196	2.322	n/d	n/d	n/d	n/d	4.414	n/d	n/d
	C Unit Var / Internamento (ajustado ICM)				1.125	1.889	773	41.379	2.051	4.005	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	6.170	292	n/d	n/d	n/d	n/d	1.744	n/d	n/d
	C Unit / Cir. Ambulatório (ajustado ICM)				7	6	9	0	0	465	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0	1.127	n/d	n/d	n/d	n/d	795	n/d	n/d
	C Unit Var / Cir. Ambulatório (ajustado ICM)				7	5	7	0	0	340	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0	579	n/d	n/d	n/d	n/d	400	n/d	n/d
	C Unit / Atividade cirúrgica (ajustado ICM)	2.114	2.157	1.806	753	922	724	2.175	388	916	1.445	1.596	1.072	1.307	1.633	n/d	1.507	1.326	n/d	2.850	n/d	n/d	1.353	n/d	n/d
	C Unit Var / Atividade cirúrgica (ajustado ICM)				198	316	181	1.538	50	422	47	94	51	242	246	n/d	574	531	n/d	11	n/d	n/d	608	n/d	n/d

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS).

Nota: Foram consideradas, na análise de cada especialidade, as unidades hospitalares com contabilidade analítica apurada, em cada ano, incluindo custos diretos e indiretos

2.3. Estimativa poupança – transferência produção para o SNS

Estimativa de poupança com transferência da produção para o SNS	Produção SNS			CHLN			CHMT			CHS			HGO			CHLC			CHLO			IOGP		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Consultas																								
Produção atual unidades SNS (1)	240.941	230.310	241.842	47.643	45.748	40.909	12.233	11.934	14.549	22.721	19.930	23.062	13.656	13.675	19.021	68.088	63.473	61.166	29.249	30.132	31.175	42.538	42.027	48.925
Produção adicional (2)	12.917	8.861	2.566	2.606	2.619	1.337	669	683	475	1.243	1.141	754	747	783	0	3.725	3.634	0	1.600	0	0	2.327	0	0
Atividade Cirúrgica																								
Produção atual unidades SNS (1)	20.649	19.531	19.982	4.021	3.847	3.078	1.560	1.597	1.565	1.676	1.081	1.520	1.601	1.646	2.195	5.673	5.464	5.027	2.397	2.258	2.351	3.721	3.638	4.246
Produção adicional (2)	2.855	2.005	672	556	566	336	216	235	171	232	159	166	221	242	0	784	803	0	331	0	0	514	0	0
Novo ICM estimado				0,86	0,90	0,90	0,93	1,05	0,92	0,88	0,85	0,91	0,78	0,74	0,82	0,83	0,73	0,75	0,81	0,87	0,93	0,81	0,91	0,91
Custos adicionais estimados Consulta (3)	489.190	298.359	55.261	63.126	43.719	18.302	13.230	14.831	12.125	48.034	37.803	24.834	16.535	11.221	0	119.848	190.785	0	88.063	0	0	140.354	0	0
Custos adicionais estimados Cirurgia (3)	3.270.664	1.767.006	441.089	315.669	396.094	185.712	353.897	69.280	119.540	252.674	192.650	135.838	218.353	300.205	0	892.037	808.778	0	712.704	0	0	525.330	0	0
Poupança estimada (4)	1.432.568	3.295.819	2.943.964																					
Total		**7.672.351**																						

(1) – Produção adicional com a transferência de utentes para as unidades hospitalares do SNS consideradas em cada especialidade, pressupondo uma distribuição proporcional pelas várias unidades hospitalares.

(3) – Produção adicional de cada unidade hospitalar x ICM da atividade do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA x Custo unitário de cada unidade hospitalar, ajustado pelo respetivo ICM.

(4) – Diferença entre o custo associado à produção no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e o custo associado à produção em unidades hospitalares do SNS.

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas unidades hospitalares do SNS.

3. Ortopedia

3.1. Consulta Externa

Consulta Externa - Ortopedia	HCVP			CHLN			CHMT			CHON			CHS			CHLC			CHLO		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Custos Fixos unitários				22	24	31	33	35	31	57	38	36	86	41	31	43	28	n/d	50	n/d	n/d
Custos Variáveis unitários				6	15	9	18	19	18	35	27	17	8	6	3	7	9	n/d	16	n/d	n/d
Custos Totais unitários	33	35	52	28	39	40	51	54	49	92	65	53	94	48	34	51	38	n/d	66	n/d	n/d
Consultas	8.501	8.105	7.990	20.493	19.438	19.780	14.249	14.648	15.905	6.362	6.068	5.986	22.854	22.748	21.647	50.386	51.181	49.960	14.931	15.395	15.916
ICM	2,64	2,65	2,70	2,04	2,18	2,04	1,76	1,68	1,65	2,01	1,91	1,87	1,86	1,89	1,90	2,17	2,15	2,16	1,88	1,95	1,92
C Unit / consulta (ajustado ICM)	12	13	19	14	18	20	29	32	30	46	34	28	50	25	18	23	17	n/d	35	n/d	n/d
C Unit Var / consulta (ajustado ICM)				3	7	5	10	11	11	17	14	9	4	3	2	3	4	n/d	9	n/d	n/d

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS).

Nota: Foram consideradas, na análise de cada especialidade, as unidades hospitalares com contabilidade analítica apurada, em cada ano, incluindo custos diretos e indiretos

3.2. Atividade Cirúrgica

	Avtividade cirúrgica - Ortopedia	HCVP			CHLN			CHMT			CHON			CHS			CHLC			CHLO			HGO		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Internam.	Custos Fixos unitários				1.964	2.238	1.664	1.504	1.512	1.467	2.971	3.788	3.651	2.755	2.378	2.268	3.113	1.736	n/d	2.538	n/d	n/d	5.171	6.837	n/d
	Custos Variáveis unitários				996	853	645	914	1.095	995	275	253	482	279	182	172	962	555	n/d	1.044	n/d	n/d	415	425	n/d
	Custos Totais unitários Internamento				2.960	3.091	2.308	2.418	2.608	2.462	3.246	4.041	4.132	3.035	2.561	2.440	4.075	2.291	n/d	3.582	n/d	n/d	5.586	7.262	n/d
Cir. Amb.	Custos Fixos unitários				n/d	n/d	n/d	0	0	0	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
	Custos Variáveis unitários				n/d	n/d	n/d	0	5	4	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
	Custos Totais unitários Cir. Ambulatório				n/d	n/d	n/d	0	5	4	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Custos Totais unitários Atividade Cirúrgica		5.558	5.758	5.059	2.572	2.556	1.948	2.183	2.233	2.044	2.712	3.301	3.344	2.322	2.050	2.111	3.593	1.987	n/d	3.394	n/d	n/d	3.064	4.259	n/d
Custos variáveis unitários Atividade Cirúrgica					866	705	544	825	939	826	230	207	390	214	146	149	848	482	n/d	989	n/d	n/d	227	249	n/d
Doentes Saídos Internamento		1.192	1.177	1.183	1.633	1.550	1.637	3.062	2.873	2.980	812	714	675	2.774	2.552	2.632	5.298	4.603	5.014	1.854	1.855	2.161	708	685	414
Cirurgias Ambulatório		21	17	28	246	324	303	329	483	610	160	160	159	851	635	411	711	704	560	103	174	161	583	483	439
ICM		2,64	2,65	2,70	2,04	2,18	2,04	1,76	1,68	1,65	2,01	1,91	1,87	1,86	1,89	1,90	2,17	2,15	2,16	1,88	1,95	1,92	1,94	1,89	1,68
C Unit / Internamento (ajustado ICM)					n/d	n/d	n/d	1.376	1.551	1.493	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit Var / Internamento (ajustado ICM)					n/d	n/d	n/d	520	652	603	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit / Cir. Ambulatório (ajustado ICM)					n/d	n/d	n/d	0	3	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit Var / Cir. Ambulatório (ajustado ICM)					n/d	n/d	n/d	0	3	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
C Unit / Atividade cirúrgica (ajustado ICM)		2.107	2.169	1.875	1.261	1.173	955	1.243	1.328	1.239	1.351	1.732	1.793	1.246	1.083	1.109	1.659	926	n/d	1.805	n/d	n/d	1.576	2.259	n/d
C Unit Var / Atividade cirúrgica (ajustado ICM)					424	324	267	470	558	501	114	109	209	115	77	78	392	224	n/d	526	n/d	n/d	117	132	n/d

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de faturação (Acordo) e de produção / Contabilidade Analítica (SNS).

Nota: Foram consideradas, na análise de cada especialidade, as unidades hospitalares com contabilidade analítica apurada, em cada ano, incluindo custos diretos e indiretos

3.3. Estimativa poupança – transferência produção para o SNS

Estimativa de poupança com transferência da produção para o SNS	Produção SNS			CHLN			CHMT			CHON			CHS			CHLC			CHLO			HGO		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Consultas																								
Produção atual unidades SNS (1)	129.275	129.478	129.194	20.493	19.438	19.780	14.249	14.648	15.905	6.362	6.068	5.986	22.854	22.748	21.647	50.386	51.181	49.960	14.931	15.395	15.916	0	0	0
Produção adicional (2)	8.501	7.141	3.916	1.348	1.217	1.223	937	917	984	418	380	370	1.503	1.424	1.339	3.313	3.204	0	982	0	0	0	0	0
Atividade Cirúrgica																								
Produção atual unidades SNS (1)	19.124	17.795	18.156	1.879	1.874	1.940	3.391	3.356	3.590	972	874	834	3.625	3.187	3.043	6.009	5.307	5.574	1.957	2.029	2.322	1.291	1.168	853
Produção adicional (2)	1.213	1.058	627	119	126	129	215	225	239	62	59	56	230	214	203	381	356	0	124	0	0	82	78	0
Novo ICM estimado				2,08	2,21	2,08	1,81	1,74	1,71	2,04	1,95	1,92	1,91	1,94	1,95	2,19	2,18	2,16	1,93	1,95	1,92	1,99	1,93	1,68
Custos adicionais estimados Consulta (3)	665.025	414.677	235.516	48.781	57.764	64.461	71.466	78.722	78.610	50.395	34.627	28.296	199.872	94.919	64.149	203.848	148.645	0	90.663	0	0	0	0	0
Custos adicionais estimados Cirurgia (3)	4.676.536	3.414.962	2.010.265	396.488	391.444	333.369	705.221	794.161	800.728	219.798	269.602	269.086	755.793	614.612	607.082	1.667.705	875.224	0	591.100	0	0	340.431	469.919	0
Poupança estimada (4)	1.679.782	3.325.244	4.292.922																					
Total		**9.297.947**																						

(1) – Produção adicional com a transferência de utentes para as unidades hospitalares do SNS consideradas em cada especialidade, pressupondo uma distribuição proporcional pelas várias unidades hospitalares.

(3) – Produção adicional de cada unidade hospitalar x ICM da atividade do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA x Custo unitário de cada unidade hospitalar, ajustado pelo respetivo ICM.

(4) – Diferença entre o custo associado à produção no hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e o custo associado à produção em unidades hospitalares do SNS.

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas unidades hospitalares do SNS.

ANEXO V – INDICADORES DE CAPACIDADE

Os dados de capacidade utilizados nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular e Ortopedia foram os informados pelas unidades hospitalares do SNS contactadas. Trata-se de dados não auditados, não se excluindo a hipótese da existência de diferentes critérios de registo da atividade, designadamente estimativas diferentes de imputação das horas médicas às várias atividades e de apuramento de horas de bloco operatório disponíveis/agendadas/utilizadas.

1. Oftalmologia

1.1. Capacidade física

Bloco Operatório -Oftalmologia - 2011	CHLC	IOGP	CHLN	CHLO	CHBM	CHS	HGO	HFF	CHON	CHMT
N.º de salas de BO exclusivas da especialidade	5	4	2	2						
Semana padrão*	325	260	130	130						
N.º de horas disponíveis (semana padrão fornecido por hospital)**	150	120		69						
N.º de horas agendadas (semana)	38	120	71	70	13	39	62	92	7	24
N.º de horas utilizadas (semana)	81	43	51	39	13	35	63	79	3	8
% de utilização do bloco (horas utilizadas/semana padrão)	25%	17%	39%	30%						
% de utilização do bloco (horas utilizadas/horas disponíveis)	54%	36%		56%						
% de utilização do bloco (horas utilizadas/horas agendadas)	215,9%	35,8%	72,2%	55,4%	100,0%	89,5%	101,0%	85,4%	44,4%	31,7%

* Indicador utilizado no Relatório do Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar: 65 horas/semana=12 horas*5 dias+5 horas ao sábado.

** Dado utilizado quando disponível. Não inclui tempos de não operacionalidade - feriados, avarias, etc. Informação prestada por: CHLC e IOGP = 6 horasdiárias/sala; CHLO = 7 horas diárias/sala 4 dias/semana e 6,5 horas diárias 1 dia/semana. Dados do quadro = 7h/dia ou 6h/dia*5 dias.

Obs.: Quando hospitais forneceram informação anual dividiu-se o n.º de horas por 44 semanas.

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais.

Internamento - Oftalmologia - 2011	CHBM	CHLC	IOGP	CHLN	CHLO
Lotação praticada	4	10	9	8	3
Dias de internamento	102	2.102	665	1801	320
Taxa de ocupação	7,0%	57,6%	20,2%	61,7%	29,2%
	HDS	CHS	HGO	HFF	CHMT
Lotação praticada	4	7	9	15	3
Dias de internamento	480	1743	1124	1578	83
Taxa de ocupação	32,9%	68,2%	34,2%	28,8%	7,6%

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

1.2. Produção

Consulta

Consulta externa - Oftalmologia -	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11
	CHBM		CHLC		IOGP		CHLN		CHLO		HDS	
Total de consultas	9.889	-1,4%	61.166	-10,2%	48.925	15,0%	40.909	-14,1%	31.175	6,6%	15.648	46,0%
P/ prestadores de serviços não convertidos em ETC	0		0		0		0		0		0	
% 1as consultas	35,0%	19,7%	22,8%	-9,6%	43,1%	6,7%	38,8%	15,6%	25,8%	-6,0%	28,6%	-14,6%
N.º de médicos especialistas ETC	2,1	-19,2%	13,7	-8,2%	10,5	17,9%	8,2	9,1%	6,5	-15,2%	1,4	75,9%
N.º de consultas/médico ETC*	4.678	22,0%	4.481	-2,1%	4.647	-2,5%	5.013	-21,3%	4.828	25,7%	11.258	62,7%
N.º de consultas/hora*	3,0		2,9		3,0		3,3		3,1		7,3	
	CHS		HGO		HFF		CHON		CHMT			
Total de consultas	23.062	1,5%	19.021	39,3%	23.161	-8,6%	3.035	-36,9%	14.549	18,9%		
P/ prestadores de serviços não convertidos em ETC	2.443		0		3.018		1744		3.031			
% 1as consultas	45,2%	-2,9%	52,7%	11,5%	33,5%	6,0%	41,2%	-3,8%	49,9%	23,3%		
N.º de médicos especialistas ETC	3,4	-20,3%	2,6	116,7%	4,8	0,0%	0,7	2,2%	3,3	-24,4%		
N.º de consultas/médico ETC*	6.047	13,9%	7.316	-35,7%	4.172	-14,0%	1.923	-65,9%	3.456	24,5%		
N.º de consultas/hora*	3,9		4,8		2,7		1,2		2,2			
Média consultas/hora**	3,2											

* Não inclui consultas realizadas por prestadores de serviços quando a sua prestação se encontra refletida em n.º de consultas e não em n.º de horas - HDS (2009 e 2010), CHS (2011), HFF (2009-1011), CHON (2009-2011), CHMT (2010 e 2011).

N.º de consultas/hora considerou 44 semanas/ano e 35 horas/semana

** Não inclui mínimo (CHON) e máximo (HDS).

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

- O total de consultas realizadas em 2011 na especialidade de cirurgia pelas unidades hospitalares constantes no quadro *supra* ascendeu a 290.540, mais 1,22% (3.514) do que o realizado em 2009, 287.026. Esse acréscimo poderia ter sido de 6%, mais 17.413 consultas do que o realizado em 2009, se todas as unidades hospitalares cujo número de consultas/hora foi inferior à média do grupo, tivesse sido pelo menos igual.
- Relativamente à taxa de acessibilidade, medida pelo peso das primeiras consultas no total de consultas constata-se que a mesma, em 2011, varia entre 22,8%, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, e 52,7% no Hospital Garcia de Orta, EPE, tendo diminuído no triénio 2009-2011 em 5 hospitais.

  O Relatório do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar refere a importância da gestão das consultas subsequentes com o objetivo de libertar recursos para outras áreas de atividade, designadamente para a realização de primeiras consultas hospitalares[219].

[219] O estudo refere que "…a primeira questão a colocar deverá ser se a consulta subsequente é realmente necessária. É sabido que a cultura hospitalar institucionalizou a marcação de consultas subsequentes, como regra praticamente "obrigatória" do processo de cuidados, vendo a consulta subsequente como uma "precaução necessária" e procedendo à sua marcação de uma forma quase automatizada. É necessário que os cuidados hospitalares mudem o paradigma de marcação de consultas subsequentes, de uma lógica *"just in case"*, para uma lógica de "não marcar se não existir uma razão clínica específica". O segundo aspecto a ter em conta é que, em caso de necessidade de consulta subsequente esta deve ocorrer no nível de cuidados apropriado e ser realizada pelo profissional mais apto para esse acto. Assim, no caso de ser efectivamente necessária deverá ser analisado se o

doente pode ser acompanhado pelos cuidados primários.".

A própria ARSLVT, IP, em documentos preparatórios das reuniões de negociação dos contratos programa com os hospitais do SNS refere a possibilidade de substituição de consultas subsequentes por primeiras consultas.

Cirurgia

Cirurgia - Oftalmologia -	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11
	CHBM		CHLC		IOGP		CHLN		CHLO		HDS	
N.º de cirurgias programadas	736	-8,5%	4.905	-15,6%	4.215	14,4%	2.708	-27,7%	2.343	-1,7%	2.015	23,9%
P/ prestadores de serviços não convertidos em ETC	0		0		0		0		0		0	
N.º de médicos especialistas ETC	1,0	-19,3%	5,5	-34,1%	6,0	-2,8%	4,9	9,0%	3,7	-6,5%	1,1	14,9%
N.º de cirurgias programadas/médico ETC*	732	13,4%	893	28,0%	704	17,7%	558	-33,7%	636	5,1%	1.866	307,9%
% de ambulatorização	97,3%	12,1%	88,3%	-0,2%	94,6%	10,8%	87,9%	-1,2%	96,9%	0,2%	83,8%	-5,8%
	CHS		HGO		HFF		CHON		CHMT			
N.º de cirurgias programadas	1.474	-9,24%	2.091	39,49%	3.265	-12,25%	234	-55,17%	1.554	0,78%		
P/ prestadores de serviços não convertidos em ETC	95				1405		171		0			
N.º de médicos especialistas ETC	1,6	-32,76%	2,1	5,00%	2,4	0,00%	0,2	-20,00%	1,0	0,00%		
N.º de cirurgias programadas/médico ETC*	884	35,0%	996	32,9%	784	-44,0%	276	-82,5%	1.554	11,5%		
% de ambulatorização	70,9%	1,2%	84,3%	13,4%	87,0%	80,8%	100,0%	0,2%	98,5%	1,1%		

* Não inclui cirurgias realizadas por prestadores de serviços quando a sua prestação se encontra refletida em n.º de cirurgias e não em n.º de horas - HDS (2009 e 2010), CHS (2011), HFF (2009-1011), CHON (2009-2011), CHMT (2009 e 2010).

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

- A atividade cirúrgica na especialidade de oftalmologia assinala, no triénio, um decréscimo em 7 das 11 unidades hospitalares, com maior expressão no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (CHLN), e no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC). Refira-se que a diminuição do número de cirurgias foi reflexo essencialmente da diminuição/suspensão de produção cirúrgica em regime adicional ocorrida em 2011 nos dois Centros Hospitalares indicados e também no Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE (CHBM), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CHLO), e Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (CHS).
- A utilização dos recursos médicos apresenta diferenças assinaláveis entre as unidades hospitalares, tendo-se verificado diminuição no n.º de cirurgias programadas por médico especialista ETC no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (CHLN), e no Centro Hospitalar do Oeste Norte (CHON). Refira-se a propósito deste último que, no triénio o serviço de Oftalmologia esteve muito dependente de prestadores de serviços, tendo encerrado em 2012, "… por aposentação do único médico …"[220].
- Sendo uma especialidade com um elevado nível de ambulatorização, verifica-se, ainda, taxas que vão desde os 70,9% no Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (CHS), a 96,6% no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CHLO), e 100% no Centro Hospitalar do Oeste Norte (CHON). As divergências dever-se-ão essencialmente ao *mix* da produção, tendo a taxa de ambulatorização de cuidados limites, porém uma análise das causas das diferenças, tal como a gestão dos tempos cirúrgicos, poderá conduzir a uma utilização mais racional dos recursos, pela diminuição dos dias de internamento.

[220] Os utentes são desde então referenciados para o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

2. Cirurgia Vascular - indicadores de capacidade

2.1. Capacidade física

Bloco Operatório -Cirurgia Vascular - 2011	CHLC	CHLN	CHLO	HGO
N.º de salas de BO exclusivas da especialidade	2	2***		
Semana padrão*	130	130		
N.º de horas disponíveis (semana padrão fornecido por hospital)**	70			
N.º de horas agendadas (semana)	82	92	29	41
N.º de horas utilizadas (semana)	66	78	17	28
% de utilização do bloco (horas utilizadas/semana padrão)	51%	60%		
% de utilização do bloco (horas utilizadas/horas disponíveis)	94%			
% de utilização do bloco (horas utilizadas/horas agendadas)	80,1%	84,9%	60,0%	67,6%

* Indicador utilizado no Relatório do Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar: 65 horas/semana=12 horas*5 dias+5 horas ao sábado. Apenas calculado para salas de utilização exclusiva.

** Dado utilizado quando disponível. Não inclui tempos de não operacionalidade - feriados, avarias, etc. Informação prestada por: CHLC = 7 horas* 5 dias/sala.

**CHLN dispõe de 2 salas de utilização exclusiva e 2 de utilização partilhada.

Obs.: Quando hospitais forneceram informação anual dividiu-se o n.º de horas por 44 semanas.

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais.

Internamento -Cirurgia Vascular - 2011	CHLC	CHLN	CHLO	HDS	HGO
Lotação praticada	38	62	15	12	12
Dias de internamento	11.800	20.742	5.275	4.244	3.535
Taxa de ocupação	85%	92%	96%	97%	81%

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

2.2. Produção

Consulta

Consulta externa - Cirurgia Vascular -	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11
	CHLC		CHLN		CHLO		HDS		HGO	
Total de consultas	13.966	-5,6%	19.346	4,8%	5.727	32,9%	3.432	-11,9%	5.525	-2,4%
% 1as consultas	21,8%	-29,0%	29,5%	-5,2%	31,2%	-11,1%	30,8%	-8,9%	36,5%	19,3%
N.º de médicos especialistas ETC	1,95	-2,5%	2,12	-13,1%	0,8571	0,0%	0,6	0,0%	0,4	-42,9%
N.º de consultas/médico ETC	7.162	-3,1%	9.125	20,6%	6.682	32,9%	5.720	-11,9%	13.813	22,0%
N.º de consultas/hora*	4,7		5,9		4,3		3,7		9,0	
Média consultas/hora**	5,0									

* N.º de consultas/hora considerou 44 semanas/ano e 35 horas/semana.

** Não inclui mínimo (HDS) e máximo (HGO).

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

- O total de consultas realizadas em 2011 na especialidade de Cirurgia Vascular pelas unidades hospitalares constantes no quadro *supra* ascendeu a 47.996, mais 1,88% (887) do que o realizado em 2009, 47.109. Esse acréscimo poderia ter sido de mais 8% (2.961) do

que o realizado em 2009, se todas as unidades hospitalares cujo número de consultas/hora foi inferior à média do grupo, tivesse sido pelo menos igual.

- Relativamente à taxa de acessibilidade, constata-se que a mesma diminuiu no triénio em 4 unidades hospitalares. Apesar do aumento do número total de consultas verificou-se uma diminuição, no triénio, de 8% no total de primeiras consultas realizadas, menos 1.234 consultas em 2011 face a 2009, o que significa que se realizaram mais consultas subsequentes[221].

Cirurgia

Cirurgia - Cirurgia Vascular -	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11
	CHLC		CHLN		CHLO		HDS		HGO	
N.º de cirurgias programadas	972	-39,51%	1.839	-8,46%	391	-14,07%	237	-43,57%	722	-4,12%
N.º de médicos especialistas ETC (Cir. Programada)	2,62	-31,77%	3,82	1,60%	3	0,00%	0,64	0,00%	1	-23,08%
N.º de cirurgias programadas p/ médico especialista ETC	371	-11,35%	481	-9,90%	130	-14,07%	370	-43,57%	722	24,65%
% de ambulatorização	12,55%	-73,25%	30,34%	19,29%	17,39%	-51,45%	18,99%	81,24%	53,88%	-2,24%

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais.

- A atividade cirúrgica na especialidade de Cirurgia Vascular assinala, no triénio, um decréscimo em todas as unidades hospitalares, reflexo não só da diminuição do número de especialistas, mas, também, de diferenças na respetiva utilização e da diminuição/suspensão de produção cirúrgica em regime adicional ocorrida em 2011 nos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Ocidental (CHLC e CHLO), e no Hospital Distrital de Santarém, EPE, também, em resultado do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade, em 2010, ter ocupado parte do tempo operatório da Cirurgia Vascular.
- Verificam-se taxas de ambulatorização muito diferentes. As divergências dever-se-ão essencialmente ao *mix* da produção, contudo, a este respeito o Relatório do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar propôs a definição de "… metas por patologia e por hospital…" que "… deverão ter reflexo quer nas quantidades contratadas nos contratos-programa (…), quer no âmbito dos objetivos de qualidade e eficiência dos contratos-programa…".

[221] A este propósito vide o referido a propósito da taxa de acessibilidade da especialidade de Oftalmologia.

3. Ortopedia - indicadores de capacidade

3.1. Capacidade física

Bloco Operatório - Ortopedia - 2011	CHLC	HCC	CHLN	CHLO	CHS	CHBM	HGO	HFF	CHON	CHTV	CHMT
N.º de salas de BO exclusivas da especialidade	3*		2		3						
Semana padrão*	195		130		195						
N.º de horas disponíveis (semana padrão fornecido por hospital)**	144	122			110						
N.º de horas agendadas (semana)	163	115	115	58	102	29	70	70	28	57	86
N.º de horas utilizadas (semana)	114	69	107	42	84	29	61	66	14	55	28
% de utilização do bloco (horas utilizadas/semana padrão)	59%		82%		43%						
% de utilização do bloco (horas utilizadas/horas disponíveis)	79%	56%			76%						
% de utilização do bloco (horas utilizadas/horas agendadas)	70,0%	60,0%	93,3%	72,8%	82,0%	100,0%	87,1%	94,3%	51,1%	97,0%	32,2%

* Indicador utilizado no Relatório do Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar: 65 horas/semana=12 horas*5 dias+5 horas ao sábado.

**Dado utilizado quando disponível. CHLC - 1 das 4 salas de bloco é de utilização partilhada, sendo de utilização exclusiva da especialidade 3 dias/semana. Semana padrão - 3 salas de utilização exclusiva: 8 horas/dia, 5 dias/semana; 1 sala de utilização partilhada: 8 horas/dia, 3 dias/semana. HCC - não dispõe de salas exclusivas da especialidade. Semana padrão é de 97,30 horas+25 horas. CHS - salas de utilização exclusiva. Semana padrão - 2 salas funcionam 7 horas/dia, 5 dias/semana, mais 4 horas/dia, 2 dias /semana; 1 sala funciona 6 horas/dia, 4 dias/semana.

Obs.: Quando hospitais forneceram informação anual dividiu-se o n.º de horas por 44 semanas.

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

Internamento - Ortopedia - 2011	CHBM	CHLC	HCC	CHLN	CHLO	HDS
Lotação praticada	26	82	54	45	43	50
Dias de internamento	5.767	19.318	18.107	14.002	14.017	12.242
Taxa de ocupação	60,8%	64,5%	91,9%	85,2%	89,3%	67,1%
	CHS	HGO*	HFF	CHON	CHTV	CHMT
Lotação praticada	75	11	64	22	26	64
Dias de internamento	18.052	1.675	18.058	8.276	6.660	16.239
Taxa de ocupação	65,9%	41,7%	77,3%	103,1%	70,2%	69,5%

* Não inclui traumatologia. Esta, em 2011: Lotação - 27 camas; Dias de internamento - 7660; Taxa de ocupação - 78,74%.

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

3.2. Produção

Consulta

Consulta externa - Ortopedia -	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11
	CHBM		CHLC		HCC		CHLN		CHLO		HDS	
Total de consultas	14.476	3,5%	28.411	2,2%	21.549	-4,6%	19.780	-3,5%	15.916	6,6%	11.079	-1,5%
P/ prestadores de serviços não convertidos em ETC	0		0		0		0		0		2.069	
% 1as consultas	31,3%	-2,9%	37,0%	6,1%	30,9%	0,0%	43,4%	5,9%	34,2%	16,2%	41,9%	4,4%
N.º de médicos especialistas ETC	1,3	-19,1%	4,3	10,1%	2,7	-21,4%	2,9	-12,1%	2,9	-0,3%	1,3	-29,1%
N.º de consultas/médico ETC*	11.134	27,9%	6.669	-7,1%	7.952	21,4%	6.821	9,8%	5.540	6,9%	7.094	12,9%
N.º de consultas/hora*	7,2		4,3		5,2		4,4		3,6		4,6	
	CHS		HGO		HFF		CHON		CHTV		CHMT	
Total de consultas	21.647	-5,3%	8.426	-21,9%	17.575	-9,5%	5.986	-5,9%	15.954	-5,6%	15.905	11,6%
P/ prestadores de serviços não convertidos em ETC	0		0		3.861		1.007		0		0	
% 1as consultas	33,1%	7,2%	44,0%	8,8%	40,0%	15,4%	43,4%	8,7%	38,7%	29,2%	47,6%	5,0%
N.º de médicos especialistas ETC	3,2	-1,2%	2,8	-9,7%	2,2	0,0%	1,0	-12,5%	1,1	-13,7%	3,1	2,5%
N.º de consultas/médico ETC**	6.702	-4,1%	3.009	-13,5%	6.234	-14,8%	4.979	6,7%	14.119	9,4%	5.144	11,6%
N.º de consultas/hora*	4,4		2,0		4,0		3,2		9,2		3,3	
Média consultas/hora**	4,1											

* Não inclui consultas realizadas por prestadores de serviços quando a sua prestação se encontra refletida em n.º de consultas e não em n.º de horas - HDS (2011), HFF (2009-2011), CHON (2009-2011), CHMT (2009).

N.º de consultas/hora considerou 44 semanas/ano e 35 horas/semana

** Não inclui mínimo (HGO) e máximo (CHTV e CHBM).

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

- O total de consultas realizadas em 2011 na especialidade de cirurgia pelas unidades hospitalares constantes no quadro *supra* ascendeu a 196.704, menos 2,45% (4.931 consultas) do que o realizado em 2009. Contudo, ao contrário do que se verificou nas restantes especialidades esta diminuição ocorreu no número de consultas subsequentes uma vez que o número de primeiras consultas aumentou 5,52% (mais 3.899) relativamente a 2009.

Cirurgia

Cirurgia - Ortopedia -	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11	2011	Δ% 09-11
	CHBM		CHLC		HCC		CHLN		CHLO		HDS	
N.º de cirurgias programadas	795	-7,8%	2.103	-4,9%	2.163	-2,4%	1.544	5,8%	900	12,9%	1.138	-19,7%
P/ prestadores de serviços não convertidos em ETC	0		0		0		0		0		0	
N.º de médicos especialistas ETC	1,7	-27,9%	7,3	5,5%	6,3	-21,2%	3,1	-11,4%	3,2	-0,3%	2,6	-27,7%
N.º de cirurgias programadas/médico ETC*	478	27,9%	288	-9,8%	343	23,7%	498	19,4%	282	13,2%	433	11,1%
% de ambulatorização	25,9%	5,5%	23,9%	-12,2%	2,7%	-46,0%	19,6%	16,5%	17,9%	38,4%	35,6%	0,1%
	CHS		HGO		HFF		CHON		CHTV		CHMT	
N.º de cirurgias programadas	1.860	-23,0%	871	-28,9%	1.974	-28,1%	414	-31,0%	1.376	13,9%	1.928	16,8%
P/ prestadores de serviços não convertidos em ETC	0		0		116		0		0		0	
N.º de médicos especialistas ETC	5,4	-5,8%	2,0	-20,0%	2,6	0,0%	1,2	-20,5%	1,9	61,5%	2,3	-10,7%
N.º de cirurgias programadas/médico ETC*	347	-18,2%	436	-11,1%	330	-16,2%	338	-13,2%	728	-29,5%	857	35,3%
% de ambulatorização	22,1%	-37,3%	50,4%	5,9%	25,2%	295,9%	38,4%	44,0%	40,0%	130,3%	31,6%	58,8%

* Não inclui cirurgias realizadas por prestadores de serviços quando a sua prestação se encontra refletida em n.º de consultas e não em n.º de horas - HFF (2009-2011), CHMT (2009).

Fonte: Elaboração própria c/ base em dados fornecidos pelos Hospitais

- A atividade cirúrgica na especialidade de Ortopedia assinala, no triénio, um decréscimo em 9 das 12 unidades hospitalares do quadro. No total foram realizadas menos 1.744 (9,27%) cirurgias programadas do que em 2009. Também nesta especialidade se registou uma diminuição/suspensão da produção cirúrgica adicional em 2011, designadamente nos Centros Hospitalares de Lisboa Central, (CHLC), Setúbal (CHS), Barreiro/Montijo (CHBM), Oeste Norte (CHON) e Hospital Garcia de Orta (HGO) e no Hospital Distrital de Santarém, EPE. Assinalam-se ainda as diferenças na utilização dos médicos especialistas.

ANEXO VI – FICHA DE EMOLUMENTOS

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

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		**Procº nº 27/12 – Audit**	
		Relatório nº XX/13 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde de Lisboa, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde de Lisboa, IP		
	Regime jurídico:	**AA**	
		AAF	**X**

Descrição	**BASE DE CÁLCULO**			**Valor**
	Custo Standard *a)*	**Unidade Tempo**	**Receita Própria / Lucros**	
- Acções fora da área da residência oficial	**€ 119,99**	**0**		**€ 0,00**
- Acções na área da residência oficial	**€ 88,29**	**782**		**€ 69.042,78**
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				**€ 69.042,78**
Emolumentos Limite máximo (VR)				**€ 17.164,00**
Emolumentos a pagar				**€ 17.164,00**

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

TRIBUNAL DE CONTAS

Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção

Relatório n.º 21/2013 – 2ª Secção

Processo n.º 27/2012 – Audit

Volume III - Alegações e respostas recebidas no âmbito do contraditório

Visão

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

ÍNDICE

1. Ministro de Estado e das Finanças

De: Raquel Sabino Pereira <raquel.pereira@mf.gov.pt>
Enviado: sexta-feira, 7 de Junho de 2013 20:47
Para: Director-Geral; Gab. Director-Geral
Cc: Pedro Miguel Silva Cerqueira Machado; Maria Engrácia da Cruz Soares; Danilo Sucá Camal
Assunto: Auditoria de seguimento das Recomendações do R.A. n.º 11/2011 - 2.ª Secção (N/ Ent.ª 2412/2013, de 16.4.2013)
Anexos: f_1301025_1.tif

Ao Davi
2013-06-11

Excelentíssimo Senhor
Juiz Conselheiro José Tavares

Solicitando o favor de transmitir ao Excelentíssimo Senhor Juiz Conselheiro da Área que releve o facto de só agora o conseguirmos fazer, encarrega-me o Senhor Chefe do Gabinete de enviar, em anexo, o suporte informático de expediente que nos foi remetido pelo Gabinete da Senhora Secretária de Estado do Tesouro, dando conta da posição transmitida pela Parpública – Participações Públicas, SGPS, S.A. (que é a detentora da participação em causa e acionista minoritária) e à qual este Ministério nada tem a acrescentar.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração

RAQUEL SABINO PEREIRA
Adjunta do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças
Av. Infante D. Henrique, 1
1149-009 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 881 68 83 **FAX** + 351 21 881 68 62
www.portugal.gov.pt

2. MINISTRO DA SAÚDE

Ofício N.: 4964
Data: 15-05-2013

PORTUGAL

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

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência
Processo n.º 27/12 – Audit – DA VI – UAT I		Entrada – 4432/4545/5161
Ofício n.º 5449	15.04.2013	Processo – 360/2010

ASSUNTO: **Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção**
Processo n.º 27/2012 – Audit – Relato e Anexos
Acordo de Cooperação celebrado entre a Administração da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT,IP) e a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP)

Relativamente ao assunto identificado em epígrafe e na sequência da notificação desse Tribunal de 16 de abril p.p., para apresentação de alegações referentes ao conteúdo do Relato de auditoria correspondente, em especial no que concerne à apreciação do grau de acolhimento das Recomendações desse Tribunal e no que respeita às principais conclusões relativas à fundamentação da decisão de celebração de Acordos de Cooperação, encarrega-me Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde de transmitir o seguinte:

O Ministério da Saúde congratula-se com o resultado da presente Auditoria de seguimento das Recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011, atento o reconhecimento por várias vezes feito, tácita e expressamente, da introdução de alterações, correções e melhorias que haviam sido recomendadas no mesmo documento.

Analisando-se todas as recomendações dirigidas à Exma. Senhora Ministra da Saúde, relativas aos Acordos de Cooperação celebrados no âmbito do XVII e XVIII Governo, no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 11/2011, verifica-se que, ao contrário do que consta da avaliação do grau de cumprimento, todas elas foram já, por este Ministério no âmbito do mandato do XIX Governo, acolhidas e devidamente executadas.

Na generalidade, seguindo a sistematização constante do Anexo I ao Relato em apreço, quanto às recomendações e quanto às Conclusões:

1

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

PORTUGAL

Constituem Recomendações desse Tribunal, contra cuja apreciação de "*não acolhida*" pretendemos alegar doravante:

Recomendações relativas ao processo decisional subjacente à celebração de novos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT,IP e a CVP-SGH, SA:

- Alertar / sensibilizar as ARS e demais entidades que os recursos financeiros para a Saúde, não só são escassos, como finitos, e que a única forma de introduzir esta restrição é a Análise Custo Benefício;
- Determinar – como instrumento de redução de custos a considerar em futuras medidas de contenção orçamental – que os Protocolos e/ou Acordos a celebrar com entidades não contidas no perímetro de consolidação do SNS, sejam previamente objeto de uma rigorosa Análise Custo Benefício na óptica macroeconómica/social/coletividade;
- Reavaliar o Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, S.A., face à capacidade instalada nos Hospitais SNS;
- Reconsiderar o papel da CVP-SGH, S.A., no sistema de saúde, tendo em consideração o significativo engajamento financeiro do Estado, quer a nível de exploração, quer a nível de aporte de capital social, por razões de sustentabilidade do SNS;

Recomendações relativas aos preços negociados no âmbito dos Acordos de cooperação:

- Providenciar para que, na celebração de futuros Protocolos e/ou Acordos para a prestação de cuidados de saúde, com entidades situadas fora do perímetro de consolidação do SNS, se proceda a uma pesquisa junto de entidades do sector social e/ou privado, com vista à boa gestão dos dinheiros públicos e à sustentabilidade do SNS.
- Não adoptar preços "administrativos" como preços de referência ou de aferição apriorística na negociação de preços com entidades que não façam parte do SNS.

Constituem conclusões do Relatório de Auditoria 11/2011 em relação às quais pretendemos alegar:

- Intervenção do Estado na Cruz Vermelha Portuguesa
- Processo decisional subjacente à celebração dos Acordos de Cooperação

I. <u>Na especialidade , quanto às Recomendações:</u>

Tendo em conta a primeira Recomendação visando "*Alertar / sensibilizar as ARS e demais entidades que os recursos financeiros para a Saúde, não só são escassos, como finitos, e que a única forma de introduzir esta restrição é a Análise Custo Benefício*", atento o período de forte contenção orçamental que se tem vivido em Portugal, significativamente no sector na Saúde, não pode este Ministério deixar de salientar que toda a sua atividade se tem pautado no sentido de uma sensibilização das instituições do SNS para o facto de que os recursos financeiros para a Saúde, não só são escassos, como são finitos.

2

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

PORTUGAL

Nesse âmbito e muito especificamente sobre a necessidade de se proceder previamente a avaliações da capacidade instalada no SNS e da realização prévia de análises custo-benefício, foram tais recomendações especialmente acolhidas pelo Despacho n.º 1116/2012 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado da Saúde, nos termos do qual se estabelece que,

> *"Atendendo às muitas questões que têm vindo a ser colocada sobre os critérios de fundamentação a adoptar no âmbito da celebração de acordos com entidades do sector social e privado, e em cumprimento das Recomendações que têm vindo a ser emitidas pelo Tribunal de Contas, transmite-se à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e às Administrações regionais de Saúde, I.P. que toda e qualquer contratação com o sector social e privado deve ter por base uma prévia análise da capacidade instalada do SNS, bem como uma análise custo-benefício.*
> *No entanto, tal entendimento não pode deixar de ter em conta que uma análise da capacidade instalada do SNS e uma análise de custo-benefício na área da Saúde, terá necessariamente de ter contornos diferentes em relação a análises de custo-benefício realizados noutros sectores da economia, nomeadamente, por não se basear apenas em critérios economicistas ou financeiros, nem apenas quantitativos, mas também em inúmeros outros factos qualitativos, como seja, o melhor acesso aos cuidados de saúde, pelo que tal análise terá de ser adaptada à realidade em causa".*

Conforme se pode verificar, não só Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, na sequência de diversas dúvidas que haviam sido suscitadas sobre a avaliação de acordos de cooperação a serem assinados e executados, tanto pela ACSS como pelas Administrações Regionais de Saúde, entendeu exarar um Despacho nos termos do qual alerta para o facto dos recursos financeiros serem, de facto, escassos e finitos, como determina que *"toda e qualquer contratação com o sector social e privado deve ter por base uma prévia análise da capacidade instalada do SNS, bem como uma análise custo-benefício"*.

Ou seja, mais do que alertar ou sensibilizar, através de tal despacho, Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, determinou a obrigatoriedade de que toda e qualquer contratação seja precedida de uma análise da capacidade instalada do SNS e de uma análise de custo-benefício.

Neste sentido e tendo em conta que os termos do Despacho são claros e cumprem exatamente a Recomendação desse Exmo. Tribunal de Contas, não se compreende que no âmbito do presente relato de auditoria seja considerada como não tendo sido acolhida, referindo-se que *"não se alcança o teor do Despacho n.º 1116/2012, de 10 de maio, do Secretário de Estado da Saúde, que representa um retrocesso relativamente ao estabelecido no Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, em 29 de outubro de 2009, e no Despacho, de 19 de março de 2012, também do Secretário de Estado da Saúde, atrás referidos. Sublinhe-se que na Análise Custo-Benefício ou noutras análises, cuja metodologia é equivalente àquela, podem (e devem) ser considerados e avaliados aspetos qualitativos como o acesso aos cuidados de saúde. O próprio estudo relativo à Cirurgia Cardiotorácica incluiu uma análise aos tempos de espera dos hospitais do SNS e do hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. para efeitos de avaliação dos respetivos impactos no pagamento do subsídio de doença e na receita fiscal"*.

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6 . 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL - 351 21 330 50 00 FAX - 351 21 330 57 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

PORTUGAL

Até porque, salvo o devido respeito, que é muito, incompreensível é a declaração que se acaba de transcrever da qual resulta que os Exmos. Relatores deste documento não terão alcançado o teor do Despacho n.º 1116/2012.

E é tão mais incompreensível se tivermos em conta que da leitura do Despacho resulta claro, por um lado, o seu objecto - responder às *"muitas questões que vinham sendo colocadas sobre os critérios de fundamentação a adoptar no âmbito da celebração de acordos com entidades do sector social"* e, em cumprimento das Recomendações do Tribunal de Contas, determinar que *"toda e qualquer contratação com o sector social e privado deve ter por base uma prévia análise da capacidade instalada do SNS, bem como uma análise custo-benefício"*. Por outro lado, esclarecer que, ainda que o Tribunal de Contas faça referência a uma análise "na óptica macroeconómica/social/coletividade", se reconhece que *"uma análise da capacidade instalada do SNS e uma análise custo-benefício na área da Saúde, terá necessariamente de ter contornos diferentes em relação a análises de custo-benefício realizadas noutros sectores da economia"*.

Se em relação ao seu objecto é claro que o mesmo se destina exatamente a *"alertar/sensibilizar"* as instituições da Saúde para a necessidade de proceder a análises custo-benefício, em relação à segunda parte, o próprio Relato do Tribunal de Contas reconhece que, *"na Análise Custo-Benefício ou noutras análises, cuja metodologia é equivalente àquela, podem (e devem) ser considerados e avaliados aspetos qualitativos como o acesso aos cuidados de saúde"*, ou seja, de acordo com este Relato, o Exmo. Tribunal de Contas concorda com o teor do Despacho n.º 1116/2012.

Não se entende qual a razão para o Tribunal de Contas não compreender o alcance do despacho supra identificado. Considerará o Tribunal de Contas que o Despacho era desnecessário quando resultava do Relatório da Auditoria a Recomendação para *"alertar/sensibilizar"* para a necessidade de uma análise custo-benefício? Considerará o Tribunal de Contas que o conceito de análise custo-benefício é tão óbvio que não havia necessidade de o esclarecer, mesmo tendo o Senhor Secretário de Estado recebido questões da parte das instituições do SNS sobre o âmbito da mesma?

Mesmo que assim fosse, e ainda que não caiba nas atribuições e competências do Tribunal de Contas aferir da oportunidade ou alcance dos Despachos de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, a optar-se por fazer tal referência, sempre deveria a mesma ser devidamente fundamentada.

Assim, apenas cabe neste momento esclarecer que o alcance do Despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde foi apenas e só responder às questões que vinham sendo colocadas sobre o âmbito das análises custo-benefício e, em cumprimento das Recomendações do Tribunal de Contas, determinar a sua imperatividade aquando da celebração de acordos com entidades do sector privado e social, na certeza porém que através do mesmo, e ao contrário do que resulta do Relato, se acolheu *in totum* a primeira e segunda Recomendação constantes do Relatório de Auditoria n.º 11/2011.

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

MS

PORTUGAL

Questão diversa é a conclusão retirada no mesmo Relato de que, não obstante a adopção do referido Despacho n.º 1116/2012 e do Despacho de 19.03.2012 (nos termos do qual se devolveu a primeira minuta do Acordo para 2012 com a determinação de que o processo deveria ser analisado no que respeita à fundamentação da relação custo-benefício e da capacidade instalada), ambos de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, *"o processo da celebração do Acordo de 2011 e do Acordo de 2012/2013 veio a desenvolver-se pela ARSLVT, IP, sem a devida sustentação em estudos de Análise Custo Benefício"*.

Antes de mais, não podemos deixar de salientar que, como resulta do próprio Relato do Tribunal de Contas, o processo de celebração dos referidos Acordos foram desenvolvidos pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em execução da sua missão (*"garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção"*) e no âmbito das suas atribuições e competências, cabendo-lhe por isso, *"negociar, celebrar e acompanhar, de acordo com as orientações definidas a nível nacional, os contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efectuar a respectiva avaliação e revisão, no âmbito da prestação de cuidados de saúde (...)"*.

Naturalmente que, dependendo a celebração do mesmo da autorização da respetiva despesa para a qual a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, não detinha competência, ambos os processos de celebração dos referidos Acordos para 2011 e para o ano de 2012/2013, foram também analisados por parte do Ministério da Saúde, mas sempre tendo em conta as competências próprias da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.

Por outro lado, e ainda tendo em conta a referida conclusão, cabe chamar a atenção desse Exmo. Tribunal de que o referido Relato incorre, no âmbito da mesma, em dois erros sobre matéria de facto, desde logo porque afirma que não obstante os referidos Despachos de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, o processo de celebração do Acordo de Cooperação de 2011 se desenvolveu sem a devida sustentação em estudo de Análise Custo-Benefício, pretendendo com esta conclusão demonstrar que as Recomendações não haviam sido acolhidas de facto, mas apenas em termos teóricos.

Ora, há que recordar esse Exmo. Tribunal que a análise do processo para a autorização da despesa relativa à celebração do Acordo de 2011 não se sustentou, nem se podia sustentar, em qualquer análise de custo-benefício, porquanto o mesmo apenas teve como objecto a regularização de uma situação de facto, de pagamento de serviços prestados pela CVP durante o 1º semestre do ano de 2011, sem cobertura contratual, sob pena de o Estado incorrer em enriquecimento sem causa.

Aliás, como o próprio Tribunal de Contas bem sabe, o referido Acordo apenas foi celebrado em finais de 2011, e em cumprimento da Resolução do Conselho de Ministros n.º 31/2011, de 28 de julho, publicada no Diário da República, 1.ª Série, n.º 146, de 1 de agosto de 2011, no sentido de regularizar o pagamento dos serviços prestados pela CVP durante o ano de 2011, uma vez que, mesmo depois de ter caducado o respetivo Acordo de Cooperação, em 31.12.2010, o anterior Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e

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

Ms*

PORTUGAL

Vale do Tejo, IP, entendeu não suspender a referenciação para aquele Hospital, enquanto não fosse celebrado o novo Acordo de Cooperação, o que, naturalmente, determinou a prestação de cuidados de saúde que obrigatoriamente tinham que ser pagos.

Mas alerta-se ainda esse Exmo. Tribunal que, ambos os Despachos supra referidos são de 2012, sendo que o Acordo de Cooperação para 2011, como já se referiu, foi celebrado no final de 2011 – ou seja, antes de exarados aqueles Despachos, e sem que seja possível, por isso, retirar-se a conclusão de que os mesmos não produziram qualquer efeito prático.

Por outro lado, salienta-se ainda que tal conclusão também não pode ser retirada em relação ao Acordo de Cooperação para 2012/2013, uma vez que não é verdade que tal Acordo não se tenha sustentado numa Análise de Custo-Benefício.

A questão mais uma vez reconduz-se ao teor do Despacho n.º 1116/2012 que esclarece o que se entende por Análise Custo-Benefício, definição essa com a qual, aparentemente, o Exmo. Tribunal de Contas até concordou – "*uma análise da capacidade instalada do SNS e uma análise custo-benefício na área da Saúde, terá necessariamente de ter contornos diferentes em relação a análises de custo-benefício realizadas noutros sectores da economia, nomeadamente, por não se basear apenas em critérios economicistas ou financeiros, nem apenas quantitativos, mas também em inúmeros outros factores qualitativos, como seja, o melhor acesso aos cuidados de saúde, pelo que tal análise terá de ser adaptada à realidade em causa*".

Ora, foi com base nesta definição de Análise Custo-Benefício que o pedido de autorização para realização da despesa relativa ao Acordo de Cooperação para 2012/2013 e celebração do respetivo contrato, apresentado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, foi analisado e posteriormente autorizado, face à sustentação por aquele instituto apresentada.

Desde logo, atento o facto de no documento designado por Fundamentos para a Celebração do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa, se salientar que se impunha "*à ARSLVT que, tendo em atenção o quadro de restrição financeira vigente, equacionasse qual o modelo de cooperação mais equilibrado e ajustado aos próximos anos, face ao histórico da atividade desenvolvida pela CVP, às necessidades da população em cuidados cirúrgicos, mas agora também alargado aos rastreios da retinopatia diabética e do cancro da mama, à capacidade instalada nos hospitais públicos da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT), e aos impactos que se avizinham com a reorganização das capacidades hospitalares na área metropolitana de Lisboa impulsionada pela abertura de novos estabelecimentos na RSLVT e com o alargamento em Fevereiro de 2012 do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E, que agregou o Hospital Curry Cabral, E.P.E. e a Maternidade de Alfredo da Costa (Decreto-Lei n.º 44/2012, de 23 de fevereiro)*".

Assim, e no que se refere às necessidades do SNS na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, defendeu a respetiva Administração Regional que, na área da Retinopatia Diabética, se verifica que a Diabetes Mellitus é uma doença crónica em progressivo crescimento e a sua prevalência em Portugal em 2008 foi de 11,7% na população com idades

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

PORTUGAL

compreendidas entre os 20 e os 79 anos de idade (mais de 900 mil indivíduos), sendo que de uma análise efectuada em 2010 (através de inquérito realizado a 16 hospitais da região) havia resultado que apenas 7 hospitais realizam o respectivo rastreio, de cariz oportunístico, sem carácter sistemático e de base populacional, e em que o Hospital Fernando da Fonseca não realiza qualquer tipo de rastreio.

Ou seja, verifica-se desde já que, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, procedeu à análise da capacidade instalada no SNS, tendo concluído que existia uma necessidade específica para as populações dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Amadora, Sintra-Mafra, Algueirão-Rio de Mouro e Cacém-Queluz, pelo que serão estes os doentes susceptíveis de orientação para o rastreio previsto no Acordo de Cooperação.

Também no que se refere ao rastreio do Cancro da Mama, identificou a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP que é a neoplasia mais comum na mulher, tendo sido diagnosticados, em média, entre 4500 e 5000 novos casos de cancro da mama, por ano, em Portugal, sendo que a mamografia utilizada como método de rastreio permite uma redução da mortalidade de 25% e detectar, pelo menos, 75% dos cancros, pelo menos um ano antes da sua manifestação, sendo que o protocolo de acesso previsto no âmbito do referido acordo de cooperação, tem como objecto a definição das condições para a efetivação do Programa de Rastreio do Cancro da Mama, nas mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos, inscritas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Amadora, Sintra-Mafra, Algueirão-Rio de Mouro e Cacém-Queluz da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, uma vez que o Hospital da Fonseca (Amadora-Sintra) não realiza qualquer tipo de rastreio do Cancro da Mama.

Ou seja, resulta claro que também no que se refere ao rastreio do Cancro da Mama, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Veja do Tejo, IP procedeu à análise da capacidade instalada do SNS, tendo verificado a existência de uma necessidade específica deste tipo de cuidado de saúde.

Já no que se refere às várias Especialidades Cirúrgicas (oftalmologia, ortopedia, cirurgia vascular e cirurgia cardiotorácica), e de acordo com o mesmo documento, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP concluiu que se verificava que, no que se refere às respectivas consultas no âmbito do SNS, existe uma percentagem significativa de primeiras consultas realizadas fora do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), nomeadamente no que se refere à Oftalmologia em que 51,8% das consultas foram realizadas fora de tempo, o que é demonstrativo da necessidade de uma resposta adicional face à capacidade do SNS.

Refere o mesmo documento que, regionalmente, Oftalmologia e Ortopedia constam entre as dez especialidades mais críticas no ano de 2011 no que respeita a Tempo Médio de Resposta para as primeiras consultas realizadas.

No que se refere ao acesso às cirurgias, mais especificamente no que se refere à Cirurgia Cardiotorácica e respetivas consultas de cardiologia, concluiu a mesma Administração Regional que *"a Lista de Inscritos para Cirurgia na Região de Lisboa e Vale do Tejo referente a setembro de 2012 apresenta um total de 664 utentes inscritos para procedimentos cirúrgicos integrados em Cirurgia Cardíaca com tempo médio de espera de 220,0 dias"*

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

PORTUGAL

Ainda de acordo com a fundamentação da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em relação à Cirurgia Vascular, verificou-se que *"o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN – Hospital de Santa Maria) apresenta a maior percentagem de primeiras consultas realizadas fora do TMRG para o nível de prioridade clínica atribuído. No que concerne a Cirurgia, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO – Hospital de Egas Moniz) ultrapassa o TMRG em 7,8 dias (considerando prioridade clínica "Normal"), logo seguido do Hospital Distrital de Santarém (HDS) que, ainda que dando resposta dentro do prazo clinicamente aceitável, apresenta um valor bastante elevado (267,8 dias)"*.

Ou seja, também em relação à cirurgia vascular se aferiu da capacidade instalada do SNS, verificando-se mais uma vez existir um nível de acesso às primeiras consultas desadequado e que urgia corrigir.

Assim sendo, resulta claro do que se tem vindo a expor que, ao contrário do que se refere no Relato a que ora se responde, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP procedeu de facto a uma avaliação da capacidade instalada do SNS e, perante a identificação de necessidades específicas que não se encontravam a ser supridas, entendeu, no âmbito das suas competências e atribuições contratar uma outra instituição, neste caso do sector social, para suprir as mesmas.

E perante a verificação dessa insuficiência da capacidade instalada, procedeu a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP a uma análise da qual resultou o interesse em contratar uma instituição do sector social para suprir as ineficiências encontradas e de forma a garantir o acesso aos cuidados de saúde em causa em tempo considerado aceitável. Recorde-se que, conforme já se referiu *supra* a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP é a instituição que melhor se encontra colocada para tal avaliação, atento a que, é o mesmo instituto público que desenvolve as necessárias diligências junto de todas as entidades do SNS para que tal objetivo se cumpra.

De referir aliás que, em termos de análise de custos, sempre será de ter em conta que para determinação do preço das consultas, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP adoptou para o referido Acordo de Cooperação, a determinação do preço das consultas de acordo com a metodologia subjacente ao conceito de pagamento por preço compreensivo, apurado para os hospitais do SNS do Grupo 4. Ou seja, resultando claro que a capacidade instalada dos hospitais SNS não se mostrava adequada aos cuidados de saúde necessários, e tendo em conta a adopção do mesmo regime de preços que é aplicado aos hospitais que prestam serviços similares, considerou-se ser de concluir que, numa análise custo-benefício, se justificava o Acordo de Cooperação em causa.

É pertinente ainda esclarecer que a noção de "capacidade de resposta" das unidades hospitalares não é o mesmo que "capacidade excedentária", ao contrário da associação direta de conceitos que se verifica em certas partes do relatório de Auditoria em apreço.

Na verdade, o facto de existir capacidade de resposta em hospitais do SNS não implica que seja necessariamente excedentária, pois se implicar além dos custos fixos também horas extraordinárias dos profissionais de saúde, o hospital terá acréscimo de custos significativos através de contratação de fatores variáveis.

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

PORTUGAL

Pelo exposto, continua a não ser compreensível a razão pela qual não se consideraram acolhidas por parte deste Ministério as Recomendações desse Exmo. Tribunal de Contas, especialmente no que se refere às **Recomendações relativas ao processo decisional** subjacente à celebração de novos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT,IP e a CVP-SGH, SA, pelo que se destaca:

- foi introduzida por este XIX Governo uma alteração clara de filosofia na contratação de serviços pelo SNS com orientação expressa e regulatória da tutela para o enquadramento dos recursos financeiros escassos e finitos da Saúde

- foi sustentada a celebração do acordo de cooperação em causa numa avaliação prévia da capacidade instalada do SNS e análise do seu custo-benefício, atenta a necessidade de garantir os mesmos cuidados de saúde em tempo aceitável

- foi profundamente reavaliado pelo XIX Governo o Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa, sendo notória a redução no prazo – foi celebrado por apenas 1 ano e não por 3 anos como se encontrava pendente do XVIII Governo para autorização em Junho de 2011 para o triénio 2011/2012/2013 – e no montante envolvido - de mais de 20 milhões de euros para cada ano do triénio 2008/2009/2010 para cerca de 7 milhões de euros para o ano de 2013.

Note-se a este propósito que a aquisição e serviços a terceiros por parte do SNS tem sempre por norma a exigência de um nexo causal que radica na necessidade e na complementaridade.

Quanto à Recomendação constante do Relatório de Auditoria n.º 11/2011, nos termos da qual se deveria "reavaliar o Acordo de Cooperação com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., face à capacidade instalada do SNS", também se torna incompreensível a conclusão de que a mesma não foi acolhida.

Desde logo porque, já desde 2011 que os Acordos de Cooperação não são celebrados com a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A., mas sim com a Cruz Vermelha Portuguesa, atento ao novo Protocolo de Cooperação celebrado com esta instituição em 29.10.2010, e nos termos do qual se regulou *"os termos e condições em que as partes articulam o acesso dos utentes do SNS à prestação de cuidados de saúde nas instituições e serviços pertencentes à CVP, IPSS, não abrangendo cuidados continuados integrados"*.

De referir aliás que, nos termos da Cláusula II do referido Protocolo, *"a prestação de cuidados de saúde, em complementaridade com o SNS, é regulada através de acordos de cooperação a celebrar com as administrações regionais de saúde"*, sendo que, *"os acordos de cooperação referidos no número anterior devem ser submetidos pelas administrações regionais de saúde à aprovação do membros do Governo responsável pela área da saúde e deles deve constar, entre outros elementos, o objecto do acordo, o âmbito dos cuidados a contratar e respectivo controlo de qualidade, as obrigações de cada uma das partes, os recursos a afectar, as contrapartidas financeiras face à programação a realizar e a avaliação de resultados em função dos objectivos delineados"*.

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

PORTUGAL

Ou seja, resulta claro da interpretação daquela cláusula que o Protocolo foi celebrado entre o Ministério da Saúde e a CVP cabendo depois a esta e às Administrações Regionais de Saúde executá-lo através da celebração de acordos de cooperação específicos, no âmbito dos quais se determinará os cuidados a contratar e os recursos da CVP a afectar.

Chama-se ainda a atenção para a Cláusula IV do mesmo Protocolo, nos termos da qual

> *"1 – A referenciação dos utentes para as instituições e serviços da CVP, ao abrigo dos acordos de cooperação, é sempre feita pelos médicos dos Centros de Saúde do SNS, ou pelos médicos dos hospitais do SNS, através das aplicações em uso no SNS, designadamente do Programa Consulta a Tempo e Horas.*
>
> *2 – Os acordos de cooperação celebrados entre a CVP e as administrações regionais de saúde asseguram a definição dos fluxos de utentes e a forma de referenciação.*
>
> *3 – Os acordos de cooperação identificam, de forma concisa, o seguinte:*
>
> > *A área clínica da prestação de cuidados de saúde;*
> > *A capacidade instalada dos serviços receptores e o histórico;*
> > *As regras de acesso dos utentes do SNS à prestação de cuidados, através de documentação própria para o efeito".*

Ou seja, de acordo com o referido Protocolo, os Acordos de Cooperação nele previstos, continuam a ser celebrados com a CVP, IPSS, ainda que com referência à sua capacidade instalada, nomeadamente, no que se refere às suas instituições e serviços.

E outra conclusão não seria de esperar, até porque é notório o papel preferencial e reconhecido pelo trabalho desenvolvido pelas instituições particulares de solidariedade social e que justificam mesmo um regime jurídico diferenciador no que se refere a muitos aspectos, entre eles o regime da contratação.

Não faria sentido que, reconhecendo o Ministério da Saúde o papel fundamental no âmbito da prestação de cuidados de saúde das instituições particulares de solidariedade social, como é o caso da Cruz Vermelha Portuguesa, optasse por celebrar acordos de cooperação com entidades privadas, quando o que pretende é envolver aquelas no sistema de saúde.

Neste sentido, resulta desde logo claro que, tanto o papel da CVP-Sociedade Gestão Hospitalar, S.A, no âmbito do SNS – enquanto prestador de serviços – foi reconsiderado, assim como os termos dos Acordos de Cooperação são totalmente distintos dos que eram celebrados antes da celebração do novo Protocolo de Cooperação, em 29.10.2010.

De facto, bastaria a leitura do novo Protocolo de Cooperação, bem como dos Acordos de Cooperação subsequentes, para se verificar a inexistência de uma qualquer referência ou similitude a uma alegada "opção de colocação parcialmente garantida de produção" em relação ao Hospital da Cruz Vermelha, sendo estes Acordos em tudo similares aos que são assinados com todas as outras IPSS que prestam cuidados de saúde em regime de cooperação com o SNS.

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

PORTUGAL

Mas mais, e como o próprio Relato do Tribunal de Contas reconhece, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP já procedeu à reavaliação dos acordos de cooperação face à capacidade instalada nos Hospitais do SNS, nomeadamente no que se refere à Urologia. No entanto, e ainda que o Relato reconheça essa reavaliação, não reconhece o acolhimento da Recomendação em causa, concluindo apenas que *"esta situação confirma que as quantidades contratadas nesses anos em Urologia, que resultaram da simples prorrogação do Acordo de 2008, não foram objeto de um adequado levantamento das necessidades do SNS, permitindo, também, alavancar os valores destinados às outras especialidades cirúrgicas pois o valor acordado nesses anos para a Urologia e não utilizado foi redistribuído por aquelas".*

Ora, ainda que não se ponha em causa esta conclusão, a verdade é que é incompreensível como não se reconhece o acolhimento da reavaliação do acordo de cooperação com a CVP, tendo em conta que no Acordo de Cooperação de 2011 já se previam menos 79% de cirurgias, relativamente ao Acordo de Cooperação de 2010, sendo que no de 2012/2013 já não se incluía essa especialidade, face à observação das reduzidas taxas de execução em 2009 e 2010.

Aliás, exemplo dessa reavaliação é exatamente o valor dos serviços a contratar que, desde 2010 tem vindo a reduzir de forma drástica, fruto de uma melhor e mais adequada avaliação das necessidades sentidas e de um maior acompanhamento da execução dos acordos em causa.

Não se compreende ainda a referência à questão da contratação com a CVP dos rastreios de retinopatia diabética e de cancro da mama , e muito menos a conclusão de que *"quer os rastreios da Retinopatia Diabética quer os do Cancro da Mama, outra das novas áreas do Acordo de 2012/2013, representando cerca de 10% do respetivo valor financeiro, respeitam a necessidades que têm vindo a ser satisfeitas com recurso à complementaridade de outros prestadores do sector social, designadamente a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal e a Liga Portuguesa Contra o Cancro. Não ponderando a capacidade de resposta destas entidades, ou de alargamento dessa resposta, não se pode concluir que a celebração dos Acordos de Cooperação em análise seja a que garante as melhores condições na prestação do serviço".*

E isto porque, não se compreende a razão pela qual esse Exmo. Tribunal de Contas conclui que, antes de a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, contratar a CVP para a prestação destes cuidados de saúde teria de consultar a APDP ou a LPCC para aferir se os mesmos estavam interessados em prestar mais serviços para além dos que já presta, atento a que são todas IPSS, ou seja, apresentam-se perante o Estado em total igualdade de regime.

Acresce notar que, em igualdade de regime com as demais instituições particulares de solidariedade social, a CVP é uma entidade cuja atividade remonta a 1865, associada à 1ª Convenção de Genebra, oficialmente reconhecida desde 1868 pelo Estado Português, colocada sob a tutela do Ministério da Defesa. Destaca-se de entre as obrigações internacionais assumidas pelo Estado português, desde então, o dever de apoio ao funcionamento da CVP, o que tem sido sempre reconhecido e assumido pelo poder político.

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

PORTUGAL

Com o seu regime e estatutos aprovados pelo DL 281/2007 de 7 de agosto, trata-se de instituição humanitária não governamental, de caráter voluntário e de interesse público, sendo uma pessoa coletiva de direito privado e de utilidade pública e administrativa, sem fins lucrativos, gozando dos benefícios aplicáveis às instituições particulares de solidariedade social. Sublinhe-se que a Direção Nacional da CVP é, quanto à totalidade dos respetivos membros, direta ou indiretamente, designada pelo Estado.

Recorde-se ainda que a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, negociou no âmbito do Acordo de Cooperação com a CVP um preço 20% mais baixo que o preço negociado com outras instituições como a APDP e a LPCC, pelo que as duas únicas razões que podemos antecipar para uma conclusão similar à que vem exposta no Relato são as de que, (i) o Tribunal de Contas entende curial proteger umas IPSS em detrimento de outras, garantindo a contratação de determinados serviços apenas a determinadas IPSS e não a outras, e neste caso, sempre se alerta para o facto de um tal entendimento violar o princípio da igualdade a que o Estado está obrigado nos termos da Constituição da República Portuguesa, bem como o regime previsto na Lei de Bases da Saúde, nos termos do qual se estabelece como uma das diretrizes a do apoio ao desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as instituições particulares de solidariedade social, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público; ou (ii) entende o Tribunal de Contas que a CVP não garante condições adequadas para a prestação do referido serviço o que carece de demonstrar e fundamentar, o que não faz e o que não se verifica em rigor.

De qualquer forma, sempre se dirá que, atentas as atribuições e competências da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, não cabe a Sua Excelência o Ministro da Saúde ou a qualquer um dos seus Secretários de Estado, impedir a contratação de uma determinada entidade do sector social, nem dar indicações concretas sobre qual a entidade do sector social a contratar, seja ela a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, a Liga Portuguesa Contra o Cancro ou a Cruz Vermelha Portuguesa.

Resulta ainda demonstrada a reavaliação, por parte deste Ministério, do papel da CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, S.A. no âmbito do SNS, uma vez que o mesmo deixa de constituir um prestador de serviços junto do SNS, sendo um prestador de serviços da Cruz Vermelha Portuguesa, IPSS que, eventualmente, a poderá subcontratar para a prestação de cuidados de saúde na área das especialidades cirúrgicas.

Em todo o caso, note-se que 99,7% do capital social da CVP-SGH, SA está na titularidade de duas instituições controladas pelo Estado português – a CVP (cuja natureza e regime já supra se enunciou com a direção nacional direta ou indiretamente designada pelo Estado), detém 54,7% e a PARPÚBLICA – Participações Públicas, SGPS, S.A. (sociedade gestora de participações sociais de capitais exclusivamente públicos) detém 45%.

Fica ainda demonstrado o acolhimento da Recomendação relativa a pesquisa de entidades prestadoras exteriores ao SNS, atento o facto de que a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, contratou os diversos serviços para os quais a capacidade instalada do SNS não se mostrava suficiente ou adequada a várias entidades do sector social e/ou privado como são a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, a Liga Portuguesa Contra o Cancro e a Cruz Vermelha Portuguesa.

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

PORTUGAL

No que respeita às Recomendações relativas aos preços negociados no âmbito dos Acordos de cooperação:

A Recomendação de não adoptar preços "administrativos" como preços de referência ou de aferição apriorística na negociação de preços com entidades que não façam parte do SNS, não é consentânea com a realidade subjacente, atento a que os preços adoptados como referência para negociação são os mesmos que são negociados com os Hospitais EPE, sendo que os preços obtidos junto da CVP têm vindo a ser sempre mais baixos, como já se referiu.

Para além disso, e tendo em conta mais uma vez a Lei de Bases da Saúde, não se compreende como não adoptar como referencial os valores pagos pelos mesmos serviços aos Hospitais EPE, sendo que mesmo em relação a esses valores a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP contratou a um preço mais baixo.

Efetivamente, a referência não pode ser o hospital do SNS com o custo marginal mais baixo, mas sim o hospital do SNS de referência para o utente individualmente considerado. O acesso a serviços de saúde tem uma forte componente geográfica, de modo que prestações de serviço em unidades diferentes não podem ser vistas como idênticas. Se o hospital do SNS com o custo marginal mais baixo se situar fora da zona de referência do utente, não é uma alternativa viável para prestar cuidados de saúde àquele utente, e, logo, não pode ser usado como critério de avaliação de alternativas de contratação que se situem na zona de referência do utente (ou, pelo menos, os custos de transporte têm de ser incluídos como parte integrante do custo marginal de produção do SNS).

Em concreto quanto aos preços de referência, note-se que sendo certo que os preços dos GDH são fixados por via administrativa, e como tal não resultam do mercado, também é certo que na área hospitalar não existem "preços de mercado". Em 2010, cerca de 88% da despesa em hospitais portugueses era financiada pelo SNS e subsistemas públicos, com preços fixados administrativamente, e outros 3% da despesa hospitalar eram financiados por subsistemas privados e seguros de saúde, com preços também fixados pela entidade financiadora. Apenas 9% do total da despesa hospitalar respeita a despesa efetuada pelas famílias, única parte da despesa hospitalar sujeita a liberdade de escolha de procura e de determinação de preço, condições essenciais para que se possa considerar que se trata de preços de mercado. Assim, os "preços de mercado" na área hospitalar não são representativos, pelo que não devem ser utilizados como base contratual. Acresce que tais "preços de mercado" são sistematicamente muito superiores aos valores do GDH, pelo que a utilização de tais preços como referência iria implicar aumentos de custos para o SNS. Esclarece-se ainda que o preço do GDH resulta de uma avaliação realizada pela ACSS sobre os custos dos hospitais e está diretamente relacionado com os custos da atividade do SNS. Assim, não é correto referir que os preços de referência não resultam de um apuramento dos custos da atividade do SNS.

Pelo exposto, considera-se que, ao contrário do que se poderia retirar de uma primeira leitura do Relato ora sob análise, resulta claro que **o Ministério da Saúde tem acolhido as Recomendações feitas por esse Exmo. Tribunal.**

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

PORTUGAL

II. **Na especialidade quanto às principais Conclusões:**

Considerando a súmula constante do Anexo I ao relato em epígrafe, cabe alegar o que segue, reiterando o já exposto relativamente às Recomendações de âmbito global:

- Intervenção do Estado na Cruz Vermelha Portuguesa

Em igualdade de regime com as demais instituições particulares de solidariedade social, a CVP diferencia-se pela sua natureza e regime.

Trata-se de uma entidade cuja atividade remonta a 1865, associada à 1ª Convenção de Genebra, oficialmente reconhecida desde 1868 pelo Estado Português, colocada sob a tutela do Ministério da Defesa. Destaca-se de entre as obrigações internacionais assumidas pelo Estado português, desde então, o dever de apoio ao funcionamento da CVP, o que tem sido sempre reconhecido e assumido pelo poder político.

Com o seu regime e estatutos aprovados pelo DL 281/2007 de 7 de agosto, trata-se de instituição humanitária não governamental, de caráter voluntário e de interesse público, sendo uma pessoa coletiva de direito privado e de utilidade pública e administrativa, sem fins lucrativos, gozando dos benefícios aplicáveis às instituições particulares de solidariedade social.

Em síntese, é forçoso concluir a especial condição e regime da CVP, que a diferencia de outras IPSS, na medida em que é uma pessoa coletiva de natureza privada que foi especificamente criada para satisfazer necessidades de interesse geral, sem caráter comercial ou industrial, cuja direção nacional é, quanto à totalidade dos respetivos membros, direta ou indiretamente designada pelo Estado.

No que respeita aos serviços prestados pelo Hospital da Cruz Vermelha, destaca-se que este estabelecimento de saúde é explorado pela CVP-SGH, SA, cujo capital social é detido em 99,7% por duas instituições controladas pelo Estado português – a CVP (cuja natureza e regime já supra se enunciou com a direção nacional direta ou indiretamente designada pelo Estado), detém 54,7% e a PARPÚBLICA – Participações Públicas, SGPS, S.A. (sociedade gestora de participações sociais de capitais exclusivamente públicos) detém 45%.

- Processo decisional subjacente à celebração dos Acordos de Cooperação

- foi introduzida por este XIX Governo uma alteração profunda e clara de filosofia na contratação com terceiros prestadores do SNS, com orientação expressa e regulatória da tutela para o enquadramento dos recursos financeiros escassos e finitos da Saúde. A aquisição e serviços a terceiros por parte do SNS tem sempre por norma a exigência de um nexo causal que radica na necessidade e na complementaridade.

- sustentou-se a celebração do acordo de cooperação ora em apreço numa avaliação prévia da capacidade instalada do SNS e numa análise do seu custo-benefício, atenta a necessidade de garantir os mesmos cuidados de saúde em tempo aceitável para os utentes em condições de qualidade e segurança com equidade, atendendo à sua área de referência;

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

PORTUGAL

- foi reavaliado pelo XIX Governo o Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa, sendo notória a redução no prazo – foi celebrado por apenas 1 ano e não por 3 anos como se encontrava pendente do XVIII Governo para autorização, em Junho de 2011, para o triénio 2011/2012/2013 – e no montante envolvido - de mais de 20 milhões de euros para cada ano do triénio 2008/2009/2010 para cerca de 7 milhões de euros para o ano de 2013

- os preços adoptados como referência para negociação são os mesmos que são negociados com os Hospitais EPE, sendo que os preços obtidos junto da CVP têm vindo a ser sempre mais baixos, como já se referiu.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

(Luís Vitório)

15

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

3. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

arslvt
LISBOA E VALE DO TEJO

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exmo, Senhor
Juiz Conselheiro José Tavares
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa Du Bocage, 61
1169-045 Lisboa

Recebido no dia 9.5.2013
às 20h 34m.
Dou entrada.
Ao DAVI
2013-05-09

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
5451 DAVI-UAT 1 322/2012-DAVI.1	2013-04-15 2013-04-24	8433 / CD - SEC / 2013	09-05-2013

Assunto AUDITORIA DE SEGUIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DO RELATÓRIO DE AUDITORIA N.º 11/2011 - 2.ª SECÇÃO

Notificada para se pronunciar, nos termos e para os efeitos dos artigos 13º e 87º, nº 3 da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, mas também pela Lei nº 35/2007, de 13 de agosto, Lei nº 3-B/2010, de 28 de abril, Lei nº 61/2011, de 07 de dezembro e pela Lei nº 02/2012, de 06 de janeiro, vem apresentar a sua resposta, o que faz nos seguintes termos e fundamentos.

1. Apreciação global

1.1. A título preliminar, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo não pode deixar de lamentar o prazo de 10 dias conferido para exercício do direito de contraditório, tendo indeferido o pedido de prorrogação por igual período, com a atribuição de apenas 5 dias adicionais. Estando em causa um Relato de Auditoria que resulta do trabalho de cerca de um ano pela equipa de auditoria, considera-se manifestamente desproporcionado e inclusive limitador do exercício do direito de contraditório que se alega dar a exercer. Na verdade, os recursos humanos existentes neste instituto público possuem competências funcionais bem definidas, pelo que, não sendo em excesso, têm de ser alocados à análise do Relato de Auditoria e à preparação da correspondente resposta – o que exige, em tão curto espaço de tempo, um prejuízo para as funções que desempenham.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

1.2. Em segundo lugar, não pode igualmente deixar de sublinhar-se a estranheza da análise realizada na presente auditoria de seguimento, não se alcançando a preocupação em afirmar que a mesma "*não decorre nem dá resposta ao referido na Resolução da Assembleia da República nº 31/2013, aprovada em 22 de fevereiro de 2013, que "recomenda ao Governo a realização de uma auditoria urgente, pelo Tribunal de Contas, ao acordo de cooperação celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa*". Até porque, conforme se refere no Sumário do Relato de auditoria, esta teve por objecto "*a apreciação do grau de acolhimento das recomendações formuladas no Relatório de Auditoria nº 11/2011*" – o que, como decorre substantivamente do Relato ao qual ora se responde, só pode ter por objecto o Acordo para 2012/2013.

1.3. Em terceiro lugar, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo não pode igualmente deixar de manifestar a sua surpresa perante a insistência constante do Relato de Auditoria no sentido de que a contratação das especialidades com a Cruz Vermelha Portuguesa não toma em linha de conta a capacidade instalada do SNS e os respetivos custos, limitando-se a considerar indicadores de acesso.

Estas afirmações são de tal forma reiteradas que, não podendo constituir *lapsus calami*, só podem dever-se a alguma relação de hiperonímia ou hiponímia nos conceitos em causa, que este Instituto desconhece. Aliás, como adiante se demonstrará pela análise dos dados fornecidos à própria equipa de auditores, a contratação de especialidades não toma por único factor de ponderação o índice de acesso dos utentes, contrariamente ao que se afirma no Relato de Auditoria. Uma tal apreciação só pode ter-se por simplista ou, provavelmente, por incompreensão do sistema de negociação e que, por isso, será adiante objecto da devida explicitação.

Refira-se adicionalmente que este critério é o utilizado, não apenas nas negociações de especialidades com a Cruz Vermelha Portuguesa, mas igualmente com os restantes prestadores de serviços do sector social - sem prejuízo de nunca ter sido manifestada tal preocupação -, na medida em que o objectivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo é garantir aos utentes da sua Região de Saúde os cuidados médicos a que têm direito, dentro dos tempos clínicos legalmente definidos como medicamente aceitáveis, com a maior racionalização de custos possível, visando, em simultâneo, ir criando mecanismos de aumento de eficiência nos serviços públicos.

Lamentavelmente, ao longo do Relato de Auditoria a que ora se responde, a equipa de auditores, não podendo afirmar desconhecer a enorme complexidade do sistema e as sucessivas alterações que nele têm vindo a ser introduzidas, no sentido da racionalização dos meios para uma maior eficiência dos serviços, nada mais faz do que recomendar a esta Administração Regional de Saúde que assuma riscos na prestação de cuidados de saúde, que deixam de ficar garantidos em termos clinicamente aceitáveis e

constitucionalmente exigíveis pelos cidadãos e devidos pelo Estado. Tudo isto em nome de análises parcelares do sistema, e a partir de dados e de pressupostos que a própria equipa de auditores qualifica como "*dados não auditados, não se excluindo a hipótese da existência de diferentes critérios de registo da atividade, designadamente estimativas diferentes de imputação das horas médicas às várias atividades e de apuramento de horas de bloco operatório disponíveis/agendadas/utilizadas*" (cfr. Anexo VI, pág. 43 do Relato de Auditoria).

A partir do momento em que podem fazer incorrer a população em riscos de saúde acrescidos, as Recomendações em causa não podem interpretar-se, nesta matéria, como sendo de aplicação imediata e, menos ainda, de uma perspetiva imediatista de análise *value for money*, como pretende a Auditoria. O valor em saúde não pode ser objeto de uma análise de curto ou curtíssimo prazo, porquanto, para ser realizada com rigor, tem de decorrer de estudos científicos, que exigem anos para a respetiva elaboração, de modo a que possam aferir-se os ganhos e as perdas em saúde, em termos de taxas de mortalidade, de morbilidade, da relação entre o aumento do tempo de espera em determinadas patologias e o aumento daquelas taxas, de períodos de inatividade, de complicações pós-operatórias – apenas para mencionar os exemplos mais básicos.

Daí que, contrariamente ao que vem afirmado no Relato de Auditoria, o estudo elaborado pela Deloitte em 2009-2010 (o mesmo podendo afirmar-se da Auditoria nº 26/2012), não foi operativo porquanto, ao fim de quase um ano de análise, se revelou inexequível a realização de uma análise custo-benefício com níveis adequados de fiabilidade, na medida em que não foi possível proceder à ponderação de todos os fatores acima mencionados com os custos que representam em todo o sistema.

Não admira, assim, que a equipa de auditoria se tenha admitido fazer constar do Relato de Auditoria que "*não se alcança a pertinência da ressalva*" (cfr. pág. 15) a propósito do despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde nº 1116/2012, de 10.05, quando este explicita que uma análise custo-benefício em saúde não pode basear-se apenas em critérios economicistas, nem apenas quantitativos, mas também em inúmeros outros fatores qualitativos.

1.4. Finalmente, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo esclarece, desde já, que não tecerá quaisquer comentários relativamente às afirmações constantes do Relato de Auditoria que contêm meras suposições, opiniões livres, inferições e inclusive propostas de contratação e de escolhas de outros prestadores fora do SNS – matéria que não encontra vertida na Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

No âmbito do princípio da colaboração, e atenta a importância que esta Administração Regional de Saúde (doravante designada ARSLVT) atribui ao relevante serviço prestado pelo Tribunal de Contas no âmbito da

cooperação inter-institucional com vista à melhoria das decisões de gestão dos dinheiros e valores públicos, no intuito conjunto de promoção da defesa dos direitos e interesses protegidos dos cidadãos, procede-se, em seguida, à explicitação dos aspetos mais importantes do Relato de Auditoria, cuja análise considera não corresponder à verdade e carecer de correção técnica.

2. O Relato de Auditoria

2.1. De acordo com o Relato de Auditoria em apreço, "na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, os Centros Hospitalares de Lisboa Central (Hospital de Santa Marta), Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria) e Lisboa Ocidental (Hospital de Santa Cruz), têm manifestado a existência de capacidade disponível não utilizada – vd. Relatórios de Auditoria nº8/2009 e 26/2012, 2ª Secção do Tribunal de Contas,...". Esta afirmação não está comprovada por factos concretos de aumento de produção, pois como se refere no Relatório de Auditoria nº 26/2012, "a utilização do capital humano médico aumentou, no triénio 2008-2010, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, no Hospital de São João, EPE, e no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, tendo-se verificado, nestas 3 unidades, um aumento da produção", no total das consultas externas, mas nas 1ªs consultas verificou-se uma diminuição de 37%, 20% e 9% respetivamente". Este indicador mede a acessibilidade que os utentes têm aos cuidados de saúde impedindo neste caso que mais doentes sejam atendidos, como é referido no Relatório de Auditoria nº 26/2012 onde se afirma que "a taxa de acessibilidade, medida pelo peso das primeiras consultas no total, é relativamente baixa, rondando entre os 23% e 29% em média, nos 3 anos, sendo o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o que, de entre as unidades hospitalares auditadas, apresenta uma taxa de acessibilidade menor (na ordem dos 19%, em 2010)". "Destes, o serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, foi aquele em que o aumento da utilização do capital humano médico menos acompanhou o aumento da produção, dado ter ocorrido um crescimento na oferta que não teve contrapartida no aumento da procura. No triénio 2008-2010, o serviço de cirurgia cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, é o único que regista uma diminuição do número total de doentes saídos (-3%) bem como dos dias de internamento (-6%).

Esta situação reflete-se na diminuição do indicador de utilização do capital humano médico e na diminuição da taxa de ocupação das camas do internamento, apesar da diminuição ocorrida na lotação praticada, que foi ajustada em função da diminuição da procura".

O número de doentes saídos também pode, por outra interpretação, ter sido reduzido devido à impossibilidade de mais doentes acederem às 1ªs consultas, logo, de terem maior acesso a cuidados de saúde. Basta, aliás, verificar que no triénio 2010-2012 os Hospitais em causa registaram uma produção sempre inferior à contratada, sendo certo que a equipa de auditoria não pode desconsiderar o facto de o acesso ao sistema ser gerido pelo próprio Hospital, através da realização de primeiras consultas.

Como justificação dada para esta diminuição relativamente ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, *"foi o facto de terem sido realizados mais transplantes pulmonares, o que inviabilizou a realização de mais cirurgias cardíacas por razões que se prendem com a ocupação das camas da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e com a afetação do número de enfermeiros/dia (3) aos doentes transplantados. A complexidade da tipologia das intervenções cirúrgicas teve como efeito direto o aumento da taxa de utilização dos tempos programados do bloco operatório"* (cfr. Relatório da Auditoria nº 26/2012).

De acordo com o documento supra identificado, a percentagem de utilização do bloco operatório foi de 88%, pelo que a afirmação aduzida não colhe, na medida em que, se não entram mais doentes novos no sistema (e, portanto, não há novas 1ªs consultas), o movimento do respetivo serviço é exclusivamente "alimentado" pelos doentes que já se encontram em tratamento.

Ora, a equipa de auditores subscritora do Relato parece sistematicamente esquecer que, na área da saúde, as variáveis não são constantes, nem da mesma natureza, e sobretudo não são apenas relativas aos custos. Uma correta análise do que consta da Auditoria nº 26/2012, como o excerto que acima se citou, demonstra o contrário do que afirma o respetivo autor. Basta que se verifiquem alterações na tipologia de cirurgias, para imediatamente deixar de existir capacidade instalada, porque a Unidade de Cuidados Intensivos não é suficiente, o número de profissionais necessários varia consoante a morbilidade de intervenção, entre muitos outros fatores.

Sucede, porém, que não é previsível o conhecimento das necessidades médicas em cada momento e, por outro lado, a tão propalada capacidade instalada deixa de existir, bastando para tal que, como se verificou, em vez de cirurgias cardíacas tenha sido necessário realizar transplantes pulmonares. E nesse caso, a recomendação a seguir é a de deixar os doentes que necessitam da cirurgia cardíaca sem tratamento?

O Relato de Auditoria considera que o conceito de capacidade instalada é uma equação matemática rígida e desconsidera totalmente que, ocorrendo erro na aplicação real desse exercício matemático, o que se encontra em causa é a saúde e, no limite, a vida humana.

Importa, de todo o modo referir que, para o Acordo 2012-2013, a ARSLVT impôs a todas as unidades hospitalares o respeito pelas regras de referenciação estabelecidas no SNS, através das orientações constantes na Circular Normativa nº 08/2012, de 17 de Dezembro, (em anexo).

De acordo com os argumentos aduzidos no presente Relato, sugere-se que os Hospitais deveriam ser responsabilizados pelos encargos financeiros decorrentes de todas as intervenções cirúrgicas realizadas por terceiros, à semelhança do que acontece com o SIGIC. Cumpre fazer notar que, mesmo nesta opção, haveria a necessidade de reforçar os Contratos-Programa dos Hospitais no valor respeitante à produção que é realizada, *in casu*, pela CVP, tal como sucedeu com a integração da responsabilidade financeira do SIGIC, sendo financeiramente um exercício de resultado nulo.

Por outro lado, refira-se que a especialidade agora em causa não consta no CTH, porque é de referenciação meramente interna, sendo os doentes referenciados para Cardiologia que, por sua vez, os referencia para Cirurgia Cardiotorácica – desconhecendo a ARSLVT qual seja a lista de espera e os respetivos tempos de espera de consulta.

Além disso, não há entidades contratadas no SIGIC para esta especialidade de cardiotorácica, inexistindo, assim, outras alternativas.

Importa referir ainda que este modelo agora proposto pelo Relato de Auditoria gera sérias questões quanto aos critérios de aplicação na medida em que, por força das regras de referenciação, não se consegue, à partida, apurar qual deva ser o hospital responsabilizado financeiramente: o de origem, se não possuir a especialidade em causa? Ou todos os hospitais para os quais não conseguir ser feita a referenciação por falta de capacidade? E em igual proporção?

Uma vez mais se crê que a análise realizada é claramente superficial e desconhece seriamente a realidade à qual se dirige.

2.2 De acordo com o Relato de Auditoria sob apreciação, *" os Agrupamentos de Centros de Saúde referenciam utentes para as especialidades de Vascular, Oftalmologia, Ortopedia e, até 2011, Urologia"*.

Para esta última especialidade refere-se no Relato que se *"verificou uma diminuição das quantidades estabelecidas no Acordo de 2011 e a sua não inclusão no Acordo 2012/2013 em resultado da observação das reduzidas taxas de execução"*, o que é correto e revela que a ARSLVT procede à avaliação, auditoria e monitorização dos contratos que celebra, não se tratando de uma questão de financiamento ou subsidiação da actividade da CVP, como se aflora, *passim*, no Relato de Auditoria.

Em 2011 esta especialidade permaneceu no Acordo só para doentes em tratamento interno. A referenciação por parte dos ACES, para a especialidade em apreço, permaneceu encerrada.

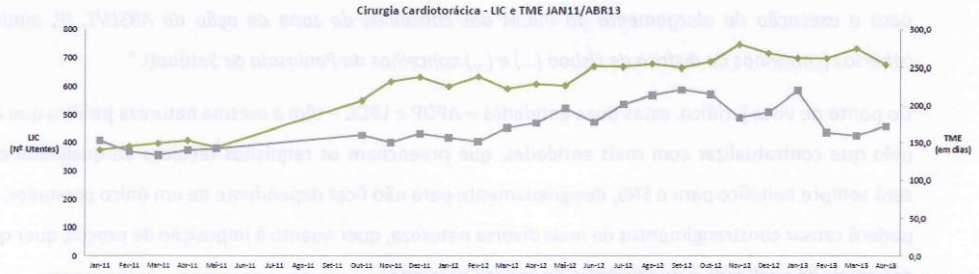
Quanto a esta matéria, e para o Acordo 2012/2013, a ARSLVT limitou a referenciação de utentes tendo por base as listas de espera para primeiras consultas e respetivos tempos médios de espera exibidos pelos hospitais da Região, bem como, o encaminhamento dos utentes apenas deve ocorrer nas situações em que se verifique efetivo défice de capacidade de resposta na Região, isto é, quando não é possível assegurar a prestação de cuidados dentro dos tempos máximos de resposta garantidos para consulta e cirurgia.

Assim, a ARSLVT, através da Circular Normativa nº 7/2012, de 17 de Dezembro (em anexo), determinou quais os ACES que poderiam referenciar no âmbito deste Acordo, tendo em atenção os critérios definidos na sequência da análise dos dados existentes relativos à capacidade instalada.

2.3 O documento produzido pela ARSLVT, intitulado *"Fundamentos para a celebração do novo acordo de cooperação entre a ARSLVT e a CVP"*, com base no qual foram autorizados e celebrados os Acordos de Cooperação para 2011 e 2012/2013, de acordo com o Relato, *"limita-se a informar sobre os indicadores de acesso à prestação de cuidados de saúde nas áreas dos Acordos. Os indicadores de acesso, sendo relevantes, não são suficientes para avaliar a capacidade de resposta das unidades hospitalares do SNS e assegurar a efetiva complementaridade do recurso à prestação de serviços no âmbito dos Acordos de Cooperação"*.

Tendo em atenção o estabelecido na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS e os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no SNS (Lei nº 41/2007, de 24 de agosto e Portaria nº 1529/2008, de 26 de dezembro), o utente tem direito à *"prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde"*.

Apesar da equipa de auditoria os considerar *"relevantes mas não suficientes para avaliar a capacidade de resposta"*, e de afirmar que não se verificaram *"alterações significativas na capacidade de resposta destes centros hospitalares [...] funcionando [o HCVP] neste contexto como um pretenso quarto centro de cirurgia cardiotorácica, com a consequente subutilização da capacidade instalada no SNS"*, verifica-se que no âmbito da cardiotorácica a lista de espera cirúrgica e o TME incrementaram substancialmente ao longo do período decorrente entre maio de 2011 (LIC de 382 doentes e TME 141,6 dias) e dezembro de 2012 (LIC de 715 doentes e TME 190,1 dias) - período em que esteve suspenso o Acordo de Cooperação -, conforme se pode verificar no gráfico seguinte:



	Jan-11	Fev-11	Mar-11	Abr-11	Mai-11	Jun-11	Jul-11	Ago-11	Set-11	Out-11	Nov-11	Dez-11	Jan-12	Fev-12	Mar-12	Abr-12	Mai-12	Jun-12	Jul-12	Ago-12	Set-12	Out-12	Nov-12	Dez-12	Jan-13	Fev-13	Mar-13	Abr-13
LIC	373	386	397	407	382	549	617	633	599	634	591	601	602	669	668	677	664	685	747	715	696	697	732	675
TMR	152,4	137,5	132,9	139,4	141,6	160,1	148,9	161,9	156,4	151,2	169,8	175,9	195,9	176,9	201,0	218,2	220,0	214,3	183,1	190,1	219,0	182,6	159,1	171,7

Fonte: SIGLIC e UCGIC (dados Oficiais Dezembro 2011 e Junho 2012 e dados provisórios Dezembro 2012), entre Maio e Outubro 2011 não esteve disponível informação em SIGLIC.

Constitui competência da ARSLVT desenvolver as necessárias diligências junto de todas as entidades do SNS para que este desiderato seja cumprido, o que faz no âmbito das negociações dos diversos contratos

programa com as unidades hospitalares. Apesar destes esforços, e devido a diversos constrangimentos pelas entidades do SNS, nomeadamente ao nível dos recursos humanos (médicos aposentados autorizados a exercer a sua atividade) e financeiros, nem sempre é possível garantir na sua plenitude este direito aos utentes, através do SNS.

A equidade no acesso não estará garantida, nos termos estabelecidos pelo artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, enquanto este direito não estiver assegurado a todos os utentes.

Após a análise das listas de espera para primeiras consultas e dos respetivos tempos médios de espera exibidos pelos hospitais do SNS, a ARSLVT, através da Circular Normativa nº 7/2012, de 17 de Dezembro, determinou quais as instituições (ACES) que podem referenciar utentes no âmbito do Acordo, e para que especialidades o podem fazer, consoante as diversas listas de espera.

De sublinhar, por isso, que a referenciação para a CVP não está disponível para todos os ACES da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, como no passado, incorporando as recomendações do Tribunal de Contas.

2.4 No Relato em análise, refere-se que *"a realização de rastreios da retinopatia diabética e do cancro da mama, incluída como nova área de prestação de serviços nos Acordos de Cooperação, respeitam a necessidades que têm vindo a ser satisfeitas com recurso à complementaridade de outros prestadores do setor social, designadamente a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal e a Liga Portuguesa Contra o Cancro, entidades que, contactadas durante a auditoria, se manifestaram disponíveis"*. Refere-se ainda que *"questionadas ambas as entidades sobre a possibilidade de realização de rastreios adicionais, em 2013, a APDP referiu ter capacidade para fazer "... mais 30.000 rastreios..." e a LPCC informou que"... tem demonstrado reiteradamente (...), junto do Ministério da Saúde e da ARSLVT, IP, a sua disponibilidade para a execução do alargamento do PRCM aos concelhos da zona de ação da ARSLVT, IP, ainda não cobertos (concelhos do distrito de Lisboa (...) e (...) concelhos da Península de Setúbal)."*

Do ponto de vista jurídico, estas duas entidades – APDP e LPCC – têm a mesma natureza jurídica que a CVP, pelo que contratualizar com mais entidades, que preencham os requisitos técnicos de qualidade clinica, será sempre benéfico para o SNS, designadamente para não ficar dependente de um único prestador, o que poderá causar constrangimentos da mais diversa natureza, quer quanto à imposição de preços, quer quanto aos níveis de qualidade e de eficiência do serviço prestado.

Sem prejuízo de se estranhar a posição assumida pela equipa de auditoria, claramente fora das competências que legalmente lhe são atribuídas, quanto ao poder de escolha dos co-contratantes da ARSLVT para prestação de cuidados de saúde, sempre cabe referir que as duas entidades privadas do sector social preferidas pelo Relato de Auditoria para celebração de acordos para prestação de cuidados,

continuam a possuir a possibilidade de o fazer, na medida em que o que foi contratado com a CVP se encontra muito longe de atingir o número-alvo de doentes.

Na verdade, ao serem analisadas as necessidades da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo, verifica-se que:

- Rastreio do Cancro da Mama

A área de abrangência do Programa de Rastreio de Cancro da Mama, desenvolvido pela LPCC na região de Lisboa e Vale do Tejo, abrange 5 ACES, respetivamente 28 Concelhos, num total de 114.327 mulheres-alvo, o que corresponde a cerca de 17,3 % da população alvo total da ARSLVT (659.904 mulheres).

Para 2013, o Rastreio de Cancro da Mama previsto no Acordo com a CVP, para os atuais ACES de Amadora e de Sintra, com áreas de influência correspondente aos Concelhos de Amadora e de Sintra, abrange 74.276 mulheres alvo (Fonte: SIARS - dados de 31.03.2012, consulta a 26.04.2012).

Deste modo, ainda permanecerão por abranger por qualquer programa de rastreio uma grande parte das mulheres-alvo da Região de Lisboa e Vale do Tejo, porquanto dos 15 ACES da Região, as entidades privadas em causa já realizam este rastreio em 5 ACES, a CVP em 2, restando ainda 8 ACES – pelo que não se alcança o objetivo do Tribunal de Contas.

- Rastreio da Retinopatia Diabética

Neste momento a APDP é responsável pelo rastreio de 87.742 diabéticos registados no SINUS (Fonte: SIARS – dados de 30.11.2010), o que corresponde a cerca de 48% da população alvo da ARS (182.838).

Para 2013, o Rastreio da Retinopatia Diabética previsto no Acordo com a CVP, para os atuais ACES de Amadora e de Sintra, com áreas de influência correspondente aos Concelhos de Amadora e de Sintra, abrange 28.162 diabéticos (Fonte: SIARS – Dezembro 2012).

Assim, apesar de a APDP informar que teria capacidade para a realização de *"… mais 30.000 rastreios…"*, e mesmo que lhes fossem atribuídos esses 30.000 diabéticos, permaneceriam ainda doentes por rastrear na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Deste modo, constata-se que as necessidades de prevenção nesta área dos rastreios da retinopatia diabética e do cancro da mama permanecem, permitindo que as atuais entidades alarguem a sua participação e/ou sejam contratualizadas outras entidades, por forma a cobrir toda a população da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – matéria que é da exclusiva competência da ARSLVT e tem de ser definida com base em critérios que visam a melhor prossecução dos objetivos de promoção da saúde pública aos utentes da Região, e não por quaisquer outros.

2.5 Quanto à eventualidade de exercício da atividade em simultâneo, por parte de alguns médicos, na CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA e em unidades hospitalares do SNS, a responsabilidade pelo incumprimento do artigo 16º, nº 2 do Acordo para 2012/2013 recai, quer sobre os médicos em causa, quer sobre a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA e não sobre a ARSLVT, contrariamente ao que é afirmado no Relato de Auditoria.

Se alguns dos médicos que possuem relação jurídica de trabalho com a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA exercem funções, como prestadores de serviços, nas unidades hospitalares do SNS, através de empresas privadas de serviços médicos, tal facto é do desconhecimento desta ARS.

2.6. No Relato em apreço, refere-se que *"apesar da redução generalizada dos preços unitários relativamente aos praticados no período de 2008-2010, estes continuam a ter por referência preços fixados por via administrativa que não resultam nem do mercado nem de um apuramento fidedigno dos custos da atividade do SNS (cfr. Relatório de Auditoria nº 30/2011, da 2ª Secção do Tribunal de Contas) além de que não garantem que os mesmos reflitam o justo valor das prestações contratadas"*. Analisando os Acordos por esse prisma, constata-se que é uma afirmação correta.

Mas nas entidades do SNS é aplicado algum preço pelas prestações de cuidados de saúde que não sejam determinados administrativamente?

As entidades do SNS, mesmo aquelas que dispõem de autonomia administrativa e financeira, podem, de *per si,* alterar os preços que cobram pela prestação de cuidados de saúde? Parece-nos óbvia a resposta. Todos os preços são determinados pela tutela.

A este propósito, deve mencionar-se que os preços negociados pela CVP para 2012/2013 são sempre inferiores aos do SNS.

2.7 No que diz respeito ao Acordo de 2012/2013, verifica-se que "a entidade prestadora dos serviços ter aceitado acomodar reduções de preços que, em várias cirurgias, ultrapassam os 50% relativamente aos praticados até Abril de 2011. Sem prejuízo da formação dos preços atuais ainda não garantir que os mesmos refletem o valor das prestações, infere-se que os preços anteriormente estabelecidos se encontravam inflacionados", conforme Relato em análise.

Não nos parece correta a conclusão.

A ARSLVT decidiu que a CVP deveria ser objeto da mesma metodologia de pagamentos relativamente aos atos prestados que as restantes entidades privadas e sociais, não cabendo a esta ARS tecer quaisquer comentários relativamente às conclusões que são inferidas pela equipa de auditoria.

2.8 No Relato em causa refere-se que "a celebração dos Acordos de Cooperação diretamente com a Cruz Vermelha Portuguesa e não com a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, entidade com fins lucrativos, permite que esta seja investida, na relação contratual com a ARSLVT, IP, do estatuto da instituição sem fins lucrativos, tendo por consequência, entre outras, a não sujeição dos Acordos à fiscalização prévia do Tribunal de Contas".

Realça-se que, no âmbito de anterior auditoria efetuada, o Tribunal de Contas solicitou parecer ao Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República (PGR) sobre questões jurídicas, "*nomeadamente sobre a natureza jurídica da Cruz Vermelha Portuguesa, a extensão automática à Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade Gestora Hospitalar, S.A., do estatuto e dos benefícios próprios da Cruz Vermelha Portuguesa (…)*".

Na sequência do novo Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa, IPSS, em 29 de outubro de 2010, foi entendimento desta ARS que qualquer acordo de cooperação celebrado ao abrigo daquele Protocolo teria de sê-lo com a CVP, IPSS e não com a CVP-SGH.

De qualquer modo, realça-se o facto de o referido parecer da PRG concluir que "*com toda a segurança, que o Estado Português assumiu categoricamente a natureza jurídica especial desta instituição, no quadro das obrigações internacionais do Direito Internacional Humanitário a que se vinculou, dotando-a de um estatuto de especial proteção, que se consubstancia, máxime, […]na atribuição à mesma do gozo de todos os benefícios próprios das instituições particulares de solidariedade social.*"

2.9 Relativamente ao Acerto de Contas do ano de 2010 refere-se no Relato que "*… o valor das taxas moderadoras, € 77.077,75, foi utilizado como remuneração da prestação de serviços, considerando que o valor faturado ultrapassou o volume financeiro estabelecido no Acordo como limite máximo da remuneração pelos serviços prestados*".

Na análise efetuada ao Acerto de Contas do ano de 2010, e de acordo com o Quadro 18 do Relato, que em parte se transcreve, efetua-se a seguinte interpretação:

2010 - faturação s/ dedução das taxas moderadoras	
Retribuição máxima anual prevista no Acordo (1)	21.132.599,30
Valor das prestações de serviço realizadas (2)	21.271.759,03
Correções ao valor das prestações de serviços realizadas (3)	85.053,62
Valor não passível de pagamento (se 2 > 1) (5)=(2-1)	139.159,73
Valor retribuição (5)=(1)-(3)	21.047.545,68
Taxas moderadoras (6)	77.077,75
Encontro de contas (=5-6)	20.970.467,93

Não nos parece correta esta análise. As auditorias realizadas têm de abranger toda a produção efetuada pelo HCVP, na medida em que, por um lado, não se calcula o dia e o mês em que é atingida a produção equivalente ao montante global anual do Acordo de Cooperação, nem por outro se pretende que tal aconteça, com prejuízo de uma súbita cessação da produção. Deste modo, as correções deverão ser deduzidas ao montante da produção global, de acordo com o entendimento desta ARS.

De qualquer modo, é pertinente a observação efetuada pelo Relato de Auditoria relativamente à dedução do valor das taxas moderadoras, pelo que se procederá a um aditamento ao Relatório de Acerto de Contas do ano em apreço, colocando, desde já, à consideração a metodologia expressa no seguinte quadro, aguardando a sua adoção nas recomendações de V. Exas.

2010			
Proposta de Nova Metodologia		**Metodologia Utilizada**	
VALOR FATURADO PELO HCVP (1)	21.271.773,23	VALOR FATURADO PELO HCVP	21.194.681,28
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	5.648.501,52	CIRURGIA CARDIOTORÁCICA	5.646.789,42
ORTOPEDIA	7.154.551,67	ORTOPEDIA	7.135.933,67
CIRURGIA VASCULAR	2.835.801,71	CIRURGIA VASCULAR	2.801.461,81
OFTALMOLOGIA	5.361.939,35	OFTALMOLOGIA	5.341.427,60
UROLOGIA	270.978,98	UROLOGIA	269.068,78
VALOR DAS CORREÇÕES EFETUADAS PELA ARSLVT APÓS AS AUDITORIAS (2)	85.053,62	VALOR DAS CORREÇÕES EFETUADAS PELA ARSLVT APÓS AS AUDITORIAS (1)	85.053,62
VALOR DA PRODUÇÃO APÓS CORREÇÕES (3)=(1)-(2)	21.186.719,61	PAGAMENTOS EFETUADOS PELA ARSLVT POR CONTA DA PRODUÇÃO DO ANO DE 2010	20.838.549,46
		TRANSFERÊNCIAS PROCESSADAS EM 2010	19.019.339,40
PAGAMENTOS EFETUADOS PELA ARSLVT POR CONTA DA PRODUÇÃO DO ANO DE 2010 (4)	20.838.549,46	TRANFERÊNCIA PROCESSADA EM 2011	1.819.210,06
TRANSFERÊNCIAS PROCESSADAS EM 2010	19.019.339,40		
TRANFERÊNCIA PROCESSADA EM 2011	1.819.210,06	SALDO A FAVOR DO HCVP (2)	294.049,84
SALDO A FAVOR DO HCVP (5)=(6)-(4)	294.049,84	VALOR EFETIVAMENTE DEVIDO (3)=(2)-(1)	208.996,22
CÁLCULO DO EXCEDENTE FACE AO MONTANTE MÁXIMO CONTRATADO		CÁLCULO DO EXCEDENTE FACE AO MONTANTE MÁXIMO CONTRATADO	
VALOR DA PRODUÇÃO APÓS CORREÇÕES (3)	21.186.719,61	VALOR DA PRODUÇÃO (A)	21.194.681,28
RETRIBUIÇÃO MÁXIMA ANUAL PREVISTA NO ACORDO (VALOR ELEGÍVEL PARA PAGAMENTO) (6)	21.132.599,30	RETRIBUIÇÃO MÁXIMA ANUAL PREVISTA NO ACORDO (VALOR ELEGÍVEL PARA PAGAMENTO) (B)	21.132.599,30
(*) VALOR DA PRODUÇÃO QUE EXCEDE O MONTANTE TOTAL CONSIGNADO À EXECUÇÃO DO ACORDO (4)=(3)-(6)	54.120,31	(*) VALOR DA PRODUÇÃO QUE EXCEDE O MONTANTE TOTAL CONSIGNADO À EXECUÇÃO DO ACORDO (C)=(A)-(B)	62.081,98
TAXAS MODERADORAS (7)	77.091,95	(*) Valor não passível de pagamento.	
ENCONTRO DE CONTAS (8)=(5)-(7)	216.957,89		
(*) Valor não passível de pagamento.			

2.10 No Relato em análise, refere-se que "*a ARSLVT, IP, nas reuniões de negociação dos contratos programa com as unidades hospitalares do SNS, identificar indícios de ineficiências nessas unidades, nas*

especialidades com piores indicadores de acesso, não existe evidencia de a mesma proceder a uma análise dos diferentes níveis de desempenho e de utilização da capacidade instalada das unidades hospitalares, identificando as suas causas e atuando sobre as mesmas, orientando, no exercício das suas atribuições, as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde".

À semelhança dos anos transactos, a metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos do Contrato Programa para 2013 dos hospitais do SNS, conjugada com a Circular Normativa Nº 9/2013/DPS, de 5 de Março, que estabelece as condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde a cobrar pelas instituições hospitalares ao abrigo do Contrato Programa para 2013, estipulam que a atividade assistencial a considerar para efeitos de contratação, e posterior facturação, corresponde aos volumes a produzir nas seguintes linhas: internamento, ambulatório, consulta externa, urgência, sessões hospital de dia, serviço domiciliário e modalidades de pagamento por preço compreensivo, embora os volumes de produção a contratar em cada linha resultem da soma das quantidades a contratar em cada uma das especialidades. A faturação da referida produção apenas tem em conta os volumes totais por linha de produção negligenciando a quantidade por especialidade.

Em sede de contratualização, sinalizam-se volumes de produção de valências específicas, que são seleccionadas entre as que apresentam maior volume de doentes em espera e/ou tempos médios de espera demasiado elevados na linha das consultas externas e da atividade cirúrgica (especialidades prioritárias por hospital). Independentemente da ausência de mecanismos penalizadores pelo não cumprimento, a atividade das especialidades selecionadas é acompanhada ao longo do ano com o objetivo de melhor adequar a oferta à procura, potenciando o acesso através da rentabilização dos recursos existentes.

Com efeito, analisando a taxa de execução das especialidades contratadas com a CVP para os anos de 2011 e 2012/2013, utilizando os dados de produção dos hospitais disponibilizados através do Sistema Informação para a Contratualização e Acompanhamento, constata-se que, globalmente, os hospitais da ARSLVT realizam menos produção do que a que contratam, não dando garantias quanto à efetivação do volume contratado.

Angiologia e Cirurgia Vascular	Taxa Execução 2010	Taxa Execução 2011	Taxa Execução 2012
	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas
ARSLVT	13,6%	-5,8%	6,3%

Cirurgia Cardio-Torácica	Taxa Execução 2010	Taxa Execução 2011	Taxa Execução 2012
	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas
ARSLVT	-2,6%	2,1%	-2,0%

Oftalmologia	Taxa Execução 2010	Taxa Execução 2011	Taxa Execução 2012
	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas
ARSLVT	-1,2%	-0,8%	-6,3%

Ortopedia	Taxa Execução 2010	Taxa Execução 2011	Taxa Execução 2012
	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas
ARSLVT	0,4%	-17,7%	-9,7%

Urologia	Taxa Execução 2010	Taxa Execução 2011	Taxa Execução 2012
	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas	Cirurgias Programadas
ARSLVT	1,8%	-6,0%	-0,1%

No sentido de mitigar a ausência de incentivo/penalização face à execução da produção nas especialidades selecionadas em 2013, uma vez que o contrato programa é faturado por linha de produção, a ARSLVT estabeleceu como indicador regional indexado à atribuição de verba de incentivos, a produtividade por médico ETC de duas especialidades consideradas prioritárias na linha de produção da consulta externa, seguindo-se assim recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas.

Angiologia e Cirurgia Vascular	Taxa Execução 2010		Taxa Execução 2011		Taxa Execução 2012	
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes
ARSLVT	-10,2%	14,1%	-1,1%	-4,9%	-7,1%	-4,6%

Cirurgia Cardio-Torácica	Taxa Execução 2010		Taxa Execução 2011		Taxa Execução 2012	
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes
ARSLVT	-14,4%	-10,0%	-4,1%	0,6%	-0,4%	13,2%

Oftalmologia	Taxa Execução 2010		Taxa Execução 2011		Taxa Execução 2012	
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes
ARSLVT	-13,2%	2,6%	-9,3%	-1,4%	-7,0%	-8,6%

Ortopedia	Taxa Execução 2010		Taxa Execução 2011		Taxa Execução 2012	
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes
ARSLVT	0,1%	2,6%	-4,2%	-5,1%	-6,1%	-2,4%

Urologia	Taxa Execução 2010		Taxa Execução 2011		Taxa Execução 2012	
	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes	Primeiras Consultas	Consultas Subsequentes
ARSLVT	-9,1%	3,3%	-7,0%	2,7%	0,0%	2,9%

14/19

É de referir que os hospitais se defrontam com alguma rigidez na gestão do fator trabalho, à qual acresceu em 2011 a emissão de legislação suplementar (Despachos n.ºs 12083/2011 e 10428/2011), determinada pelo contexto macroeconómico em que o país se encontra. As dificuldades na contratação de recursos humanos resultaram num decréscimo de capacidade em termos de médico ETC na ARSLVT (sem Parcerias Publico Privadas).

Angiologia e Cirurgia Vascular	Var. % CP 2013 / CP 2010	RH Médicos ETC sem Internos
ARSLVT		-29,4%
Cirurgia Cardio-Torácica	Var. % CP 2013 / CP 2010	RH Médicos ETC sem Internos
ARSLVT		-19,9%
Oftalmologia	Var. % CP 2013 / CP 2010	RH Médicos ETC sem Internos
ARSLVT		-12,6%
Ortopedia	Var. % CP 2013 / CP 2010	RH Médicos ETC sem Internos
ARSLVT		-14,0%
Urologia	Var. % CP 2013 / CP 2010	RH Médicos ETC sem Internos
ARSLVT		-14,8%

Tem de sublinhar-se, a este propósito, o facto de ter aumentado a utilização da capacidade instalada, porquanto a produção não diminuiu na proporção da perda de recursos humanos, o que apenas pode significar que se aumentou a eficiência do sistema.

Considerando os volumes de produção contratados e os valores dos contratos celebrados com a CVP, conforme tabela adjacente:

Produção HCVP	Realizado 2011	Contratado 2013
1as Consultas	4.714	3.719
Consultas subsequentes	16.156	8.028
GDH's Cirurgicos Ambulatório	2.235	1.312
GDH's Cirurgicos Convencional	2.095	1.230
Valor Total Contrato	14.568.942,00 €	7.611.420,66 €

Deduzindo ao valor do contrato 2013 os valores a pagar pela retinopatia diabética (558.682,53€) e pelo rastreio do cancro da mama (735.148,11€), o valor do contratado ao HCVP em 2013, nomeadamente o valor a pagar pela produção constante da tabela *supra*, passa de 7.611.420,66€ para 6.317.590,02 €.

Efetuando uma análise comparativa e tendo em conta a valorização da produção contratada à CVP a preços dos contratos programa para 2011 e 2013 dos três hospitais que têm todas as valências contratadas à CVP, CHLC, CHLN e CHLO, constata-se que a CVP é o hospital menos oneroso em 2013 uma vez que o preço a pagar ascende a 6.317.590,02€ (sem rastreios) enquanto o preço dos outros três hospitais oscila entre 7.182.242,54€ (CHLN) e 8.293.234,17€ (CHLO).

CHLC	Realizado 2011	Contratado 2013
1as Consultas	550.076,66 €	279.780,37 €
Consultas subsequentes	1.713.828,48 €	586.365,12 €
GDH's Cirurgicos Ambulatório	3.222.111,62 €	1.242.572,48 €
GDH's Cirurgicos Convencional	9.727.952,50 €	5.379.314,20 €
Valor Produção HCVP a preços CP 2011 e CP 2013	15.213.969,26 €	7.488.032,17 €

CHLN	Realizado 2011	Contratado 2013
1as Consultas	550.076,66 €	279.780,37 €
Consultas subsequentes	1.713.828,48 €	586.365,12 €
GDH's Cirurgicos Ambulatório	2.971.211,59 €	1.585.850,13 €
GDH's Cirurgicos Convencional	9.056.306,23 €	4.730.246,92 €
Valor Produção HCVP a preços CP 2011 e CP 2013	14.291.422,96 €	7.182.242,54 €

CHLO	Realizado 2011	Contratado 2013
1as Consultas	550.076,66 €	279.780,37 €
Consultas subsequentes	1.713.828,48 €	586.365,12 €
GDH's Cirurgicos Ambulatório	3.217.484,37 €	1.979.490,61 €
GDH's Cirurgicos Convencional	10.405.872,78 €	5.447.598,07 €
Valor Produção HCVP a preços CP 2011 e CP 2013	15.887.262,28 €	8.293.234,17 €

A referida análise tem como referência os preços estabelecidos na metodologia dos contratos programa 2011 e 2013, para aqueles três hospitais.

No âmbito dos contratos programa, a ARSLVT contrata anualmente, pelo menos, um indicador relacionado com o tempo médio de espera, que está associado a uma verba de incentivo institucional. A título de exemplo, refira-se o indicador tempo médio de espera em lista de inscritos para cirurgia, que é contratado desde 2009 com os hospitais, associando-se um valor de incentivo materialmente relevante, conforme se verifica na tabela exemplificativa:

Valor do incentivo associado ao cumprimento do Indicador Tempo Médio Espera constante dos contratos programa

CHLC			
2009	2010	2011	2012
1.647.648 €	1.505.755 €	1.851.069 €	2.058.543 €

CHLN			
2009	2010	2011	2012
1.220.244 €	1.235.727 €	1.740.933 €	1.741.500 €

CHLO			
2009	2010	2011	2012
693.464 €	652.742 €	976.093 €	1.151.198 €

2.11 Seguindo o Relato de Auditoria *"não obstante as atribuições das ARS no âmbito da racionalização e optimização de recursos das respectivas regiões, a informação da ARSLVT, IP, que sustenta a celebração dos Acordos não utiliza quaisquer indicadores de eficiência, nomeadamente relativos à capacidade instalada e aos custos da actividade dos hospitais da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo".*

Contrariamente ao referido no Relato, anualmente a ARSLVT contrata redução de custos operacionais com cada um dos hospitais. A referida contratação efetuada no âmbito do Contrato Programa está associada a uma verba de incentivo atribuída aos hospitais. Tendo em consideração o universo comparável da ARSLVT (sem considerar hospitais PPP e o C. H. Psiquiátrico de Lisboa) os custos operacionais previstos para 2013 (1.825.520.963€) são 16,6% inferiores aos custos operacionais verificados em 2010 (2.188.409.210€), correspondendo a um decréscimo de 362.880.247€.

Acresce que na "Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos" do Contrato Programa 2013 divulgada pela ACSS podem ser identificados vários indicadores para avaliação e atribuição de incentivos às instituições hospitalares do SNS nas áreas de acesso, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro.

2.12 De acordo com o Relato de Auditoria, "a análise da fiabilidade e comparabilidade da informação apurada apelos sistemas de contabilidade analítica implementados nos hospitais do SNS, em anteriores Relatórios de Auditoria, concluir pela existência de diversas deficiências e limitações, especialmente no que respeita ao apuramento dos custos indiretos. Acresce que esses custos podem refletir, ainda, ineficiências ao nível da organização e da atividade hospitalar, pelo que ase admite a possibilidade de existência de sobrecustos não auditados." Neste sentido, a contabilidade analítica dos Hospitais não constitui informação suficientemente robusta para permitir aferir o custo marginal de mais uma cirurgia para as especialidades em análise, com exceção do caso da Oftalmologia e do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - único descrito pela equipa de auditores, visto tratar-se de um Hospital monovalente, cuja totalidade dos custos pode ser imputado à referida especialidade. Deve, a este propósito, referir-se adicionalmente que não podem estar em causa, por força da natureza das variáveis a considerar apenas custos marginais de uma única cirurgia, mas de várias centenas. Para utilizar o exemplo do Relato, refira-se que o Instituto Gama Pinto teria de realizar mais um quarto a um terço da sua produção, o que aumentaria significativamente os custos, por aumento dos custos fixos, em função da necessidade de contratação de recursos.

Por esse motivo, foi adotado outro indicador que procura relacionar os custos da organização e o total da sua produção, ajustada pela complexidade. Neste contexto, foi apurado o Custo Unitário do Doente Padrão (CUDP), que exprime o rácio entre os custos operacionais e o total da produção, medida em unidades

Doente Padrão, resultando as últimas do somatório da totalidade de unidades produzidas por linha de atividade ponderadas pelos respetivos Índices Doente Padrão. Por seu lado, o Índice Doente Padrão para cada linha de atividade decorre da equivalência de preços, entre o preço da linha de produção e o preço dos Doentes Saídos do Internamento Cirúrgico, tida como base de referência. Acresce que os preços das linhas medidas em GDH's (cirúrgicos e médicos, de ambulatório ou internamento) são ponderados pelo ICM de cada uma das instituições, ou seja, pelo seu grau de complexidade.

Assim, para efeitos de cálculo do CUDP, foram utilizados os custos operacionais dos hospitais (realizados em 2010 e 2011 e contratualizados/ em negociação para 2013) e a produção total (realizados em 2010 e 2011 e contratualizados/ em negociação para 2013), bem como os preços e os ICM definidos pela metodologia de contratualização em cada um dos anos analisados.

No caso do HCVP, foi utilizada a produção realizada/ contratada ao abrigo do Acordo de Cooperação em cada um dos anos, bem como os preços aí definidos. Quanto aos ICM de cada uma das especialidades (Cirurgia Cardiotorácica, Cirurgia Vascular, Oftalmologia e Ortopedia), foram utilizados os ICM inscritos nas páginas 81 e 83 do Relato, sendo que para 2013 foram utilizados os de 2011, tendo em conta que eram os últimos valores disponíveis. No que respeita aos custos, foi utilizado o valor pago/ contratualizado no âmbito do Acordo de Cooperação com a CVP em cada um dos anos, relativo à produção em cada uma das especialidades. Esta opção procura traduzir os custos para ARSLVT com a atividade em causa.

Os resultados obtidos demonstram que o CUDP do HCVP é sempre inferior ao das restantes três instituições analisadas, conforme tabela adjacente:

	Custo Unitário Doente Padrão		
	2010	2011	2013
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	6.791 €	6.692 €	6.309 €
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	7.355 €	6.881 €	6.238 €
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	5.510 €	5.952 €	6.022 €
HCVP_Preços Acordo de Cooperação	3.535 €	3.108 €	2.002 €

Porém, será necessário ressalvar que a presente análise poderá comportar algumas limitações na medida em que compara a globalidade dos custos operacionais e da produção das três instituições, com uma parte dos custos e da produção do HCVP. Todavia, a restante atividade daquela instituição não tem relevância no âmbito do Acordo de Cooperação, não constituindo um custo da perspetiva da ARSLVT no contexto do objeto em análise.

As apreciações acima formuladas constituem o resultado da análise, necessariamente breve, ao Relato de Auditoria notificado, considerando esta ARS que as mesmas, pela sua fundamentação, não poderão deixar de ser acolhidas por esse Venerando Tribunal de Contas, enquanto órgão supremo de fiscalização da legalidade das despesas públicas.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração pessoal,

O Presidente do Conselho Diretivo,

Luis Cunha Ribeiro

DGTC 10 05'13 09119

19/19

arslvt
LISBOA E VALE DO TEJO

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CIRCULAR NORMATIVA

N.º 07/2012

Data 17-12-2012

Para: Diretores Executivos dos ACES da RSLVT

Assunto: Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa 2012-2013

O recurso a entidades privadas e sociais é ainda recorrente quando se verifica que a capacidade de resposta dos serviços públicos não permite prestar os cuidados de saúde à população em tempo considerado adequado à sua situação clínica.

Neste contexto, o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) assegura cuidados de saúde a doentes da área da RSLVT, em regime de complementaridade com os serviços e estabelecimentos do SNS, ao abrigo de um Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa.

O Acordo, como é do conhecimento de V. Exas., tem sofrido sucessivas modificações ao longo do tempo, abrangendo no corrente, **1 Dezembro 2012 a 30 Novembro 2013**, a prestação de cuidados de saúde nas seguintes áreas cirúrgicas:

- Cirurgia Cardíaca
- Cirurgia Ortopédica (exceto traumatologia)
  - Cirurgia da coluna
  - Cirurgia para substituição articular (anca e joelho)
  - Cirurgia das grandes articulações (ombro, anca e joelho)
  - Cirurgia da mão (não inclui a cirurgia para descompressão do túnel cárpico)
  - Cirurgia do pé
- Cirurgia Vascular
  - Cirurgia às varizes (membros inferiores)
  - Cirurgia arterial (extracraniana)
- Cirurgia Oftalmológica
  - Cirurgia às cataratas
  - Outras cirurgias intraoculares (nomeadamente no tratamento da retinopatia diabética)

Com a exceção da cirurgia cardíaca, para a qual a referenciação se processa em exclusivo por via Hospitalar, o acesso às áreas cirúrgicas contempladas é promovido pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários com referenciação para consulta externa.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Neste novo Acordo são também previstos, para alguns ACES, os **Rastreios da Retinopatia Diabética** e do **Cancro da Mama**, pelo que oportunamente serão divulgadas as orientações de referenciação.

Feita esta breve nota introdutória, **reiteram-se os pressupostos e atualizam-se os procedimentos a cumprir no que respeita à referenciação para consulta externa no HCVP**:

1. **Pressupostos para Referenciar para o HCVP**

A referenciação para o HCVP está subordinada à verificação dos seguintes pressupostos cumulativos:

- Existência de presunção de necessidade cirúrgica;
- Não haver capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS.

Considerando que o requisito relativo à **falta de capacidade de resposta em tempo adequado no SNS** tem suscitado dúvidas quanto à forma como poderá ser verificado pelas entidades referenciadoras, esclarece-se que o mesmo deverá ser aferido em função dos tempos de espera para primeira consulta e cirurgia nos hospitais do SNS.

Note-se que a faculdade conferida às Unidades de Cuidados de Saúde Primários para encaminhamento direto de doentes para o HCVP ao abrigo do presente Acordo de Cooperação, já se encontra previamente determinada pela ARSLVT (Anexo) em função do não cumprimento à data atual das condições de resposta em tempo adequado por parte dos Hospitais do SNS, nomeadamente, dentro dos prazos estabelecidos no Regulamento do SIGIC (Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro) e na Portaria n.º 1529/2008 de 26 de Dezembro, na qual se fixam os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para acesso a cuidados de saúde.

Tendo em atenção que o Ministério da Saúde mantém a aposta num SNS dinâmico e capaz de responder às necessidades da população em tempo considerado aceitável para a condição de saúde de cada utente e que o recurso a entidades privadas e sociais numa lógica de complementaridade ainda se justifica para alcançar tal desígnio, sem prejuízo das naturais preocupações em garantir o racional aproveitamento dos recursos existentes no SNS e a equidade no acesso, transmitem-se um conjunto de orientações no que respeita à referenciação para o HCVP pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários:

a) A efetiva acessibilidade a tratamento cirúrgico nos hospitais do SNS depende, numa primeira fase, das facilidades no acesso às primeiras consultas de especialidade hospitalar, pelo que **na formação da decisão de referenciar ao HCVP deve ser tida em conta a dimensão das listas de espera para primeiras consultas e respetivos tempos médios de espera exibidos pelos hospitais do SNS**.

2/13

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

Para o efeito, **as Unidades de Cuidados de Saúde Primários devem providenciar no sentido da referenciação ser precedida da avaliação dos tempos médios de espera para cirurgia nos hospitais do SNS**. Essa avaliação deve ser efetuada periodicamente junto dos hospitais com os quais se articulam nos termos das redes de referenciação instituídas.

Complementarmente a ARSLVT continuará a enviar trimestralmente à Direção Executiva do ACES um documento resumo intitulado "CTH e SIGIC: Lista de Inscritos e Tempos de Espera", com ponto situação à data (Março, Junho, Setembro e Dezembro) que identifica:

- Nº pedidos de consulta não concluídos
- % de consultas realizadas fora do TMRG
- Nº inscritos para cirurgia
- Tempo médio de espera para cirugia

Este documento deverá ser disponibilizado e divulgado a todas as unidades de saúde do ACES para suporte à decisão no encaminhamento de utentes pelo médico de família para consultas de especialidade, até que esteja reunidas condições no sistema de informação ALERT P1/CTH que permitam aos profissionais de saúde ter acesso imediato a esta informação.

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

c) **Os utentes a referenciar devem ser criteriosamente selecionados em função do tempo que podem esperar pelo procedimento cirúrgico, atenta a sua situação clínica e nível de prioridade presumido.**

d) **Os utentes que se já encontrem inscritos para cirurgia nos hospitais do SNS não devem ser referenciados ao HCVP, devendo manter-se em lista até resolução da sua situação**. Se esta não for garantida dentro dos prazos definidos no Regulamento do SIGIC, será emitido um "vale cirurgia" a favor do utente, que o habilita a recorrer a uma das entidades convencionadas no âmbito do SIGIC.

Salvaguardado o requisito da incapacidade de resposta no SNS em tempo adequado, as Unidades de Cuidados de Saúde Primários ficam assim habilitadas a procurar resposta junto do HCVP, mediante referenciação à respetiva consulta de especialidade, para subsequente avaliação da situação clínica e

decisão da terapêutica mais adequada, que no limite poderá confirmar a presunção de necessidade de intervenção cirúrgica.

2. Mecanismo/Procedimento de Referenciação para o HCVP

No termos do Acordo de Cooperação celebrado com a CVP, a referenciação para o HCVP far-se-á exclusivamente através do sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, designado por ALERT P1/(CTH) "Consulta a Tempo e Horas" ficando as partes intervenientes obrigadas ao cumprimento do respetivo Regulamento, aprovado pela Portaria nº 615/2008, de 11 de Julho, para os ACES identificados no Anexo, de acordo com a reorganização efetuada (Portaria nº 394-B/2012, de 29 de Novembro).

3. Devolução/Recusa do Pedido de Marcação de Consulta no HCVP

Para além das situações que podem determinar a devolução ou recusa do pedido de marcação de consulta solicitado pelo médico assistente do doente, nos termos em que se encontram previstas no Regulamento da CTH, constitui ainda fundamento para a recusa do atendimento no HCVP o facto da área cirúrgica requisitada ou a patologia apresentada pelo doente não integrarem o âmbito da prestação de cuidados previsto no Acordo de Cooperação.

Também constitui causa de devolução do pedido, o facto de o doente já se encontrar a ser assistido no HCVP pelo mesmo episódio de doença.

Em qualquer das situações, o HCVP está obrigado a justificar e comunicar ao médico assistente o motivo da devolução ou recusa.

4. Monitorização da Execução do Acordo de Cooperação / Controlo da Referenciação para o HCVP

Considerando que a atividade suscetível de ser realizada no HCVP está limitada por volumes de produção definidos para cada área cirúrgica, a referenciação poderá ser suspensa, a qualquer momento, por indicação deste Conselho de Diretivo, sempre que se verifique que a possibilidade de resposta do Hospital se encontra esgotada, ou comprometida em tempo útil, por excesso se procura.

A constatação de tempos de resposta inferiores aos apresentados pelo HCVP ou aos definidos na Portaria que fixa os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), para uma determinada especialidade num hospital de referência do SNS de uma dada Unidade de Cuidados de Saúde Primários, também é motivo de suspensão da possibilidade de referenciação para o HCVP.

A referida suspensão terá como consequência a desativação da opção "HCVP", enquanto hospital de destino do pedido de marcação de primeira consulta, na aplicação ALERT P1/CTH.

A fim de garantir o cumprimento das orientações constantes da presente Circular Normativa, solicita-se a V. Exas. que promovam, com a máxima urgência, a adequada divulgação da mesma, junto dos médicos e dos restantes profissionais em funções nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários do ACES.

O Presidente do Conselho Diretivo

LUÍS CUNHA RIBEIRO
Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

5/13

ANEXO

1. Cirurgia Vascular

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

3110100	UCSP AJUDA
3110300	UCSP ALCANTARA
3110371	USF DESCOBERTAS
3113700	UCSP STO CONDESTAVEL
3114400	USF STO CONDESTAVEL
3112600	UCSP OEIRAS
3112601	UCSP BARCARENA
3112602	UCSP PACO DE ARCOS
3112671	USF CONDE DE OEIRAS
3112672	USF SAO JULIAO
3112673	USF DELTA
3111400	UCSP CARNAXIDE
3111401	UCSP ALGES
3111403	UCSP LINDA-A-VELHA
3111471	USF DAFUNDO

ACES Amadora

3110800	UCSP AMADORA
3110871	USF ARCO IRIS
3113301	UCSP BURACA
3113302	UCSP DAMAIA
3113304	UCSP REBOLEIRA
3113371	USF CONDE DA LOUSA
3114200	UCSP VENDA NOVA
3114201	UCSP BRANDOA
3114230	CDP VENDA NOVA
3114272	USF AMATO LUSITANO

ACES Cascais

3111500	UCSP CASCAIS
3111502	UCSP ALCABIDECHE
3111504	UCSP ESTORIL
3111530	CDP CASCAIS
3111572	USF MARGINAL
3111573	USF ALCAIS
3111574	USF COSTA DO ESTORIL
3111575	USF CIDADELA
3112800	UCSP PAREDE
3112801	EXT CARCAVELOS
3112802	UCSP SAO DOMINGOS RANA
3112871	USF EMERGIR
3112872	USF SAO DOMINGOS GUSMAO
3112873	USF ARTEMISA
3112874	USF KOSMUS

2. Oftalmologia

ACES Arco Ribeirinho

3150201	UCSP ALCOCHETE
3150202	EXT SAO FRANCISCO
3150203	EXT BARROCA
3150204	EXT SAMOUCO
3150205	EXT PASSIL
3150701	EXT ECA DE QUEIROS
3150704	UCSP DO BOCAGE
3150705	UCSP LAVRADIO
3150771	USF LAVRADIO
3150772	USF ECA
3150801	UCSP QUINTA DA LOMBA
3150802	EXT COINA
3150803	EXT PALHAIS
3150872	USF QUINTA DA LOMBA
3151101	UCSP ALHOS VEDROS
3151104	UCSP MOITA
3151201	UCSP MONTIJO
3151202	UCSP CANHA
3151203	EXT CRUZAMENTO DE PEGOES
3151206	EXT SANTO ISIDRO
3151207	UCSP AFONSOEIRO
3151271	USF AFONSOEIRO
3152601	UCSP BAIXA DA BANHEIRA
3152602	UCSP VALE DA AMOREIRA
3152671	USF QUERER MAIS

ACES Amadora

3110800	UCSP AMADORA
3110871	USF ARCO IRIS
3113301	UCSP BURACA
3113302	UCSP DAMAIA
3113304	UCSP REBOLEIRA
3113371	USF CONDE DA LOUSA
3114200	UCSP VENDA NOVA
3114201	UCSP BRANDOA
3114230	CDP VENDA NOVA
3114272	USF AMATO LUSITANO

ACES Sintra

3113900	UCSP SINTRA
3113901	EXT. COLARES
3113902	UCSP TERRUGEM/S JOAO LAMPAS
3113903	UCSP TERRUGEM/S JOAO LAMPAS - Terrugem
3113971	USF COLARES
3113972	USF MONTE DA LUA
3113001	UCSP ALMARGEM DO BISPO
3113002	UCSP ALMARGEM DO BISPO - Dona Maria
3113003	UCSP ALMARGEM DO BISPO - Negrais
3113004	UCSP ALMARGEM DO BISPO - Sabugo
3113071	USF LAPIAS
3110500	UCSP ALGUEIRAO
3110571	USF NATIVIDADE
3113400	UCSP RIO DE MOURO
3113471	USF ALFAMOURO
3113472	USF ALBASAUDE
3111200	UCSP AGUALVA
3111202	UCSP OLIVAL
3111271	USF S MARCOS
3111272	USF MIRA SINTRA
3113200	UCSP MONTE ABRAAO
3113201	UCSP LUSIADAS
3113202	UCSP BELAS
3113203	UCSP CASAL CAMBRA
3113271	USF MACTAMA
3113272	USF MAE D AGUA

ACES Cascais

3111500	UCSP CASCAIS
3111502	UCSP ALCABIDECHE
3111504	UCSP ESTORIL
3111530	CDP CASCAIS
3111572	USF MARGINAL
3111573	USF ALCAIS
3111574	USF COSTA DO ESTORIL
3111575	USF CIDADELA
3112800	UCSP PAREDE
3112801	EXT CARCAVELOS
3112802	UCSP SAO DOMINGOS RANA
3112871	USF EMERGIR
3112872	USF SAO DOMINGOS GUSMAO
3112873	USF ARTEMISA
3112874	USF KOSMUS

8/13

3. Ortopedia

ACES Médio Tejo

3140200	UCSP ALCANENA
3140201	UCSP ALCANENA - Espinheiro
3140202	UCSP ALCANENA - Louriceira
3140203	UCSP ALCANENA - Malhou
3140204	UCSP ALCANENA - Minde
3140205	UCSP ALCANENA - Moitas Venda
3140206	UCSP ALCANENA - Monsanto
3140207	UCSP ALCANENA - Serra Santo Antonio
3141000	UCSP ENTRONCAMENTO
3141071	USF LOCOMOTIVA
3141900	UCSP TORRES NOVAS
3141901	UCSP TORRES NOVAS - Alcorochel
3141903	UCSP TORRES NOVAS - Assentiz
3141904	UCSP TORRES NOVAS - Brogueira
3141905	UCSP TORRES NOVAS - Chancelaria
3141906	UCSP TORRES NOVAS - Fungalvaz
3141908	UCSP TORRES NOVAS - Casais Igreja
3141909	UCSP TORRES NOVAS - Olaia
3141910	UCSP TORRES NOVAS - Parceiros Igreja
3141911	UCSP TORRES NOVAS - Pedrogão
3141912	UCSP TORRES NOVAS - Riachos
3141916	UCSP TORRES NOVAS - Vila Paco
3141917	UCSP TORRES NOVAS - Zibreira
3142100	UCSP OUREM
3142101	UCSP OUREM - Alburitel
3142102	UCSP OUREM - Atouguia
3142103	UCSP OUREM - Casal Bernardos
3142104	UCSP OUREM - Caxarias
3142105	UCSP OUREM - Espite
3142108	UCSP OUREM - Freixianda
3142109	UCSP OUREM - Gondemaria
3142110	UCSP OUREM - Olival
3142111	UCSP OUREM - Rio Couros
3142112	UCSP OUREM - Seiça
3142113	UCSP OUREM - Sobral
3142114	UCSP OUREM - Urqueira
3142116	UCSP OUREM - Matas
3142117	UCSP OUREM - Vilar Prazeres
3142118	UCSP OUREM - Ribeira do Farrio
3142700	UCSP FATIMA
3140100	UCSP ABRANTES - Abrantes
3140103	UCSP ABRANTES - Aldeia do Mato
3140104	UCSP ABRANTES - ALFERRAREDE
3140106	UCSP ABRANTES - Alvega
3140107	UCSP ABRANTES - Arreciadas
3140108	UCSP ABRANTES - Barrada
3140109	UCSP ABRANTES - Bemposta

3140111	UCSP ABRANTES - Carvalhal
3140112	UCSP ABRANTES - Fontes
3140113	UCSP ABRANTES - Martinchel
3140114	UCSP ABRANTES - Mouriscas
3140115	UCSP ABRANTES - Pego
3140116	UCSP ABRANTES - Rio Moinhos
3140117	UCSP ABRANTES- Rossio ao Sul do Tejo
3140118	UCSP ABRANTES- São Facundo
3140119	UCSP ABRANTES- São Miguel de Rio Torto
3140120	UCSP ABRANTES - Souto
3140121	UCSP ABRANTES - Tramagal
3140122	UCSP ABRANTES - Vale de Mos
3140800	UCSP CONSTANCIA
3140801	UCSP CONSTANCIA - Montalvo
3140802	UCSP CONSTANCIA - Santa Margarida
3141100	UCSP FERREIRA DO ZEZERE
3141101	UCSP FERREIRA DO ZEZERE - Areias
3141103	UCSP FERREIRA DO ZEZERE - Chãos
3141104	UCSP FERREIRA DO ZEZERE - Frazoeira
3141300	UCSP MAÇÃO - Mação
3141302	UCSP MAÇÃO - Amendoa
3141303	UCSP MAÇÃO - Cardigos
3141304	UCSP MAÇÃO - Carvoeiro
3141305	UCSP MAÇÃO - Envendos
3141306	UCSP MAÇÃO - Ortiga
3141307	UCSP MAÇÃO - Penhascoso
3141308	UCSP MAÇÃO - Vales
3141700	UCSP SARDOAL - Sardoal
3141701	UCSP SARDOAL - Alcaravela
3141703	UCSP SARDOAL - Valhascos
3141800	UCSP TOMAR - Tomar
3141801	UCSP TOMAR - Alviobeira
3141802	UCSP TOMAR - Asseiceira
3141803	UCSP TOMAR - Carrazede
3141805	UCSP TOMAR - Carregueiros
3141807	UCSP TOMAR - Casais
3141809	UCSP TOMAR - Comenda Sabacheira
3141810	UCSP TOMAR - Junceira
3141811	UCSP TOMAR - Linhaceira
3141812	UCSP TOMAR - Longra Vale Calvo
3141813	UCSP TOMAR - Madalena
3141814	UCSP TOMAR - Olalhas
3141817	UCSP TOMAR - Poço Redondo
3141819	UCSP TOMAR - Porto Lage
3141820	UCSP TOMAR - Pedreira
3141821	UCSP TOMAR - Roda Grande
3141822	UCSP TOMAR - São Pedro de Tomar
3141824	UCSP TOMAR - Santa Cita
3141825	UCSP TOMAR - Serra
3141827	UCSP TOMAR - Soianda
3141831	UCSP TOMAR - Vale Vanteiro
3141832	UCSP TOMAR - Venda Nova

10/13

3141871	USF SANTA MARIA
3141872	USF MARMELAIS
3142000	UCSP VILA NOVA DA BARQUINHA
3142001	UCSP VILA NOVA DA BARQUINHA - Atalaia
3142002	UCSP VILA NOVA DA BARQUINHA - Limeiras
3142003	UCSP VILA NOVA DA BARQUINHA - Praia do Ribatejo

ACES Amadora

3110800	UCSP AMADORA
3110871	USF ARCO IRIS
3113301	UCSP BURACA
3113302	UCSP DAMAIA
3113304	UCSP REBOLEIRA
3113371	USF CONDE DA LOUSA
3114200	UCSP VENDA NOVA
3114201	UCSP BRANDOA
3114230	CDP VENDA NOVA
3114272	USF AMATO LUSITANO

ACES Sintra

3113900	UCSP SINTRA
3113901	EXT. COLARES
3113902	UCSP TERRUGEM/S JOAO LAMPAS
3113903	UCSP TERRUGEM/S JOAO LAMPAS - Terrugem
3113971	USF COLARES
3113972	USF MONTE DA LUA
3113001	UCSP ALMARGEM DO BISPO
3113002	UCSP ALMARGEM DO BISPO - Dona Maria
3113003	UCSP ALMARGEM DO BISPO - Negrais
3113004	UCSP ALMARGEM DO BISPO - Sabugo
3113071	USF LAPIAS
3110500	UCSP ALGUEIRAO
3110571	USF NATIVIDADE
3113400	UCSP RIO DE MOURO
3113471	USF ALFAMOURO
3113472	USF ALBASAUDE
3111200	UCSP AGUALVA
3111202	UCSP OLIVAL
3111271	USF S MARCOS
3111272	USF MIRA SINTRA
3113200	UCSP MONTE ABRAAO
3113201	UCSP LUSIADAS
3113202	UCSP BELAS
3113203	UCSP CASAL CAMBRA
3113271	USF MACTAMA
3113272	USF MAE D AGUA

ACES Almada- Seixal

3150301	UCSP FRANCISCO XAVIER NORONHA
3150305	UCSP RAINHA D LEONOR
3150371	USF S JOAO PRAGAL
3150501	UCSP COSTA DA CAPARICA
3150502	UCSP CHARNECA DE CAPARICA
3150503	MONTE DA CAPARICA REFORÇO
3150504	UCSP TRAFARIA
3150571	USF SOBREDA
3150572	USF MONTE DA CAPARICA
3150603	UCSP SANTO ANTONIO
3150604	UCSP LARANJEIRO
3150671	USF COVA DA PIEDADE
3150672	USF FEIJO
3151500	UCSP Seixal
3151501	UCSP SEIXAL
3151571	USF FFMAIS
3151573	USF CUIDAR SAUDE
3151574	USF CSI-SEIXAL
3151575	USF TORRE
3151576	USF PINHAL DE FRADES
3151601	UCSP AMORA
3151671	USF ROSINHA
3151672	USF AMORA SAUDAVEL

ACES Oeste Norte

2100100	UCSP D NUNO - Alcobaça
2100101	UCSP LITORAL - Alfeizerão
2100102	UCSP D NUNO - Aljubarrota
2100105	UCSP LITORAL - Cela
2100106	UCSP D NUNO - Cos
2100108	UCSP LITORAL - Pinhal Fanheiro
2100109	UCSP LITORAL - S Martinho Do Porto
2100110	UCSP D NUNO - Turquel
2100111	UCSP D NUNO - Vimeiro
2100113	UCSP D NUNO - Evora
2100191	USF SANTA MARIA
2100192	USF PEDRO E INES
2100193	USF PINHAL DO REI
2100500	UCSP BOMBARRAL
2100600	UCSP CALDAS DA RAINHA
2100601	EXTENSÃO A-DOS-FRANCOS
2100602	UCSP CALDAS DA RAINHA - Alvorninha
2100604	UCSP CALDAS DA RAINHA - Foz Do Arelho
2100605	UCSP CALDAS DA RAINHA – Sta. Catarina
2100608	UCSP CALDAS DA RAINHA - Rostos
2100611	UCSP CALDAS DA RAINHA - Salir De Matos
2100691	USF TORNADA
2100692	USF RAINHA DONA LEONOR

12/13

2100693	USF BORDALO PINHEIRO
2101200	UCSP NAZARE
2101201	UCSP NAZARE - Famalicão
2101271	USF NAZARETH
2101300	UCSP OBIDOS
2101301	UCSP OBIDOS - A Dos Negros
2101302	UCSP OBIDOS - Amoreira
2101303	UCSP OBIDOS - Olho Marinho
2101304	UCSP OBIDOS - Vau
2101500	UCSP DR RENATO FORTES - Peniche
2101501	UCSP PENICHE-ATOUGUIA - Atouguia Baleia
2101502	UCSP DR RENATO FORTES - Serra El Rei
2101503	UCSP DR RENATO FORTES - Ferrel

arslvt
LISBOA E VALE DO TEJO

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CIRCULAR NORMATIVA

N.º 08/2012
Data 17-12-2012

Para: Hospitais do Serviço Nacional de Saúde da RSLVT

Assunto: Acordo de Cooperação com a Cruz Vermelha Portuguesa 2012-2013

O recurso a entidades privadas e sociais é ainda recorrente quando se verifica que a capacidade de resposta dos serviços públicos não permite prestar os cuidados de saúde à população em tempo considerado adequado à sua situação clínica.

Neste contexto, o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) assegura cuidados de saúde a doentes da área da RSLVT, em regime de complementaridade com os serviços e estabelecimentos do SNS, ao abrigo de um Acordo de Cooperação celebrado entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa.

O Acordo, como é do conhecimento de V. Exas., tem sofrido sucessivas modificações ao longo do tempo, abrangendo no corrente, de 1 dezembro 2012 a 30 novembro 2013, a prestação de cuidados de saúde na seguinte área cirúrgica:

- Cirurgia Cardíaca

A referenciação para esta especialidade cirúrgica, processa-se exclusivamente por via Hospitalar.

- Cirurgia Vascular, Ortopedia e Oftalmologia

A referenciação para estas especialidades processa-se a partir dos cuidados de saúde primários através de marcação de consulta via ALERT P1/CTH.

Considerando a especialidade Cirurgia Cardíaca, **reiteram-se os pressupostos e os procedimentos a cumprir por parte dos Hospitais do SNS no que respeita à referenciação:**

1. **Pressupostos para Referenciar para o HCVP**

A referenciação para o HCVP está subordinada à verificação dos seguintes pressupostos cumulativos:

a) Existência de presunção de necessidade cirúrgica;

b) Não haver capacidade de resposta em tempo adequado nos hospitais do SNS.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Considerando que o requisito expresso na alínea b) relativo à falta de capacidade de resposta em tempo adequado no SNS deverão os Hospitais, antes de solicitar a complementaridade do HCVP, consultar os Hospitais que na RSLVT detêm a especialidade de Cirurgia Cardíaca – Centro Hospitalar de Lisboa Norte (H. Santa Maria, adultos), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (H. Santa Cruz, adultos e pediatria) e Centro Hospitalar de Lisboa Central (H. St. Marta, adultos e pediatria) – da capacidade para o tratamento cirúrgico dentro dos tempos considerados adequados (TMRG).

Neste sentido, os hospitais do SNS que não dispõem da especialidade de cirurgia cardíaca devem começar por respeitar as regras estabelecidas no âmbito da rede de referenciação hospitalar de Intervenção Cardiológica.

Em segundo lugar, se o hospital previsto na Rede de Referenciação informar que não dispõe de capacidade de resposta em tempo adequado para a prioridade clinica, deverá o Hospital de origem do doente consultar previamente as outras duas unidades hospitalares referidas e, caso nenhuma se disponha a receber o doente, seguir-se-á o encaminhamento do doente para o HCVP.

Todas as referenciações recusadas dos Hospitais do SNS devem ser documentadas, por fax, *email*, etc, pois a ARSLVT poderá solicitar a qualquer momento essa documentação.

2. Monitorização da Execução do Acordo de Cooperação / Controlo da Referenciação para o HCVP

Considerando que a atividade suscetível de ser realizada no HCVP está limitada por volumes de produção anuais definidos para cada área cirúrgica, a referenciação poderá ser suspensa, a qualquer momento, por indicação deste Conselho de Diretivo, sempre que se verifique que a possibilidade de resposta do Hospital se encontra esgotada, ou comprometida em tempo útil, por excesso da procura.

A fim de garantir o cumprimento das orientações constantes da presente Circular Normativa, solicita-se a V. Exas. que promovam, com a máxima urgência, a adequada divulgação da mesma.

O Presidente do Conselho Diretivo

LUÍS CUNHA RIBEIRO
Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

2/2

4. Presidente do Conselho de Administração da PARPÚBLICA – Participações Públicas SGPS, SA

PARPÚBLICA

PARTICIPAÇÕES PÚBLICAS (SGPS) S.A.

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

020882

N/REFª

Lisboa, 29 de abril de 2013

ASSUNTO: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria nº11/2011 – 2ªSecção

v\Ref: DAVI – UAT 1 Proc. Nº 27/12 - Audit

Exmo. Senhor Juiz Conselheiro,

Através do ofício em referência foi a Parpública notificada para apresentar as alegações que tenha por convenientes relativamente ao conteúdo do relato de auditoria de que, pelo mesmo ofício, lhe foi enviada cópia.

Analisado o conteúdo de referido relato julgamos necessário, justificado e oportuno apresentar algumas considerações, essencialmente centradas na análise "*à participação do Estado no capital social da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA – cfr. Ponto 8.3*", e respetivas conclusões, por ser matéria que se relaciona com as nossas responsabilidades.

Como ponto prévio importa clarificar que a participação em causa, embora pública, não é uma participação do Estado mas sim da Parpública, integrando o seu património sem qualquer limitação ou ónus, pelo que a Parpública exerce os respetivos direitos acionistas no quadro da lei e dos seus Estatutos. Significa isto que a Parpública, enquanto acionista da CVP-SGH, SA, atua em nome próprio e não em representação do Estado, como por diversas vezes é referido ou sugerido ao longo do documento.

Adicionalmente deve salientar-se o seguinte:

Refere o documento em análise(pag 13 e pag 49) que "não foi reavaliada a participação do Estado no capital da CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA".

Av. Defensores de Chaves, nº 6 – 6º, 1049-063 Lisboa
Telefone 21 781 71 60 Fax: 21 795 05 05
geral@parpublica.pt
www.parpublica.pt

Relativamente a esta afirmação importa ter presente que a Parpública havia informado o Tribunal em junho último que tinha "*em preparação o lançamento de um processo de contratação de uma entidade externa para proceder à avaliação desta participação*". Este processo, entretanto concluído, permitiu obter uma avaliação com base no método DCF, realizada por uma entidade independente e especializada, com base na qual a Parpública pôde contabilizar a sua participação nas suas contas relativas ao ano de 2012 pelo seu justo valor à data de 31 de dezembro de 2012. Não é assim verdadeira a afirmação constante do relatório e designadamente nas suas conclusões.

Ainda a este propósito refere o relatório (pag 14) "*justificar-se que a Parpública proceda ao cálculo da perda de valor intrínseco de cada ação entre o momento da subscrição e o momento atual*". Porém como também foi já detalhadamente apresentado em diversas oportunidades, esta participação "entre o momento da subscrição e o momento atual" nem sempre esteve na carteira da Parpública, tendo sido objeto de diversas transações entre entidades públicas. Desta forma, o diferencial de valor que a Parpública regista nas suas contas de 2012 reporta-se ao valor pelo qual o Estado transferiu em 2003 esta participação para o universo patrimonial da Parpública, e não relativamente ao momento da subscrição.

Refere também o Tribunal, quer nas conclusões (pag 13) quer no corpo do relatório (pag 48), a "insuficiente monitorização" da situação da CVP-SGH, SA por parte da Parpública, chegando mesmo a afirmar que essa monitorização teria sido "insuficiente para garantir a melhoria dos indicadores económicos". Não cuidando aqui de analisar se a monitorização da situação seria, em algum caso, suficiente para a alterar, ainda assim afigura-se oportuno recordar que a participação da Parpública na CVP-SGH, SA é minoritária e que a sociedade não está sujeita ao regime jurídico das empresas do setor empresarial do Estado, pelo que a monitorização que vem sendo realizada corresponde à utilização, atenta e criteriosa, dos instrumentos disponíveis para um acionista minoritário.

Deve ainda referir-se que a posição agora referida sobre essa eventual "insuficiente monitorização" está em contradição com anteriores posições afirmadas por esse Tribunal - segundo as quais considerava "*ser seguro que a Parpública não deixou de monitorizar o valor do seu investimento*"[1] – o que se estranha na medida em que não ocorreram alterações ao nível do sistema de acompanhamento da participação.

[1] Conforme se lê na pag 43 do Relatório Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT,I.P., e a CVP-SGH, S.A. de abril de 2011

Por outro lado o documento em análise (pag 14 e pag 47) procede a uma análise do desempenho da CVP-SGH, SA com base nos fluxos financeiros do Estado para a sociedade correspondentes à subscrição inicial do capital, por um lado, e por outro, ao pagamento feito pelo Ministério da Saúde como contrapartida da prestação de serviços previamente contratados. Consideramos no entanto que esta abordagem, em que se confunde a perspetiva acionista com a perspetiva mercantil, não é adequada, até porque, em última análise os objetivos subjacentes aquelas perspetivas podem mesmo ser incompatíveis. No limite, e por absurdo, a confusão das duas vertentes poderia conduzir a uma estratégia de reforço da rentabilidade acionista à custa da relação comercial com o Estado, ou vice versa, o que não pode ser defensável. Pelo contrário, a relação comercial existente entre a CVP e a Estado, a existir, tem que ser baseada exclusivamente na ponderação de aspetos como a necessidade e a competitividade da aquisição de serviços pelo Estado. Tal como a estratégia de maximização da rentabilidade acionista tem que ser totalmente independente da definição das condições comerciais com o Estado. Mas, ainda que a análise conjunta entre as duas naturezas de fluxos financeiros fosse adequada, então também deveriam ser considerados (entre outros) os valores pagos pela CVP-SGH, SA a título de dividendos, o que não acontece no exercício apresentado.

O que fica dito não pode ser considerado contraditório com a conclusão, por diversas vezes afirmada pela Parpública, nomeadamente junto do Governo, de que a rentabilidade da sociedade tem sido inferior à que os estudos iniciais previam, razão pela qual a Parpública, antes mesmo dos Relatórios sobre a CVP-SGH, SA que o Tribunal de contas tem vindo a produzir, formulou ao Governo propostas no sentido de serem introduzidas alterações ao nível do acordo parassocial existente e que fosse ponderada a sua alienação.

Assim, solicitamos que o conteúdo das considerações aqui formuladas seja ponderado na convicção de que tal poderá justificar uma apreciação diversa relativamente a diversos aspetos incluídos no Relato a que aqui nos referimos.

Com os melhores cumprimentos,

Joaquim Pais Jorge

Presidente do Conselho de Administração

DGTC 29 04'13 08254

5. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

ACSS-07327-13/MAY/07

S/referência:

N/referência: DPS

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

Assunto: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 - 2ª secção – Direção-Geral do Tribunal de Contas

Em resposta ao ofício n.º 5453, de 15 de abril de 2013, do Senhor Auditor–Coordenador do Tribunal de Contas, solicitando pronúncia sobre o conteúdo do relato de auditoria referido em epígrafe, cumpre informar:

1. O Processo n.º 27/2012 – Audit do Tribunal de Contas (TC) constitui uma auditoria de seguimento das recomendações da auditoria operacional ou de resultados à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP e a CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA. (Relatório de Auditoria n.º 11/2011 do Tribunal de Contas), cujo relato é enviado para a ACSS, IP, na qualidade de parte interessada, não auditada, considerando as suas atribuições no âmbito da gestão dos recursos financeiros do SNS e da Contratação da prestação de cuidados, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS).
2. A presente auditoria incidiu sobre as seguintes áreas:
   a) Monitorização e controlo da participação financeira do Estado na CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
   b) Negociação e celebração dos Acordos de Cooperação de 2011 e de 2012/2013, pela ARSLVT, IP, considerando a necessidade da sua celebração, os preços acordados e benefícios decorrentes;
   c) Execução e monitorização do Acordo de Cooperação de 2011.
3. As principais conclusões do Relato são as seguintes:
   a) Ausência de fundamentação económica ou estudo de análise custo-benefício na celebração dos acordos de cooperação pela ARSLVT, IP; é referida, designadamente, a insuficiência de

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO-GERAL
- 8 MAIO 2013
RECEPÇÃO

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 848
E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

fundamentação, designadamente pela não utilização de indicadores de eficiência relativos à capacidade instalada e aos custos da atividade dos hospitais da região de saúde, como motivo de devolução da minuta de Acordo para 2012 à ARSLVT, IP e à ACSS, IP;

b) A inclusão dos rastreios nas áreas da Retinopatia Diabética ou o Cancro da mama, no Acordo 2012/2013, pese embora tenham sido precedidas de inquéritos sobre a capacidade instalada nos Hospitais do SNS, não consideraram outros parceiros como a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) ou a Liga Portuguesa Contra o Cancro, com os quais a ARSLVT, IP já tinha protocolos estabelecidos;

c) Fixação de preços por via administrativa, não refletindo o justo valor das prestações contratadas; no caso da cirurgia cardiotorácica, os custos suportados pela ARSLVT, IP, no âmbito dos acordos de cooperação, são superiores aos custos apurados em unidades hospitalares do SNS, mesmo depois de ajustados pelo índice de case-mix (38% de sobrecusto no custo unitário por doente tratado, no triénio); nas restantes especialidades, o custo unitário da atividade cirúrgica no SNS, no triénio, representa entre 41% a 72% dos encargos unitários suportados pela ARSLVT, IP com aqueles acordos;

d) Referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP nem sempre é precedida de averiguação sobre a capacidade instalada disponível nas unidades hospitalares do SNS:

- Referenciação hospitalar (Cirurgia cardiotorácica)

A Circular de Dezembro de 2012, da ARSLVT, IP veio informar os hospitais que apenas podem referenciar utentes para o hospital explorado pela CVP, após consulta aos 3 centros hospitalares da ARSLVT e quando os mesmos declararem não ter capacidade disponível para os receber, ~~se~~ a produção de efeitos desta instrução seria melhor assegurada se previsse a responsabilização financeira das entidades referenciadoras pelo incumprimento dos requisitos de referenciação, responsabilizando-as pelo encargo financeiro decorrente da prestação de serviços realizada pela CVP, bem como a exigência de que a referenciação no âmbito do Acordo de Cooperação fosse, em regra, feita por um dos 3 Centros Hospitalares de Lisboa;

- Referenciação de ACES – outras especialidades

O hospital explorado pela CVP encontra-se incluído no sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso á primeira consulta de especialidade hospitalar (CTH), permitindo à ARSLVT, IP restringir ou alargar a referenciação dos ACES para aquele hospital, conforme a capacidade de resposta dos hospitais do SNS de referência de cada agrupamento; no

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 848
E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

entanto, as potencialidades do CTH não estão a ser plenamente aproveitadas por não serem apresentadas a totalidade das alternativas disponíveis na região de saúde de LVT, no âmbito do SNS, antes do recurso a prestadores de serviços externos, devendo o hospital explorado pela CVP ser restrito a situações prioritárias, de evidente incapacidade de resposta das unidades hospitalares do SNS.

e) Execução física

- No âmbito da Cirurgia cardiotorácica, e apesar das recomendações do TC, manteve-se a prática da referenciação direta dos utentes para o hospital explorado pela CVP, detendo esta especialidade 75% do peso da faturação da CVP, em 2011; não obstante a criação, em 2011, do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa (incluindo o Hospital de Curry Cabral, EPE e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa), dotado de um Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiotorácica do CHLC, EPE, aquelas duas unidades continuaram a ser as que mais referenciaram para o CVP entre 2009 e 2011;
- Nas restantes especialidades, a inclusão do hospital explorado pela CVP no CTH e a informação da ARSLVT, IP a todos os ACES, instruindo que a referenciação para aquele hospital incluísse apenas casos prioritários, fomentou uma quebra da procura a partir de outubro de 2010.

f) Exercício simultâneo de atividade na CVP e em unidades hospitalares do SNS, designadamente por especialistas de cardiologia pediátrica, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa que integram simultaneamente o corpo clínico da CVP, que além de configurar uma situação de conflito de interesse, viola o estabelecido nos acordos de Cooperação relativamente aos recursos humanos, que impendem o exercício simultâneo em estabelecimentos do SNS; a ARSLVT, IP não implementou medidas que prevenissem e detetassem eficazmente a ocorrência de conflitos de interesses.

Em resposta às questões suscitadas, cumpre informar:

Os pontos que se referem especificamente aos fundamentos para celebração do novo acordo de cooperação (a), à inclusão de novas valências (b), fixação dos respetivos preços (c), referenciação de utentes para o hospital explorado pela CVP (d), a execução física do acordo (e), bem como ao exercício simultâneo de atividade na CVP e em unidades hospitalares do SNS (f) são da competência da ARSLVT, IP, não tendo esta Administração Central conhecimento do acordo realizado entre as partes.

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 848
E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

Cumpre referir, no entanto que, em Março de 2012, foi solicitado a esta ACSS, IP, através do Gabinete do Senhor Secretário de Estado da Saúde, pronúncia ao Relatório do Tribunal de Contas, no âmbito da mesma auditoria (Auditoria n.º 11/2011 – 2ª secção – Auditoria Operacional ou de Resultados à execução do acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP e a CVP-SGH, SA), tendo nessa data sido remetidos os contributos para o mesmo relatório, que se anexam.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

(João Carvalho das Neves)

DGTC 08 05'13 08907

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 848
E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

Entrada 8076
de 22/03/2012

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

Sua referência: Ofício 3022
de 22/03/2012
Processo – 175/2009

Nossa referência: CD

Exma. Senhora
Dra. Rita Magalhães Collaço
Chefe do Gabinete do Senhor
Secretário de Estado da Saúde
Av. João Crisóstomo, nº. 9
1049-062 Lisboa

ASSUNTO: Fundamentos para a celebração do novo Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa

Na sequência do Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde, relativamente a pedido de parecer por parte desta Administração Central, sobre os fundamentos para a celebração de novo acordo de cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) e a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), no que respeita a necessidades em saúde, atos contratualizados e respetivos encargos, importa esclarecer a natureza do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) enquanto prestador de cuidados de saúde remunerados pelo Orçamento do Serviço Nacional de Saúde.

Ora, as necessidades em saúde da população devem ser a base para esse aclaramento, sendo este essencial para a definição dos atos contratualizados e respetivas tabelas de preços a aplicar.

No que diz respeito às necessidades em saúde, estas deverão decorrer dum diagnóstico de situação o mais completo possível. Dada a natureza das entidades do Ministério da Saúde, compete às Administrações Regionais de Saúde (ARS) realizar este diagnóstico, garantindo à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis a estas necessidades. Esta missão e competências das ARS, legalmente atribuídas, apenas são habilitadas através da preparação técnica e metodológica dos serviços de saúde pública e estudos e planeamento, como também, e sobretudo, ao seu posicionamento junto das populações. Assim, mediante o trabalho dos profissionais que incorporam os serviços das ARS a nível regional e local é possível identificar:

- as necessidades normativas, quantificadas por aplicação de metodologias técnico-científicas e orientações nacionais e internacionais (com evidência científica de serem determinantes para a obtenção de ganhos em saúde);

- necessidades sentidas e expressas pelos cidadãos, apuradas pelo grau de utilização dos serviços de saúde (e outros), pela resposta a inquéritos ou questionários, pela manifestação direta aos profissionais de saúde, mediante a representação de autarcas, representantes de associações civis, responsáveis por organizações de doentes ou instituições locais, etc.

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

A Administração Central do Sistema de Saúde tem desenvolvido estudos com o intuito de promover uma alocação de recursos financeiros mais equitativa. O critério para avaliar a equidade da distribuição da prestação de cuidados de saúde é a própria equidade em saúde, e como tal, partimos do estado de saúde das populações. Nesta esfera, e considerando a equidade vertical, a alocação de recursos em proporção às diferentes necessidades (sejam elas quais forem) implica desigualdade na alocação de recursos. Assim, em 2012, a alocação de recursos para contratualização hospitalar a cada região de saúde considerou as necessidades em saúde normativas da população servida. O volume de financiamento atribuído para a ARS LVT considerou estas necessidades em saúde normativas de base populacional, competindo a esta ARS proceder à afetação de recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde financiados pelo Serviço Nacional de Saúde.

No que concerne a definição de necessidades em saúde como base ao acordo de cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) e a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), a ACSS apenas tem informação para se pronunciar quanto a **necessidades em saúde expressas** face à informação disponível e documento "Fundamentos para a celebração do novo acordo de cooperação entre as ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa".

Considera-se que as atividades de rastreio da retinopatia diabética e de rastreio do cancro da mama devem ser asseguradas pelas ARS no âmbito dos cuidados de saúde primários, em articulação com outros presadores de cuidados de saúde. Reconhece-se a necessidade imperativa desta tipologia de rastreios no contexto nacional e regional. No entanto, não existe evidência no documento da ARS LVT da experiência particular da CVP na realização desta atividade. Apesar de não ser referida a análise à capacidade instalada nos Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais da região supõe-se que esta não exista para a realização destes rastreios e para o seguimento dos doentes identificados no âmbito dos mesmos para as populações dos ACES de Amadora, Sintra-Mafra, Algueirão-Rio de Mouro e Cacém-Queluz. No entanto, não é claro quais os critérios que levaram a selecionar estas populações em detrimento de outras da região de saúde LVT.

Relativamente à atividade cirúrgica contratada importa salientar que o HCVP não está integrado no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Como salienta o Tribunal de Contas (TC) na sua Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao "Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC" - Relatório n.º 27/09 – 2ª. S Processo n.º 02/09 – Audit, «continuam (...) a não ser cumpridos os princípios da equidade e da universalidade na inclusão na Lista de Inscritos para Cirurgia, uma vez que existem utentes referenciados diretamente para estabelecimentos de saúde do sector social e do sector privado, que não fazem parte da lista de inscritos, não usufruindo dos mesmos direitos e garantias». A este respeito, a referida auditoria enuncia como exemplo o HCVP. Com efeito, importa que esta questão seja ultrapassada de forma a possibilitar uma comparação fiel entre a atividade do HCVP e os restantes prestadores do SNS. Salienta-se que existe regulamentação, de acordo com diploma legal, no sentido de que todas as entidades com acordos com o estado para prestação de cuidados cirúrgicos, estejam integradas no SIGIC, pelo que importa garantir que tal acontece em relação a este Acordo, de maneira a garantir o efetivo acompanhamento e

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

avaliação do cumprimento deste acordo, e a assegurar aos utentes os princípios de equidade, imparcialidade e universalidade dos cuidados prestados.

Ainda em matéria de atividade cirúrgica, o facto de o HCVP não estar integrado da Base de Dados Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneo, não permite caracterizar a atividade de internamento desenvolvida por esta instituição, e inviabiliza que a mesma seja abrangida pelo processo nacional de auditorias à codificação clínica, da responsabilidade desta Administração Central.

Dadas as limitações enunciadas, limitamo-nos a recorrer à informação nacional de 2010 do SIGIC quanto ao número de doentes operados e ao tempo médio de espera, para os diversos tipos de cirurgias constantes na proposta de acordo.

	Operados 2010	Média TE operados Meses	% LIC > TMRG	Observação
Cirurgia em D. Cardíaca	7.553	0,77	10,70%	Em Cirurgia Cardíaca, o TMRG é frequentemente 15 dias
Cirurgia em D. Varizes	15.298	4,59	14,50%	
Cirurgia em D. Vascular	7.990	2,48	11,70%	
Cirurgia em D. Ortopédica	66.172	3,12	16,70%	
Cirurgia em D. Oftalmológica	97.460	1,99	6,50%	

Fonte. SIGIC, dados nacionais, 2012

Em termos comparativos salientamos que, em 2010, 16,80% dos doentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) não foram intervencionados dentro do tempo de resposta máxima garantida (TMRG). Em qualquer das especialidades apresentadas o valor é inferior ao valor nacional.

No que concerne a atividade em consulta externa apresentam-se os seguintes dados referentes a pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar pelos centros de saúde em 2010:

		Consultas realizadas em 2010, por nível de prioridade				
Especialidade do Pedido	Pedidos Agendados a aguardar consulta a 31.12.2010	Consultas realizadas	"Muito prioritário" realizadas em 30 dias	"Prioritário" realizadas entre 31 e 60 dias	"Normal" Realizadas entre 60-150 dias	% consultas dentro TMRG
Cirurgia cardiotorácica	8	116	2	21	81	91%
Cardiologia	2.611	16.352	145	1.284	11.111	77%
Cirurgia pediátrica	61	392	3	19	336	91%
Angiologia/ Cir. vascular	5.359	10.700	96	864	5.309	59%
Ortopedia	16.893	76.270	179	1.929	50.185	69%
Oftalmologia	16.690	113.705	117	2.429	50.017	46%

Fonte. Relatório anual sobre acesso a cuidados de saúde no SNS em 2010, 2011

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

A nível nacional podemos verificar que para as especialidades Angiologia/ Cirurgia vascular, Ortopedia e Oftalmologia existem necessidades expressas para acesso à primeira consulta hospitalar, contrariamente ao verificado para a especialidade de cirurgia cardiotorácica e cirurgia pediátrica.

Posta a avaliação de necessidades, importa primariamente garantir que a capacidade instalada no SNS é utilizada na sua plenitude.

No âmbito da atividade cirúrgica, e conforme atesta o relatório do TC relativo à "Auditoria Operacional ou de Resultados à Execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P. e a CVP-SGH, S.A.", as referenciações realizadas por diversas instituições hospitalares da região de saúde LVT, nomeadamente para cardiologia pediátrica e cirurgia cardíaca a adultos, foram realizadas sem avaliação da capacidade de resposta dos restantes hospitais da Rede de Referenciação da região de saúde de LVT. Por outro lado, informação remetida à Direção-Geral do Tribunal de Contas pelos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte, no âmbito da Auditoria Financeira ao Hospital Curry Cabral, declararam possuir capacidade instalada, em 2007 e 2008, para realização de mais de 390 cirurgias cardiotorácicas/ ano. Já no corrente ano, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE informou o TC (ofício com refª 071/CA de 12/03/2012), ter manifestado à ARS LVT, disponibilidade para operar uma criança, alvo de uma reportagem televisiva a 12/02/2012, assim como todas as outras que necessitassem de cirurgias cardiotorácicas pediátricas. Ora, no acesso à atividade cirúrgica, importa esclarecer os motivos pelos quais é realizada uma opção por referenciação direta ao invés de se recorrer os mecanismos de garantias de acesso ao abrigo do SIGIC. Repare-se que, no âmbito do SIGIC é dada a opção ao doente pelo prestador público ou privado sempre que é ultrapassado 75% do TMRG.

No âmbito da atividade contratada em consulta externa, apesar de não ser apresentada uma análise de produtividade dos hospitais da região de saúde LVT ou de inquérito a averiguar a capacidade de resposta dos prestadores SNS, alega-se a dificuldade de acesso às especialidades referidas. Neste contexto, seria desejável optar prioritariamente pela contratação de primeiras consultas hospitalares, ao contrário de um número global de consultas, e esclarecer os critérios de referenciação e identificar quais as instituições que podem a referenciar para o HCVP.

Considerando que, de acordo com as necessidades expressas e assumindo que não existe capacidade instalada no SNS, é necessário apreciar a contratação de serviços a entidade privadas para as áreas, que atuem de forma complementar às instituições do SNS.

Em parte a opção pela CVP é reconhecida, entre outros itens, pelo «aproveitamento da capacidade instalada dos serviços pertencentes à CVP, em particular do HCVP, nomeadamente, das suas equipas médicas já constituídas para responder às necessidades desta região, em áreas cirúrgicas consideradas críticas» (minuta de acordo de 2012). Acresce que, o acordo de cooperação em análise é estabelecido entre a ARS LVT e a Cruz Vermelha Portuguesa (Instituição Particular de Solidariedade Social), mas tem como entidade prestadora dos serviços que são objeto desse acordo uma terceira entidade, CVP – SGH Sociedade Anónima (capital

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

social não é detido na sua totalidade da Cruz Vermelha Portuguesa). Refira-se que, "membros com responsabilidades ao nível da gestão do Hospital" participaram no processo negocial.

Ao optar por esta via importa garantir que esta contratação de serviços se enquadra nos princípios e mecanismos de contratação pública em vigor importando compreender se existem outras entidades que podem responder a parte ou à totalidade das necessidades identificadas, com vantagens económicas para a ARS LVT. Assim, é parecer desta Administração Central que qualquer contrato desta natureza se deve reger, integralmente, por:

- Atividade cirúrgica: preços iguais ou inferiores aos praticados no âmbito do SIGIC;
- Atividade em consulta externa (preço compreensivo): preços iguais ou inferiores aos praticados para o grupo III de financiamento hospitalar.

Devendo ser evitado o sucedido em 2011 em que existiram três períodos de tempo com contratação de linhas de produção e preços distintos, sendo que durante seis meses foram contratados preços superiores aos de outros convencionados integrados no SIGIC, e mesmo quando a partir de Julho foram adotados os valores da Portaria 852/2009, de 7 de Agosto (SIGIC), foi excecionada a cirurgia cardiotorácica.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Diretivo

(João Carvalho das Neves)

EV-28-03-2012-CD

Administração Central do Sistema de Saúde IP

6. Inspetor-Geral das Atividades em Saúde

INSPECÇÃO-GERAL
DAS ACTIVIDADES EM SAÚDE

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

Protocolo

Sua referência	Sua comunicação	Processo	Nossa referência
DAVI – UAT 1 Proc.º 27/12-Audit	15.04.2013		G.I.G. of. N.º 44 2013.04.30

ASSUNTO: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção

Na qualidade de parte interessada não auditada, cumpre-me informar V.ª Ex.ª que esta Inspeção-Geral não dispõe de novos factos relevantes, para além daqueles que constam no ponto 10.3 do relato da auditoria referida em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

O Inspetor-Geral,

José Martins Coelho

(José Martins Coelho)

/MM

INSPECÇÃO-GERAL
DAS ACTIVIDADES EM SAÚDE
Av. 24 de Julho, 2-L – 1249-072 LISBOA

e-mail: igas@igas.min-saude.pt

Telefone: 213 408 100
Fax: 213 471 837

7. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
Conselho de Administração

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

HOSPITAL DE SÃO JOSÉ
H. STO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS
HOSPITAL DE SANTA MARTA
HOSPITAL D. ESTEFÂNIA
HOSPITAL CURRY CABRAL
MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA

Exmo. Senhor
Diretor-geral
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

V./Refª	Data	N./Refª	Data
5454 DAVI-UAT 1 Proc. n.º 27/12 - Audit	15.04.2013	152/CA	03.05.2013

ASSUNTO: Auditoria de seguimento das recomendações do relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção

Tendo lido o Relatório Preliminar da Auditoria de Seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª secção, entendemos não ter nada a acrescentar ao seu conteúdo.

Mais reafirmamos a nossa disponibilidade para receber os doentes do SNS que nos sejam referenciados.

Queremos, no entanto salientar as várias reuniões que os Conselhos de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, do Centro Hospitalar Lisboa Norte e do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e os respetivos Diretores de Serviço tiveram com o Senhor Presidente da ARSLVT, IP, Senhor Dr. Rui Portugal, promovidas pelo próprio.

Com efeito dessas reuniões resultou uma rede de referenciação direta desses doentes para os três Centros Hospitalares de Lisboa tendo como critério a capacidade instalada em cada um deles.

Das referidas reuniões devem existir atas, anexamos um texto do qual temos conhecimento.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

TERESA SUSTELO
Presidente do Conselho de Administração

TS/TW

Sede: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Rua José António Serrano – 1150-199 – Lisboa Telf. 21 884 10 00 Fax: 21 884 10 23
Capital Estatutário: € 92.822.302,00 Contribuinte nº 508080142

Eduardo Gomes da Silva

De:	Margarida Borges (Assessoria) <margarida.borges@arslvt.min-saude.pt>
Enviado:	terça-feira, 28 de Junho de 2011 13:04
Para:	Eduardo Gomes da Silva; jigfragata@gmail.com; cruzferreira@netcabo.pt; Maria Joao Pais; Ana Paula Sousa Paula Uva; Abilio Lacerda; Ana Alvarez (GJC); manuel.barbosa@chln.min-saude.pt; joao.cravino@chln.min-saude.pt
Cc:	Manuel Tavares (GJC); Rui Portugal (CD)
Assunto:	Acta da Reunião de 27/06/2011
Anexos:	image001.gif; Acta_HCVP_2011_06_27.docx
Importância:	Alta

Exmos. Senhores,

Junto envio proposta de acta da reunião do passado dia 27/06/2011 que já mereceu a concordância do Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares.
Agradeço que introduzam as alterações que considerem pertinentes de forma ser elaborada e assinada a versão final.
Dado que não tenho o endereço de e-mail de todos os participantes, muito agradeço que os Senhores Directores Clínicos façam chegar esta informação aos seus Directores de Serviço.

Com os melhores cumprimentos

Margarida Borges
Assessora do Conselho Directivo

Email: margarida.borges@arslvt.min-saude.pt
Telemovel: +351 927 514 481 –Telefone: +351 218 424 870 – Fax: +351 218 499 723

Av. Estados Unidos da América, 75 / 77
1749-096 Lisboa - Portugal
www.arslvt.min-saude.pt

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

1

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

ACTA DE REUNIÃO

N.º	1
Data	27 de Junho 2011

Local: Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo (ARS-LVT)

Objecto: **Substituição da referenciação de doentes do foro da Cirurgia Cardio-Torácica para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa**

Presenças:

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARS-LVT)
- Dra. Margarida Borges (Assessora do Conselho Directivo em representação do Conselho Directivo)
- Dr. Manuel Tavares (Coordenador do Gabinete Jurídico e do Cidadão)
- Dra. Ana Alvarez (Gabinete Jurídico e do Cidadão)

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares
- Dr. Rui Manuel Cruz Ferreira (Coordenador Nacional)

Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. (CHLC)
- Dr. Eduardo Gomes da Silva (Director Clínico)
- Prof. Doutor José Fragata (Director do Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica)

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (CHLC)
- Prof. Doutor Manuel Barbosa (em representação do Director Clínico)
- Dr. João Cravino (Director do Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica)

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLC)
- Dra. Maria João Pais (Directora Clínica)

Hospital Curry Cabral, E.P.E. (HCC)
- Dra. Ana Paula Sousa Uva (Presidente do Conselho de Administração)
- Dr. Luís Mourão (Director da Unidade de Cuidados Intensivos)

Maternidade Alfredo da Costa (MAC)
- Dr. Abílio Lacerda (Director Clínico)
- Dra. Teresa Tomé (Directora do Serviço de Pediatria)

Por motivos de competência legal em razão do valor, o acordo a celebrar entre a Adminsitração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT) e a Cruz Vermelha Portuguesa necessita de ser previamente autorizado pelo Governo, por resolução do Conselho de Ministros. O projecto de acordo enviado à tutela não foi autorizado, tendo o assunto sido remetido para o novo Governo, recentemente entrado em funções.

Assim, na ausência de acordo, não é possível referenciar doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), pelo que se torna necessário equacionar soluções para a garantia da prestação de cuidados de saúde do foro da Cirurgia Cardio-Torácica aos doentes que até à data eram assistidos no HCVP através de referenciação inter-hospitalar por parte de Unidades Hospitalares pertencentes ao SNS, razão pela qual foi convocada a presente reunião.

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

ACTA DE REUNIÃO

N.º	1
Data	27 de Junho 2011

De acordo com o Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares, no ano de 2010 foram realizadas 897 cirurgias cardíacas no HCVP (304 cirurgias coronárias; 220 cirurgias valvulares; 79 ciurgias coronárias+valvulares; 45 cirurgias aórticas; 123 cirurgias a cardiopatias congénitas e 117 cirurgias a cardiopatias congénitas em doentes com <18 anos).

No cenário da não existência de um acordo entre ARS-LVT e HCVP foi considerado que importa garantir que todos os doentes serão assistidos atempadamente nas estruturas do SNS, ou seja, o CHLC, CHLN e CHLO para adultos e CHLC e CHLO para crianças.

Foi igualmente considerado que estando o HCC e a MAC integrados no Grupo Hospitalar Central de Lisboa (GHCL), os doentes provenientes destas instituições deveriam preferencialmente ser assistidos no CHLC (Hospital de Santa Marta), sem prejuízo da reformulação de áreas de forma a garantir a funcionalidade das capacidades instaladas nos outros hospitais. Ideia esta que foi subscrita pelas instituições pertencentes ao GHCL.

A) Referenciação de Adultos

a. *Situações Urgentes*

i. Os hospitais que até à presente data referenciavam doentes para o HCVP passam a poder fazê-lo para qualquer uma das três instituições acima enunciadas (CHLC; CHLN ou CHLO);

ii. O Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica contactado tem a responsabilidade de resolver a situação sob o ponto de vista clínico quer solucionando directamente o caso ou, na incapacidade de o fazer, contactando os outros Serviços existentes, devendo comunicar o resultado ao hospital referenciador;

iii. Na ausência de capacidade de resposta de qualquer das instituições, o ónus da resolução do problema permanece no primeiro hospital contactado.

b. *Cirurgia Electiva*

i. Os hospitais que até à presente data referenciavam doentes para o HCVP passam a fazê-lo para instituições do SNS de acordo com o esquema habitual de referenciação;

ii. O HCC referencia preferencialmente para o CHLC;

iii. A ARS-LVT, em articulação com a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, elaborará uma rede de referenciação para a Região;

iv. A ARS-LVT, através da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares monitorizará o funcionamento do sistema de referenciação agora criado. Trimestralmente serão tornados públicos relatórios de avaliação e acompanhamento onde constem pelo menos a actividade efectuada e as listas de espera.

c. *Doentes com cirurgia marcada no HCVP ou em seguimento após cirurgia*

i. Caso se torne necessário referenciar também estes doentes, a ARS-LVT através do gestor do contrato, repartirá os casos pelos 3 centros que se comprometem a programá-los/observá-los no período de uma semana contado a partir da data de notificação pela ARS-LVT.

B) Referenciação de doentes em idade pediátrica

a. *Situações Urgentes*

i. Os hospitais que até à presente data referenciavam doentes para o HCVP passam a poder fazê-lo para qualquer uma das duas instituições acima enunciadas (CHLC ou CHLO);

ii. O Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica contactado tem a responsabilidade de resolver a situação sob o ponto de vista clínico quer solucionando directamente o caso ou, na incapacidade de o fazer, contactando os outros Serviços existentes, devendo comunicar o resultado ao hospital referenciador;

iii. Na ausência de capacidade de resposta de qualquer das instituições, o ónus da resolução do problema permanece no primeiro hospital contactado.

b. *Cirurgia Electiva*

i. Os hospitais que até à presente data referenciavam doentes para o HCVP passam a fazê-lo para instituições do SNS de acordo com o esquema habitual de referenciação;

ii. A MAC referencia preferencialmente para o CHLC;

iii. A ARS-LVT, em articulação com a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, elaborará uma rede de referenciação para a Região;

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

ACTA DE REUNIÃO

N.º	1
Data	27 de Junho 2011

iv. A ARS-LVT, através da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares monitorizará o funcionamento do sistema de referenciação agora criado. Trimestralmente serão tornados públicos relatórios de avaliação e acompanhamento onde constem pelo menos a actividade efectuada e as listas de espera.

c. *Doentes com cirurgia marcada no HCVP ou em seguimento após cirurgia*

i. Caso se torne necessário referenciar também estes doentes, a ARS-LVT através do gestor do contrato, repartirá os casos pelos 3 centros que se comprometem a programá-los/observá-los no período de uma semana contado a partir da data de notificação pela ARS-LVT.

Foi decidida a criação de um endereço de correio electrónico (cardiotoracica@artslvt.min-saude.pt) para colocação de questões, esclarecimento de dúvidas e reporte de disfuncionalidades relacionadas com a implementação do sistema ora descrito. O conteúdo desta caixa de correio será reencaminhado automaticamente para o Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares, a quem caberá procurar uma resposta, com conhecimento para o Presidente do CD da ARS-LVT.

No decorrer da reunião foi levantada pela MAC a questão de actualmente o apoio de Cardiologia Pediátrica e de Cirurgia Cardio-Torácica naquela instituição ser assegurado por consultores externos que maioritariamente pertencem aos quadros do HCVP. Levanta-se assim um potencial problema de conflito de interesses e eventual denúncia dos contratos, temendo a MAC a descontinuidade da assistência cardiológica pediátrica.
De forma não vinculativa, quer o CHLC, quer o CHLO manifestaram a sua disponibilidade e interesse em participar na solução deste potencial problema.

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

ACTA DE REUNIÃO

N.º	1
Data	27 de Junho 2011

Dra. Margarida Borges
Assessora do Conselho Directivo da ARS-LVT
Em representação do CD da ARS-LVT

Dr. Manuel Tavares
Coordenador do Gabinete Jurídico e do Cidadão

Dra. Ana Alvarez
Gabinete Jurídico e do Cidadão

Dr. Rui Manuel Cruz Ferreira
Coordenador Nacional para
as Doenças Cardiovasculares

Dr. Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico do CHLC

Prof. Doutor José Fragata
Director do Serviço de Cir. Cardio-Torácica do CHLC

Prof. Doutor Manuel Barbosa
Em representação do Director Clínico do CHLN

Prof. Dr. João Cravino
Director do Serviço de Cir. Cardio-Torácica do CHLN

Folha N.º 5/6

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

ACTA DE REUNIÃO

N.º	1
Data	27 de Junho 2011

Dra. Maria João Pais
Directora Clínica do CHLO

Dra. Ana Paula Sousa Uva
Presidente do Conselho de Administração do HCC

Dr. Luís Mourão
Director da Unidade de Cuidados Intensivos do HCC

Dr. Abílio Lacerda
Director Clínico da MAC

Dra. Teresa Tomé
Directora do Serviço de Pediatria da MAC

Folha N.º	6/6

8. Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA EPE
HOSPITAL

Exmº. Senhor
Dr José António Carpinteiro
Auditor Coordenador
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

CA 31/2013 Amadora, 23 de Abril de 2013

Assunto: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria nº 11/2011-2ª secção do Tribunal de Contas – Processo nº 27/2012 Audit

Na sequência da recepção do Ofício nº 5457, de 15 de Abril de 2013, com a Refª DAVI-UAT 1, Proc. Nº 27/12-Audit, em relação ao Relato de Auditoria, o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, (HFF), entende prestar os seguintes esclarecimentos:

1. O HFF recorreu à referenciação de doentes para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), na área da Cirurgia Cardíaca Pediátrica, de acordo com o Protocolo então em vigor.

2. A decisão de referenciação assentou sempre na informação clínica para cada situação considerada individualmente, igualmente validada pela responsável do Departamento de Pediatria e ainda, pelo Conselho de Administração, por delegação na Direcção de Produção. Nestas referenciações, esteve subjacente a incapacidade de resposta do HFF por inexistência de recursos e ainda a presunção da necessidade de continuidade de cuidados a prestar ao utente.

3. A referida referenciação, no âmbito desta especialidade, verificou-se ao abrigo do Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a CVP, celebrado a 26 de Junho de 2008.

4. Posteriormente, e na sequência da Circular Normativa nº 335 de 28/06/2011 da ARSLVT, impondo a suspensão com efeitos a 1/07/2011 da referenciação de doentes para o HCVP, o HFF deixou de referenciar doentes para esta Instituição.

Desde essa data que o HFF tem vindo a referenciar os seus doentes de acordo com a referida Circular Normativa, ou seja, para instituições do SNS com competências nesta área.

5. Informa-se ainda que, excepcionalmente, em 2012, foram transferidos 3 doentes para o HCVP, opção assente em situações específicas e que se apresentam de seguida:

- Processo 922202: com autorização da ARSLVT (em anexo)
- Processo 920594: com indicação e autorização da ARSLVT

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
2720-276 AMADORA
TEL.: 21 434 82 00 FAX: 21 434 55 66
CAP. ESTATUTÁRIO: € 18.200.000,00
NIF: 503 035 416

HFF EPE – Mod. 1501 - V3/2011

PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA EPE
HOSPITAL

- Processo 930392: utente transferida para o HFF e com termo de responsabilidade do Hospital da área (Centro Hospitalar do Porto).

6. Importa ainda referir que o recurso a médicos especialistas contratados em regime de prestação de serviços, nesta área, para apoio à Unidade de Neonatologia do Departamento de Pediatria, assentou na inexistência interna de recursos. No entanto, como referido no ponto 2, a decisão de transferência para o HCVP foi sempre validada pela responsável do Departamento de Pediatria.

7. Decorrente do ponto referido no número anterior, e apesar da alteração da Rede de Referenciação, a manutenção do apoio daqueles médicos continua a verificar-se neste Serviço, o que reforça o seu âmbito de intervenção circunscrito à mera assessoria clínica da equipa do Serviço de Neonatologia.

8. A partir da implementação da Circular Normativa nº 335, de 28/06/2011 da ARSLVT, o HFF tem-se articulado com as Instituições Hospitalares do SNS, tendo procedido às seguintes transferências, entre Julho de 2011 e Dezembro de 2012:

- Hospital de Santa Cruz – CHLO: 1 doente
- Hospital de Santa Marta- CHLC: 13 doentes.

9. A nossa exposição de 6 de Janeiro de 2012, e não 6 de Fevereiro de 2012, como é referido no Relato, foi enviada ao Senhor Presidente do Conselho Directivo da ARSLVT, IP, com conhecimento da Senhora Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central e Senhor Director do Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica do Hospital de Santa Marta, com base nos fundamentos nela descritos.

Ainda em 2011, o Conselho de Administração entendeu aprofundar os mecanismos de acompanhamento e gestão de conflitos de interesses, tendo criado e aprovado o Código de Ética (Anexo1), que define um conjunto de regras de conduta, aplicáveis a todos os colaboradores do HFF, ligados à Instituição a título permanente ou eventual, qualquer que seja o regime legal que suporta o respectivo vínculo. Já em 2013, estes mecanismos foram reforçados através do Plano de Prevenção de Riscos, de Corrupção e Infracções Conexas (Anexo2), no sentido do cumprimento das regras de bom governo que garantam a transparência da gestão e a integridade na utilização dos recursos públicos.

Manifestamos a V. Exas. a nossa total disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Luís Marques

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
2720-276 AMADORA
TEL.: 21 434 82 00 FAX: 21 434 55 66
CAP. ESTATUTÁRIO: € 18.200.000,00
NIF: 503 035 416

HFF EPE – Mod. 1501 - V3/2011

ANEXO 1

CÓDIGO DE ÉTICA DO HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF), hospital com natureza pública empresarial, enquanto organização complexa que articula a participação de uma grande multiplicidade e diversidade de profissionais na prossecução da sua Missão de prestação de cuidados de saúde, ensino de profissionais dos variados ramos e investigação clínica e não clínica, associa à sua natureza de empresa do universo público a de prestador e garante de um serviço público de enorme relevância social e económica para o tecido social dos concelhos de Amadora e Sintra e não só. Por isso, deve pautar o seu funcionamento e o comportamento individual dos seus colaboradores, não só por elevados valores institucionais que devem ser partilhados por todos quantos actuam no seu âmbito ou em seu nome mas, também, por níveis reforçados de exigência ética que decorrem da natureza da sua actividade e do facto de lidar, diariamente, com centenas de seres humanos em situação de maior fragilidade e dependência. E, enquanto empresa pública, está o HFF também naturalmente obrigado a cumprir as regras de bom governo que garantam a transparência da sua gestão, a integridade na utilização dos recursos públicos, a busca da maior eficiência interna e a redução do desperdício, a garantia dos direitos dos cidadãos utilizadores e o respeito pelas expectativas quer dos cidadãos utilizadores quer dos cidadãos contribuintes.

1.2. A criação de um Código de Ética do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF) corresponde, assim, não só ao cumprimento dos dispositivos legais aplicáveis, de forma genérica, às empresas públicas, designadamente a Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2007 mas, também e essencialmente, ao preenchimento de uma lacuna no âmbito dos instrumentos institucionais de consecução da Missão e da Visão do HFF e de concretização dos seus valores institucionais estabelecidos no seu Regulamento Interno.

1.3. Este Código deverá ser entendido como um suporte que permitirá, a todos quantos trabalham ou actuam em nome do HFF – a título individual ou no desempenho de funções ou cargos institucionais -, disporem de um referencial de conduta aplicável a todas as actividades desenvolvidas, sejam ou não de natureza clínica. E naturalmente que se exige que quem desempenha cargos ou funções de maior responsabilidade na estrutura do HFF, a começar pelo Conselho de Administração, os exerça de forma eticamente exemplar.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

2.1. O presente Código de Ética aplica-se a todos os colaboradores do HFF, ligados à instituição a título permanente ou eventual, qualquer que seja o regime legal que presida à constituição do respectivo vínculo, incluindo as empresas de prestação de serviços pessoais contratadas pelo HFF e às pessoas que, a qualquer título, representem ou actuem em nome do HFF. As normas dele constantes aplicam-se sempre, qualquer que seja o âmbito profissional da actividade desenvolvida por cada colaborador, o cargo ou a função em que esteja investido no âmbito da estrutura organizativa do HFF.

2.2. A aplicação deste Código de Ética não isenta os colaboradores do HFF e outras pessoas obrigadas, ao cumprimento de outras disposições legais ou regulamentares aplicáveis em cada caso concreto, bem como a outras normas a que os profissionais estejam obrigados por inerência do exercício das suas funções.

2.3. Este Código apresenta um carácter transversal abrangente de todas as actividades e todos os colaboradores do HFF, não conflituando com o âmbito e competências próprias da Comissão de Ética do HFF, nos termos do Regulamento Interno e da legislação aplicável, nem substituindo a Comissão de Ética do HFF na sua intervenção.

3. LEGISLAÇÃO E ÉTICA

3.1. O HFF e todos os seus colaboradores comprometem-se a garantir, em todas as actividades desenvolvidas, a total conformidade com a legislação nacional e/ou internacional aplicável. Está vedado aos colaboradores do HFF a execução, em nome do HFF, de qualquer acção que viole a legislação e os regulamentos aplicáveis à sua respectiva actividade.

3.2. O HFF deve prestar às autoridades de supervisão e fiscalização toda a colaboração ao seu alcance, satisfazendo as solicitações que lhe forem dirigidas e facilitando o exercício das suas competências de supervisão.

3.3. O HFF garante a disponibilização do Código de Ética a todos os seus colaboradores através da Intranet, devendo a adesão explícita ao presente Código constar dos contratos de trabalho ou prestação de serviços a estabelecer entre o HFF e os seus novos colaboradores.

3.4. O HFF garante, também, e mediante pedido, a disponibilização do seu Código de Ética a todos os seus utentes, fornecedores e restantes interessados.

3.5. O HFF garante, através do seu Gabinete Jurídico, a existência de um canal de comunicação e de resolução de dúvidas que poderá ser utilizado por qualquer interessado.

3.6. A implementação concreta do presente Código de Ética no HFF será proactiva, aberta e complementada por regulamentos, normas e procedimentos sempre que tal se afigure como necessário.

3.7. O HFF assume este Código de Ética como um instrumento privilegiado de resolução de questões éticas, garantindo a sua conformidade com as práticas legalmente estatuídas.

4. VALORES FUNDAMENTAIS

4.1. Defesa da Vida e da Dignidade Humanas

4.1.1. O HFF e todos os seus colaboradores estão obrigados a defender o valor da vida e da dignidade humanas em todas as suas dimensões e em todas as circunstâncias, de acordo com a lei nacional vigente, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, com a Convenção sobre os Direitos das Crianças e com a Carta de Direitos e Deveres dos utentes dos serviços públicos de saúde.

4.1.2. É reconhecido a todos os colaboradores o direito à objecção de consciência relativamente à prestação de cuidados de saúde específicos que conflituem com as suas convicções filosóficas, políticas ou religiosas.

4.2. Serviço Público

4.2.1. Os colaboradores do HFF devem exercer as suas funções exclusivamente no interesse do serviço público que a instituição presta e actuar com elevado espírito de missão.

4.2.2. Os colaboradores devem zelar pela protecção e bom estado de operacionalidade do património do HFF, fazendo uma utilização criteriosa, parcimoniosa e eficiente dos bens que lhe são facultados para o exercício da sua actividade ou funções, e adoptando as medidas adequadas a minimizar os custos, assim promovendo a eficiência e evitando o desperdício.

4.2.3. Está vedada a utilização, directa ou indirecta, de quaisquer bens do HFF para fins diferentes da prossecução do interesse institucional, não sendo permitida aos colaboradores a utilização de máquinas, equipamentos, ferramentas, instalações, serviços ou outros bens do HFF para benefício próprio ou de terceiros.

4.2.4. Na prestação de cuidados todos os colaboradores devem observar o princípio da justiça distributiva, essencial para a gestão eficiente dos recursos e para o tratamento dos utentes do HFF.

4.2.5. Todos os colaboradores do HFF estão obrigados, no exercício da sua actividade ou funções a apoiar e incrementar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde necessários, de acordo com os recursos disponíveis.

4.2.6. Todos os colaboradores do HFF estão obrigados a zelar pela qualidade dos cuidados e pela segurança dos doentes, promovendo, na respectiva esfera de influência, o cumprimento dos compromissos estabelecidos entre o HFF e as entidades de contratualização competentes.

4.3. Imparcialidade e Isenção

4.3.1. O HFF promove o respeito pela igualdade de oportunidades, sendo que todas as práticas, políticas e procedimentos laborais devem ser orientados no sentido de impedir a discriminação e o tratamento diferenciado em função da raça, género, orientação sexual, credo, estado civil, deficiência física, opiniões de outra natureza, origem social, naturalidade, associação política ou sindical.

4.3.2. Os colaboradores do HFF, no exercício da sua actividade ou funções, devem ser isentos nos seus juízos e opiniões e independentes de interesses políticos, económicos ou religiosos nas suas decisões ou deliberações. Devem, igualmente, pautar a sua actuação por rigorosa objectividade e imparcialidade.

4.3.3. Os colaboradores do HFF devem escusar-se a intervir em processos individuais ou colectivos de tomada de decisão ou deliberação que envolvam, directa ou indirectamente, organizações exteriores ao HFF com as quais colaborem ou tenham colaborado, assim como os que digam respeito, directa ou indirectamente, a pessoas ou entidades a quem estejam ou tenham estado ligados por laços de parentesco ou afinidade.

4.4. Responsabilidade

4.4.1. Os colaboradores do HFF devem respeitar e fazer respeitar os valores do HFF, promovendo a cooperação e a responsabilidade institucional, empenhando-se em salvaguardar a sua credibilidade e boa imagem em todas as situações, bem como em assegurar o seu prestígio.

4.4.2. Os colaboradores devem adoptar uma conduta responsável que os prestigie a si próprios e ao HFF, usar de reserva, urbanidade e discrição e prevenir quaisquer acções susceptíveis de desprestigiar e comprometer o HFF.

4.4.3. Os colaboradores do HFF devem cumprir as suas obrigações de forma responsável e zelosa, procurando o rigor, a sustentação técnica e a excelência de desempenho, mesmo em circunstâncias difíceis.

4.4.4. No âmbito das relações laborais, os colaboradores do HFF devem cumprir escrupulosamente as suas obrigações definidas em contrato ou noutros dispositivos adequados, designadamente no que respeita ao dever de assiduidade, pontualidade e cumprimento dos horários e escalas definidos. No mesmo âmbito, deve o HFF, nas suas relações enquanto empregador com os seus colaboradores, definir e aplicar políticas que visem a melhoria das condições de trabalho e cumprir escrupulosa e tempestivamente as obrigações assumidas para com os colaboradores. Em nome da assumpção da responsabilidade do HFF pelos doentes que se lhe confiam, está completamente vedado aos colaboradores do HFF o abandono do local de trabalho sem que se verifique a respectiva substituição ou sem que a respectiva chefia o determine.

4.4.5. Os colaboradores do HFF, designadamente os que, pela natureza da sua actividade, são responsáveis pela determinação de custos para a instituição ou para os seus utentes, devem usar da máxima parcimónia, critério clínico, rigor e transparência na prescrição de exames complementares de diagnóstico e terapêutica ou medicamentos, evitando a prescrição de exames, tratamentos ou medicamentos inúteis ou inócuos e considerar, designadamente no que respeita à prescrição de medicamentos que impliquem responsabilidade financeira dos utentes, a respectiva capacidade financeira para aquisição dos medicamentos prescritos, optando, sempre que possível, pelas alternativas mais económicas.

4.4.6. O HFF reconhece de forma absoluta e universal os direitos humanos enquanto elemento estruturante de uma sociedade moderna e democrática e pauta a sua acção e conduta pelo seu rigoroso respeito quer relativamente aos seus colaboradores e utentes quer relativamente a quaisquer outras pessoas que com ele interajam. A não discriminação, o direito à informação relevante sobre o estado de saúde, o consentimento informado para realização de técnicas terapêuticas ou diagnósticas que envolvam qualquer risco constituem exemplo de operacionalização do respeito pelos direitos humanos.

4.5. Profissionalismo

4.5.1. Os colaboradores do HFF devem adoptar em todas as circunstâncias um comportamento competente, correcto e de elevado profissionalismo.

4.5.2. O HFF deve promover o aperfeiçoamento pessoal e profissional dos seus colaboradores, nomeadamente através de acções de formação, de frequência obrigatória ou opcional, garantindo a sua habilitação com os conhecimentos necessários à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e à segurança própria e dos doentes e incentivando-os a manter uma vida pessoal e profissional equilibrada.

4.5.3. Os colaboradores do HFF devem procurar desenvolver e actualizar de forma contínua os seus conhecimentos e competências e tirar o melhor aproveitamento das acções de formação promovidas ou financiadas pelo HFF.

4.5.4. A segurança, a saúde e bem-estar dos colaboradores constitui uma prioridade para o HFF. Todos os colaboradores devem conhecer e cumprir as normas segurança e saúde no trabalho, bem como reportar qualquer não conformidade detectada.

4.5.5. A qualidade dos serviços que o HFF presta à comunidade e a eficiência no desempenho das suas funções devem ser, a par da adequação e efectividade dos cuidados prestados, um dos objectivos principais dos seus colaboradores.

4.5.6. Os colaboradores do HFF estão obrigados, no âmbito da sua actividade profissional, a reportar todos os eventos adversos e erros que cometam ou de que tenham conhecimento quer na prestação de cuidados de saúde quer em qualquer outra actividade, com a garantia de que tal comunicação tem como objectivo essencial a melhoria dos processos e procedimentos e não a punição dos responsáveis.

4.6. Integridade e Honestidade

4.6.1. Os colaboradores do HFF devem pautar a sua actividade por critérios de honestidade pessoal e integridade de carácter, devendo actuar dentro de um quadro de transparência, profissionalismo, rigor e boa-fé, abstendo-se de, por quaisquer formas, criar ou manter situações irregulares ou de favor.

4.6.2. No desenvolvimento das suas actividades profissionais todos os colaboradores devem observar os princípios da lealdade, rigor, transparência, eficiência e abertura, sendo todas as suas acções norteadas pelo cumprimento dos princípios da integridade e transparência da informação que utilizem, pela legitimidade formal e substancial da sua actuação e plea clareza e veracidade dos documentos de suporte.

4.6.3. É interdita qualquer prática que corporize corrupção, em todas as suas formas activas e passivas, quer através de actos e omissões quer por via da criação e manutenção de situações irregulares ou de favor.

4.6.4. Os colaboradores do HFF estão proibidos de retirar vantagens pessoais patrimoniais ou outras do exercício das suas funções profissionais e estão obrigados a denunciar às suas chefias ou direcções quaisquer tentativas de aliciamento de que sejam objecto ou de que

tomem conhecimento para a realização de actividades que violem a lei e os regulamentos e normas internas ou prejudiquem o interesse do Estado português, do HFF ou dos seus utentes.

4.6.5. Os colaboradores do HFF não podem, pelo exercício das suas funções, aceitar ou solicitar quaisquer dádivas, presentes ou futuras, para si ou seus familiares ou amigos, de qualquer natureza, sem que tais dádivas sejam comunicadas e aprovadas pelas respectivas chefias ou direcções. Não se consideram nesta matéria as ofertas de valor simbólico oferecidas pelos doentes ou familiares. Igualmente se não consideram abrangidas por esta proibição os patrocínios de acções de formação individual ou colectiva assumidos por fornecedores de bens de consumo, de investimento ou serviços do HFF, desde que comunicados e autorizados previamente pelas entidades internas competentes para o efeito e registados no pedido de frequência ou de ausência para a frequência de tais acções.

4.6.6. O HFF e os seus colaboradores obrigam-se a respeitar a verdade dos factos, designadamente no que respeita ao fornecimento de informação adequada, inteligível e verdadeira sobre o estado de saúde e prognóstico aos utentes, e ao fornecimento de informação fidedigna, confiável e pertinente às entidades de supervisão, fiscalização ou tutela, bem como nas suas relações com a comunicação social.

4.6.7. Os colaboradores do HFF comprometem-se a não exercer qualquer actividade profissional externa que interfira negativamente, pela sua natureza ou pelo horário em que se verifica, com as suas obrigações profissionais e de isenção no HFF.

4.6.8. A realização de ensaios clínicos no HFF rege-se por rigorosos critérios éticos. A integração de doentes nos ensaios clínicos está obrigatoriamente sujeita ao consentimento informado prévio e o HFF procederá à publicação, em Intranet e no seu site, de informação sumária sobre os ensaios aprovados e a decorrer no hospital, com identificação do seu objectivo, promotor, investigador principal, montante financeiro envolvido e prazo de execução.

5. SIGILO PROFISSIONAL

5.1. Os colaboradores do HFF devem cumprir com o máximo rigor e atenção as normas legais e as orientações das entidades competentes em matéria de protecção de dados pessoais, no respeito pelos mais elevados padrões de sigilo profissional no acesso, gestão e processamento de toda a informação relevante, designadamente a de natureza clínica.

5.2. Nos termos da legislação vigente sobre segredo profissional, o relacionamento do HFF com os doentes deve pautar-se pela observância de estrita confidencialidade e pelo cumprimento dos deveres que sobre os profissionais de saúde impendem, designadamente o dever de não revelar ou utilizar informações sobre factos e pessoas, a não ser mediante autorização expressa ou nos casos previstos na lei.

5.3. Nos contactos com os utentes e com o público em geral e sem prejuízo do dever de sigilo, os colaboradores do HFF estão adstritos à máxima discrição e particular cautela, tanto na forma e conteúdo como nos meios utilizados para a transmissão da informação.

5.4. Os colaboradores do HFF devem ainda guardar absoluto sigilo de todos os factos respeitantes à vida da instituição de que tenham conhecimento no exercício das suas funções

ou por causa delas. A comunicação de informação institucional constitui competência dos órgãos de administração ou de quem eles determinarem. Este dever de sigilo é especialmente aplicável aos colaboradores que tenham acesso a informação reservada, designadamente planos de desenvolvimento e actividade, novos modelos de gestão ou organização, processos de aquisição, informação financeira, negociação de contratos, etc.

5.5. É igualmente crucial e obrigatória a reserva sobre factos da vida de outros colaboradores que, por força da actividade desenvolvida, sejam do seu conhecimento.

6. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

6.1. Todos os colaboradores do HFF devem contribuir para a criação e manutenção de um bom ambiente de trabalho, nomeadamente através da colaboração, inter-ajuda e cooperação mútua, devendo para esse fim não procurar vantagens pessoais à custa de outros colaboradores, implementando as decisões que sejam tomadas de acordo com as políticas da instituição ou incentivando e apoiando a sua aplicação.

6.2 Os colaboradores do HFF deverão estimular a interdisciplinaridade e o complemento de saberes e competências, o trabalho de equipa, a boa comunicação com os colegas de todos os grupos profissionais, prosseguindo uma atitude de melhoria contínua e empenhando-se na sua própria evolução pessoal e profissional, bem como das equipas que integrem.

7. PATRIMÓNIO

7.1. Os colaboradores do HFF devem proteger e preservar o património da instituição, documental ou não, material ou imaterial, utilizando-o ainda e apenas na execução da sua actividade e no exercício das suas funções, procurando sempre fazer o uso mais adequado e eficiente do mesmo.

7.2. Os colaboradores do HFF responsáveis pela utilização de equipamentos clínicos devem garantir, de forma contínua e de acordo com as respectivas instruções, as suas boas condições de funcionamento e manutenção, de forma a minimizar o risco para os doentes e utilizadores do equipamento.

8. AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE

8.1. Os colaboradores do HFF devem, no exercício da sua actividade, promover uma utilização racional dos meios que são colocados à sua disposição, de forma a evitar desperdícios e danos ambientais, promovendo a reutilização e reciclagem sempre que tal seja possível.

8.2. O HFF deverá desenvolver e aplicar políticas ambientalmente sustentáveis e responsáveis, diminuindo a sua pegada ecológica.

9. O HOSPITAL E A COMUNIDADE

9.1. O HFF deve desenvolver um relacionamento proactivo, profícuo e criativo com a Comunidade que serve, articulando-se e colaborando com as Autarquias, as Organizações não-Governamentais, as Escolas, as entidades públicas e o tecido empresarial e económico dos concelhos da Amadora e Sintra, como forma de maximizar o valor sanitário, social e económico da sua intervenção e de garantir a consideração dos interesses comunitários na sua gestão e funcionamento.

9.2. Em especial, o HFF deve aproveitar todas as oportunidades para aumentar a colaboração e articulação com os serviços, públicos ou privados, de saúde ou sociais, com o fim de melhorar a integração e continuidade dos cuidados de saúde e de apoio social aos seus utentes e à população em geral.

9.3. A responsabilidade social do HFF deve, igualmente, corporizar-se, no âmbito do ensino, formação inicial e formação contínua, através do estabelecimento de parcerias com entidades públicas e privadas de ensino e formação dos vários níveis.

9.4. Ainda no âmbito da responsabilidade social, o HFF deve desenvolver esforços no sentido de garantir condições para a contratação de pessoas portadoras de deficiência física ou outras cuja condição limita a respectiva empregabilidade.

9.5. O desenvolvimento de investigação clínica e não clínica deverá, igualmente, constituir um objectivo institucional que operacionalize a responsabilidade social do HFF.

10. RELAÇÕES EXTERNAS

10.1. Todos os colaboradores do HFF devem usar da maior cortesia no seu relacionamento com os utentes, fornecedores, público em geral e parceiros do Hospital e estabelecer com eles uma relação que, pautada pela boa-fé, contribua para garantir, com correcção e serenidade, o cumprimento dos respectivos direitos e deveres.

10.2. Todos os colaboradores do HFF devem pautar o seu relacionamento com os utentes, fornecedores, público em geral e parceiros do Hospital pelos mais elevados padrões de integridade, honestidade e transparência.

10.3. O HFF, através dos seus colaboradores devidamente mandatados ou legitimados para o efeito, coopera activa e integralmente com as autoridades, mantendo comportamentos caracterizados pelo rigor, transparência e franca colaboração. É interdito aos colaboradores do HFF prestar, induzir ou favorecer declarações falsas às autoridades. Todos os colaboradores do HFF estão obrigados a comunicar superiormente ou, directamente, às autoridades competentes, os factos irregulares de que tenham conhecimento no desempenho das suas funções profissionais, envolvendo outros colaboradores, utentes, fornecedores, público em geral ou parceiros do Hospital.

10.4. Aos utentes deve ser assegurado, com toda a transparência, o apoio, a informação ou o esclarecimento que seja solicitado sobre qualquer assunto do seu interesse directo, pessoal e legítimo. Os colaboradores do HFF devem evidenciar elevado profissionalismo, disponibilidade, respeito e delicadeza no trato com os utentes e suas famílias e amigos, actuando sistematicamente com vista a proporcionar-lhes um atendimento e apoio eficaz e eficiente.

10.5. O HFF deve honrar, integralmente, os seus compromissos com os fornecedores de bens e serviços, ao mesmo tempo que deve verificar o integral cumprimento pelos fornecedores das normas definidas contratualmente. Os contratos devem ser claramente redigidos, sem ambiguidades ou omissões de relevo. Na sua relação com os fornecedores de bens e serviços, o HFF respeita e cumpre os princípios da contratação pública, nomeadamente os da igualdade, transparência e concorrência na selecção dos seus fornecedores.

10.6. O HFF, no seu relacionamento com outras entidades, públicas ou privadas e qualquer que seja a natureza e finalidade de tal relacionamento, pauta a sua acção pelo cumprimento dos valores constantes do presente Código de Ética.

11. ACÇÃO DISCIPLINAR

O colaborador que não cumpra os princípios constantes no presente Código de Ética pode incorrer em acção disciplinar, nos termos legais e atentas as infracções praticadas.

ANEXO 2

HOSPITAL

PLANO de PREVENÇÃO de RISCOS, de CORRUPÇÃO e INFRACÇÕES CONEXAS

2013

ÍNDICE

1. Introdução

Na sequência da Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 01 de Julho de 2009, emitida pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), cujo prazo foi prorrogado pela Recomendação nº1/2010, publicada em Diário da Republica, 2ª série, nº 71, de 13 de Abril de 2010, sobre "Planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas", a qual estabelece que "Os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem, (...) elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas (...)", vem o Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. (HFF), apresentar o seu Plano para o ano de 2013, no âmbito do qual se identificam os possíveis riscos e/ou eventos por áreas/Serviços, reportando, através de escala própria, o nível de impacte e grau de probabilidade de ocorrência e apresentando medidas preventivas.

A elaboração deste Plano constitui um esforço inicial no sentido de cumprir a recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, pelo que a sua implementação e divulgação, será feita com a maior brevidade, através dos meios ao dispor da Instituição.

Assim, e de acordo com as recomendações, o presente Plano tem por objectivos:

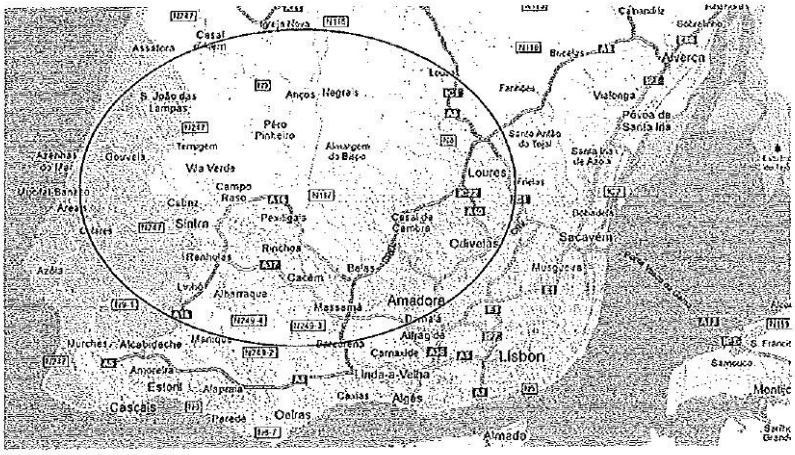
- Identificar as situações potenciadoras de riscos de corrupção e infracções conexas;
- Estabelecer as medidas preventivas e correctivas, que permitam reduzir esses riscos, através da minimização da probabilidade da sua ocorrência e do impacto esperado;
- Definir um sistema de controlo e monitorização das medidas implementadas e respectivos efeitos.

Criando, deste modo, uma oportunidade para melhorar a qualidade dos mecanismos de controlo interno, o presente Plano será tanto mais eficaz, quanto maior for o envolvimento dos profissionais do Hospital na sua aplicação.

2. Caracterização do Hospital

2.1 *Área de Influência*

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., foi criado por Decreto-Lei, em Outubro de 2008, que definiu o seu novo estatuto jurídico, de entidade público-empresarial, depois de uma experiência de 13 anos sob gestão privada. É um Hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra.



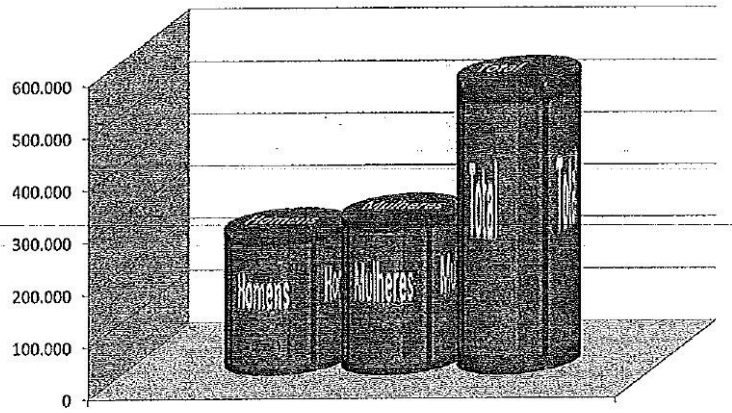
A população da área de influência do Hospital é de 552.972 habitantes (INE, 2011). A área de referência do Hospital inclui 2 concelhos do distrito da Grande Lisboa, estando distribuída da seguinte forma: Sintra – 68,33% e Amadora – 31,67%.

A população da área de influência do HFF, desde 2011, cresceu 2,47%, sendo que este crescimento deve-se ao Concelho de Sintra que cresceu 3,87%, mais 14.086 habitantes, enquanto que, no Concelho da Amadora se verificou um ligeiro decréscimo de 0,42% que corresponde a 736 habitantes.

A actividade do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., desenvolve-se de acordo com a política de saúde definida pelos programas dos Governos Constitucionais, concretizada através do cumprimento dos objectivos nacionais e regionais, definidos pelo Ministério da Saúde.

Neste âmbito, o Hospital, enquanto instituição pública, prestadora de cuidados de saúde, acompanha as reformas profundas do Serviço Nacional de Saúde, que pretendem criar as condições necessárias à execução das metas previstas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, garantindo, no seu contexto organizacional, os instrumentos necessários e adequados à prestação de cuidados centrados nas necessidades do cidadão, uma maior humanização do funcionamento dos seus serviços e a gestão responsável e criteriosa dos recursos disponíveis.

Local de residência	População residente por Local de residência e Sexo (2011) Homens	Mulheres	Total
Sintra	**180.705**	**197.130**	**377.835**
Agualva-Cacém	x	x	x
Algueirão-Mem Martins	31.600	34.650	66.250
Almargem do Bispo	4.401	4.582	8.983
Belas	12.691	13.396	26.087
Colares	3.623	4.005	7.628
Montelavar	1.740	1.819	3.559
Queluz	12.178	14.070	26.248
Rio de Mouro	22.567	24.744	47.311
Sintra (Santa Maria e São Miguel)	4.410	4.954	9.364
São João das Lampas	5.600	5.792	11.392
Sintra (São Martinho)	2.972	3.254	6.226
Sintra (São Pedro de Penaferrim)	7.024	6.977	14.001
Terrugem	2.502	2.611	5.113
Pêro Pinheiro	2.083	2.163	4.246
Casal de Cambra	6.168	6.533	12.701
Massamá	13.374	14.738	28.112
Monte Abraão	9.798	11.011	20.809
Agualva	17.015	18.809	35.824
Cacém	10.112	11.177	21.289
Mira-Sintra	2.522	2.758	5.280
São Marcos	8.325	9.087	17.412
Amadora	**82.342**	**92.794**	**175.136**
Alfragide	4.708	5.196	9.904
Brandoa	8.535	9.270	17.805
Buraca	7.599	8.482	16.081
Damaia	9.734	11.160	20.894
Falagueira	6.820	7.711	14.531
Mina	8.445	9.532	17.977
Reboleira	6.558	7.786	14.344
Venteira	8.534	10.005	18.539
Alfornelos	4.880	5.559	10.439
São Brás	12.625	13.638	26.263
Venda Nova	3.904	4.455	8.359
Total de População Residente	**263.047**	**289.924**	**552.971**



Total de População Residente

2.2 *Missão*

O Hospital tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo da vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com os demais Hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando, adequadamente, os seus recursos humanos e materiais em obediência aos princípios da qualidade, de efectividade e de eficiência.
Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais.

2.3 *Valores*

A actividade desenvolvida pelos colaboradores do Hospital rege-se por procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e actuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo e orienta-se em função dos interesses dos doentes e suas famílias, numa perspectiva de defesa do direito à protecção da saúde e da satisfação das suas necessidades e preferências individuais.

Fazem igualmente parte dos valores institucionais, a honestidade e rectidão na relação com terceiros, sejam doentes, fornecedores ou entidades técnicas e oficiais, obrigando-se todos os colaboradores do Hospital a pautarem o seu comportamento pelas normas de ética e deontologia aplicáveis.

Assim, são valores fundamentais, expressos no Código de Ética do Hospital:

- Defesa da Vida e da Dignidade Humanas;
- Serviço Público;
- Imparcialidade e Isenção;
- Responsabilidade;
- Profissionalismo;
- Integridade e Honestidade;
- Sigilo Profissional;
- Relações Interpessoais;
- Património;
- Ambiente e Sustentabilidade;
- O Hospital e a Comunidade;
- Relações Externas.

2.4 *Identificação do Órgão de Gestão*

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., é dirigido por um Conselho de Administração ao qual compete garantir o cumprimento dos objectivos estabelecidos pelo Governo, bem como o exercício de todos os poderes de gestão e é constituído pelos seguintes elementos:

Presidente	Dr. Luís Marques
Vogal	Dra. Helena Martins Alves
Vogal	Dr. Luís Gouveia
Director Clínico	Dr. Nuno Alves
Enfermeiro Director	Enfermeiro João Vieira

2.5 Caracterização do Ambiente Interno do Hospital

O Conselho de Administração do HFF, coloca o primado da gestão do risco, na segurança do doente e na qualidade dos serviços prestados.

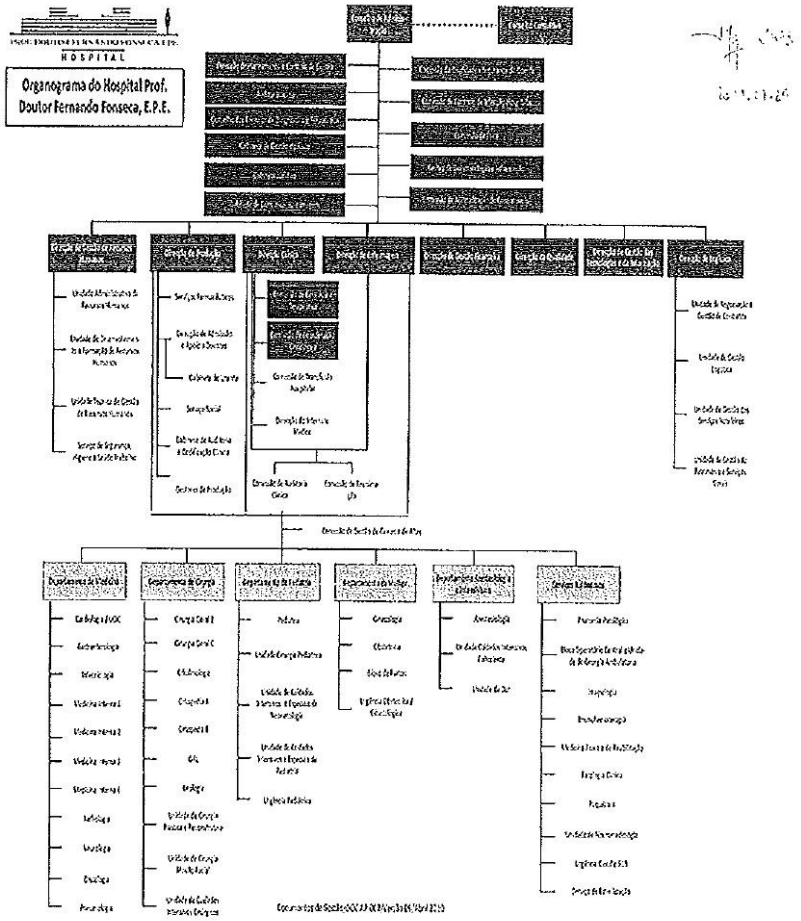
No âmbito do processo de Acreditação pelo CHKS, são monitorizados os seguintes processos:

- Identificação correcta dos doentes;
- Prevenção e controlo das quedas;
- Prevenção e tratamento de feridas e úlceras de pressão;
- Higienização das mãos;
- Melhoria da segurança da medicação;
- Prevenção de lesões músculo-esqueléticas;
- Melhoria da comunicação.

A gestão do Hospital desenvolve-se no enquadramento legislativo e normativo aplicável à sua actividade, encontrando-se suportada entre outros pelos seguintes documentos:

- Regulamento Interno;
- Código de Ética;
- Organograma;
- Plano Estratégico;
- Normas Internas (Acreditação pelo CHKS e ISO 9001;2008);
- Manuais.

2.6 Estrutura Organizacional



3. Enquadramento

Para uma maior consciencialização de todos os colaboradores da instituição, é importante ter presente os conceitos de corrupção e infracções conexas, os quais, sumariamente, se passam a descrever:

- Entende-se por **corrupção**, a vantagem indevida, ou mesmo a mera promessa desta, para a assunção de determinado comportamento, lícito ou ilícito, pela acção ou omissão de determinada prática, a qual é realizada com uma compensação, ou a promessa de uma qualquer compensação para o próprio ou para terceiro;

- Por **infracções conexas**, entendem-se outros crimes lesivos do bom funcionamento da instituição, cuja finalidade comum será a obtenção de uma vantagem indevida, quer para si ou para terceiro, podendo configurar nomeadamente as figuras do abuso de poder, concussão, participação económica em negócio, o suborno, o tráfico de influências e o peculato. A configuração destes crimes e a sua tipificação encontram-se descritos na lei penal em vigor, em Portugal;

- Entende-se por **abuso de poder** o comportamento do funcionário que abusar de poderes ou violar deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa;

- Entende-se por **concussão** a conduta do funcionário que, no exercício das suas funções ou de poderes de facto delas decorrentes, por si ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou para terceiro, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima;

- A **participação económica em negócio** pode ser definido como o comportamento do funcionário que, com intenção de obter, para si ou para terceiro, participação económica ilícita, lesar em negócio jurídico os interesses patrimoniais que, no todo ou em parte, lhe cumpre, em razão da sua função, administrar, fiscalizar, defender ou realizar;

- O acto de **suborno** é praticado por quem convencer ou tentar convencer outra pessoa, através de dádiva ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, a prestar falso depoimento ou declaração em processo judicial, ou a prestar falso testemunho, perícia, interpretação ou tradução, sem que estes venham a ser cometidos;

- Entende-se por **tráfico de influência** o comportamento de quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência, real ou suposta, junto de qualquer entidade pública;

- O **peculato** é a conduta do funcionário que ilegitimamente se apropriar, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel, pública ou particular, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções.

Configura-se como comum quer à corrupção quer às infracções conexas, o princípio, segundo o qual não devem existir quaisquer vantagens indevidas ou mesmo a mera promessa destas para o assumir de um determinado comportamento, seja ele lícito ou ilícito, ou por qualquer acção ou omissão.

É igualmente necessária a sensibilização, através de acções de formação quer para os trabalhadores existentes, quer para os novos admitidos, sobre a prevenção da corrupção e outros crimes conexos, de modo a garantir e a efectivar o rigoroso cumprimento ético dos deveres de todos, num quadro de constante transparência e autodiagnóstico consciente das acções empreendidas.

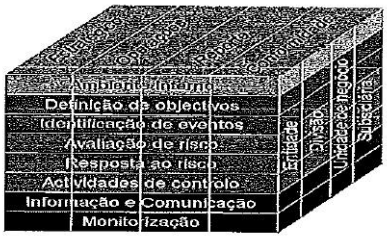
4. Identificação dos Riscos

4.1 *Conceito de Risco e de Gestão de Risco*

O Hospital definiu a Gestão de Risco na sua Estratégia como sendo "a cultura, processo e estrutura dirigida à gestão efectiva das potenciais oportunidades e das ocorrências relatadas".

Pode-se definir risco como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência que, caso ocorra, poderá comprometer a realização dos objectivos da Organização. Os eventos podem ser classificados como oportunidades (com impacte positivo) ou riscos (com impacte negativo).

A gestão do risco é o processo através do qual as organizações analisam, metodicamente, os riscos inerentes às respectivas actividades, com o objectivo de atingirem uma vantagem sustentada em cada actividade individual e no conjunto de todas as actividades. Gerir o risco implica, pois, a elaboração de programas adaptados aos projectos e actividades principais ou ao nível de funções e departamentos, dependendo do projecto ou da natureza funcional da actividade.



A elaboração de planos de gestão de riscos, a par da existência de manuais de procedimentos, das actividades de controlo e da divulgação da informação relevante sobre os vários tipos de risco e respectivas medidas de minimização, bem como o acompanhamento da eficácia destas medidas, constituem alguns dos factores que fazem diminuir a ocorrência dos riscos em geral e a prática de corrupção ou infracções conexas em particular.

Cada plano de gestão de riscos tem em atenção os objectivos estratégicos e operacionais estabelecidos nos Planos trienais e anuais, sendo certo que também estes planos, no momento da sua concepção, têm em consideração os riscos da actividade, incluindo os de corrupção e infracções conexas, e as medidas de prevenção da ocorrência de fenómenos dessa natureza.

Por tudo o que foi dito, o presente Plano de prevenção de Riscos de Gestão, integrado na Política do Risco Geral, inclui os riscos de corrupção e infracções conexas, constituindo um novo instrumento fundamental como suporte do planeamento estratégico, do processo de tomada de decisão e do planeamento e execução das suas actividades.

Este Plano obedece aos princípios da integridade institucional, da disciplina, da responsabilidade e da transparência de actos e de decisões, inerentes à optimização dos recursos próprios da governação ética e da gestão por objectivos.

4.2 *Áreas de Risco*

São vários os factores que levam a que o desenvolvimento de uma actividade esteja sujeito a maior ou menor risco. De entre vários factores, destacam-se os seguintes:

- Qualidade da gestão;
- Integridade;
- Qualidade do sistema de controlo interno;
- Motivação do pessoal.

Os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas, configuram factos que envolvem potenciais desvios no desenvolvimento da actividade, gerando impactos nos seus resultados.

A Gestão do Risco identifica e previne, atempadamente, as áreas e factos com eventual impacte negativo na Organização, através de uma metodologia assente em fases e etapas interactivas.

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., identifica as seguintes áreas com probabilidade de Risco:

- Recursos Humanos;
- Gestão Financeira:
  - Compras e Gestão de Contas a Pagar;
  - Tesouraria;
  - Contabilidade e Reporte;
- Produção;
- Facturação e Gestão de Clientes;
- Serviço de Logística;
  - Gestão de Existências;
  - Imobilizado;
- Serviço de Sistemas de Informação;
- Taxas moderadoras – Isenções.

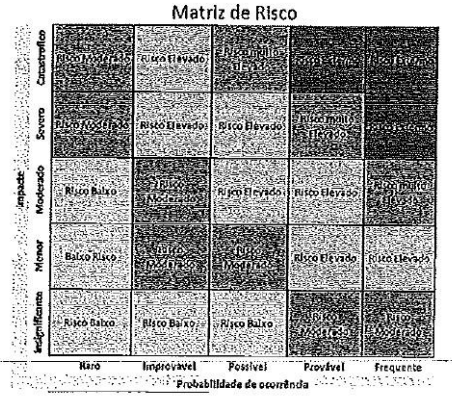
4.3 Gestão e Controlo do Risco

Identificadas as áreas, cabe determinar quais as medidas a colocar em prática dentro do nosso Hospital, de modo a evitar, prevenir, aceitar ou transferir os riscos.

A Gestão do Risco pressupõe uma análise e actuação em várias etapas:

- *Identificação e definição do risco* - Nesta fase reconhecem-se os factos cuja probabilidade, gravidade da ocorrência e consequente gravidade de consequência, configurem riscos de gestão, incluindo riscos de corrupção e de natureza similar;
- *Análise do risco* - O risco classifica-se segundo critérios de probabilidade e de gravidade de ocorrência. Devem ser estabelecidos conjuntos de medidas e acções, distribuídos por tipos de risco, consoante as consequências sejam estratégicas, operacionais, reporte ou de conformidade;

Matriz de Risco



Risco Baixo	1 a 3
Risco Moderado	4 a 6
Risco Elevado	8 a 12
Risco muito Elevado	15 a 16
Risco Extremo	20 a 25

A Avaliação de Risco = Consequência X Frequência

5. Planos de Prevenção de Riscos

Identificados os riscos, cabe determinar quais as medidas a colocar em prática no HFF, de modo a evitar, prevenir, aceitar ou transferir os mesmos.

Os quadros seguintes, apresentam os Planos de Prevenção de Riscos das áreas identificadas com probabilidade de risco e as medidas adoptadas pelo Hospital na respectiva prevenção, e contempladas nas Normas, Regulamentos e Manuais de Controlo Interno.

5.1 *Matriz de Risco - Recursos Humanos*

Direcção: Direção de Gestão de Recursos Humanos
Unidade: UAGH/UAGRH/UAGRH
Data: 11-03-2013

MATRIZ DE RISCO

	Objectivo	Categoria de Objectivos	Evento/Risco	Risco Inerente: Prob. Ocorr.	Risco Inerente: Impacte	Risco Inerente: Grau de Risco	Resposta ao Risco			Medidas a implementar em MM/AAAA	Tipo de controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização
DRH	Prevenir a ocorrência de conflitos de interesses	C/O	Ocorrência de conflitos de interesses	Possível	Severo	Elevado	a) Elaboração de um dossier dos contratos de trabalho e das obrigações dos profissionais, remetido para o Adm/gerente HFF e código de trabalho, no caso específico dos incumprimentos e infrações obrigações; b) Estabelecer, no código de ética do HFF, o dever perante a equipa para as funções dos profissionais, referenciando procedimentos a adoptar em caso de não observância.	a) Contratos de trabalho e de prestação de serviços; b) Código de Ética do HFF, EPE			Preventivo e Diretivo	DRH	Nº de contratos de trabalho não conformes
							Declaração sob um compromisso de honra que as funções acumuladas não colidem com as funções públicas, no âmbito do Estatuto do Médico, no que concerne a proibição para entidades públicas.	Requerimento para autorização de acumulação com outras funções/prestações de serviços privados.	Mapa de controlo da verificação do requerimento para a acumulação com outras funções/prestações de serviços privados para Médicos internos, a todos os pedidos de acumulação de funções.	1-abr-2013			Nº de não conformidades
									Solicitação, por todos os trabalhadores, de declarações de inexistência de conflitos de interesses.	31-Dez-2013		UAGRH	
UAGRH	Evitar a fraude/abuso no processamento de subsídios	C/O	Obtenção de fraude/abuso para o processamento de subsídios de forma indevida.	Raro	Severo	Moderado	a) Verificação mensal de processamentos, com efeitos retroactivos e após o fecho dos mesmos; b) Verificação dos mapas contributivos entidade/SS; c) Verificação da entrada de despacho autorizador prévio ao processamento de remunerações variáveis; d) Verificações mensais pela coordenação da UAGRH.		Fraude/Abuso específico.	28-Fev-2013	Preventivo e Diretivo	DRH - Zona Ribeiro Pedro Lavagem	Nº de não conformidades
	Evitar a fraude/abuso na elaboração/submissão de documentos, solicitados pelo profissionais, que permitam obter informação falsa	C/O	Procedimento para obtenção de documentação oficial da DRH com dados falsos.	Raro	Severo	Moderado	a) Monitorização da fiabilidade dos dados específicos; b) Arquivamento dos documentos com o processo individual do respectivo colaborador; c) Cumprimento de regras de acesso quanto à informação a constar dos documentos solicitados.	Manual de controlo para a elaboração de declarações e certificação/informação do processo individual.	Procedimento específico.	28-Fev-2013	Preventivo e Diretivo	DRH - Zona Ribeiro Pedro Lavagem	Nº de não conformidades
	Garantir que a emissão de subsídios não ultrapasse no âmbito da DRH, com vista ao fornecimento de fraude	C/O	Obtenção de procedimento para alteração de dados de subsídio.	Raro	Severo	Moderado	a) Verificação mensal de processamentos, maioritariamente após o fecho dos mesmos; b) Verificação mensal de mapas com o Permanente de gestão de horários do HFF; c) Verificações aleatórias pela coordenação da UAGRH.	Documento relativo à "Regras Referentes à alteração e organização dos turnos de trabalho e controlo de acessos às instalações físicas ao Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, EPE"	a) Implementação mensal no HFF do mapa de Horários; b) Aplicação de regras definidas pela Chefia mediante a escala de serviço, pontualidade e controlo de acessos às instalações do HFF.	a) 01/03/2013 b) 31/12/2013	Preventivo e Diretivo	DRH - Zona Ribeiro Pedro Lavagem	Nº de não conformidades
UGRRH	Garantir que o processo de recrutamento é transparente e com critérios objectivos e definidos	C/O	Procedimento de candidatura	Raro	Moderado	Baixo	Obrigatoriedade de da Ficção de critérios objectivos para o processo de recrutamento e selecção.	Fraude/Abuso específico			Preventivo e Diretivo	DRH - Zona Ribeiro Sofia Oliveira	Número de reclamações
			Corrupção passiva para ato ilícito	Raro	Moderado	Baixo	Equipa de recrutamento composta por elemento da DRH e elemento da área recrutar						
			Influência de terceiros	Raro	Moderado	Baixo							
			Favorecimento na elaboração de júri de concurso	Raro	Moderado	Baixo	Alternação de júris de forma aleatória para os diferentes concursos	Regulamentos de concursos.					

5.2 *Matriz de Risco - Serviços Financeiros*

5.3 Matriz de Risco – Logística

HOSPITAL

Direção: Logística

Unidade: [illegible]

Data: 30.01.2013

MATRIZ DE RISCO

	CARGO	Categoria de Objetivos	EVENTO/RISCO	RISCO INERENTE: IMPACTO	RISCO INERENTE: PROBABILIDADE	RISCO INERENTE: GRAU DE RISCO	RESPONSABILIDADE: Nível de Responsabilidade	RESPONSABILIDADE: Colaboradores	RESPONSABILIDADE: Pelouros/Direções	Medidas implementadas para mitigar o risco	Tipo de Controlo	Responsável	Prazo de Implementação
Unidade de Negociação e Gestão de Compras	Organização da função de logística não [illegible] com [illegible]	C	Não [illegible]	2	2	4	[illegible]	[illegible]			Preventivo		Não aplicável [illegible]
	[illegible]	O	[illegible]	2	1	2	[illegible]		[illegible]	[illegible]	Corretivo	Vereador [illegible]	Não aplicável [illegible]
	[illegible]	O	[illegible]	2	2	4	[illegible]	[illegible]			Preventivo		Não aplicável [illegible]
	[illegible]	O	[illegible]	1	1	1	[illegible]	[illegible]			Corretivo		Não [illegible]
Unidade de Gestão e Logística	[illegible]	O	[illegible]	1	4	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Corretivo	[illegible]	[illegible]
Unidade de Gestão de Recursos Humanos	[illegible]	C	[illegible]	1	4	4	[illegible]		[illegible]	[illegible]	Preventivo	[illegible]	[illegible]
Unidade de Negociação e Gestão de Compras	[illegible]	C	Inexistência	1	4	4			[illegible]	[illegible]	Preventivo	Vereador [illegible]	Não aplicável [illegible]

5.4 Matriz de Risco - Produção

HOSPITAL

Direcção: Direcção de Produção

Unidade:

MATRIZ DE RISCO

	Objetivo	Fatores de Risco	Descrição	Risco Bruto: Prob. Ocorr.	Risco Bruto: Impacto	Risco Bruto: Nível de Risco	Responsável		Medidas de Controlo Interno	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização
1	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Moderado	Risco Elevado	Procedimento	Análise de procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	Melhoria contínua
2	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Severo		Procedimento	Análise de procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	Melhoria contínua
3	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Severo			Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
4	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Severo			Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
5	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Moderado	Risco Elevado		Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
6	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Moderado	Risco Elevado		Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
7	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Severo		Procedimento	Análise de procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
8	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Severo			Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
9	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Severo			Análise de procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
10	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Severo			Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
11	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Menor	Risco Moderado	Procedimento	Análise de procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
12	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Moderado	Risco Elevado	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
13	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Menor	Risco Moderado	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
14	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Moderado	Risco Elevado		Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
15	[illegible]	OK	[illegible]	Provável	Severo			Elaborar Procedimento	Abril	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir

5.5 Matriz de Risco – Direcção de Planeamento e Controlo de Gestão

HOSPITAL

Direcção: Direcção de Planeamento e Controlo de Gestão

Missão/Objectivos: A Direcção de Planeamento e Controlo de Gestão tem como missão a definição dos processos e métodos específicos do Hospital e o controlo da sua execução, compatibilizando os recursos e processos de informação e suporte de actividades, assegurando a gestão do sistema de informação, de forma a garantir a sua adequação aos objectivos da organização e a sua integração no sistema de informação do Hospital.

Data: Março 2013

MATRIZ DE RISCO

	OBJECTIVO	Categoria de Objectivos	EVENTO/RISCO	RISCO INERENTE: PROB. OCORR.	IMPACTE	GRAU DE RISCO	RESPOSTA AO RISCO: Medidas de Controlo	Procedimentos	Medidas a implementar	Data limite implementação da MEDIDA/AÇÃO	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização
Gestão dos Sistemas de Informação para a Gestão	Garantir a segurança e disponibilidade da informação	Operacional e Financeiro	Não cumprimento dos requisitos de segurança da informação e disponibilidade dos SIAS	Improvável	Sérios	Risco Baixo	- Segregação de funções - Controlo de acessos de acordo com a função desempenhada	N.A.	N.A.	N.A.	Controlo Preventivo	DDGI	Nº de reportes/ Nº de pedidos

5.6 Matriz de Risco Direcção de Gestão e Tecnologias da Informação

DGI

Missão/Objectivos: Promoção da adequação e melhoria da Eficácia, Eficiência e Qualidade, com vista à adequação dos processos e dos sistemas de informação aos objectivos da organização, assegurando a gestão do sistema de informação e a sua integração no sistema de informação do hospital, assegurando a melhor utilização dos recursos humanos e tecnológicos e a melhoria contínua dos sistemas e dos processos de informação.

Data: 2013-2013

OBJECTIVO	Categoria de Objectivos	EVENTO/RISCO	RISCO INERENTE: PROB. OCORR.	IMPACTE	GRAU DE RISCO	RESPOSTA AO RISCO: Medidas de Controlo	Procedimentos	Medidas a implementar	Data limite implementação da MEDIDA/AÇÃO	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização
Art.ºs 5º, 7º, 11º, 17º, 18º, 19º, 20º			1	2	3	Medidas de Controlo Preventivo		Medidas a implementar				
ORGANIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS COM ACESSO A DADOS DE TERCEIROS	Operacional	- Risco de acesso de terceiros (empresas de manutenção, técnicos externos de HW, outros, etc.) às áreas de Tecnologias de Informação da Organização e a recursos de processamento de informação dos processos de negócio.	1	4	4	Não existe obrigatoriedade de assinatura de protocolo de Segurança e Confidencialidade com as empresas de manutenção que utilizam a rede de informação do hospital, para efeito de Tecnologias de Informação e Estatística do Ministério da Saúde e a sua ligação à rede nacional de informação de hospital.	Concretizar protocolos de confidencialidade e segurança com as empresas externas que utilizam a rede	Implementação do sistema de controlo de acesso à rede que permita informar internamente da existência de acessos externos.	2/2013	Preventivo	RS	Por definir
ORGANIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS COM ACESSO A DADOS DE TERCEIROS	Operacional	- Risco de acesso de terceiros (técnicos de manutenção de HW) aos dados e informação sensível que possam ter disponível.	1	4	4	Os técnicos que acedem à informação do HW do Centro de Dados, de forma a resolver avarias, não têm implementado nenhum tipo de controlo específico de acesso.	Concretizar o reporte mensal	Os técnicos devem ser informados de que os seus acessos são registados e controlados, e que a sua função é de manutenção e não de consulta de informação.	2/2013	Preventivo	RS	Por definir
ASSEGURAR A DISPONIBILIDADE DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO HOSPITAL	Operacional e Financeiro	Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos sistemas de informação do Hospital e que levem à perda de informação e/ou à indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total.	4	2	8	- Os sistemas de informação do Hospital não têm implementado um plano de contingência e de recuperação de informação em caso de falha; - Os sistemas de informação do Hospital não têm implementado um plano de contingência e de recuperação de informação em caso de falha; - A DGI não tem implementado um plano de contingência e de recuperação de informação em caso de falha; - O reporte de falhas dos sistemas de informação é feito de forma informal e não específica.	Concretizar o reporte mensal	Elaboração de plano de contingência para cada um dos sistemas de informação do HFF, de acordo com a Circular Normativa nº 09/DGI/2012 da ACSS, e de acordo com a Circular Normativa nº 2/2012 da ACSS, e implementação do mesmo.	7/2013	Correctivo	RS	Por definir
DESENVOLVER UM PLANO DE CONTINUIDADE	Operacional e Financeiro	Ausência de um plano de contingência e de recuperação de um centro de dados alternativo	2	5	10	- A inexistência de backup de dados em local físico geograficamente distante do Centro de Dados está assegurada, através da utilização de equipamentos de armazenamento de dados; - A inexistência de um plano de contingência e de recuperação de sistemas está assegurada através do reporte de falhas de forma informal e não específica.	Concretizar o reporte mensal	- Identificar e avaliar a viabilidade de um plano de recuperação de desastres para os sistemas; -	7/2013	Correctivo	RS	Por definir
DESENVOLVER UM PLANO DE CONTINUIDADE	Operacional e Financeiro	Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos processos de negócio, tal como a indisponibilidade dos sistemas, de forma parcial ou total.	1	4	12			Desenvolvimento de plano de contingência para garantir a continuidade dos negócios, em caso de falha dos sistemas de informação.	7/2013	Preventivo	RH	Por definir

6. Acompanhamento, Avaliação e Actualização do Plano

O presente Plano é um instrumento de gestão dinâmico e como tal, deve ser periodicamente acompanhado na sua execução e actualizado, sempre que se identifiquem novos factores de risco.

O acompanhamento da execução do Plano deve ser efectuado trimestralmente, pelas áreas identificadas, compreendendo as seguintes actividades:

- Verificação das medidas implementadas;
- Identificação dos motivos de eventuais atrasos face ao previsto;
- Verificação do efeito obtido com as medidas implementadas, medindo a alteração provocada na probabilidade de ocorrência e no impacto esperado;
- Avaliação do Risco Residual (quando adequado), à data do acompanhamento;
- Recomendação de medidas correctivas, quando adequado;
- Identificação e classificação de novos factores de risco sugeridos após a elaboração do Plano inicial;
- Definição de medidas a adoptar para prevenir e minimizar esses novos riscos;
- Emissão de Relatório de Acompanhamento a enviar ao Auditor Interno e à Gestão de Risco.

Após recepção dos relatórios trimestrais, o Auditor Interno e a Gestão Risco deverão efectuar um Relatório único.

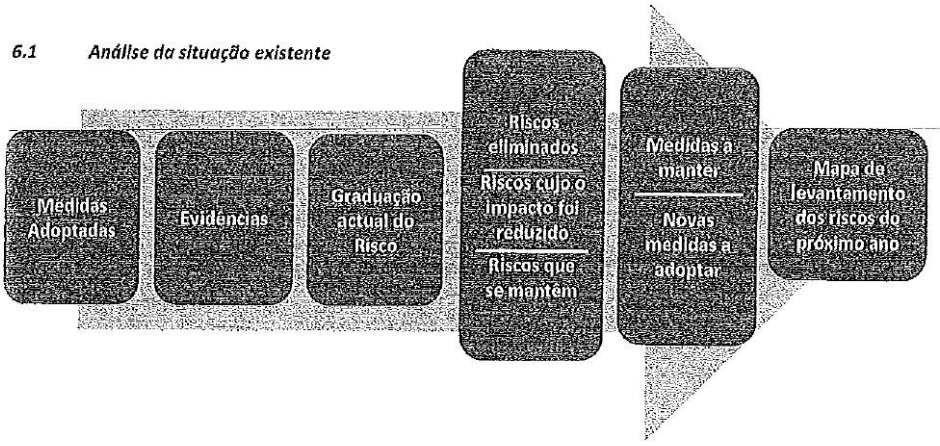
Independentemente da periodicidade das revisões, validações e actualizações, sempre que surjam riscos elevados que importe prevenir, os dirigentes e demais responsáveis dos Serviços devem informar o Conselho de Administração, para que este, atendendo aos objectivos estratégicos do Hospital, possa promover a adequação dos processos da organização, de forma a uma eficiente gestão do risco.

Para cumprimento das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), deve ser emitido um Relatório Anual de Acompanhamento, a remeter ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo, Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e ACSS.

Assim, no final do ano, cada área deverá elaborar o relatório anual onde deverá constar:

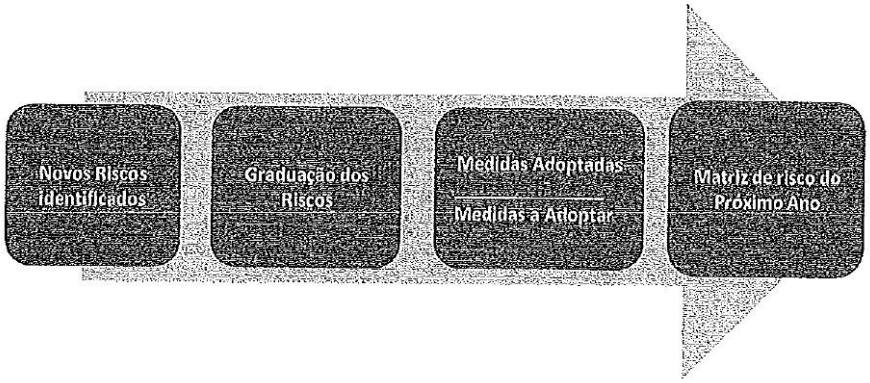
PLANO de PREVENÇÃO de RISCOS de CORRUPÇÃO e INFRACÇÕES CONEXAS

6.1 *Análise da situação existente*



6.2 Identificação das medidas não implementadas

6.3 Identificação de novos riscos para elaboração da matriz de risco do ano seguinte



PLANO de PREVENÇÃO de RISCOS de CORRUPÇÃO e INFRACÇÕES CONEXAS

9. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Faro, EPE

HOSPITAL DE FARO E.P.E.

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor - Coordenador
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069 – 045 Lisboa

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
Proc. 27/12Audit	**Ofício nº5460 de 15.04.2013**		

ASSUNTO: **Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção.**

Na sequência do vosso ofício nº5460 de 15.04.2013, e tendo sido por mim solicitado à Exma. Sra. Dra. Ana Paula Gonçalves, Ex-Presidente do Conselho de Administração deste Hospital, para querendo se pronunciar, junto se remete o documento produzido pela mesma sobre o assunto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Pedro M. H. Nunes)

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891157 - Fax: 289.891159
www.hdfaro.min-saude.pt - e-mail: administracao@hdfaro.min-saude.pt

Exmo. Senhor

Dr. Pedro Nunes

Presidente do Conselho de

Administração do

Hospital de Faro, EPE

V/referência: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria nº 11/2011 - Tribunal de Contas – 2ª Secção

Assunto: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria nº 11/2011:

Faro, 29 de Abril de 2013

A signatária, na qualidade de anterior elemento do órgão de administração do Hospital de Faro, recebeu cópia da comunicação em epígrafe dirigida pelo Tribunal de Contas ao Conselho de Administração do Hospital de Faro, relativamente à qual, tal como nos é facultado pelo despacho proferido por V. Exa, nos pretendemos pronunciar.

Após cuidada leitura da análise levada a cabo pelos Exmºs Auditores do aludido Tribunal designadamente as contidas nos parágrafos 4º e seguintes da página 36 do extracto do relato da auditoria bem como das considerações

que, no que concerne a este hospital, constam das páginas 89 e seguintes do mesmo documento, consideramos necessário, no sentido de contribuir para um cabal esclarecimento, dos termos em que, ao longo do período em análise

(2003 a 2011), se efectuou o encaminhamento de doentes para o HCPV, informar o seguinte:

A – No que concerne ao processo de referenciação de utentes para o HCVP

1. Em meados de 2003 o Hospital de Faro, com fundamento no papel que lhe fora atribuído pela Rede de Referenciação de Cardiologia de Intervenção, passou a dispor, mercê de projecto com co-financiamento comunitário (Programa Saúde XXI) e necessariamente validado pela tutela, de uma Unidade de Hemodinâmica, vocacionada para o tratamento de situações agudas do foro cardiológico passando a integrar a designada Via Verde Coronária;

2. De acordo com as orientações definidas no documento acima referido designa-se por "*Cardiologia de Intervenção o conjunto de técnicas terapêuticas que utilizam o cateterismo cardíaco, por via percutânea, como acesso ao coração, para efeitos de terapêutica de alterações estruturais do mesmo, quer a nível das artérias coronárias, quer de outras estruturas.*
   Estas técnicas são realizadas em Laboratórios de ***Hemodinâmica*** *e* ***Angiocardiografia*** *(vulgarmente designados por salas de cateterismo);*

3. Refere-se ainda que "*a retaguarda ideal para uma actividade de angioplastia deve ser a existência de um serviço de cirurgia cardíaca em standby.*
   Contudo, em locais onde este requisito leve à impossibilidade de tratamento atempado de doentes, a angioplastia sem standby poderá ser realizada, nas seguintes condições:

- *Não haver, localmente, objecções legais.*
- *O operador ser bastante experiente com treino prévio numa instituição com standby.*
- *A selecção de casos ser adaptada à ausência de standby.*
- *O doente ser informado de que, se for necessária cirurgia de emergência, esta terá de ser efectuada noutra instituição.*
- *Existirem no Hospital todas as condições de ressuscitação, uma unidade de cuidados intensivos e um serviço de cirurgia geral*
- *Acordo institucional com Hospitais com cirurgia cardíaca para apoio, em tempo útil (30 minutos),nos casos mais urgentes."*

4. Como é sabido na região do Algarve, o Hospital de Faro embora constituindo-se como unidade de saúde mais diferenciada, reunia todos os requisitos acima referidos mas não dispunha de serviço de cirurgia cardio-torácica, embora, como referimos no ponto 1 lhe tivesse sido reconhecida, face à estrutura organizativa que possuía, capacidade para garantir resposta a todos os utentes que carecessem das intervenções a que se refere o ponto 2 da presente exposição;

5. À data, e como consta da documentação já remetida a esse Tribunal através do ofício deste hospital de 08.02.2013 (v.doc.1) passaram, por insuficiente capacidade de resposta do Hospital de referência em Lisboa (Hospital de Santa Marta), a ser encaminhados para o HCVP e ao abrigo de Protocolo celebrado pela entidade responsável pela gestão e prestação de cuidados na referida região (ARSLVT,) todos os utentes que, após avaliação clínica, careciam de tratamento cirúrgico na referida área;

6. Assinala-se, a propósito e para melhor enquadramento, que todos os documentos técnicos produzidos pelo Ministério da Saúde e Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares, desde 2003 até aos dias de hoje, integram no conjunto de instituições vocacionadas para o tratamento das doenças deste foro o HCVP, como se o mesmo fizesse parte da rede respectiva. Reconhecem também alguns dos referidos documentos que o SNS não dispõe da capacidade de resposta necessária, tendo que recorrer de forma complementar ao HCVP. Prova disso é a recente celebração, no passado ano de 2012, de novo Protocolo da ARLVT com o HCVP, através da qual, salvo melhor opinião, são reconhecidos os constrangimentos das instituições SNS neste domínio assim como os dados contidos no documento que anexamos (v. doc. 2), disponibilizado na página web do CHLC, de cuja leitura resulta que, à data de 30 de Março, a mediana de tempo de espera para realização de primeira consulta de cirurgia cardiotorácica era de 602,5 dias.

7. No final do ano de 2005, o então Presidente do C.A. do Hospital (que não a ora signatária, uma vez que apenas lhe sucedemos no cargo em Fevereiro de 2006), trocou correspondência com a, à data, titular do cargo de Presidente do Conselho de Administração da ARS Algarve (v. doc. 3) na qual alertava a referida responsável para as consequências resultantes do facto do C.A. da ARSLVT, região na qual se encontrava sediado o Hospital de referência para tratamento cirúrgico dos utentes do foro cardiológico, ter unilateralmente feito cessar a possibilidade de recurso ao Protocolo que vigorava entre a referida Região e o HCVP, sem que, para o efeito tivesse efectuado qualquer tipo de diligências, no sentido de encontrar um modelo alternativo de referenciação, como era, aliás, sua obrigação;

8. Segundo apurámos em contactos que posteriormente estabelecemos com os, à data, Director Clínico e Director de Serviço de Cardiologia do Hospital, embora a ARSLVT não tivesse proposto qualquer alternativa, foram, por iniciativa dos mesmos, encetados contactos com o Hospital de referência, no sentido de para aí encaminhar os utentes que careciam de tratamento cirúrgico, o que chegou a ser feito;

9. Em documento também já enviado ao Tribunal de Contas (v. doc. 4) o Director de Serviço alertava o Conselho de Administração para as consequências decorrentes da diminuta capacidade de resposta dos três centros cirúrgicos de Lisboa para corresponder ao tratamento em tempo útil dos doentes referenciados pela Unidade de Hemodinâmica do Algarve e manifestava a sua satisfação por lhe ter sido dado conhecimento que a situação estava ultrapassada dado que a ARS Algarve e o HCVP haviam já celebrado Protocolo de Colaboração (v. doc 5);

10. A ora signatária e a sua equipa, que iniciaram funções em 20.02.2006 encontraram neste domínio uma situação perfeitamente constituída, para a qual naturalmente solicitaram esclarecimentos e procuraram enquadramento tendo em conta que o encaminhamento destes pacientes para Lisboa decorria sob a responsabilidade única do Hospital de Faro;

11. Na oportunidade dialogaram sobre a matéria com o novo Conselho Directivo da ARS Algarve a quem expuseram os contornos da situação;

12. Foi, pois, nesse contexto, que foi tomada posição acerca do ofício dirigido pelo Gabinete do então Ministro da saúde, Professor Correia de Campos ao Presidente do Conselho Directivo da ARS Algarve (v. doc. 6), pronunciando-se o C.A., ouvido o Director Clínico e Director de Serviço, nos termos das sugestões perfilhadas por estes (v. doc. 7);

13. Naturalmente que, face às assinaladas responsabilidades financeiras suportadas pelo Hospital, o documento referido no ponto anterior veio introduzir a convicção de que, face ao estatuto jurídico detido á data pelo Hospital de Faro (SPA) as mesmas passariam a ser suportadas, mesmo que recorrendo ao habitual encontro de contas entre instituições promovido pela ACSS, pela Região de Lisboa e Vale do Tejo ou pelo Hospital de referência, o Hospital de Santa Marta;

14. Por razões que se desconhecem a situação descrita no ponto 11 não teve quaisquer desenvolvimentos por parte do Gabinete Ministerial. Podemos, contudo, afirmar, que esta era geradora de uma forte preocupação para a equipa que dirigia o Hospital, assim como para os gestores da saúde da região;

15. Na verdade, o Conselho Directivo da ARS reunia regularmente com os C.A. dos Hospitais, sendo este um dos assuntos objecto de análise sistemática, quer nas aludidas reuniões regulares quer nas promovidas pelo Departamento de Contratualização para negociação dos termos dos Contratos-Programa;

16. Sabemos, porquanto tal nos foi transmitido, que este assunto foi objecto de análise em reuniões das ARS's com o Ministério da Saúde. Para além disso, tanto o CA do Hospital de Faro como o Presidente da ARS Algarve, por mais de uma vez em reuniões efectuadas por iniciativa da ACSS, relataram o assunto ao então Presidente daquele entidade e solicitaram a necessária intervenção para a adopção de medidas que desonerassem o Hospital da obrigação de suportar os referidos custos.

17. A verdade, e tal como o relatam os Exmºs Auditores do Tribunal de Contas é que, durante vários anos nunca, por quem era competente para tal (que não o CA do Hospital de Faro ou ARS Algarve), foram criadas condições para inverter esta situação;

18. De acordo com a apreciação que íamos efectuando, decorrente do problema com que nos confrontávamos e que não tinha ainda por parte da tutela, a conveniente resolução, fomos constatando, através da consulta aos relatórios dos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010 do Programa SIGIC que, por razões que desconhecemos, a capacidade de resposta do nosso Hospital de referência – Santa Marta – o qual veio posteriormente a ser integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, se encontrava limitada, apresentando tempos de espera superiores aos recomendados para utentes muito prioritários, como é o caso daqueles que, após tratamento na Unidade de Hemodinâmica do Hospital de Faro, tinham de ser submetidos a tratamento cirúrgico (veja-se a propósito as considerações tecidas pelo Tribunal de Contas a páginas 76 do Relatório de Auditoria 11/2011, das qual resulta que no final do ano de 2008, o Hospital de Santa Marta – referência do Hospital de Faro registava uma espera de 183 dias, isto é, mais do que seis meses);

19. Este panorama, tal como referiremos no ponto que segue, manteve-se, sem qualquer tipo de alteração, e encontrava-se muito agravado pelos tempos médios de acesso à consulta da especialidade, enquanto requisito prévio no relacionamento inter-hospitalar e essencial para a referenciação de um utente não emergente, embora muito prioritário, para o Hospital de referência;

20. Vêm também nessa linha as explicações remetidas ao Tribunal em 2010 pelo então Presidente da ARSLVT que assume, a pags. 5 do documento que se anexa (v. doc. 8), que "*entende o Conselho Directivo que a capacidade de resposta do SNS é actualmente insuficiente para dar resposta aos TMRG definidos para cirurgia programada.....o que fundamenta o recurso dos Centros de Saúde, em regime de complementaridade ao HCVP*"

21. Em face do exposto, poder-se-ia, a contrario, argumentar que os Hospitais do SNS não tinham resposta para cirurgia programada, mas ela existiria para cirurgia urgente, isto é, para a maioria dos doentes encaminhados pelo Hospital de Faro;

22. Contudo, se não forem tidos em conta os argumentos expendidos no ponto 17 da presente comunicação, o documento que anexamos – extracto de uma entrevista concedida pelo Professor Doutor Guerra

Fragata, Director do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica à revista TempoMedicina e de que à data tomámos conhecimento (v. doc. 9) – demonstra que, em Janeiro de 2010 se reconhecia que o serviço enfrentava e havia enfrentado alguns constrangimentos organizativos.. Referia ainda aquele clínico que se os mesmos fossem superados, conseguiria naquele mesmo ano intervencionar cerca de mais 300 utentes, o que não veio a acontecer (v. doc. 10).

23. Tal não veio a ocorrer mantendo-se a actividade cirúrgica do referido serviço a níveis de 2009 conforme se encontra registado no documento que anexamos extraído do Relatório de Gestão do C.H.L.C.(v. doc. 10);

24. Merecem, pois, todo o crédito as afirmações produzidas pelo Sr. Presidente da ARSLVT a que nos referimos no ponto 19 deste documento. Na realidade o Hospital do SNS, referência do Hospital de Faro, e de complexidade superior, não conseguia dar resposta em TMRG aos utentes que inscrevia na sua lista de espera. Por maioria de razão muito menos teria capacidade para receber doentes com necessidade urgente de tratamento cirúrgico identificados pela área de cardiologia de intervenção do Hospital de Faro.

25. Face a tudo quanto vem sendo dito afigura-se-nos que em momento algum o comportamento assumido pelos dirigentes do Hospital de Faro e da ARS Algarve pode ser considerado como de alheamento do problema ou de ausência de procura de solução.

26. O que na realidade aconteceu é que a já demonstrada ausência de capacidade de resposta do Hospital de referência vedava o acesso, em tempo clinicamente aceitável, a utentes tratados pela Unidade de cardiologia de intervenção do Hospital de Faro e que careciam de resposta cirúrgica prioritária.

27. Nessa medida, e porque todo este processo, aguardava resolução por parte da tutela, o Hospital continuou a referenciar os seus doentes para o HCVP, aos quais se associaram em 2010 os utentes do CHBA uma vez que de acordo com as regras de referenciação competia a Faro, como sempre se defendeu, acolher as situações agudas do foro cardiológico diagnosticadas pelos clínicos do outro Hospital da Região.

28. Como adiante se demonstra os dirigentes do Hospital e da Região sempre estiverem conscientes da gravidade da situação financeira da instituição e tudo fizeram para alertar as entidades competentes para as repercussões que a manutenção desta situação tinha no seu equilíbrio orçamental.

29. O Hospital de Faro, quer enquanto entidade SPA, quer enquanto EPE nunca beneficiou de condições idênticas às de outras instituições objecto de empresarialização em anos transactos e disso tinham perfeito consciência os seus dirigentes que diga-se a propósito, tendo em conta o interesse público e consciência perfeita da precária situação da instituição cuja gestão lhe foi confiada, nunca fizeram uso de prerrogativas legalmente estabelecidas, abdicando, tal como consta de relatório de Auditoria efectuado pelo Tribunal de Contas ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares, de viatura de função e valores correspondentes à utilização de combustível.

30. Também uma consulta aos documentos de despesa relativos ao abono de ajudas de custo e subsídio de transporte também demonstrará que só muito pontualmente as mesmas foram pagas entre 2006 e 2011 aos gestores do Hospital, sendo que, no caso da signatária nunca foi feito uso desse direito, facto que em nossa opinião contribui para reforçar o modo como os então gestores do Hospital atribuíam forte relevância aos condicionalismos financeiros da organização que dirigiam.

31. Não nos podemos pois rever na afirmação contida no último parágrafo da página 91 do extracto do relato do Tribunal de Contas quando se afirma que *"enquanto os responsáveis julgaram que os meios financeiros eram ilimitados recorreram aos serviços prestados pela sociedade de gestão e que, quando se confrontaram com as limitações orçamentais, consideraram a capacidade de resposta dos Hospitais SNS adequada"*

32. Assinala-se, aliás, que da leitura dos factos constantes do relatório não se entende em que se fundamenta a alusão à alegada falta de profissionalismo e honorabilidade dos membros do órgão de gestão, tanto mais esse Tribunal realizou auditorias à gestão do hospital no decorrer do mandato do mesmo CA sem que tivesse chegado a tal conclusão.

33. Quem posteriormente veio alterar o seu comportamento face á referenciação dos utentes de Faro foram a ARSLVT e os seus Hospitais. Pensamos, salvo melhor opinião, que a este facto não são alheias as questões colocadas e as conclusões extraídas pelo Tribunal de Contas no Relatório de Auditoria 11/2011.

34. Em nossa opinião a esta mudança de posição acresce um outro facto. É que a ARSLVT viu diminuída para 2011 e 2012 o valor da verba atribuída para contratualização com os CHLN e CHLC, uma vez esses hospitais iriam ver significativamente reduzidos os seus proveitos em função da abertura do novo Hospital de Loures, para onde se passaria a dirigir parte significativa dos utentes até então assistidos por aquelas unidades hospitalares;

35. Lê-se no extracto do relato do Tribunal de Contas *"que aquilo que antes não era possível, passou a ser a partir de 1/09/2011, com a troika e sem que mais nada tivesse mudado"*.
Ora, a verdade é que quase tudo mudou: com a abertura do Hospital de Loures parte dos doentes da respectiva área de atracção assistidos até então pelos hospitais de Lisboa passaram para a nova unidade hospitalar (+- 260.000 utentes) o que se traduziu numa libertação considerável da capacidade instalada, designadamente a nível de uma obrigatória afectação de mais tempos cirúrgicos para assistir/tratar novos doentes de outras especialidades.
Por outro lado, a redução da população servida pelas unidades hospitalares de Lisboa, traduziu-se, necessariamente, numa quebra da actividade assistencial, logo, na capacidade de captar financiamento - os hospitais EPE são financiados pela produção – o que originou problemas de sustentabilidade aos hospitais afectados, que ainda não tinham efectuado uma adaptação estrutural à nova realidade.
Assim, em nossa opinião, a conjugação da libertação de capacidade produtiva com a necessidade de compensar a quebra de produção/financiamento (que, no imediato, constituía uma ameaça à respectiva situação financeira) traduziram-se, de facto, numa alteração profunda à situação vivida até aí e viabilizaram, finalmente, a concretização da solução que o Hospital de Faro e ARS Algarve há muito reclamavam.

36. Foi esta conjugação de oportunidades que os dirigentes da região do Algarve e do Hospital utilizaram para junto das entidades competentes fazerem pressão para concretizar a medida que há muito vinham reivindicando. E finalmente resultou!

37. Foi assim que depois de um conjunto de reuniões de trabalho em que participaram os CA dos Hospitais de Lisboa e de Faro e os Presidentes de ambas as ARS's assim como o Coordenador Nacional das Doenças Cardiovasculares foram definidos procedimentos que permitiram que a partir de 1 de Setembro de 2011 o Hospital de Faro, com base em modelo acordado e pré-definido passasse a referenciar os utentes deste foro para a sua unidade de referência;

B – No que concerne à atitude dos gestores relativamente à situação financeira do Hospital de Faro

1. O Conselho de Administração do Hospital de Faro, que a ora signatária integrou, iniciou funções em 20.02.2006, tendo o Director Clínico transitado do órgão de gestão anterior, mantendo-se em funções até Janeiro/Fevereiro de 2007, data em que cessou a sua comissão de serviço;

2. Embora o Hospital integrasse o SPA, esta nova equipa foi confrontada com um processo de contratualização da actividade assistencial, embora no que concerne às verbas destinadas ao funcionamento se aplicasse o principio de financiamento via Orçamento de Estado, estando inscrita naquele uma dotação de cerca de 60M€ para fazer a despesas de funcionamento que no ano transacto (2005) tinham atingido os 100M€.;

3. Salienta-se, a propósito que, na vigência do anterior órgão de gestão, entre o final de 2005 e inicio de 2006, o Hospital recebeu, em duas tranches, para regularização de dívidas de anos transactos uma verba que ascendeu a 110M€;

4. Em Setembro de 2006, e mantendo-se o estatuto de SPA, deu-se inicio ao processo de contratualização para 2007, tendo sido constatado que as soluções propostas pela tutela tornariam ainda mais crítica a situação financeira do Hospital.

5. Durante esse processo o Conselho de Administração do Hospital manifestou claramente a sua descrença quanto ao modelo proposto, tendo elaborado um conjunto de documentação (que se anexa em ficheiro electrónico com o nome "contratação 2007") da qual se salienta a elaboração de propostas destinadas a alterar o modelo de financiamento, não só através da inclusão do Hospital no grupo dos hospitais centrais (devidamente fundamentada) como também dar início ao processo de alteração do Estatuto Jurídico, com passagem a EPE. Afirmou-se, à data, que se tal não ocorresse não se considerava estarem reunidas condições para que o CA pudesse levar a bom porto a missão do Hospital;

6. As propostas tiveram acolhimento, o Hospital foi requalificado como central e deu-se início à elaboração do necessário Plano Estratégico, tendo em vista a transformação em EPE;

7. O Hospital entregou, depois de sucessivas reuniões com a ACSS, a versão final do seu Plano Estratégico no início do ano de 2008 tendo a transformação do seu estatuto jurídico produzido efeitos a 1 de Setembro daquele ano;

8. Contudo, por vicissitudes várias, alguns dos pressuposto negociados, designadamente quanto à definição do montante do capital estatutário e dos reforços concedidos, aquando da ocorrência de processos idênticos, para regularização da dívida e de provisões para incobráveis, nunca vieram a verificar-se.

9. O capital estatuário cujo montante previsto era de cerca de 45M€ nunca chegou a ser realizado. Para além disso a difícil situação financeira do hospital tem origem (entre outros factores de natureza estrutural que não vêm ao caso) em déficites sucessivos acumulados decorrentes do sub-financiamento crónico deste hospital – apesar do reforço para limpeza da dívida em 2005.

10. A partir daí o subfinanciamento, em cerca de 30%, continuou, e teve como resultado a criação de um Hospital EPE, em 2008, o qual iniciou a sua actividade numa situação de falência técnica, que nunca foi resolvida com a adequada dotação de capital pelo accionista!!

11. Penso que podemos afirmar que não correu bem o processo de empresarialização do Hospital, uma vez que alguns dos respectivos e fundamentais requisitos não foram tidos em conta;

12. Embora, como nos propuséramos, a actividade assistencial tivesse sofrido um forte incremento decorrente do aumento da complexidade dos serviços, durante esse período e até ao final de 2011, o CA, naturalmente à semelhante dos seus congéneres, viu-se confrontado na sua gestão diária com uma miríade de problemas, resultantes do seu papel de instituição de referência, os quais tiveram um forte impacto no aumento da despesa.

13. Destacam-se, a propósito o elevado número de utentes com tratamento anti-retrovírico (cerca de 900 em 2011), a administração de medicamentos biológicos, de elevado custo unitário, a utentes seguidos dentro e fora do Hospital, o tratamento de cerca de mil doentes ano, portadores de patologia oncológica em hospital de dia de quimioterapia, os quais, em percentagem significativa necessitavam também de radioterapia (tratamentos estes que só a partir do ano de 2010 foram aceites pela ACSS para o correspondente financiamento) e, o incremento registado no número de médicos em formação (cerca de 150 no final de 2011), facto muito positivo, mas gerador de custos adicionais decorrentes da sua aprendizagem;

14. Todavia e como resulta dos compromissos assumidos em sede de Plano Estratégico o Hospital levou a cabo, entre outras, um conjunto de medidas no sentido de contrabalançar o acréscimo de custos, a saber:

    - Melhoria assinalável no acesso dos cuidados, verificando-se um aumento de produção nas principais linhas de actividade, com forte enfoque no domínio de Ambulatório, designadamente no campo da actividade cirúrgica, menos onerosa que cirurgia convencional;
    - Esforços de optimização e racionalização dos recursos existentes, no sentido de conter o ritmo de crescimento da despesa, o qual como afirmámos decorreu do reforço da complexidade dos serviços prestados e do significativo incremento da actividade. Desta forma, ao invés de anos anteriores, em 2010 o Hospital de Faro apresentou uma taxa de crescimento de 2,24% dos custos

operacionais, o que significou uma inversão clara da tendência de crescimento dos últimos 10 anos;

- Criação de modelo alternativo ao sistema tradicional de transporte de doentes
- Desenvolvimento e implementação de um novo modelo de gestão e distribuição de materiais de consumo;

15. Tudo quanto acima referimos pode ser confirmado, através da consulta aos Relatórios de Gestão do Hospital relativos aos anos de 2008 a 2011.

Pensamos, pois, ter contribuído para que as apreciações que constam do extracto do relato do Tribunal de Contas relativas à menor exigência manifestada pelos gestores do Hospital possam ser reequacionadas e de alguma forma ser reposta justiça relativamente ao nosso comportamento bem como ao dos elementos que integraram a equipa que, com muita honra, durante seis anos dirigi.

Assim sendo, solicito a V. Exa, que se digne remeter aos Exmos. Srs. Auditores do Tribunal de Contas, a presente exposição

08/02 13 SEX 18:39 FAX 351 289891159 H.D.F.ADMINISTRAÇÃO 001

****
*** RELATÓRIO TR. ***
****

TRANSMISSÃO OK

S/ TR/RE	4884
CONECTAR TELEFONE	0217936033
NOME/GRUPO	
HORA INC	08/02 18:37
T. USADO	02'12
PGS.	5
RESULTADO	OK

Doc. 1

FARO

Direcção-Geral do Tribunal de Contas
Exmo. Sr. Dr. José António Carpinteiro
MD Auditor-Coordenador da Direção Geral
do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045

Sua Referência	*Sua Comunicação*	*Nossa Referência*	*Data*
Fax n.º 64/2013 -DAVI			*2013-02-08*

ASSUNTO: Auditoria de seguimento ao Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo, IP e a CVP-Sociedade Gestora Hospitalar, SA

Conforme solicitado pela Direcção Geral do Tribunal de Contas no Fax n.º 64/2013 – DAVI, vimos pela presente via informar.

1. Ao que foi possível apurar, a referenciação de doentes com necessidades na área da cirurgia cardiotorácica do Hospital de Faro para o Hospital da CVP realizou-se, desde há longa data, ao que se nos afigura, ao abrigo do acordo de cooperação celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a CVP-Sociedade Gestora Hospitalar, SA, conforme se depreende dos documentos constantes do arquivo do Hospital de Faro e que se remete em anexo, ficheiro Protocolo HCV.pdf.

2. A referenciação de doentes para o hospital explorado pela CVP- Sociedade Gestora Hospitalar, SA teve início em 2000, conforme mapa produção clinica realizada acordo de cooperação ARSLVT anexo ao ofício de 28.08.2006 da CVP, enviado para o então ministro da saúde, constante do ficheiro Protocolo HCV.pdf

3. No que se refere ao número de doentes intervencionados no hospital explorado pela CVP-Sociedade Gestora Hospitalar, SA, ano de 2009, 2010 e 2011, e montantes financeiros envolvidos, cumpre informar que foram intervencionados 362 doentes, tendo sido facturado pelo Hospital da CVP ao Hospital de Faro o montante de € 6.052.159,80, conforme quadro infra.

ANO	*N.º de Doentes*	*Faturas*

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada ofício tratar só de um Assunto.

4.2) Tempos desde a inscrição para pedidos não concluídos

Consulta Externa a 30.03.2013

Hospital de destino do pedido: CHLC - Hospital de Santa Marta

Doc 2

Especialidade do pedido	Estado do pedido	Pedidos não concluídos	Tempo médio desde a inscrição (pedidos não concluídos) (dias)	Tempo máximo desde a inscrição (pedidos não concluídos) (dias)	Mediana do tempo desde a inscrição (pedidos não concluídos) (dias)
Angiologia/Cirurgia Vascular	Em criação	1	171,4	171,4	171,4
	Pré-emissão	3	32,7	59,5	21,2
	Emitido	8	17,4	18,2	17,4
	Em triagem	78	25,9	38,2	25,4
	Para agendar	187	62,6	99,6	60,5
	Agendados (Notificados)	471	190,5	1.702,6	178,3
	Devolvido pelo médico	2	62,4	66,4	62,4
	Pronto para agendamento após re-triagem	2	163,9	241,6	163,9
	Total	**752**	**138,7**	**1.702,6**	**Não aplicável**
Cardiologia	Emitido	1	17,2	17,2	17,2
	Em triagem	3	17,3	17,3	17,3
	Agendados (Notificados)	341	78,6	812,4	49,5
	Devolvido pelo administrativo	20	159,9	325,6	160,0
	Devolvido pelo médico	1	21,4	21,4	21,4
	Reencaminhamento para outro serviço clínico	1	21,3	21,3	21,3
	Pronto para agendamento após re-triagem	1	120,5	120,5	120,5
	Reagendados (Não notificados)	1	375,7	375,7	375,7
	Total	**369**	**83,0**	**812,4**	**Não aplicável**
Cardiologia Pediátrica	Em triagem	2	17,5	17,5	17,5
	Para agendar	1	192,7	192,7	192,7
	Agendados (Notificados)	30	79,6	367,3	57,8
	Devolvido pelo administrativo	2	231,8	235,3	231,8
	Devolvido pelo médico	1	109,6	109,6	109,6

	Total	**36**	**88,6**	**367,3**	**Não aplicável**
Cirurgia Cardio-Torácica	Agendados (Notificados)	4	586,2	850,3	602,5
	Total	**4**	**586,2**	**850,3**	**Não aplicável**
Cirurgia Geral	Agendados (Notificados)	1	455,5	455,5	455,5
	Total	**1**	**455,5**	**455,5**	**Não aplicável**
Medicina Física e de Reabilitação - Fisiatria	Em triagem	1	18,6	18,6	18,6
	Total	**1**	**18,6**	**18,6**	**Não aplicável**
Medicina Interna	Em triagem	1	35,2	35,2	35,2
	Agendados (Notificados)	8	196,2	858,4	91,8
	Total	**9**	**178,3**	**858,4**	**Não aplicável**
Pneumologia	Emitido	4	17,7	18,5	17,4
	Agendados (Notificados)	198	141,2	1.661,4	64,2
	Total	**202**	**138,7**	**1.661,4**	**Não aplicável**
Total		**1.374**	**124,1**	**1.702,6**	**Não aplicável**

Doc 2

HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Ministério da Saúde

Exma. Senhora
Dra. Assunção Martinez
Digna Presidente da ARS Algarve
Largo do Carmo, 3
8000 FARO

Doc. 3

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
		C.A. 26.05.2004	

ASSUNTO: **Marcação de cirurgias cardíacas no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.**

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada ofício tratar só de um Assunto.

Tendo sido informados pelo Sr. Director do Serviço de Cardiologia de que o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa não poderá continuar a aceitar doentes para cirurgia cardíaca provenientes do H.D.F., sem que o Conselho de Administração do H.D.F. ou a ARS Algarve definissem um protocolo responsabilizando-se pelo pagamento inerente aos actos cirúrgicos, em virtude da ARS de Lisboa ter formalmente notificado o H.C.V.P. de que não pagaria as despesas inerentes a doentes provenientes de outras regiões.

Dado que, segundo nos é dado a conhecer, existe lista de espera para cirurgia no Hospital de St. Marta, o Serviço de Cirurgia do Hospital Santa Cruz vai entrar em obras de remodelação, prevê-se que não será possível com recurso ao Hospital de St. Maria e ao HUC conseguir que os doentes cardíacos com indicação cirúrgica continuem a ser tratados com a mesma celeridade, caso não seja estabelecido o referido protocolo. Assim, vimos remeter o assunto à consideração dessa ARS, no sentido da elaboração do protocolo.

Com os melhores cumprimentos, pessoais.

O Presidente do Conselho de Administração

(J. Gonçalves Júnior)

Portugal em Acção

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891150 - Fax: 289.891159

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO
Director do Serviço: Dr. Veloso Gomes

Doe 4

Ex.mo Senhor
Dr. João Larguito Claro
Director Clínico do
Hospital Distrital de Faro

Faro, 2005-05-16

Assunto: CIRURGIA CARDIOTORÁCICA. ACORDO COM HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Em relação ao assunto em epígrafe, foi-me dado conhecimento do ofício do Chefe de Gabinete do Secretário de Estado da Saúde n.º 3009 de 24-04-05. Sobre a matéria o Serviço de Cardiologia e o Director do Serviço de Cardiologia do HDF têm enviado vários documentos ao Director Clínico, ao Conselho de Administração e à ARS Algarve, nomeadamente depois da ARS Lisboa e Vale do Tejo ter notificado o HCVP de que não suportaria os custos de doentes de outras Regiões de Saúde.

Em consequência dessa deliberação o HCVP notificou o C. A. do HDF e o Director do Serviço de Cardiologia de que não poderia continuar a operar doentes enviados do Algarve. Embora recorrendo aos Hospitais de St. Cruz, de St. Maria e de St. Marta, em dois meses passámos de uma situação de ausência de listas de espera, para uma situação em que foi criada uma lista de espera de 30 doentes entre os quais alguns graves, facto para o qual alertámos o Director Clínico, o C.A. e a ARSA.

Na sequência dessas diligências foi proposta a celebração de um protocolo de colaboração da ARSA ou do HDF com o HCVP. Foi prestada informação ao Director do Serviço de Cardiologia de que essas diligências teriam sido frutuosas, pelo que foi reiniciado o envio de doentes para o HCVP, após protocolo estabelecido entre o HDF e o HCVP conforme nos foi comunicado.

Esta solução restabeleceu a normalidade no tratamento dos doentes cardíacos com indicação cirúrgica pelo que se deverá manter.

A experiência de longos anos no relacionamento de um Hospital sem cirurgia cardiotorácica como o HDF com os Hospitais com cirurgia cardiotorácica situados a

Rua Leão Penedo · 8000-386 Faro · Tel. 289 891 215 · Fax 289 891 205

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO
Director do Serviço: Dr. Veloso Gomes

Doc 4
Pág 2

280 km de distância permite-nos afirmar, no entanto, que não deve haver nenhum protocolo com exclusividade, mas devem permanecer abertas as possibilidades de referenciação para os Centros Cirúrgicos de acordo com o interesse e a situação clínica dos doentes. Este parece-nos ser o critério a merecer prioridade absoluta.

Com os melhores cumprimentos

Dr. Veloso Gomes
Director do Serviço de Cardiologia

2

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO
Director do Serviço: Dr. Veloso Gomes

Ex.mo Senhor
Dr. João Larguito Claro
Director Clínico do
Hospital Distrital de Faro

Dee 4
pes 3

Faro, 2005-06-27

Assunto: CIRURGIA CARDIOTORÁCICA, PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO COM O HCVP

Em relação ao assunto em epígrafe mantêm-se os pressupostos das cartas enviadas ao Sr. Director Clínico e ao Sr. Presidente do Conselho de Administração do HDF, em 06-10-04 e 03-08-04 respectivamente. Em relação à proposta de protocolo de colaboração entre o HDF e o HCVP demos o nosso parecer favorável.

Entretanto tem sido possível a referenciação de doentes para Cirurgia Cardiotorácica para o HCVP, o que comprovadamente nos permitiu eliminar a lista de espera de doentes dada a resposta perfeitamente adequada para doentes emergentes, urgentes e electivos.

Junto enviamos os gráficos de doentes referenciados para cirurgia cardíaca desde 2002. A previsão do n.º de doentes referenciados para cirurgia cardíaca anualmente poderá variar de 120 a 140 doentes. A manter-se o panorama actual dos Serviços de Cirurgia Cardíaca, prevemos que cerca de 80% dos doentes poderão ser referenciados para o HCVP, tendo em conta o tempo médio de espera em outros Hospitais com Cirurgia Cardíaca.

Com os melhores cumprimentos

Dr. Veloso Gomes
Director do Serviço de Cardiologia

Rua Leão Penedo · 8000-386 FARO · tel: 289 891 215 · fax: 289 891 205

HDF

FARO

Exmº Senhor
Dr. Veloso Gomes
Director do Serviço de Cardiologia
H.D.F.

Doc 55

ASSUNTO: Lista de Espera para Cirurgia Cardiaca

Sobre o assunto em epígrafe e conforme informação do Senhor Presidente do Conselho de Administração, no prazo de uma semana será assinado o Protocolo com Hospital da Cruz Vermelha.

Mais se informa, que em caso de se verificar alguma urgência antes de o Protocolo ser assinado os doentes poderão ser enviados ao referido hospital.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Clinico

Dr. Langrilo Claro

A.R.S.A.C.R. 08/09/06 03236

Data: 04-09-2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

Solicitar parecer!

Exmº. Senhor
Dr. Rui Eugénio Ferreira Lourenço
Presidente do Conselho de Administração da
Administração Regional de Saúde do Algarve
Largo do Carmo, nº 3
8000-148 FARO

- ao CA do CHBA e CA do HDF.

Doc. 6

2006 09 12

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência
		Entrada - 11706 Processo – 2431/06

ASSUNTO: **Alargamento do acordo celebrado entre a Cruz Vermelha Portuguesa e a ARS LVT, no âmbito da cirurgia cardiotoracica, às Regiões do Alentejo e Algarve.**

Encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de enviar, a essa Administração Regional, cópia do ofício de 28-08-06, da Cruz Vermelha Portuguesa, relativo ao assunto em epígrafe, e de solicitar a V.Exª um parecer do que se lhe oferecer dizer sobre o mesmo.

Com os melhores cumprimentos

Pel'A Chefe do Gabinete

Catarina Sousa

(Teresa Oleiro)

Anexo: Conforme o texto

/DF

AV. JOÃO CRISÓSTOMO, 9 . 1049-062 LISBOA - ☎ 21 330 50 00 - Fax 21 330 51 68 – Linha Azul / Informações ao utente – ☎ 21 314 26 75

HDF

FARO

Exmo. Senhor
Dr. Rui Lourenço
Presidente da ARS Algarve
Largo do Carmo, 3
8000-148 FARO

Doc 7

RS 2

02.1986 '06 10.20

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
Gab. C.A. 12-10-2006	Ofício nº031342 de 13.10.2006		

ASSUNTO: **Alargamento do acordo celebrado entre a Cruz Vermelha Portuguesa e a ARS Lisboa e Vale do Tejo, no âmbito da cirurgia cardiotoracica, às Regiões do Alentejo e Algarve.**

Na sequência do vosso ofício em epígrafe, a seguir se transcrevem os pareceres dos Srs. Director Clínico e Director do Serviço de Cardiologia do H.D.Faro.

"...Sobre a matéria em epígrafe tem sido solicitado ao Serviço de Cardiologia repetidos pareceres.
Em documentos anteriores o Serviço de Cardiologia do HDF manifestou claramente a sua posição sobre a referenciação para Cirurgia Cardiotorácica, especialidade que não existe na Região do Algarve.
No sentido de salvaguardar o interesse dos doentes e evitar novos "sobressaltos" nos protocolos de referenciação para Cirurgia Cardiotorácica, o Serviço de Cardiologia continua a defender:

1- *A referenciação não pode estar restrita a um único hospital com Cirurgia Cardiotorácica.*
2- *O Protocolo de referenciação para Cirurgia Cardiotorácica com o HCVP, no que diz respeito ao Algarve deve ser um Protocolo entre a ARS do Algarve e o HCVP englobando o HDF e o CHBA...*

Dr. Veloso Gomes
Director do Serviço de Cardiologia"

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada ofício tratar só de um Assunto.

"...O que apenas se pretende é, em meu entender, um protocolo mais abrangente envolvendo a A.R.S.A., o que vai de encontro ao parecer aqui exposto pelo Dr. Veloso Gomes, no sentido de se poder dispor de outros centros para envio de doentes para cirurgia cardíaca.

Larguito Claro

Director Clínico

28.09.06"

Doe 2

Pes 2

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

(Ana Paula Gonçalves)

APM

Excma Sra
Dr.ª Ana Paula
Devemos continuamente o protocolo que existe é entre H.D.Faro e o HCVP.
O que agora se pretende é, a meu entender um protocolo mais abrangente envolvendo a A.R.S.A. que terá de acrescentar os pareceres aqui expressos pelo Dr. Veloso Gomes no sentido de se poder dirimir de outra entrada para cirurgia de doentes para cirurgia cardíaca.
Director Clínico
28.9.06

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO
DIRECTOR DO SERVIÇO: DR. VELOSO GOMES

Ex.ma Senhora
Dr.ª Ana Paula Gonçalves
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital Distrital de Faro

Faro, 2006-09-25

Doc 7
fls 3

C/c: Sr. Presidente do CA da ARS Algarve
[redacted] Clínico do HDF

Assunto: CIRURGIA CARDIOTORÁCICA E ACORDO COM O HCVP

Sobre a matéria em epígrafe tem sido solicitado ao Serviço de Cardiologia repetidos pareceres.

Em documentos anteriores o Serviço de Cardiologia do HDF manifestou claramente a sua posição sobre a referenciação para Cirurgia Cardiotorácica, especialidade que não existe na Região do Algarve.

No sentido de salvaguardar o interesse dos doentes e evitar novos "sobressaltos" nos protocolos de referenciação para Cirurgia Cardiotorácica, o Serviço de Cardiologia continua a defender:

1- A referenciação não pode estar restrita a um único hospital com Cirurgia Cardiotorácica.

2- O Protocolo de referenciação para Cirurgia Cardiotorácica com o HCVP, no que diz respeito ao Algarve deve ser um Protocolo entre a ARS do Algarve e o HCVP englobando o HDF e o CHBA.

Com os melhores cumprimentos

Dr. Veloso Gomes
Director do Serviço de Cardiologia

rua [illegible] · 8000-386 FARO · tel: 289 891 219 · fax: 289 891 205

Tribunal de Contas

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

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

Doc 8

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

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Proc. Nº 01/09-Audit Of. 12777 (Protocolo)	14/08/2009	CD/RP/CM -25825	15-07-2009

Assunto: **Auditoria à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, I.P. e a CVP – SGH, SA.**

Relativamente ao Relato elaborado por esse douto Tribunal, na sequência da Auditoria realizada ao Acordo de Cooperação em apreço, vem a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale, I.P. (ARSLVT) expressar o maior interesse e atenção na sua apreciação, agradecendo, desde já, a análise cuidada e sistematizada das questões suscitadas.

Este Relato irá permitir à ARSLVT uma melhor gestão do presente Acordo, nomeadamente, com a promoção e implementação de medidas para aferir a qualidade dos cuidados de saúde prestados no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), o acompanhamento mais rigoroso do cumprimento das cláusulas contratuais, com especial atenção para a referenciação.

O Conselho Directivo desta ARS manifesta ainda o seu empenho na concretização das recomendações enunciadas no Relato elaborado por esse douto Tribunal, nomeadamente, a obediência aos princípios básicos do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, com vista à salvaguarda do interesse público e o rigoroso cumprimento dos princípios da legalidade e transparência, bem como dos princípios da concorrência e igualdade.

Não obstante o exposto e no que concerne às Conclusões do Relato, permitimo-nos apresentar as alegações, nos termos do disposto nos artigos 13º e 87º da Lei nº 98/97,

Av. Estados Unidos da América, 77 – 1749-098 Lisboa DGTC 16 09 09 16529 Fax: 218 499 723 • E.mail: arslvt@arslvt.min-saude.pt

Mod. TC 1999.001

Tribunal de Contas

resposta garantidos (TMRG) para o acesso a primeira consulta nos hospitais do SNS são: 30 dias para situações consideradas muito prioritárias, 60 dias para os casos prioritários e 150 dias para a realização de consulta com prioridade normal.

Face aos números apresentados, e admitindo o cenário nada provável de todos os pedidos de consulta com origem nos Centros de Saúde terem prioridade normal, verifica-se que o tempo médio de espera nos hospitais do SNS, em 3 das 4 especialidades aludidas, é claramente superior ao TMRG fixado na Portaria supra mencionada, factor que consideramos relevante aquando da decisão de referenciar ao HCVP.

Acresce que da análise à lista de inscritos para cirurgia (dados reportados a 30/06/2009) também resulta a constatação de um número muito significativo de doentes com mais de 9 meses em espera, sobretudo nas especialidades de ortopedia, oftalmologia e urologia.

ESPECIALIDADE	LIC 31.06.2009	DISTRIBUIÇÃO DO DOENTES POR INTERVALOS DE TEMPO DE ESPERA (EM MESES) <=3	3 - 6	6 - 9	9 - 12	12 - 24	>= 24	TEMPO MÉDIO ESPERA EM LIC
ORTOPEDIA	11.302	3.673 32,5%	2.601 23,0%	2.031 18,0%	887 7,8%	1.652 14,6%	458 4,1%	227,8
CIRURGIA VASCULAR	2.976	1.260 42,3%	646 21,7%	596 20,0%	200 6,7%	255 8,6%	20 0,7%	163,2
OFTALMOLOGIA	8.270	3.343 40,4%	2.747 33,2%	667 8,1%	236 2,9%	734 8,9%	541 6,5%	197,1
UROLOGIA	4.042	1.602 39,6%	896 22,2%	587 14,5%	301 7,4%	492 12,2%	164 4,1%	220,7

FONTE:SIGLIC

Perante estes dados, entende o Conselho Directivo que a capacidade de resposta do SNS é actualmente insuficiente para dar cumprimento aos TMRG definidos para cirurgia programada na Portaria n.º 1529/2008, de 26 Dezembro, o que fundamenta o recurso dos ao HCVP, em regime de complementaridade ao SNS, por parte dos Centros de Saúde.

Não obstante, acolhe este Conselho Directivo as recomendações no sentido de melhorar o controlo sobre a referenciação dos utentes, de forma evitar o desperdício de recursos quando exista capacidade instalada nos hospitais do SNS.

No que concerne à referenciação para cirurgia cardíaca informa-se que após as conclusões e recomendações formuladas por esse douto Tribunal, no âmbito da Auditoria

Extrato de Entrevista concedida pelo Sr. Professor Guerra Fragata ao Jornal Tempo Medicina

em 25.01.2010 retirado do Blog Saude SA

Doc 9 fls 1

"Superar Coimbra

As comparações com o CRI de CCT dos Hospitais da Universidade de Coimbra são inevitáveis, pois foi (é) o primeiro centro. Ainda por cima na mesma especialidade do criado em Santa Marta. Nada que José Fragata tema. «Queremos fazer pelo menos tão bem como Coimbra e tenho uma "pica" muito grande em tentar fazer melhor. Ficar-me-ia mal não ter essa ambição», assume.

No início do processo, o responsável do CRI dos HUC facultou, através da sua administradora, «muitos dados» ao centro que se desenhava em Lisboa, revela José Fragata, sublinhando a «excelente relação» entre os dois directores.

«Ele próprio me avisou de problemas do centro dele, que são normais. O professor Manuel Antunes tem um edifício de 11 anos exercido com competência e uma dedicação muito grande. A primeira coisa que se faz é ver o que os outros já fizeram», defende o director do CRI do HSM.

Mais 300 cirurgias

O orçamento com que o centro irá funcionar encontra-se ainda por acertar. No entanto, José Fragata já comprometeu-se com o número de cirurgias a efectuar no CRI de CCT do HSM: 1500. Cerca de mais 300 comparativamente a 2009. O crescimento só não será maior, esclareceu, devido à carência de pessoal não cirúrgico, principalmente enfermeiros e anestesistas.

O serviço tem três blocos operatórios que custam 600 euros por hora, quer sejam usados quer não, conforme já tinha sido tornado público pelo cirurgião cardiotorácico. Ao nosso Jornal, o médico revelou que teve de fechar um deles devido às referidas dificuldades com o pessoal.

«Por falta de pessoas, e como medida de gestão, fechei uma sala de operações, que uso como turnover. De qualquer maneira, vencem custos indirectos. É sempre um mau negócio, mas com uma contrapartida: na outra sala passámos a ter três doentes», explicou.

A decisão teve, entretanto, outra consequência. «Esse acto de gestão, que acho que foi bom em termos de pessoal e de recursos, teve algum impacte nos números e ficámos poucas dezenas de casos abaixo daquilo que eu tinha contratualizado com a administração», fez saber, salientando sempre a «falta de staff não cirúrgico».

Quando os tempos forem de CRI, o argumento não poderá ser invocado nos mesmos moldes. «A grande diferença com o centro é que me comprometo perante a administração do hospital, e indirectamente com a administração regional de Saúde, em realizar 1500 casos cirúrgicos num ano. O problema de como eu arranjo os recursos para isso é meu», distinguiu José Fragata, puxando também para si «o valor do exercício final».

Seguindo a mesma lógica, o conselho de administração também terá uma palavra a dizer caso o desfecho não seja o esperado. «Se o exercício correr mal, tem de me demitir, que é o normal com qualquer gestor medíocre», assume o director, aproveitando para deixar no ar um recado: «Não percebo, por isso, porque é que as pessoas têm receios. Culturalmente temos todos de evoluir muito. Não se devia temer à volta dos CRI, antes pelo contrário.»

TM 25.01.10"

Anexo III: Actividade Cirúrgica por Especialidade

Doc 10
fls 1

Especialidade	2007				2008			
	Conv.	Amb.	Urg.	Total	Conv.	Amb.	Urg.	Total
Angiologia e Cirurgia Vascular	911	479	316	**1.706**	991	725	281	**1.997**
Cirurgia Cardio-Torácica	1.068	169	174	**1.411**	1.082	1	142	**1.225**
Cirurgia Geral	3.619	1.028	833	**5.480**	3.155	1.226	826	**5.207**
Cirurgia Maxilo-Facial	369	91	435	**895**	322	132	377	**831**
Cirurgia Pediátrica	1.389	635	796	**2.820**	1.345	643	841	**2.829**
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva	551	525	477	**1.553**	451	602	433	**1.486**
Dermato-Venereologia					5	619		**624**
Estomatologia	208	40	3	**251**	236	6	2	**244**
Ginecologia	624	521	125	**1.270**	536	572	121	**1.229**
Neurocirurgia	1.318	161	381	**1.860**	1.165	174	356	**1.695**
Obstetrícia	1		35	**36**	1	1	38	**40**
Oftalmologia	807	3.490	83	**4.380**	783	4.433	85	**5.301**
Ortopedia	1.468	307	1.130	**2.905**	1.267	333	1.206	**2.806**
Otorrinolaringologia	818	279	135	**1.232**	717	486	141	**1.344**
Urologia	1.108	29	174	**1.311**	1.039	42	259	**1.340**
Outras	607	6	226	**839**	717	7	377	**1.101**
Total	14.866	7.760	5.323	**27.949**	13.812	10.002	5.485	**29.299**
	53 %	28 %	19 %		47 %	34 %	19 %	

Dec 10

KS 2

Especialidade	2009				2010				Var (%) 2010/2009			
	Conv.	Amb.	Urg.	Total	Conv.	Amb.	Urg.	Total	Conv.	Amb.	Urg.	Total
Angiologia e Cirurgia Vascular	852	755	277	1.884	760	709	310	1.779	-11	-6	12	-6
Cirurgia Cardio-Torácica	1.004		172	1.176	1.007	2	165	1.174	0		-4	0
Cirurgia Geral	2.475	1.586	925	4.986	2.371	1.603	936	4.910	-4	1	1	-2
Cirurgia Maxilo-Facial	321	173	477	971	290	129	495	914	-10	-25	4	-6
Cirurgia Pediátrica	1.445	655	970	3.070	1.184	834	965	2.983	-18	27	-1	-3
Cirurgia Plástica e Reconstrutiva	477	637	374	1.488	581	625	546	1.752	22	-2	46	18
Dermato-Venereologia	6	1.247		1.253	3	968		971	-50	-22		-23
Estomatologia	128	116	3	247	104	1.339	4	1.447	-19	1.054	33	486
Ginecologia	514	704	139	1.357	372	702	90	1.164	-28	0	-35	-14
Neurocirurgia	1.191	193	307	1.691	995	139	315	1.449	-17	-28	3	-14
Obstetrícia	1		29	30			42	42			45	40
Oftalmologia	670	5.144	83	5.897	681	4.558	77	5.316	2	-11	-7	-10
Ortopedia	1.612	599	1.154	3.365	1.532	613	1.059	3.204	-5	2	-8	-5
Otorrinolaringologia	725	395	140	1.260	797	501	112	1.410	10	27	-20	12
Urologia	1.057	255	314	1.626	848	289	321	1.458	-20	13	2	-10
Outras	694	3	373	1.070	568	3	184	755	-18	0	-51	-29
Total	13.172	12.462	5.737	31.371	12.093	13.014	5.621	30.728	-8	4	-2	-2
	42 %	40 %	18 %		39 %	42 %	18 %		-3 p.p.	3 p.p.	0 p.p.	

Fonte: SIAC Dezembro 2007 e 2008, SICA de Dezembro de 2009 e 2010.

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Exm.º Senhor
Dr. Rui Lourenço
Presidente do Conselho de Administração
da ARS Algarve
Largo do Carmo, 3
8000 – 148 FARO

026408 '06 12-11

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada ofício tratar só de um Assunto.

ASSUNTO: Contrato – Programa para 2007.

Conforme compromisso assumido por este Conselho de Administração na reunião realizada com a Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARS, no passado dia 29 de Novembro do corrente ano, pela mesma via anexamos novo ficheiro contendo as alterações introduzidas à proposta do Contrato Programa do Hospital Distrital de Faro para 2007.

Mais se anexa Documento onde se registaram as notas explicativas dos princípios que nortearam a elaboração da primeira versão do contrato programa de 2007, assim como as relativas às alterações introduzidas em duas das componentes da actividade assistencial (Consulta Externa e Cirurgia Programada Convencional).

Por último, entende-se dever transmitir a V. Ex.ª o resultado da apreciação que efectuámos aos termos propostos para a contratualização para 2007, designadamente no que concerne aos critérios que presidiram à definição do valor de convergência para os Hospitais SPA para 2007 e o impacto que essa medida, se aplicada, terá no funcionamento do Hospital Distrital de Faro.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho de Administração

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891157- Fax: 289.891159
www.hdfaro.min-saude.pt - e-mail: secvogal2@hdfaro.min-saude.pt

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

1. Nota Justificativa das alterações introduzidas ao Contrato – Programa do Hospital Distrital de Faro para 2007.

➢ ***Reforço da actividade assistencial em consulta externa e cirurgia programada convencional.***

Como ponto prévio considera-se necessário explicitar que o facto, na elaboração da proposta de Plano de Desempenho para 2007, de não ter sido considerado um aumento na actividade assistencial das duas áreas acima referidas, se deveu ao estrito cumprimento das orientações divulgadas pelo Oficio Circular do IGIF 08762, de 19/09/2006 (ver cópia anexa), do qual resultavam regras muito precisas quanto à definição das linhas de produção para 2007, uma vez que de acordo com a referido documento, estas se deviam manter nos níveis de 2006.

Congratulamo-nos, pois, com a abertura demonstrada na reunião do passado dia 29, porquanto da aplicação da tabela de preços SNS à actividade agora estimada resulta um acréscimo de financiamento na ordem dos 3.000,000€.

Assim sendo, e dando corpo às recomendações formuladas pela Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARS, em reunião no passado dia 29 de Novembro do corrente ano, o Conselho de Administração do HDF entendeu reforçar, em Consulta Externa, as previsões inicialmente indicadas para as Especialidades de Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia e ORL, sendo que, de acordo com este novo plano, o número de consultas a realizar em 2007 se traduzirá num acréscimo de mais 10.000 consultas, das quais 8.434 são primeiras consultas. Em resultado destas alterações consegue-se também uma melhoria da % de primeiras consultas (cerca de 3%).

Neste valor inclui-se também a actividade que se espera vir a realizar em consulta externa de neurocirurgia, uma vez que em consequência da aplicação de mecanismos de

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891157- Fax: 289.891159
www.hdfaro.min-saude.pt - e-mail: secvogal2@hdfaro.min-saude.pt

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

mobilidade esperamos contar em 2007 com a colaboração de mais um especialista nesta área clínica.

Na base das alterações agora introduzidas foram considerados aumentos da actividade resultantes da entrada em funcionamento da Unidade de Cirurgia do Ambulatório, naturalmente geradora de novas consultas em pelo menos duas das especialidades acima referidas (Cirurgia Geral e ORL).

Também se procurou potenciar a actividade nas especialidades de Cardiologia e Dermatologia por via do recurso à Telemedicina.

Prevê-se ainda a realização de mais 2400 consultas, consequência da definição de um programa de *follow up* dos doentes saídos da Unidade de AVC.

Para além do aumento da actividade em termos absolutos, importa salientar que, resultando desta actividade uma utilização mais adequada da capacidade instalada, o rácio consulta por hora de trabalho médico fica significativamente melhorado.

Idêntico procedimento foi adoptado no que diz respeito à actividade cirúrgica programada convencional das Especialidades de Ortopedia, Neurocirurgia e Cirurgia Geral, as quais, por força da entrada em funcionamento da nova Unidade de Cirurgia do Ambulatório podem beneficiar, fruto da reprogramação da actividade do Bloco Operatório Central, duma maior oferta de tempos operatórios semanais, pese embora os constrangimentos existentes no que respeita à disponibilidade de apoio de Anestesia.

Naturalmente que este projectado crescimento de cerca de 700 cirurgias terá reflexos no número de doentes saídos, pelo que se considerou também um aumento do número de GDH's cirúrgicos.

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891157- Fax: 289.891159
www.hdfaro.min-saude.pt - e-mail: secvogal2@hdfaro.min-saude.pt

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

➢ ***Adequação da lotação praticada no internamento.***

O Conselho de Administração reitera a intenção de, no decurso do segundo trimestre de 2007, proceder à readequação da lotação dos diversos serviços hospitalares, medida que se implementará, logo que se consiga conhecer, com rigor, o impacto que a entrada em funcionamento da Unidade de Cirurgia de Ambulatório terá na ocupação das valências cirúrgicas.

Considera-se, também necessário, para a adopção da medida atrás referida, efectuar uma avaliação dos benefícios resultantes da entrada em funcionamento na região do Algarve, da Rede de Cuidados Continuados.

➢ ***Ajustamento do orçamento económico aos objectivos fixados pela tutela.***

Tal como recomendado foram elaborados novos mapas, nos quais se encontram espelhados todos os ajustamentos que, face à análise efectuada, se considerou possível concretizar para 2007. Das alterações efectuadas (financiamento da produção e redução dos valores previstos nas rubricas de perdas e resultados extraordinários) resulta um desequilíbrio que, na circunstância, não é possível colmatar por insuficiência de receita.

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891157- Fax: 289.891159
www.hdfaro.min-saude.pt - e-mail: secvogal2@hdfaro.min-saude.pt

Ministério da Saúde
IGIF
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Ao Dr. Paulo Teixeira, para proceder em conformidade.
06/08/7
Vogal do C.A.
Eusébio Pacheco Neto

Exmo(a). Senhor(a),
Presidente Conselho Administração
Hospital Distrital Faro
Av. Ótivença
8000-083 Faro
289 891 159

DCCG

– Ao Dr. Eusébio Pacheco
– Ao Dr. Paulo Teixeira
– À Dr. Ana Paula Gonçalves
– P/ conhecimento do Gabinete de Responsabilidade Integrada

OFÍCIO-CIRCULAR – Hospitais

IGIF – 07451 – 06/08/02

Ana Paula Gonçalves
Presidente do C.A.

Assunto: ***Orçamento Financeiro para o ano de 2007***

Solicita-se que, o projecto de Orçamento Financeiro para o ano de 2007 seja remetido a este Instituto (**6 exemplares**), até ao dia **18 de Agosto.**

Directrizes para elaboração do Orçamento Financeiro.

Na Origem de Fundos Próprios:

- O montante a inscrever na rubrica 7421 – Transferências Correntes Obtidas – IGIF, é de 64.782.703 €, que inclui 156.979 € para as Irmãs Hospitaleiras;
- Não deve ser inscrita qualquer verba referente ao PIDDAC.

Na Aplicação de Fundos Próprios:

- Deve ser cumprido o estipulado na Circular Série A n.º 1.327 da D.G.O. datada de 27/7/2006, nomeadamente, o **ponto 2. do Capítulo V-** "A orçamentação, em sede de preparação dos projectos dos orçamentos para 2007, deverá ter subjacente um **valor global de despesa de funcionamento não superior à execução orçamental de 2005**.....", e ainda:
  - Ponto 3 do Capítulo II , (excepto para o PIDDAC e encargos com o pessoal por grupos profissionais);
  - Pontos 5.1 e 5.2 do capítulo III;
  - Pontos 1., 3., e 5. do capítulo IV;

Av. da República, 61 - Apartado 14052 - 1064-808 LISBOA - Tel.: 21 792 55 00 - Fax: 21 792 55 93

2006 15:18 IE IGIF DSHP

Ministério da Saúde
IGIF
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

- Deverá ser tido em conta o princípio da "especialização do exercício", no que se refere á inscrição de dotações para Férias, S. Férias e respectivos encargos s/ remunerações;
- Salienta-se ainda que, deverão ser remetidos os anexos II (quadro 1 e 2), anexo III e anexo IV (com a ficha I - receita e despesa, ficha II -1 actividade, fichas III e ficha IV);

Directrizes para elaboração do Orçamento Económico.

- O montante a inscrever na rubrica 7421- Transferências Correntes Obtidas-IGIF, é de 64.782.703 €;
- Deverão apenas, ser considerados os seguintes acréscimos, em relação à previsão de execução de 2006, nas rubricas de:
  - Pessoal 0%
  - Consumos 4%
  - Fornecimentos e Serviços 4%

No âmbito do processo de contratualização estas directrizes poderão ser alteradas, o que, implicará a alteração do Orçamento Económico com posterior remessa.

Mais se informa que está disponível no endereço **http://ulisses4.igif.min-saude.pt:7778/ofastart/dccg.htm** o ficheiro para preenchimento do **orçamento económico** para 2007, bem como dos **efectivos reais** e respectivos encargos em 31/7/2006, que devem ser remetidos para o seguinte endereço electrónico **SIEF@igif.min-saude.pt** até ao dia **22 de Agosto.**

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

Manuel Teixeira
Presidente

TOTAL PAG.02

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

2. ***Análise do impacto dos critérios definidos para efeitos de determinação do valor de convergência para Hospitais SPA no funcionamento do Hospital Distrital de Faro em 2007.***

Para efeitos de apuramento do impacto que a revisão agora efectuada terá no financiamento para 2007, solicitámos a colaboração da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde dessa ARS, a qual nos fez chegar uma simulação, cuja cópia se anexa, sendo que, da mesma resulta, relativamente à primeira versão do Contrato – Programa, um financiamento SNS de 62.985,977 €.

Ora, se nos ativermos aos critérios definidos para efeitos de fixação do valor de convergência, em 2007, para os Hospitais SPA, de acordo com os quais **o valor de convergência corresponde à diferença entre o valor da produção proposta pelos Hospitais e o Orçamento Financeiro já conhecido** (no caso do Hospital Distrital de Faro, foi fixado pelo IGIF em 64.782,703€), concluímos que para este Hospital, em 2007, o valor da convergência será de 1.796,726€.

Se por um lado podemos constatar que as linhas de produção geram um financiamento muito próximo (97,2%) do valor de transferência inscrita no Orçamento Financeiro, por outro não podemos deixar de referir que o valor deste, inscrito por indicação do IGIF, é inferior em cerca de 16.000,000€, à verba contratualizada para 2006 (produção base + convergência + objectivos regionais), a qual, por sua vez, já deixava antever um deficit global de cerca de 12.500.000€ para o exercício deste ano.

Como é óbvio, havendo uma estrutura de custos operacionais, que se estima atinjam em 2007 os 102.580,912€ e prevendo-se que as prestações de serviços a terceiros representem uma receita de 10.943,100,48€ a actividade do Hospital Distrital de Faro, a manterem-se estes critérios, só pode ser assegurada à custa do crescimento da conta corrente com os fornecedores, os quais já estão a sofrer o impacto da diminuição das

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891157- Fax: 289.891159
www.hdfaro.min-saude.pt - e-mail: secvogal2@hdfaro.min-saude.pt

HDF
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

transferências efectuadas pelo IGIF (-13.500.000 €), entre Janeiro e Novembro de 2006, comparativamente a igual período de 2005.

Naturalmente que o Conselho de Administração assume as suas responsabilidades no sentido de, internamente, promover a implementação das medidas de gestão necessárias ao controlo rigoroso dos custos actuando, designadamente:

- Na reorganização da logística hospitalar, com especial incidência nas áreas de material de consumo clínico e produtos farmacêuticos;
- Substituindo de forma progressiva e sustentada os regimes de horário acrescido por novas unidades funcionais;
- Introduzindo protocolos terapêuticos e clínicos que viabilizem uma utilização racional dos meios postos à disposição dos profissionais;
- Incrementando a adopção de um processo de revisão dos actuais modelos técnicos e administrativos, por forma, a obter ganhos de eficiência e de qualidade.

Todavia, a solução adoptada para o ano de 2007, em matéria de financiamento de Hospitais SPA, é fortemente penalizadora para esta instituição. Dispensamo-nos, porém, de detalhar as suas previsíveis consequências, porquanto, é de todos conhecido o impacto que as pturas abruptas nos fluxos de financiamento têm na vida das organizações em geral e nas deste tipo, em especial.

Entende contudo, este Conselho de Administração, que para além de chamar a atenção para este grave problema, é também sua obrigação ajudar a encontrar soluções.

Assim sendo, face a tudo quanto foi exposto e à relevância que o Hospital Distrital de Faro assume no contexto regional da prestação de cuidados de saúde, considera-se adequado propor que se adopte uma das seguintes soluções:

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891157- Fax: 289.891159
www.hdfaro.min-saude.pt - e-mail: secvogal2@hdfaro.min-saude.pt

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

1. Definir um valor de convergência semelhante ao do ano de 2006, embora sujeito aos novos critérios de atribuição (60%+20%+20%);
2. Proceder à requalificação do HDF, passando este a ser Hospital Central, com base na fundamentação já remetida a essa ARS e que se reenvia em anexo. Esta proposta permitirá reduzir o valor da convergência, uma vez que o financiamento da produção SNS gerará uma receita de 81.567,087 € (ver simulação em anexo).
3. Proceder à alteração do Estatuto Jurídico do HDF, passando este a EPE, se isso permitir perspectivar uma solução adequada e duradoura para a sua sustentabilidade.

Eventualmente, outras soluções poderão ser encontradas. Contudo, no quadro que se perspectiva, a persistirem os condicionalismos agora apresentados, consideram os elementos deste Conselho de Administração não disporem de condições mínimas que lhes permitam, de forma adequada e rigorosa, levar a cabo a Missão do Hospital.

Rua Leão Penedo - 8000-386 Faro - Tel: 289.891157- Fax: 289.891159
www.hdfaro.min-saude.pt - e-mail: secvogal2@hdfaro.min-saude.pt

Anexo II

Ofício-circular do IGIF n.º 08762 de 19 de Setembro de 2006

Ministério da Saúde
IGIF
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Sua referência:

5 ARS

Nossa referência
CA Ofício Circular
IGIF - 08762 - *06/09/19

ASSUNTO: **Contrato-Programa de 2007**

Tendo em conta o programa do Governo e os compromissos assumidos no Pacto de Estabilidade e Crescimento,"há que garantir a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, eliminando desperdícios e minimizando ineficiências, o que obriga à responsabilização de todos os níveis de gestão". A mesma preocupação encontra-se plasmada nas "Grandes Opções do Plano para 2005-2009".

A contratualização enquadra-se na política de descentralização e responsabilização de todos os níveis de gestão na utilização racional dos recursos e indispensável contenção da despesa.

Por outro lado, a revisão e aperfeiçoamento dos instrumentos de negociação e de acompanhamento no modelo de financiamento dos contratos-programa encontram-se entre as principáis actuações previstas para 2007 e fazem parte integrante das Grandes Opções do Plano 2005-2009.

Assim, e na sequência das orientações dadas pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde, o processo de contratualização para 2007 deverá ter início com o envio de pedido, aos hospitais, do preenchimento do Plano de Desempenho para 2007 e do Plano de Negócio para o período de 2007-2009, de acordo com o seguinte calendário:

1. Previsão da produção a realizar em 2007 (através dos ficheiros disponibilizados pela Novabase à Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde dessa ARS) – entrega até 4 de Outubro de 2006;
   À semelhança do que se passou no ano transacto, apenas serão autorizados os acréscimos de actividade que resultem da criação de novos serviços, devidamente fundamentados com base em critérios de necessidade imperiosa para as populações.

Av. da República, 61 - Apartado 14053 - 1064-005 LISBOA - Tel. 21 792 55 00 - Fax: 21 792 55 33

Ministério da Saúde
IGIF
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

2. Orçamento Económico para 2007 (respeitando as directrizes divulgadas por este Instituto no ofício n.º 7448, de 2 de Agosto último, a propósito da elaboração do Orçamento Financeiro para o ano de 2007, designadamente no que respeita aos acréscimos nas rubricas de pessoal (0%), consumos (4%) e fornecimentos e serviços (4%))– entrega até 4 de Outubro de 2006;

3. Plano de Negócio 2007-2009 (através dos ficheiros disponibilizados na intranet PULSAR do Portal do IGIF, endereço http://pulsar.min-saude.pt/default.aspx, numa área de informação financeira de apoio à elaboração de Business Plans (Envio até 30 de Novembro de 2006). Quaisquer dúvidas suscitadas pela elaboração e preenchimento do Plano de Negócio deverão ser colocadas ao Dr. João Carapeto, para o endereço electrónico jcarapeto@igif.min-saude.pt.

4. Especificamente, no caso dos Hospitais EPE, deverá ter-se em conta a metodologia apresentada em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Manuel Teixeira
Presidente

29

NANCIAMENTO 2007 - SIMULAÇÃO COM BASE NA PROPOSTA DE REVISÃO D
Produção Base, Produção Adicional e Remuneração
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Linhas de Produção	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade
		Nº	%		
Consultas Externas	-	-	-	-	-
Primeiras Consultas				75,42	34.059
Consultas Subsequentes		-	-	68,56	108.687
Total de Consultas					142.746
Internamento	-	-	-	-	-
Doentes Saídos	-	-	-	-	-
GDH Médicos	0,7039	13.376	90,84%	1.936,91	14.725
GDH Cirúrgicos	1,3876	2.901	97,67%	1.936,91	2.970
GDH Cirúrgicos Urgentes	1,3876	2.745	97,67%	1.936,91	2.810
ias de Internamento de Doentes Crónicos	-	-	-	-	-
Doentes Medicina Física e Reabilitação	-	-	-	247,05	1.032
Psiquiatria Crónicos no Hospital	-	-	-	85,22	1.825
Doentes Crónicos Ventilados	-	-	-	293,91	-
Remuneração Total do Internamento	-	-	-	-	-
Ambulatório	-	-	-	-	-
Episódios GDH Cirúrgico	0,5683	-	-	1.936,91	1.417
Episódios GDH Médicos	0,5683			1.936,91	10.553
Urgências	-	-	-	-	-
Atendimentos	-	-	-	106,89	112.144
Sessões em Hospital de Dia	-	-	-	-	-
Hematologia	-	-	-	368,28	-
Imuno-Hemoterapia	-	-	-	368,28	-
Infecciologia	-	-	-	517,64	2.035
Psiquiatria	-	-	-	38,26	1.910
Outros	-	-	-	25,27	3.536
Remuneração Total do Hospital de Dia	-	-	-	-	-
Serviços Domiciliários	-	-	-	-	-
Visitas Domiciliárias	-	-	-	41,53	2.761
= Valor da Produção (s/ adicional)	-	-	-	-	-

ota 1: Foram utilizados os preços de referência utilizados na simulação dos Contratos-Programa 2007 dos Hospitais do Grup
ota 2: Foram utilizados os ICM utilizados na simulação do Contrato-Programa 2007

D 2007

'alor (Euros)
-
2.568.757
7.451.581
10.020.338
-
-
18.236.976
7.796.351
7.377.617
-
254.956
155.527
-
33.821.426
-
1.559.757
4.266.891
-
11.987.072
-
-
-
1.053.397
73.077
89.355
1.215.829
-
114.664
62.985.977

ANCIAMENTO 2007 - SIMULAÇÃO COM BASE NA PROPOSTA DE REVISÃO D
Produção Base, Produção Adicional e Remuneração PREÇOS DO GRUPO
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Linhas de Produção	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade
		Nº	%		
Consultas Externas	-	-	-	-	-
Primeiras Consultas				119,05	34.059
Consultas Subsequentes		-	-	108,23	108.687
Total de Consultas					142.746
Internamento	-	-	-	-	-
Doentes Saídos	-	-	-	-	-
GDH Médicos	0,7039	13.376	90,84%	2.396,25	14.725
GDH Cirúrgicos	1,3876	2.901	97,67%	2.396,25	2.970
GDH Cirúrgicos Urgentes	1,3876	2.745	97,67%	2.396,25	2.810
as de Internamento de Doentes Crónicos	-	-	-	-	-
Doentes Medicina Física e Reabilitação	-	-	-	247,05	1.032
Psiquiatria Crónicos no Hospital	-	-	-	85,22	1.825
Doentes Crónicos Ventilados	-	-	-	293,91	-
Remuneração Total do Internamento	-	-	-	-	-
Ambulatório	-	-	-	-	-
Episódios GDH Cirúrgico	0,5683	-	-	2.396,25	1.417
Episódios GDH Médicos	0,5683			2.396,25	10.553
Urgências	-	-	-	-	-
Atendimentos	-	-	-	137,92	112.144
Sessões em Hospital de Dia	-	-	-	-	-
Hematologia	-	-	-	360,00	-
Imuno-Hemoterapia	-	-	-	360,00	-
Infecciologia	-	-	-	517,64	2.035
Psiquiatria	-	-	-	38,26	1.910
Outros	-	-	-	25,27	3.536
nuneração Total do Hospital de Dia	-	-	-	-	-
Serviços Domiciliários	-	-	-	-	-
Visitas Domiciliárias	-	-	-	41,53	2.761
= Valor da Produção (s/ adicional)	-	-	-	-	-

ta 1: Foram utilizados os preços de referência utilizados na simulação dos Contratos-Programa 2007 dos Hospitais do Grupc
ta 2: Foram utilizados os ICM utilizados na simulação do Contrato-Programa 2007

2007

Valor (Euros)
-
4.054.767
11.763.194
15.817.961
-
-
22.561.892
9.645.263
9.125.652
-
254.956
155.527
-
41.743.289
-
1.929.655
5.278.788
-
15.466.900
-
-
-
1.053.397
73.077
89.355
.215.829
-
114.664
81.567.087

HDF
HOSPITAL
FARO

Notas Iniciais

Com o presente documento pretende-se não só proceder a uma análise da actividade do Hospital Distrital de Faro, comparando-a com aquela que é desenvolvida pelos Hospitais Centrais de S. Marcos de Braga, de São Teotónio de Viseu e Garcia da Horta de Almada, mas também demonstrar que, tendo em conta o papel que em sede de Carta Hospitalar se encontra cometido a cada uma destas instituições, o Hospital Distrital de Faro reúne condições, quer a nível da sua dimensão/desempenho quer das competências que detém, que justificam que se proponha a sua qualificação como Hospital Central.

Para além disso procura-se também provar, por comparação com outros hospitais que integram o Grupo em que actualmente se insere o HDF (IV), que tanto a nível do papel que a Carta Hospitalar lhe atribui, como da actividade assistencial que assegura ou dos recursos que gere, este último Hospital nada tem a ver com a realidade da outras instituições, as quais, para o caso em apreço, foram escolhidas de forma aleatória.

Cumpre, contudo, esclarecer que os dados apresentados estão condicionados pela informação disponível, existindo um ou outro aspecto que não foi possível identificar por falta de elementos.

Refira-se que à data em que elaborámos este trabalho os dados relativos ao desempenho/exercício do ano de 2005 ainda não se encontravam publicados.

Por uma questão prática os Hospitais acima referidos serão mencionados como Faro, Braga, Viseu e Almada.

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

ANÁLISE COMPARATIVA

A análise comparativa entre Faro e os outros Hospitais assentará, sobretudo, em duas áreas distintas, a saber:

.A primeira que se prende com a **dimensão dos hospitais** e uma, segunda que aborda a respectiva **diferenciação**.

I – Dimensão dos Hospitais

Para análise comparativa dos hospitais na perspectiva da sua **dimensão,** escolheram-se como aspectos a abordar a lotação, a produção, os recursos humanos e a estrutura da despesa, usando para o efeito a informação disponibilizada pelo IGIF.

LOTAÇÃO [1]

Considerando que o número de camas condiciona/potencia não só a capacidade produtiva dos hospitais, como também é factor determinante no cálculo dos recursos humanos necessários, influenciando a despesa de funcionamento e a capacidade de resposta à população, apresenta-se no quadro que segue a lotação praticada nos hospitais em análise durante o ano 2004.

Lotação dos hospitais em 2004 (sem SO e Berçário).

Braga	Viseu	Almada	Faro
587 camas	624 camas	482 camas	486 camas

[1] Lotação da Viseu, Almada e Faro do *Hospitais Distritais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF.* Lotação de Braga do *Hospitais Centrais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF.*

HDF
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Como se constata Faro apresenta uma lotação inferior à praticada pelos hospitais de Braga e Viseu e ligeiramente superior à do hospital de Almada.

Todavia, se tivermos como referência os dados de 2002 e 2004 verifica-se que em Faro foram reduzidas em cerca de 30 o número de camas utilizadas, facto que ficou a ver-se à necessidade de reajustamento da capacidade de internamento de algumas especialidades, por força de o Hospital ter deixado de ocupar as antigas instalações do Ex-Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, actualmente requalificado como Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul.

Lotação praticada no período 2002-2004[2]

Ano	Braga	Viseu	Almada	Faro
2002	582 camas	621 camas	479 camas	517 camas
2004	587 camas	624 camas	482 camas	486 camas
Δ	5	3	3	-31

[2] Lotação de 2002 de Viseu, Almada e Faro do *Hospitais Distritais – Estatística do Movimento Assistencial 2002, IGIF*. Lotação de Braga do *Hospitais Centrais – Estatística do Movimento Assistencial 2002, IGIF*

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

PRODUÇÃO

Para efeitos da análise comparativa deste factor escolheram-se, os seguintes indicadores:

A nível do **Internamento**, o nº de doentes saídos e a rotação/cama, em **Consulta Externa**, o nº de primeiras consultas e consultas subsequentes, em **Urgência** o nº de doentes assistidos, por sector de actividade, em **Hospital de Dia,** o nº de doentes atendidos e o total de sessões realizadas.

Entendeu-se também importante destacar e comparar outras áreas de actividade, designadamente as que dizem respeito a sectores de actividade muito específicos como os **Cuidados Intensivos.**

A nível do **Internamento**[3], e para o ano de 2004, apresenta-se no quadro que segue a actividade desenvolvida pelos 4 hospitais:

Ano de 2004	Braga	Viseu	Almada	Faro
Doentes Saídos (DS)	21.187	23.558	19.871	19.201
D.S. por Cama	36	38	41	40

Conquanto apresente um menor número de Doentes Saídos, o indicador D.S. por cama é superior ao dos hospitais de Braga e Viseu e inferior a Almada apenas por 1 DS.

Ao nível da Demora Média em 2004 os quatro hospitais apresentavam a seguinte situação:

Braga	Viseu	Almada	Faro
7,3	7,4	6,9	7,7

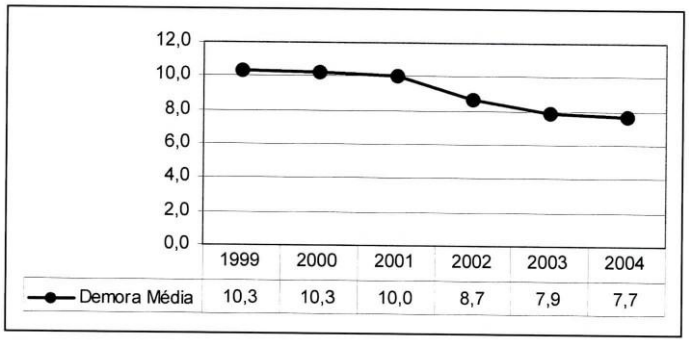
[3] Viseu, Almada e Faro do *Hospitais Distritais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF*. Lotação de Braga do *Hospitais Centrais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF.*

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

A Demora Média de Faro em 2004 é superior a qualquer um dos outros hospitais, sendo, no entanto, próxima de Braga e de Viseu.

Será, todavia, oportuno contextualizar a Demora Média de Faro, observando a linha convergente e decrescente deste indicador nos últimos anos.

Evolução da Demora Média no HDF
Período 1999-2004



	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Demora Média	10,3	10,3	10,0	8,7	7,9	7,7

Faro é assim um hospital classificado como distrital que, a nível dos serviços de internamento, apresenta, para um quadro idêntico de valências médicas e cirúrgicas, indicadores semelhantes, e mesmo alguns mais favoráveis, relativamente aos Hospitais Centrais com os quais agora se compara.

Analisemos também a actividade em **Hospital de Dia**[4] em 2004, em nº de Sessões e de doentes tratados:

[4] Sessões de Viseu, Almada e Faro do *Hospitais Distritais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF*. Sessões de Braga do *Hospitais Centrais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF*. Nº de Doentes de Braga, Viseu, Almada e Faro do *Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS 2004 – DGS*.

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Actividade do Hospital de Dia em 2004

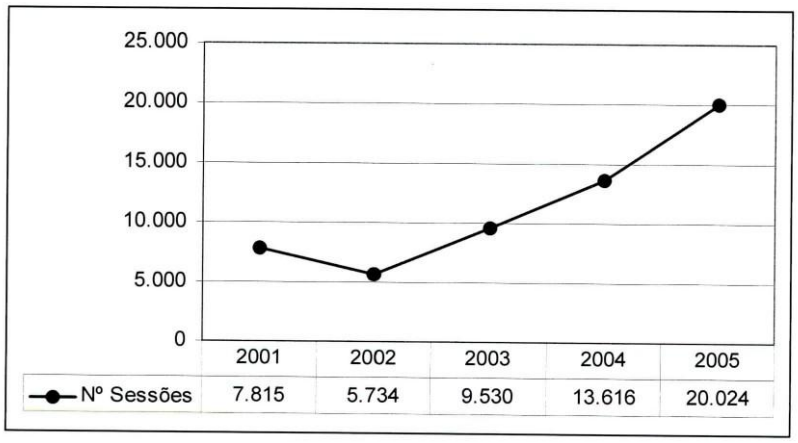
HOSPITAL DIA	Braga	Viseu	Almada	Faro
Sessões	21.019	25.415	29.484	13.616
Doentes	7.134	5.510	4.591	1.552

O nº de sessões de Faro é, no ano em apreço, substancialmente inferior ao registado nos outros hospitais.

Refira-se, no entanto, que a este valor devem acrescer 455 sessões realizadas em Medicina Interna e Gastro, assim como 2.160 tratamentos na área da Hemodinâmica, todos realizados em regime de hospital de dia.

Entende-se também dever salientar que, nesta área de prestação de cuidados, só muito recentemente se passou a dispor de condições infra estruturais adequadas, designadamente do ponto de vista das instalações, pelo que a dinamização deste sector, conforme se demonstra no gráfico abaixo, sofreu um significativo incremento em 2005, tendo-se realizado 20.024 sessões a que corresponderam 3.113 doentes tratados.

Actividade em Hospital de Dia



Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Ao nível do **Serviço de Urgência**[5] e considerando os Doentes Assistidos em 2004, apresenta-se a produção dos 4 hospitais:

Braga	Viseu	Almada	Faro
144.049	135.972	154.638	126.554

Considerando que em sede da Carta Hospitalar todos estes hospitais dispõem de Urgência Polivalente, o que lhes confere o papel de serviço de fim de linha e correlacionando a actividade que desenvolveram em 2004 com a população das áreas de atracção respectivas, (utilizando-se como critério que esta corresponde à das respectivas Sub Regiões de Saúde), verifica-se que também em Faro se registam indicadores de nível superior, conforme se demonstra no quadro que segue:

	Braga	**Viseu**	**Almada**	**Faro**
Doentes Assistidos	144.049	135.972	154.638	126.554
População *	851.337	395.202	829.007	411.468
% População Atendida	**16,9**	**34,4**	**18,7**	**30,8**

* População correspondente à das respectivas Sub-Regiões (Fonte – *Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS 2004 – DGS).*

Refira-se que em 2004 foi implementada no Serviço de Urgência de Faro a Triagem de Manchester, tendo verificado relativamente a 2003 uma redução de 2,2% do número de doentes assistidos (-2.832).

A nível das **Consultas Externas** podemos verificar a seguinte situação:

[5] Viseu, Almada e Faro do *Hospitais Distritais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF*. Lotação de Braga do *Hospitais Centrais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF.*

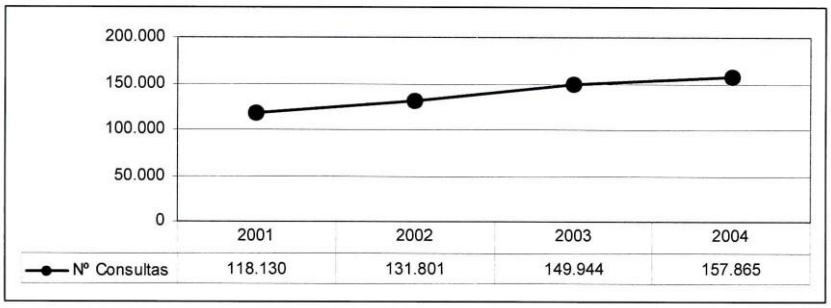
HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Doentes atendidos em Consulta Externa em 2004

Braga	Viseu	Almada	Faro
162.481	146.042	198.712	157.865

Faro apresenta um valor equiparável a Braga e Viseu, sendo mesmo superior ao de Viseu, ficando, no entanto, muito aquém de Almada que registou quase 200.000 consultas.

Também nesta área se entende oportuno salientar o crescimento registado no número de consultas externas efectuadas em Faro nos últimos anos.



Para além disso, quando correlacionamos o número de consultas realizadas em cada um destes hospitais com a dimensão do respectivo corpo clínico[6], concluímos que, também neste domínio, Faro apresenta bons indicadores. Senão, veja-se:

Consultas por médico

	Braga	**Viseu**	**Almada**	**Faro**
Nº Consultas	162.481	146.042	198.712	157.865
Nº Médicos	373	280	419	294
Nº Consultas por Médico	**435,6**	**521,6**	**474,3**	**537,0**

Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Em termos gerais poder-se-á, pois, concluir que ao nível dos indicadores clássicos, Faro é equiparável aos outros hospitais, apresentando nalgumas áreas valores de produção mais elevados e indicadores mais favoráveis.

Finalmente, no que diz respeito à área de **CUIDADOS INTENSIVOS** embora Faro apresente no que diz respeito à UCI Geral indicadores que necessariamente terão que ser invertidos, entende-se dever destacar que, para além deste Hospital, só Almada dispõe de UCI Neonatal/Pediátrica e que comparativamente Faro tratou em 2004 um número de utentes dez vezes superior ao registado por aquele Hospital.

Também a UCI Coronários de Faro registou um número de doentes saídos significativamente superior às outras unidades, apresentando, no que concerne à DM e DS/cama, melhores resultados.

Unidades de Cuidados Intensivos

Indicadores de Desempenho

UCI	Braga			Viseu			Almada			Faro		
	D. S.	D.M.	D.S. p/cama	D. S.	D.M.	D.S. p/cama	D. S.	D.M.	D.S. p/cama	D. S.	D.M.	D.S. p/cama
UCI Geral	392	2,6	28	29	12,2	4	65	15,5	8	68	13,6	8
UCI Neonatais e Pediátricos	**	**	**	**	**	**	29	8,7	7	230	14,0	11
UCI Coronários	57	2,7	10	120	3,0	15	69	3,7	12	176	2,0	29
TOTAL D.S. *	**449**			**149**			**209**			**474**		

* O valor de Almada inclui mais 46 D.S. da UCI de Neurocirurgia.

**Sem informação

Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

RECURSOS HUMANOS[7]

A nível dos **Recursos Humanos** apresenta-se, no quadro que segue, a situação de cada um dos 4 hospitais. Uma análise mais detalhada permite-nos concluir ser semelhante a estrutura do pessoal, registando, contudo, Faro valores genericamente inferiores no que diz respeito ao pessoal médico e de enfermagem:

Recursos Humanos em 2004

	Braga		Viseu		Almada		Faro	
Médicos	373	20,8%	280	15,5%	419	18,4%	294	16,4%
Enfermeiros	650	36,2%	689	38,0%	791	34,7%	537	29,9%
Téc. Sup. Saúde	9	0,5%	12	0,7%	10	0,4%	15	0,8%
Outro Pes. Téc. Sup.	10	0,6%	14	0,8%	34	1,5%	30	1,7%
Téc. MCDT	91	5,1%	110	6,1%	166	7,3%	119	6,6%
Téc. Prof. e Adminis.	130	7,2%	206	11,4%	258	11,3%	240	13,3%
Aux. Acção Médica	384	21,4%	450	24,8%	507	22,2%	390	21,7%
Outro Pessoal	148	8,2%	50	2,8%	94	4,1%	173	9,6%
TOTAL	**1.795**	**100,0%**	**1.811**	**100,0%**	**2.279**	**100,0%**	**1.798**	**100,0%**

No que à despesa respeita, os quatro hospitais apresentam a estrutura descrita no quadro que segue, entendendo-se dever salientar que Faro se comporta, nesta matéria, de modo idêntico aos outros hospitais.

Assinalam-se contudo algumas variações, designadamente em sede de CMVMC (Custos de Matérias Vendidas e Matérias Consumidas) e FSE

[7] Recursos Humanos de Braga, Viseu, Almada e Faro do *Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS 2004 – DGS.*

[8] Braga do *Serviço Nacional de Saúde 2004, IGIF*. Viseu e Almada do *Acompanhamento e Avaliação dos Hospitais SA em 2003/2004, Hospitais SA*. Faro da *Conta de Gerência 2004*.

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

(Fornecimentos e Serviços Externos), justificada, naturalmente pela especificidade de cada uma destas instituições:

	Braga		Viseu		Almada		Faro	
CMVMC	23.528.681	26,8%	17.295.428	21,08%	40.095.108	31,99%	26.636.120	28,21%
FSE`s	11.103.952	12,6%	9.855.823	12,01%	14.964.155	11,94%	16.012.200	16,96%
Impostos	0	0,0%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Custos com o Pessoal	49.475.267	56,3%	49.965.637	60,89%	61.877.405	49,37%	49.129.102	52,03%
Outros Custos Operacionais	1.118	0,0%	120.045	0,15%	151.472	0,12%	71.647	0,08%
Amortizações exercício	1.541.097	1,8%	3.420.962	4,17%	4.884.857	3,90%	1.962.955	2,08%
Provisões do exercício	0	0,0%	536.656	0,65%	1.974.277	1,58%	0	0,00%
Custos e perdas financeiras	0	0,0%	31.171	0,04%	21.823	0,02%	30.049	0,03%
Custos e perdas extraordinárias	2.291.921	2,6%	832.871	1,01%	1.374.564	1,10%	589.103	0,62%
IRC	0	0,0%	1.554	0,00%	1.562	0,00%	0	0,00%
TOTAL DOS CUSTOS	**87.942.036**	**100%**	**82.060.147**	**100%**	**125.345.223**	**100%**	**94.431.175**	**100%**

Se relacionarmos a produção com os custos a ela associados encontramos os custos unitários das Unidades de Obra, permitindo comparar para além de quem produz mais ou gasta mais, também quem produz mais caro.

[9] Fonte – *Contabilidade Analítica 2004, Hospitais do SNS, IGIF.*

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Apresentam-se valores de 2004, não se dispondo de informação no que se refere a Viseu:

	Custo p/Doente Tratado no Internamento	Custo p/Dia Internamento	Custo p/Doente Tratado Hosp.Dia	Custo por episódio de urgência	Custo por acto de consulta
Almada	2.450,89	432,51	2.129,05	155,18	154,52
Braga	2.479,42	355,47	658,56	116,86	52,10
Faro	2.317,56	328,39	5.969,64	147,30	81,94

A leitura do quadro supra permite-nos concluir serem em Faro inferiores os custos decorrentes da actividade exercida no internamento. Quanto à urgência e consulta externa Faro situa-se entre Braga e Almada, apresentando este último hospital custos unitários mais elevados.

Contudo, em Hospital de Dia, Faro apresenta um custo por Doente Tratado bastante mais elevado que os outros hospitais, a que não é alheio o facto de neste sector de actividade serem tratados doentes portadores de patologia neuro-degenerativa e, sempre que cumpra os necessários requisitos, ser considerada como de Hospital de Dia a actividade do Laboratório de Hemodinâmica.

HDF
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

II – Diferenciação

Um segundo aspecto a considerar nesta análise comparativa prende-se com a diferenciação de cada um dos Hospitais e do papel que lhes é atribuído em sede da Carta Hospitalar Portuguesa.

No quadro seguinte, e considerando as Redes de Referenciação contempladas na citada Carta Hospitalar, regista-se o papel que é atribuído a cada um dos quatro hospitais:

Redes de Referenciação Hospitalar	Braga	Viseu	Almada	Faro
Urgência/ Emergência				
Anatomia Patológica				
Cirurgia Vascular				
Genética Médica				
Imunoalergologia				
Infecciologia				
Intervenção Cardiológica	A	B	A	A
Materno-Infantil				
Med. Física Reabilitação				
Nefrologia				
Neurologia				
Oncologia				
Psiq. e S. Mental - Adultos				
Psiq. e Mental – Inf. e Adolescência				
Reumatologia				

Fim de Linha

2ª Linha

3º Linha
A – Hemodinâmica Diagnóstica e Intervenção

Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Considerando que conforme enuncia a Carta Hospitalar Portuguesa ***"Estas redes têm como pressuposto fundamental uma base populacional que gera uma massa crítica de doentes capaz de justificar a instalação de uma especialidade e de um conjunto de equipamentos que são utilizados de uma forma racional"***, entendemos poder afirmar que o Hospital de Faro tem responsabilidades e competências equiparáveis aos outros 3 hospitais, conforme se pode confirmar na grelha acima apresentada.

Finalmente e ainda num contexto de diferenciação, que cumpre salientar relativamente ao Hospital de Faro, evidenciam-se a vermelho, no quadro que segue, as especialidades com internamento que existindo em Faro não estão presentes nos outros hospitais com os quais se compara[10].

SERVIÇOS COM INTERNAMENTO AUTÓNOMO

SERVIÇOS	Braga	Viseu	Almada
MEDICINA			
CARDIOLOGIA			
DERMATOLOGIA	■	■	
GASTRENTEROLOGIA			
MED. FÍSICA REABILITAÇÃO		■	■
NEFROLOGIA	■		
NEUROLOGIA			
PNEUMOLOGIA	■		
PSIQUIATRIA			■
ONCOLOGIA MÉDICA		■	■
CIRURGIA GERAL			
CIRURGIA PLÁSTICA		■	
NEUROCIRURGIA			
OFTALMOLOGIA			
ORTOPEDIA			
OTORRINOLARINGOLOGIA			
UROLOGIA			
OBSTETRÍCIA			
GINECOLOGIA			
PEDIATRIA MÉDICA			
UCI GERAL			
UCI CORONÁRIOS			
UCI NEONATAIS E PEDIÁTRICOS	■	■	

[10] De acordo com *Hospitais Distritais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF* e *Hospitais Centrais – Estatística do Movimento Assistencial 2004, IGIF.*

HDF
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Um último aspecto comparativo prende-se com a actividade contratualizada para 2006.

Encontram-se disponíveis os Contratos Programa celebrados por Braga, Viseu e Faro, pelo que, para efeitos de análise a registaremos no quadro seguinte:

Contrato Programa 2006

Linhas de Produção	Braga			Viseu			Faro		
	Nº Doentes Equivalentes	ICM	Preço Unitário	Nº Doentes Equivalentes	ICM	Preço Unitário	Nº Doentes Equivalentes	ICM	Preço Unitário
Ep. de Internamento - GDH Médicos (d. equival.)	13.573	0,6635	2.342,38	14.545	0,6809	2.342,38	10.338	0,6496	1.893,96
Ep. de Internamento Programados - GDH Cirurgicos (d. equival.)	4.880	1,3997	2.342,38	5.237	1,3470	2.342,38	5.665	1,3566	1.893,96
Ep. de Internamento Urgentes - GDH Cirurgicos (d. equival.)	2.755	1,3997	2.342,38	2.085	1,3470	2.342,38	2.960	1,3566	1.893,96
TOTAL DOENTES EQUIVALENTES	21.208			21.867			18.963		
Consultas									
Primeiras Consultas	44.230			47.780			34.963		
Total Consultas	176.650			163.249			161.031		
Internamento									
Doentes Saidos	22.805			24.931			18.960		
Cirurgia Ambulatório									
Doentes Intervencionados	1.820			1.467					
Urgência									
Atendimentos	160.000			144.793			131.708		
Adicional SIGIC									
Doentes Saídos	0			1.751			460		
Cirurgia Ambulatório	608			248			0		
Hospital Dia									
Hematologia				2.131					
Imuno-hemoterapia	720			619					
Infecciologia				5			1.924		
Nefrologia				3.301			842		
Oncologia	15.500			8.889			12.274		
Pediatria	435			8.139			1.644		
Pneumologia				2.995			520		
Psiquiatria	50			1.650			1.261		
Outros	8.051			37.539			1.879		
Total	24.756			65.268			20.344		

Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

HDF
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Conforme se constata pela análise dos quadros supra e tendo em conta que, tal como se refere no documento "**Contabilidade Analítica Hospitais do SNS 2004**", divulgado pelo IGIF. "*em resultado da necessidade de agrupar os hospitais, de forma a simplificar e harmonizar a sua diversidade em estudos comparativos (para delinear propostas de financiamento, por exemplo), foram utilizados 3 factores (escala/leque de valências, complexidade/case-mix, e básico vs intermédio) que dão lugar a 4 grupos "económicos" agregando todos os hospitais do SNS*", parece-nos que o Hospital Distrital de Faro apresenta condições que justificam a sua inserção no grupo dos hospitais com os quais o temos vindo a comparar neste documento.

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

COMPARAÇÃO COM OS HOSPITAIS DO GRUPO

Bem diferente é o resultado da sua comparação com alguns dos Hospitais do seu Grupo (IV).

Veja-se, no quadro seguinte, que o HDF ocupa o papel de fim de linha em nove das quinze RRH, enquanto os hospitais de Guarda, Cascais, Portalegre e Beja, também integrantes do seu Grupo, apenas são fim de linha numa das Redes, a de Psiquiatria e Saúde Mental Infantil e de Adultos.

REDES DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR

Análise Comparativa

Alguns Hospitais do GrupoIV

Redes de Referenciação Hospitalar	Guarda	Cascais	Portalegre	Beja	Faro
Urgência Emergência					
Anatomia Patológica					
Cirurgia Vascular					
Genética Médica					
Imunoalergologia					
Infecciologia					
Intervenção Cardiológica	2	2	2	2	3
Materno-Infantil	4	4	4	4	5
Med. Física Reabilitação					
Nefrologia					
Neurologia					
Oncologia					
Psiq. e S. Mental-Adultos					
Psiq. e S. Mental-Inf.eAd.					
Reumatologia					

Fim de Linha — 1 - Serviço — 5 - Apoio Perinatal Diferenciado

2ª Linha — 2 - Unidade

3º Linha — 3 - Hemodinâmica Diagnóstica/Intervenção

Sem competência — 4 - Apoio Perinatal

Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Também no que diz respeito à análise comparativa dos respectivos Contratos-Programa se registam diferenças significativas no volume da produção contratada, como se demonstra no quadro abaixo e de cuja leitura nos permitimos salientar o facto de, tanto em GDH cirúrgicos, programados ou urgentes, como nos GDH médicos, Faro registar uma produção que é, em todas as linhas superior em dobro à dos outros hospitais.

Análise comparativa Contrato Programa 2006

Alguns Hospitais do GrupoIV

Linhas de Produção	Guarda	Cascais	Portalegre	Beja	Faro
Ep. de Internamento - GDH Médicos (d. equival.)	6.640	5.703	4.201	5.316	10.338
Ep. de Internamento Programados - GDH Cirurgicos (d. equival.)	2.523	784	974	1.729	5.665
Ep. de Internamento Urgentes - GDH Cirurgicos (d. equival.)	1.034	1.235	777	1.366	2.960
TOTAL DOENTES EQUIVALENTES	10.197	7.722	5.952	8.411	18.963

HDF
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Notas Finais

O exercício de comparar diferentes realidades tem sempre uma importância relativa.

Pensamos, contudo, que em termos gerais o Hospital de Faro é perfeitamente equiparável, tanto em termos quantitativos como qualitativos, aos outros Hospitais Centrais focados nesta breve análise.

Com efeito, a produção é genericamente semelhante, a despesa é semelhante assim como os recursos humanos de que se dispõe, mas mais do que isso a sua responsabilidade no contexto nacional de prestar cuidados de saúde altamente diferenciados também é semelhante.

Tal semelhança expressa-se não só nos valores aproximados que evidencia, como também nos números e indicadores superiores que também apresenta relativamente aos outros hospitais aqui referidos.

Um aspecto que cumpre mais uma vez salientar é a competência que lhe é conferida ao nível das Redes de Referenciação, claramente superior, em algumas delas, à dos outros hospitais (***Cirurgia Vascular*** – *Faro dispõe de Serviço e é fim de linha*, Viseu tem uma unidade e remete para os HUC; ***Intervenção Cardiológica*** – *Faro apresenta Hemodinâmica Diagnostica e Intervenção*, Viseu não dispõe de Hemodinâmica/ Intervenção).

Se se correlacionar este último aspecto com dados demográficos regionais, nunca é demais referir o enorme impacto que os fluxos turísticos exercem na procura/oferta de cuidados de saúde, competindo ao Hospital de Faro, na maior parte do ano, servir uma população seguramente bastante superior à da área de atracção dos outros hospitais.

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Cumpre, por isso, salientar que, em nossa opinião, Faro desempenha uma importância regional superior à dos outros hospitais, já que estando sediado numa Região de Saúde que coincide com o Distrito, que é nem mais nem menos que o principal destino turístico de Portugal, as instituições para as quais referencia, nas Redes em que não lhe está atribuído papel de fim de linha, encontram-se, por auto-estrada, a cerca de 2h 30m.

Está pois o Hospital de Faro obrigado a desenvolver e a sedimentar as suas competências, por forma a cumprir a sua Missão.

E só o pode fazer, e só pode tornar-se competitivo, designadamente no plano da atracção de recursos profissionais diferenciados, se lhe for atribuído, como já o foi aos hospitais com o qual o temos vindo a comparar, o estatuto de HOSPITAL CENTRAL.

É, aliás, no sentido de considerar que o Algarve deve dispor de um Hospital Central que se pronuncia, conforme adiante se reproduz, a equipa da Escola de Gestão do Porto que elaborou o documento "Estudo sobre as prioridades de Investimento da 2ª vaga de Projectos em PPP".

4.4.6. Hospital de Faro

Opção zero

Manter a situação existente: hospital distrital, com 486 camas (lotação praticada em 2004), tendo por área de influência o Sotavento algarvio.

Vantagens	Desvantagens
▪Dispensa do custo do investimento da nova unidade	▪Manutenção das necessidades não satisfeitas ▪Manutenção do sobrecusto ▪Manutenção das insuficiências qualitativas na prestação de serviços ▪Deficiente articulação com a rede hospitalar e outras infra-estruturas do Algarve ▪Investimentos e custos de manutenção elevados ▪Insuficiência qualitativa e quantitativa ocasionando situações de ruptura na época alta de turismo

Figura 18 – Hospital de Faro: opção zero - vantagens e desvantagens

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

Opção um

Construir um novo hospital de raiz, com cerca de 550 camas, em terreno já designado para o efeito. Assumiria as características de Hospital Central do Algarve.

Vantagens	Desvantagens
▪Eliminação das necessidades não satisfeitas ▪Eliminação do sobrecusto ▪Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços ▪Boas acessibilidades ▪Terreno com dimensão adequada, com infra-estruturas, bem localizado e com boas condições ambientais ▪Contributo muito positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde do Algarve ▪Criação de condições para uma melhor definição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região ▪Contributo significativo para a melhoria da competitividade da principal actividade económica da região	▪Custo do investimento com a nova unidade, parcialmente compensado com a libertação das instalações da actual unidade

Figura 19 - Hospital de Faro: opção um - vantagens e desvantagens

Opção dois

Idêntica à opção um, mas com manutenção de alguns serviços nas instalações do hospital actual.

Vantagens	Desvantagens
▪Eliminação das necessidades não satisfeitas ▪Redução do sobrecusto ▪Redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços ▪Boa acessibilidades ▪Terreno com dimensão adequada, com infra-estruturas, bem localizado e com boas condições ambientais ▪Contributo muito positivo para a racionalização da rede hospitalar e de outras infra-estruturas de saúde do Algarve ▪Criação de condições para uma melhor redefinição das áreas de influência das unidades hospitalares da Região ▪Contributo significativo para a melhoria da competitividade da principal actividade económica da região	▪Custo do investimento com a nova unidade, não compensado com a libertação das instalações da actual unidade ▪Ausência de justificação técnica para a manutenção das actuais instalações no contexto da construção de uma nova unidade com o perfil assistencial previsto

Figura 20 - Hospital de Faro: opção dois - vantagens e desvantagens

Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

HDF HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

4.5. SELECÇÃO DA OPÇÃO INDICATIVA

UNIDADE HOSPITALAR	DESCRIÇÃO DA OPÇÃO INDICATIVA
CH PÓVOA I VILA DO CONDE	Construir um novo hospital de raiz, em terreno já designado para o efeito, com dimensão sensivelmente idêntica à actual, 140 camas, mantendo como área de influência os concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, e apenas as valências básicas. Esta unidade seria devidamente articulada com os hospitais mais próximos, nomeadamente da área metropolitana do Porto.
CH VILA NOVA DE GAIA	Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 550 camas, localizado nos terrenos onde hoje se encontra o Hospital Eduardo Santos Silva. Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia. Hospital "farpão" para a margem sul do rio Douro.
HOSPITAL DE TODOS OS SANTOS	Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 800 camas, localizado em terreno já designado para o efeito na zona oriental de Lisboa. Esta opção implicaria dar, por terminada a utilização dos Hospitais de S. José, Capuchos/Desterro e Sta Marta.
HOSPITAL MARGEM SUL DO TEJO	Expandir e valorizar o Hospital Garcia de Orta, com aproximadamente mais 150 camas. Área de influência de primeira linha: concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.
HOSPITAL DE ÉVORA	Construir um novo hospital de raiz, com dimensão sensivelmente idêntica a dos dois hospitais actualmente existentes. Assumiria na rede de referenciação o papel de "Hospital Central do Alentejo" em articulação com o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Beja), Hospital de Portalegre e Hospital de Elvas.
HOSPITAL DE FARO	Construir um novo hospital de raiz, com cerca de 550 camas, em terreno já designado para o efeito. Assumiria as características de "Hospital Central do Algarve".

Figura 21 - Opção indicativa para cada unidade hospitalar

HDF
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO

DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE

Estatística Hospitais Distritais 2001 – IGIF
Estatística do Movimento Assistencial – Hospitais Distritais 2002 – IGIF
Estatística do Movimento Assistencial – Hospitais Distritais 2003 – IGIF
Estatística do Movimento Assistencial – Hospitais Distritais 2004 – IGIF
Estatística do Movimento Assistencial – Hospitais Centrais 2004 – IGIF
Contabilidade Analítica Hospitais SNS 2004 – IGIF
Relatório de Actividades Hospitais SA 2003
Hospitais SA - Acompanhamento e Avaliação dos Hospitais SA em 2003/2004
Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e Produção do SNS 2004 – DGS
Carta Hospitalar Portuguesa DGS
Serviço Nacional de Saúde – 2004 IGIF
Contrato Programa Hospital S. Marcos – Braga 2006
Contrato Programa Hospital São Teotónio – Viseu 2006
Contrato Programa Hospital Distrital de Faro 2006
Plano de Desempenho HDF 2006
Conta de Gerência HDF 2004
Estudo de avaliação de prioridades de investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos Hospitais inseridos na 2ª vaga do Programa de Parcerias para o Sector Hospitalar – Escola de Gestão do Porto - Fevereiro 2006

Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

HDF
HOSPITAL
DISTRITAL
DE FARO

ANEXO

Análise Comparativa HDF – Braga/Viseu/Almada

10. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

CHBA
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
PORTIMÃO · LAGOS
Portimão (sede):
Tel. 282 450 300 Fax. 282 450 390
Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão
Lagos: --
Tel. 282 770 100 Fax. 282 763 115
R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

Ex.mo Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor Coordenador
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

S/ Refª	N.º	**DA VI – UAT 1**	N/Refª	N.º	**243/PCA/sl**
	Data:	**Processo N.º 27/12 - Audit**		Data:	**03/05/2013**
		15/04/2013			

Assunto: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção

Em cumprimento ao despacho do Excelentíssimo Senhor Conselheiro da Área, exarado no processo acima identificado, tendo em conta que o procedimento objecto da auditoria em apreço diz respeito a exercícios anteriores à tomada de posse dos actuais membros deste órgão de gestão, foi solicitado aos elementos do anterior Conselho de Administração que se mantêm em funções neste Centro Hospitalar, nomeadamente a ex-Vogal Executiva, Dr.ª Conceição Saúde, o ex-Director Clínico, Dr. João Pedro Quaresma, e a ex-Enfermeira Directora, Enf.ª Mariana Santos, que se pronunciassem sobre o conteúdo do extracto do relato de auditoria.

Nessa conformidade, junto se remete a resposta produzida naquele âmbito.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração,

Dr. José Ramos

Anexo: o mencionado.

CHBA
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
PORTIMÃO · LAGOS
Portimão (sede):
Tel. 282 450 300 Fax. 282 450 390
Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão
Lagos: --
Tel. 282 770 100 Fax. 282 763 115
R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

Faça o solicitado
Enviem ao Exmo
Auditor Coordenador a
resposta elaborada pelos
membros do anterior
Conselho de Administração
3/5/2013

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

S/ Refª N.º
Data:

N/Refª N.º
Data: 02/05/2013

Assunto: Relato de Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria Nº11/2011- 2ª Sessão
- Processo n.º 27/2012

Os signatários, na qualidade de anteriores elementos do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, e na sequência da tomada de conhecimento do Relato de Auditoria supra identificado, o qual lhes foi enviado sob determinação de V. Ex.ª, vêm, conforme lhes foi solicitado, pronunciar-se sobre a matéria versada no mesmo, o que fazem da forma seguinte:

O primeiro protocolo de colaboração entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT), e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que regulava as condições em que este hospital assegurava a prestação de cuidados de saúde em cirurgia cardio-torácica, foi assinado em 1998.

Este protocolo abrangia não só os utentes da região de Lisboa e Vale do Tejo como, também, os utentes das regiões de saúde do Algarve e do Alentejo, pelo facto de o Hospital de Santa Marta ser o hospital de referência, de acordo com a rede de referenciação hospitalar.

Inexplicavelmente, a partir de 2004, sem que tenha havido qualquer alteração dos pressupostos subjacentes ao encaminhamento de doentes para o HCVP, e que constituíram os fundamentos para a celebração daquele acordo, ou seja, a insuficiente capacidade de resposta dos serviços do

SNS para responder em tempo adequado às situações cirúrgicas urgentes de doentes de cardio-torácica, entendeu a ARSLVT que os encargos decorrentes da prestação de cuidados pelo HCVP a doentes de outras regiões de saúde, designadamente do Algarve, pelo HCVP, não deviam ser da sua responsabilidade.

Apesar deste entendimento, os doentes do Centro Hospitalar, com situações de urgência no âmbito desta especialidade, continuaram a ser transferidos para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, assumindo o CHBA, EPE, os encargos decorrentes, porque não havia outras alternativas de referenciação. Foi esta a situação que o Conselho de Administração, ao qual pertencemos, encontrou, quando iniciou funções em 2006.

Durante o período em que exerceram as suas funções, mais concretamente de 2006 e até finais de 2010, os responsáveis do Conselho de Administração do CHBA, EPE, por várias vezes tentaram obter respostas que resolvessem esta situação e insistiram, nomeadamente nas reuniões regulares que tinham com os responsáveis da Administração Regional de Saúde do Algarve, e com o departamento de contratualização daquela ARS, quando se procedia à negociação do contrato programa, para que fossem encontradas alternativas de referenciação que desobrigassem o CHBA destes encargos.

Por várias vezes insistimos para que se clarificasse a rede de referenciação uma vez que o Hospital de Sta. Marta, que era indicado na Rede como hospital de referência, continuava a manifestar insuficiente capacidade de resposta e não tinha disponibilidade para um acesso rápido e urgente de doentes do CHBA, localizado numa região periférica, sem serviços de cirurgia cardio-torácica. Era do nosso conhecimento que também os responsáveis da ARS Algarve insistiam, junto da ACSS e ARSLVT, no sentido de resolver esta situação.

Relativamente ao que é afirmado no relato da auditoria (cfr.5º parágrafo da pág. 36) quando é referido que "a referenciação foi feita directamente pelos hospitais … sem prévia verificação da capacidade de resposta dos serviços de cirurgia cardio-torácica do SNS …" não nos revemos nesta afirmação, porque esta avaliação era sempre efectuada, apesar de nem sempre existirem evidências escritas porque os contactos eram feitos, regra geral, por telefone.

Apresentamos como evidência de que estes contactos com os hospitais do SNS eram sempre efectuados em momento prévio à transferência dos doentes para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, o documento 1, em anexo.

Para além dos contactos que eram efectuados com os hospitais, localizados na Região de Lisboa e Vale do Tejo em que a ordem era, em regra, primeiro Santa Marta e só depois o Hospital de Sta. Cruz, quando estes não manifestavam disponibilidade para receber os doentes, ou o acesso era considerado muito demorado face à urgência das situações, sempre que possível e apesar de as transferências serem difíceis e de elevado risco, atendendo à distância, doentes do CHBA que precisavam com urgência de intervenção pela cirurgia cardio-torácica eram transferidos para os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e algumas vezes para o centro de cirurgia cardio-torácica, também de Coimbra. Esta facilidade advinha de dois dos médicos de cardiologia do CHBA, serem oriundos dos HUC, hospitais onde fizeram toda a sua formação e concluíram a sua especialidade.

Lamentavelmente, e esta é que é a realidade, muitos dos problemas que preocupam as instituições do SNS, só se resolvem com o empenho pessoal dos seus profissionais e não por via de resoluções institucionais.

Foi também assim que em Outubro de 2010, na sequência de contactos estabelecidos por alguns elementos do Conselho de Administração com o serviço de cirurgia cardio-torácica do Hospital de Sta. Marta, cessou a transferência de doentes para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (cfr. doc. 2 em anexo).

Por último, cumpre referir que não nos revemos, mais uma vez, na afirmação que é feita na página 91 do douto relato da auditoria, pelos excelentíssimos auditores, quando estes concluem que os responsáveis do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio não salvaguardaram "a plena utilização da capacidade instalada do SNS, com as referenciações directas de doentes para o hospital explorado pela Cruz Vermelha Portuguesa".

Como supra referimos e ora enfatizamos, o envio de doentes do CHBA, EPE, para o hospital explorado pela Cruz Vermelha Portuguesa justificava-se perante a inexistência de outra alternativa de referenciação para estes doentes considerados de risco, atendendo à insuficiência da capacidade de resposta dos serviços do SNS, que impossibilitava uma resposta em tempo adequado.

Salvo melhor opinião, a situação de insuficiência de capacidade de resposta do SNS sempre foi consensualmente reconhecida, como aliás se comprova pelos diversos acordos de cooperação que ao longo dos anos têm sido celebrado entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo IP e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo sido o mais recente

autorizado pela resolução do Conselho de Ministros nº 95/2012, publicada em DR, 1ª série de 15 de Novembro.

É tudo quanto, sobre a matéria em apreço, se nos oferece dizer.

Dr.ª Maria da Conceição Chagas da Saúde

Dr. João Pedro Rodrigues Ferreira Quaresma

Enf.ª Mariana Augusta Mata Santos

Anexos: o mencionado.

DOC. 1

CHBA
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
PORTIMÃO · LAGOS

Portimão (sede)
Tel 282 450 300 Fax 282 450 390
Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão

Lagos
Tel 282 770 100 Fax 282 763 115
R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

Episodio N: 11002528 Data-Hora 06/03/11-2:38
INS. U.C.I.**DOI DoenteN

Data Nasc:18/09/1945 - 65 Anos Masc.
PORTIMAO 8500 PORTIMAO Tel.282-462870

SERVICO NACIONAL DE SAUDE N 888888888

10. Entidade requisitada (Serviço de Doentes):

Hospital Cruz Vermelha

2. Informação clinica, sigilosa, para a entidade requisitada (Médico):

Prioridade:

X Urgente Não Urgente Justificação:

Diagnóstico:

Motivo da consulta externa, análise, exame ou outro acto pedido:

Eventual Cirurgia Cardíaca por lesão coronária grave

Informação especifica:

Informação clinica: Em choque - baixa de hemoglobina

Nota. O Doente foi transferido para o Serviço de Cardio-torácica do HEV porque, apesar da gravidade da situação clínica, o Serviço de Cirurgia Cardio-torácica do Hospital de Sta Maria, que foi contactado na pessoa do Dr. Valdemar, recusou o doente porque este se encontrava sob terapêutica com Clopidogrel. Tendo em conta que o doente se encontrava hemodinamicamente instável e com risco emborólico iminente (risco de morte), contactei telefonicamente o Dr. Carlos Galvão, que assumiu no contacto com o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, que aceitou o doente.

MOD. AD - 05 / 05

Ministerio da Saude - ACSS

Centro Hospit. Barlavento Algarvio, Epe
Sitio Do Poco Seco
8500-PORTIMAO

N. Contribuinte: 507062540

TERMO DE RESPONSABILIDADE

N. 610

O Hospital nos termos de: ___ protocolo estabelecido
___ contrato existente
___ contacto estabelecido em ___/___/___
com _____

Assume a responsabilidade perante H CRUZ VERMELHA
pelas despesas inerentes a realizacao de: INTERVENCAO CIRURGICA
ao doente ., de 65 Anos, residente em
RUA ALVOR-14 8500-PORTIMAO, Tel. 282 482870
Utente N. , SERVICO NACIONAL DE SAUDE Beneficiario N.

proveniente do Servico INT. U.C.I., Episodio N. 11002528
e previsto para ser efectuado no dia 06 /03 /2011 pelas _____h.
(Motivo: VALENCIAS NAO DISPONIVEIS)
Urgente __ [S/N]

SERVICO DE DOENTES

11/03/2011

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.
SERVIÇO DE DOENTES
PORTIMÃO

NOTA:
Enviar com Factura ao Hospital

Processado por computador.

DOC. 2

GHBA
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
PORTIMÃO - LAGOS
Portimão (sede):
Tel. 282 450 300 Fax. 282 450 390
Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão
Lagos:
Tel. 282 770 100 Fax. 282 763 115
R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

Exmo. Senhor
Dr. Alberto Felizardo
Director do Serviço de Cardiologia do
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

C/**Conhecimento**: Directora do Departamento Médico
Director do Departamento Cirúrgico
Directora do Departamento Materno-Infantil
Directora do Serviço de Urgência Geral
Directora do Serviço de Urgência Pediátrica
Coordenadora Técnica Serviço de Doentes

N.º
S./ Ref. Data:
Assunto:

N.º **634/PCA/ct**
Data: **2010/11/03**

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E., após contactos com o Serviço de Cirurgia Cardio-torácica do Hospital de Santa Marta em Lisboa e reunião com a Direcção de Serviço, deliberou que a partir desta data, todos os doentes que necessitem de Cirurgia Cardio-torácica são referenciados para o Hospital de Santa Marta.

Com os melhores cumprimentos.

O Conselho de Administração,

11. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

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

S/Refª	S/Comunicação	N/Ref. –	Ofício n.º	Data
		PCA	696/13	31.05.2013

Assunto: Auditoria ao seguimento das recomendações do relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª secção

Nos termos da solicitação prevista na mensagem fax n.º 398/13 – DAVI.1, informa-se:

1º Quanto ao ponto I "Que se pronuncie sobre o teor do relato que oportunamente remetemos, considerando a pertinência da pronúncia para o cabal esclarecimento e enquadramento dos factos objecto da auditoria":

- no que respeita aos pontos 7 e 9.1. nada temos a objectar no que ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra respeita;

- em relação ao ponto 9.1.1 reiteramos "

" Acresce que a ARSLVT, IP, pode, em articulação com unidades de saúde de outras regiões, utilizar a capacidade instalada nas mesmas, nomeadamente no Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, com impacto positivo para o SNS, i.e. aproveitamento da capacidade instalada, a custos inferiores aos preços pagos no âmbito do Acordo."

- o ponto 10.2.2-A não o conseguimos identificar no texto,

- quanto ao ponto 11.1 nada temos a objectar no que ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

- o ponto 12.1 reafirmamos o descrito:

" Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, informou que "... tem possibilidade de aumentar a sua capacidade de produção [*e que*] tal aumento de capacidade não produzirá em momento algum, listas de espera.", especificando o Director do Centro de Responsabilidade Integrada de Cirurgia Cardiotorácica, existir "... capacidade para aumentar esta assistência até cerca de 100 doentes anualmente..." prevendo "... que

Av. Bissaya Barreto / Pct.ª Prof. Mota Pinto
3000-075 Coimbra
e-mail: casec@huc.min-saude.pt
Tel.: 239 400 407 / 607
Fax: 239 822 291

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

os doentes encaminhados e aceites para cirurgia possam ser operados no prazo de 7-10 dias". Informa ainda este especialista que "Aparte as naturais dificuldades de deslocação, (...) não existe nenhum argumento geográfico ou outro que desaconselhe a deslocação destes doentes a Coimbra.". Acrescenta ainda o Presidente do Conselho de Administração que não existem "quaisquer motivos para não ter uma abrangência a todo o território nacional.".

- por último e no que respeita ao ponto 13 reiteramos a possibilidade de referenciação dos doentes do Algarve para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2º - Quanto ao ponto II, envia-se em anexo a informação solicitada através da concelhos de residência dos doentes.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.,

(Dr. José Martins Nunes)

DGTC 04 06'13 10784

PR/MN/CS

Av. Bissaya Barreto / Pct.ª Prof. Mota Pinto
3000-075 Coimbra
e-mail: casec@huc.min-saude.pt
Tel.: 239 400 407 / 607
Fax: 239 822 291

12. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP

ARS algarve
Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
Ministério da Saúde

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor Coordenador
Direção Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua Referência | Sua Comunicação | Nossa Referência 10/05/2013

fax nº 87

ASSUNTO: **Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção**

Analisado o extracto do relato do processo de auditoria referido em epígrafe, no que respeita às diligências da ARS Algarve para resolver o problema da referenciação dos utentes da região para a especialidade de cirurgia cardiotorácica, não podemos acompanhar integralmente o teor e sentido geral de algumas das conclusões aí expressas. Com efeito, as páginas n.º 36 e 37 do referido relato, produzem-se afirmações tais como *" O recurso em primeiro lugar, aos hospitais do SNS, (…) nunca foi efectivamente ponderado pelos responsáveis da região de saúde do Algarve, até 2011 (…)", "Até 2011 nunca nenhum membro dos órgãos de gestão dos hospitais da região de saúde do Algarve e da própria ARS Algarve, IP, cuidou dos fundamentos e da avaliação da necessidade da referenciação dos doentes para o hospital explorado pela CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA", "Em setembro de 2011, os doentes começaram a ser referenciados para estes serviços sem que se tivessem verificado alterações significativas na capacidade de resposta dos Centros Hospitalares" ou ainda "(…) enquanto os responsáveis julgaram que os meios financeiros eram ilimitados recorreram aos serviços prestados por uma entidade externa ao SNS e que, quando se confrontaram com as limitações orçamentais, consideraram a capacidade de resposta dos hospitais do SNS adequada.",* que, em nossa opinião, não valorizam devidamente toda a informação constante dos documentos remetidos a esse Tribunal sobre o assunto. Com efeito, a documentação que foi possível recolher relativa a este processo, da qual foi remetida cópia a esse Tribunal, atesta que as dificuldades de resposta dos Hospitais do SNS de referência para os hospitais da região do Algarve (designadamente as

Largo do Carmo, 3 – 8000-148 Faro Telf: 289889900 - Fax: 289807405
email: cd@arsalgarve.min-saude.pt - www.arsalgarve.min-saude.pt

informações e pareceres do Director do Serviço de Cardiologia e do Director Clínico do Hospital de Faro, que constam do processo) eram uma realidade concreta e impeditiva do acesso a cuidados de saúde especializados de que careciam os doentes do Algarve, e não uma presunção regional, o que fundamenta o recurso a uma solução de referenciação alternativa. Esta preocupação também está implícita no teor do ofício enviado em 05.08.2005, pela ARS Algarve ao Chefe de Gabinete do Sr. Secretário de Estado da Saúde, onde, em resposta à solicitação de apresentação de minuta de Acordo a celebrar entre a ARS Algarve e Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), o então Presidente do Conselho de Administração (CA) da ARS contrapõe que o Hospital de Faro deve referenciar para o Hospital de Santa Marta, questionando se, na ausência de resposta daquele hospital, não deverá ser a ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT), no âmbito do protocolo celebrado com o HCVP, a assegurar essa resposta. Num momento posterior, num parecer sobre o eventual futuro Acordo a celebrar com o HCVP, remetido em 20.10.2006 pelo CA do Hospital de Faro ao Presidente da ARS Algarve, defende-se que *" a referenciação não pode estar restrita a um único hospital com cirurgia cardiotorácica" e "(...) O que se pretende é (...) no sentido de se poder dispor de outros centros para envio de doentes para cirurgia cardíaca."*

Face ao teor destes documentos, dificilmente se compreende como se pode concluir que os responsáveis nunca efectivamente ponderaram o recurso aos hospitais do SNS ou que, simplesmente, optaram pela solução mais cómoda sem preocupação com a gestão dos recursos financeiros afectos à região. Por outro lado, afigura-se-nos que em toda a análise da actuação dos responsáveis de saúde regionais está implícita uma sobrevalorização da sua capacidade de resolução do problema e ignora-se um conjunto de factos e circunstâncias que em muito condicionavam (e condicionam) a sua capacidade de actuação, e que são relevantes para a apreciação dos factos, designadamente: 1) o funcionamento das redes de referenciação hospitalar não era (nem é, actualmente) o mais desejável; 2) o regime de autonomia dos hospitais empresa coloca-os sob a tutela directa do Ministro da Saúde e das Finanças, limitando de forma muito significativa a capacidade de intervenção das ARS na emissão de orientações de gestão; 3) qualquer reorganização ou reafectação de recursos na rede hospitalar carecia (e carece) sempre de uma intervenção da tutela. Deste modo, o desbloqueio do acesso dos doentes do Algarve aos hospitais do SNS da região LVT só poderia ser conseguido mediante uma intervenção da tutela junto da ARS LVT e dos CA dos

Largo do Carmo, 3 – 8000 – 148 Faro Telf. 289890080 – Fax. 289807405
Email: arsalgarve@arsalgarve.min-saude.pt
http://www.arsalgarve.min-saude.pt

Conselho Diretivo

hospitais de referência, que conduzisse a uma reafectação de meios (intra ou inter-hospitalar) e tornasse imperativo o cumprimento da rede de referenciação de cardiologia. Por isto, é difícil aceitar que se efectue uma apreciação da actuação dos responsáveis regionais de saúde do Algarve como se eles tivessem a capacidade e responsabilidade de resolução dos bloqueios de funcionamento da rede de referenciação de cardiologia, quando na realidade a região do Algarve é um mero emissor de doentes para hospitais de segunda linha situados noutra região, sobre os quais não tem qualquer capacidade de intervenção.

Relativamente à alteração dos circuitos de referenciação dos doentes do Algarve em Setembro de 2011, com a sua transferência para os hospitais de referência do SNS, *"sem que se tivessem verificado alterações significativas na capacidade de resposta dos Centros Hospitalares"* (como se afirma no relato), não podemos deixar de discordar desta conclusão face ao teor do ofício do presidente do Conselho Diretivo da ARS LVT, de 9.08.2011, dirigido à ARS do Algarve, onde se comunica que *"(...) a ARS LVT está a reorganizar a oferta de serviços da região na área da Cirurgia Cardiotorácica, pelo que está a montar um plano de apoio ao Hospital de Santa Marta"*. É certo que desconhecemos a dimensão da reorganização efectuada, bem como a evolução dos recursos disponíveis nos hospitais de referência nos últimos anos (e no relato também não se dá conta de qualquer avaliação neste âmbito), pelo que não podemos dizer se esta alteração foi ou não significativa e/ou se poderia ou não ter sido efectuada antes. Mas foi face a esta reorganização que a região de LVT assumiu o compromisso de dar resposta aos doentes referenciados pelos hospitais do Algarve.

Face à documentação disponível e considerando que este Conselho Diretivo não estava em funções no período abrangido pela auditoria, nada mais temos a alegar.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. Martins dos Santos
Presidente do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P

Largo do Carmo, 3 – 8000 – 148 Faro Telf. 289890080 – Fax. 289807405
Email: arsalgarve@arsalgarve.min-saude.pt
http://www.arsalgarve.min-saude.pt

13. Diretor de Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

HOSPITAL DE SANTA MARTA

Serviço de Cirurgia Cardiotorácica

Exmo Sr.
Dr. José António Carpinteiro
Auditor Coordenador
Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, n.º 61
1069-045 Lisboa

Assunto: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção

N/Refª 18/2013 **Data:** 08/05/2013

Tendo lido o Relatório Preliminar da Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª Secção, entendemos não ter nada a acrescentar ao seu conteúdo. Conteúdo que maioritariamente conhecíamos de conveniência de proximidade.

Mais reafirmamos a nossa disponibilidade para receber os doentes do SNS que nos sejam referenciados.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. José Fragata

Director S. Cirurgia Cardiotorácica

14. Diretor de Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

De: jcravino@sapo.pt
Enviado: quinta-feira, 9 de Maio de 2013 12:23
Para: P27
Cc: jcravino@sapo.pt
Assunto: cirurgia cardiotoracica hospital santa maria

RELATORIO DE AUDITORIA Nº 11/2011-2A.SECCAO

Nao tenho observações a fazer sobre o conteudo do extrato do relato de auditoria Joao Cravino Director de Serviço Cirurgia Cardiotoracica Hospital de Santa Maria

15. Diretor de Serviços de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Hospital de Santa Cruz – CHLO

Serviço de Cirurgia Cardiotorácica

Pronuncia à auditoria de seguimento das recomendações do relatório de auditoria nº 11/2011.

Gostaria de pronunciar-me sobre os seguintes pontos:

Ponto 9.1, página 22

A referenciação a nível nacional e a transferência de doentes de uma região para a outra quando necessária faz sentido e é bem vinda ao SNS. Mas a origem de disparidade de listas de espera de doentes para cirurgia, prende-se com fatores como a área de referenciação, a disponibilidade instalada e também sobre os critérios de seleção de doentes. Há centros cronicamente sem lista de espera, sempre com vagas mas não aceitam todos os doentes e doentes dessa área de referenciação são referenciados a outros centros. Provavelmente esta auditoria não foi desenhada para detetar esta realidade.

Ponto 9.1.1, página 52

Os indicadores de acesso não são suficientes para avaliar a capacidade de resposta das unidades do SNS. Parece-me um ponto muito importante. A lista de espera do nosso serviço de CCT subiu para mais de 300 doentes nos últimos anos. Alguns doentes estão mais de um ano à espera. Fizemos um pequeno estudo e detetamos algumas mortes em lista de espera em 2012. Mas a taxas de mortalidade em lista de espera e os tempos de espera para as diferentes situações não foram analisadas nem comparadas com outros anos. Seguramente o número de cirurgias cardíacas que deixou de ser feito no H. Cruz Vermelha não foi compensado pelo aumento de cirurgias nos hospitais do SNS. No CHLO, por condicionalismos internos ou externos, não houve aumento de produção.

Ponto 10.1, página 64

A Consulta a Tempo e Horas a meu ver não se aplica à cirurgia cardíaca; pelo menos não temos tido qualquer referenciação deste modo.

Ponto 10.1, página 73

Na frase "Acresce que o HSMARTA, sendo Centro de Referenciação Nacional , para a Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca, … " gostaria que se definisse um artigo. A meu ver não é **o** Centro de Referenciação Nacional, quando muito poderá ser **um** Centro de Referenciação Nacional, pois não está definido como tal em nenhum documento. O CHLO recebe doentes pediátricos de todo o país e todo o tipo de patologias sem exceção tendo feito nos últimos anos mais cirurgia neonatal que o CHLC. Em comentário ao relatório de auditoria nº11/2011, já nos tínhamos pronunciado contra esta opinião e tínhamos achado que estas auditorias não incidiram e não deveriam concluir sobre a Cardiologia Pediátrica e a Cirurgia Cardíaca Pediátrica a necessitar de um estudo mais específico.

Ponto 12.1

Apraz-me ver relatada a dificuldade dentro do SNS de se dar resposta a um aumento de produção que é antiga mas se acentua nos tempos atuais. O SNS tem tido restrições que não permitem aumento de pessoal ou contratações muito específicas. No exemplo relatado o colega em causa foi um dos primeiros com contrato individual de trabalho, a sua excelente progressão técnica ao longo de mais de 8 anos não foi acompanhada por qualquer aumento de remuneração ou perspetiva de carreira médica e assim foi fácil perdê-lo para outra instituição.

Carnaxide, 17-4-2013

José Pedro Neves

Diretor do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica

Hospital de Santa Cruz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

16. Ministra da Saúde no XVIII Governo Constitucional

Tribunal de Contas

Exmo. Sr. Dr. José António Carpinteiro

Auditor Coordenador do Tribunal de Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 Lisboa

Lisboa, 27 de Maio de 2013

Assunto: Relatório do Tribunal de Contas – Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª secção / Processo n.º 27/2012- Audit

V/ Ref. N.º DAVI – UAT 1

Proc. N.º 27/12 – AUDIT

Exmo. Sr. Auditor Coordenador,

Venho pela presente, na qualidade de Ministra da Saúde no XVIII Governo Constitucional e na qualidade de signatária, em representação do Ministério da Saúde, do Protocolo de Cooperação celebrado, em outubro de 2010, com a Cruz Vermelha Portuguesa, e na sequência dos Vossos ofícios com a referência supra identificada, pronunciar-me, sobre o conteúdo do Relatório de Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª secção (Processo n.º 27/2012- Audit) ("**Relatório**").

Em primeiro lugar, sobre as conclusões do Relatório cumpre, genericamente, indicar a V. Exas. que, sem descurar a importância da douta auditoria e das respetivas recomendações, não considero que os factos descritos no mesmo me sejam diretamente imputáveis.

Tal consideração fundamenta-se, em especial, nas razões que a seguir identifico.

Como corretamente descrito no Relatório, foi celebrado em 29 de outubro de 2010, um Protocolo de Cooperação ("**Protocolo de 2010**") entre o Ministério da Saúde e a Cruz Vermelha Portuguesa ("**CVP**") que estabeleceu as normas gerais para a celebração, pelas Administrações Regionais de Saúde ("**ARS**"), de acordos de cooperação que regulariam, em concreto, a prestação de cuidados de saúde, a utentes do Serviço Nacional de Saúde ("**SNS**"), pelas instituições e serviços pertencentes à CVP.

Ora, tal como reconhecido pelo Relatório[1], o Protocolo de 2010 visava tão-só estabelecer as *normas gerais* para a celebração – pelas ARS – de futuros acordos de cooperação, esses sim que viriam, posteriormente, a *concretizar* a necessidade, os termos e as condições da prestação de cuidados de saúde, a utentes do SNS, pelas instituições e serviços pertencentes à CVP.

Não coube, portanto, ao Protocolo de 2010 a função de, relativamente a uma efetiva cooperação com a CVP, executar ou materializar, em específico, nem a sustentação ou a análise custo-benefício, nem a eficiência sobre o SNS e/ou os impactos sobre o mesmo, nem mesmo as condições específicas como os preços unitários a aplicar.

Ademais, não houve qualquer pretensão do Relatório de 2010 em definir – muito menos, *determinar* - a aplicação de condições ou termos concretos[2] nesses protocolos que viessem posteriormente a ser celebrados.

Tal concretização reconhecidamente – mesmo na altura da celebração do Protocolo de 2010 e por todas as entidades envolvidas – apenas poderia ser realizada no terreno, entre as ARS e as instituições do SNS que utilizariam, caso assim se viesse a justificar, as instituições e os serviços pertencentes à CVP para a prestação de cuidados do SNS.

Para além disso, o Protocolo de 2010 reforçava o claro conceito de complementaridade que estava subjacente nesta cooperação ente o SNs e a CVP. Complementaridade essa verificada, em concreto, face aos serviços disponibilizados pelo SNS ou decorrentes de outros acordos mais favoráveis com outras entidades (do sector social ou privado).

[1] Confira-se, em particular, as páginas 18 e 40 do Relatório.

[2] O Protocolo de 2010 estabeleceu, no sentido de norma geral que o mesmo visava ser, como se referiu, que o pagamento de cuidados de saúde deveria ter por referência a tabela dos GDH (Cláusula IX). Ao contrário do que pretende concluir o douto Relatório não se teve como fim a imposição específica de qualquer *aplicação de preços administrativos* (confira-se, designadamente, a página 58 a 61do Relatório).

Assim, era objetivo claro do Protocolo de 2010 assegurar a efetiva complementaridade do recurso à prestação de serviços no âmbito dos acordos de cooperação que viessem a ser celebrados.

Concomitantemente, nunca o Protocolo de 2010 visou introduzir qualquer sistema substitutivo, ou mesmo impositivo de preços, condições ou – ainda - de necessidade ou obrigatoriedade de contratação com a CVP.

Dado esse carácter de complementaridade, o acesso às instituições e serviços pertencentes à CVP, por força do Protocolo de 2010, devia ser restrito a situações prioritárias e/ou de evidente incapacidade de resposta das unidades hospitalares ou instituições do SNS.

Em detalhe, tal como reconhecido no Relatório[3], este objetivo de complementaridade encontrava-se expressamente previsto no texto do Protocolo de 2010 elaborado pelo Ministério da Saúde (Cláusula II, n.º 1, do Protocolo de 2010 de Cooperação de 29 de outubro de 2010).

Do mesmo modo, o facto de essa complementaridade não poder ter sido assegurada em concreto (pelo menos nos termos alegados no Relatório) não pode ser imputada ao Protocolo de 2010.

Finalmente, o Protocolo de 2010 estabeleceu ainda que a revisão dos Acordos de Cooperação então vigentes fosse feita até 30 de junho de 2011[4]. Tal surge como reflexo claro, na época, da preocupação de que os protocolos concretos de cooperação que regulassem a relação entre as instituições do SNS ou as ARS e as instituições e serviços pertencentes à CVP fossem eminentemente conformes com a realidade a que se dirigiam e atuais.

Esta adequação à realidade de cada parte integrante do SNS era, porquanto, preocupação expressamente vertida no Protocolo de 2010.

Com efeito, pelo exposto, o Protocolo de 2010 assentou em considerandos e pressupostos transparentes e objetivos, que ficaram vertidos no respetivo preâmbulo. De entre os quais destaco, por um lado, a premente, na data, necessidade de colmatar as insuficiências e ineficiências resultantes da cooperação já anteriormente existente e, por outro lado, a

[3] Confira-se, em particular, página 62 do Relatório.
[4] Confira-se, em detalhe, o vertido na página 40 do Relatório sobre esta matéria.

necessidade de dotar a articulação entre os estabelecimentos do SNS e os serviços pertencentes à CVP de maior flexibilidade e adequação à realidade concreta que se aplica, reconhecendo-se as vantagens daí advenientes na partilha de recursos e na maior disponibilidade de oferta de serviços, com direto impacto no incremento de (melhor e mais célere) resposta às necessidades em saúde dos cidadãos.

Em conclusão não pode, na nossa leitura, ser imputada ao Protocolo de 2010, ou à assinatura do mesmo, qualquer responsabilidade que (nos termos alegados pelo Relatório) possa ter por base a respetiva concretização.

Sem mais, coloco-me naturalmente à disposição de V. Exas. para o mais que considerarem oportuno e necessário.

Subscrevo-me, com os melhores cumprimentos,

Ana Maria Teodoro Jorge

17. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, em funções até outubro de 2011

09/05 2013 17:38 FAX 217999421 IMP-FMIA 001

217999421

FAX

Data 9 de Maio de 2013

DESTINATÁRIO	REMETENTE
Exmo Senhor Conselheiro do Tribunal de Contas Doutor Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes	Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes Direcção Geral da Saúde
Fax N.º 21793 6033	Fax N.º 218430655

Assunto: **Pronuncia sobre Relato Proc. 27/2012-AUDIT,** no contexto da auditoria de seguimento das recomendações do relatório de **Auditoria n.º11/2011 – 2.ª Secção**

Rui Portugal, médico, Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo até 21 de Outubro de 2011, vem pronunciar-se nos seguintes termos:

1. A pronúncia justifica-se uma vez que se refere ***"por ter participado nas negociações do Acordo com a Cruz Vermelha" e "promovido atos mencionados no relato da auditoria"*** – cfr- Despacho de 8 de Abril de 2013. a **fls.2 do despacho do Senhor Auditor Coordenador.**

2. Relativamente à participação nas ***negociações do Acordo***, cabe desde já frisar que as mesmas se pautaram por grande rigor e transparência, sendo possível identificar as posições dos representantes das partes, no decurso das mesmas, pela simples consulta das actas, já facultadas ao Tribunal no âmbito da Auditoria (cfr. Fax n.º22931/11/SD enviado em 29.11.201 ao Tribunal de Contas , do Processo n.º01/2009 –Audit Relatório 11/2011).

3. Designadamente foi cumprida a orientação do Secretário de Estado da Saúde do XVIII Governo Constitucional, a coberto do despacho de 12.04.2011, no sentido da ARSLVT e no contexto da contratualização a efetuar, dever tomar por base a tabela de preços prevista na Portaria n.º839-A/2009, aplicando-se o desconto que decorresse do processo negocial. O que foi feito.

09/05 2013 17:39 FAX 217999421 IMP-FMIA 002

217999421

4. Evidentemente que, tendo entrado em funções o XIX Governo Constitucional, foi tido em consideração na retoma do processo negocial, a posição já anteriormente assumida pela ARSLVT e formuladas novas orientações, e foram apontadas algumas linhas para ajustamento da produção previstas na anterior proposta, com reflexos nos preços encontrados para remuneração de produção, de acordo com a Portaria n.º852/2009, de 7 de Agosto, com exceção da Cirurgia Cardiotorácica, devido à sua especificidade (cfr. Preâmbulo da Minuta do Acordo de Cooperação, enviado em Novembro de 2011). Note-se que a proposta anterior de Acordo, estava pendente junto da anterior tutela desde 13.05.2011.

5. A defesa dos interesses da ARS foi claramente prosseguido no âmbito das mesmas por parte do signatário, enquanto Presidente do Conselho Diretivo, recusando propostas formuladas v.g. quanto a preços e actividades ou atos, embora tendo por pano de fundo os relevantes serviços prestados no âmbito de Acordos de Cooperação celebrados anteriormente, e autorizados pela tutela, e o perspectivar manter alguma cooperação no futuro, em função de necessidades especificas da ARS, que viessem a ser previamente identificadas.

6. Ficou absolutamente claro que no decorrer das negociações não prevaleceram as propostas inicialmente apresentada pelos representantes CVP, e que foi muito difícil a obtenção de um acordo de principio, apesar de entretanto ter sido suspensa a referenciação de quaisquer utentes para a CVP, sem que a mesma fosse suportada num Acordo de Cooperação. Toda a negociação foi realizada com a presença do Sr. Presidente da Cruz Vermelha Portuguesa, por motivo do acordo realizado entre o Ministério da Saúde e a própria CVP.

7. Nada pois tem de censurável a atuação no âmbito dessas negociações, no decurso das negociações do Acordo a celebrar para 2011, de que foram elaboradas atas, para memória futura.

8. Relativamente à expressão "***promovido atos mencionados no relato da auditoria***", esta expressão é demasiado vaga para suscitar qualquer tipo de contraditório por parte do exponente. Que atos concretos, praticados pelo Presidente do Conselho Diretivo, suscitam dúvidas a esse elevado Tribunal? Todos os atos referidos no Relato?

9. Ainda assim, cabe esclarecer:

10. O exponente deixou de ter funções de Presidente do Conselho Diretivo em Outubro de 2011, pelo que não pode pronunciar-se sobre os atos que não sejam da sua responsabilidade, praticados

2/6

posteriormente, embora todo o processo subsequente, tendente à contratação de serviços de saúde com a Cruz Vermelha Portuguesa, lance luz sobre a justeza daquilo que ainda foi negociado ainda em 2011 pelo então Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, sobre a preparação de um Acordo de Cooperação a celebrar entre a ARSLVT e a CVP, tendo em vista a atividade a prestar pela CVP em 2011 .

11. Relativamente aos atos praticados e justificação da proposta de Acordo a celebrar em 2011, os elementos integrantes do processo mostram claramente a justificação que foi apresentada junto da tutela quer para a autorização da despesa e aprovação da minuta, quer antes disso, a estrita articulação efetuada quer com os membros do Governo anterior, quer do atual, que entretanto tinha entrado em funções.

12. Prevendo-se a subsistência de impasse decisório subsequente a Julho de 2013, o Conselho Diretivo da ARS tomou as medidas preventivas necessárias à suspensão da referenciação de utentes para o Hospital da Cruz Vermelha, assegurando que a resposta fosse assegurada pelos serviços já existentes, integrados no Serviço Nacional de Saúde, sem risco para os utentes, apesar de não ser possível desenvolver os processos em articulação com a CVP, que teria permitido respostas acrescidas às Já existentes (capacidade instalada).

13. Em Junho de 2011 a ARSLVT negociou com os três hospitais da região do SNS e com a valência da Cirurgia Cardio-Torácica a garantia de prestação dos serviços necessários. Logo foi contactada pela ARS Algarve para receber nesses mesmos hospitais os doentes referenciados pelos hospitais dessa região, o que se veio a concretizar-se, relativos à valência de Cirurgia Cárdio-Torácica. Foi emitida orientação sobre responsabilidade financeira aos hospitais que referenciassem doentes directamente para a CVP.

14. Deve aliás sublinhar-se que em todo o processo negocial do Acordo foram previamente obtidos junto da tutela as indicações necessárias à definição dos pagamentos dos atos a praticar no âmbito daquele Acordo, documentos já disponíveis no processo.

15. Evidentemente que, embora tivesse sido apresentada uma proposta de Acordo de Cooperação à consideração da tutela, cujo fundamento constava em anexo (elaborado pelo respectivo Departamento de Contratualização), e que damos por reproduzido, em Setembro de 2011 e no seguimento do acompanhamento da execução desse Acordo, no fim do ano, não estaria excluída à

partida, quer a não renovação, quer a substancial redução da cooperação entre as partes (como veio a acontecer), dependendo dos pressupostos que se viessem a verificar no futuro.

16. Importa ainda esclarecer e sublinhar o seguinte:

17. Muitas das questões suscitadas reportam-se às recomendações enunciadas no Relatório nº 11/2011, que respeitam ao processo n.º1 do ano de 2009 e o qual respondido durante o meu mandato como Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo de 1 de Setembro de 2008 a 21 de Outubro de 2011.

18. Gostaria de referir que logo no início do meu mandato encetei negociações com o Conselho de Administração do HCVP no sentido de concluir o encerramento de contas do período de 1998 a 2005 e mais concretamente entre 2003 e 2005. As negociações tiveram início em 2009 num total de 14 reuniões até Maio de 2010 e posteriormente mais 5 reuniões dos advogados (processo de resolução consensual de conflitos) de ambas as partes (de 5 de Novembro de 2010 a 9 de Maio de 2011). Em reunião de 29 de Março de 2011 é proposta por parte da ARSLVT eventualmente recorrer a Tribunal Arbitral e o mesmo foi comunicado à tutela sem ter alguma vez havido resposta sobre este assunto (o mesmo é referido em acta do Conselho Directivo n.º 97 de 22.10.2010). Todas as relações entre a ARSLVT e o HCVP foram sempre acompanhadas em proximidade pelos Gabinetes do Ministério da Saúde.

19. Existindo um impasse nas negociações e não se obtendo consenso o CD da ARSLVT deliberou em 24 de Março de 2011 dar por encerrado o acerto de contas relativos aos anos de 1998 a 2005 e assim comunicando ao HCVP, SA (acta nº 115 de 24.3.2011).

20. A referenciação para o HCVP, designadamente para consulta externa, só foi parametrizada no CTH para os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) onde o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) é superior ao estabelecido, de forma a salvaguardar o princípio da equidade, isto é, para permitir o acesso dos utentes à consulta dos respectivos hospitais de referência que não cumprem os TMRG, sendo a CVP a entidade alternativa em complementaridade. Note-se que o HCVP, SA registou tempos de espera inferiores aos hospitais da região para as valências negociadas. Registe-se que a cirurgia contratada decorre da resposta necessária à consulta externa, esta ultima com limitações de acessibilidade por parte dos utentes do SNS. Por outro lado, foi considerado um factor de proximidade atendendo a despesas decorrentes de transportes de doentes. A

referenciação para o HCVP foi condicionada para a consulta externa por via electrónica para permitir melhor controlo da utilização.

21. Como referido, o relato faz notar o estabelecimento de preços aquando da negociação para o contrato a iniciar no ano de 2011. Esse contrato é negociado em simultâneo com a negociação que decorre do encerramento de contas referido em 18. Como já referido a base de fixação dos preços foi uma orientação da tutela. A tutela decidiu corresponder com o critério de formulação de preço proposto pela entidade prestadora, no caso a CVP, e não com a entidade tutelada, a ARSLVT. Em 17 de Junho de 2011 fomos informados que o Governo de então remeteu para o atual governo a aprovação de Resolução de Conselhos de Ministros que permitiria a efetivação do Acordo para o ano.

22. Por isso também, em 1 de Julho foi suspenso toda a referenciação de doentes para a CVP.

23. Sublinhe-se que o Conselho Directivo foi substituído a 20 de Outubro ainda sem acordo para o ano de 2011.

24. A ARSLVT tomou uma estratégia de limitar a referenciação por parte da MAC e do HCC para a Cirurgia Cardio-Torácica da CVP, já referido no relato em relação às condições de referenciação do HCC (mesmo o encerramento da sua unidade de Cardiologia de Intervenção e encerramento da urgência prevista para Outubro de 2011) e a criação do Grupo e integração dos hospitais no Centro Hospitalar de Lisboa Central.

25. Note-se que a proposta de revisão de preços para 2011 é objecto de reunião com a CVP em 8 de Julho de 2011, bem como de revisão de produção. Nessa mesma reunião foi mesmo considerado, pela ARSLVT, uma revisão dos recursos humanos, técnicos e instalações da CVP para a execução do novo Acordo. Aliás o relato é claro na tendência patrocinada no meu mandato de reduzir o peso de produção e ao melhor preço, bem como diversificar o contrato com a CVP, no sentido de este ser do melhor interesse do cidadão da região.

26. Há uma decisão de não dar a nenhuma organização o exclusivo das prestações de serviço relativamente a rastreios. Os preços negociados com a CVP não são mais elevados do que para as outras instituições. A criação de alternativas é relevante para o mercado da saúde a prazo. Assim, tivemos a oportunidade de permitir a instituições credíveis, a CVP (que pode ou não considerar

que o serviço é realizado pelo HCVP, SA) de desenvolver estas áreas claramente deficitárias na região e de enorme potencial em termos de ganhos em saúde.

27. Em Maio de 2011 foram realizados contactos com a empresa IASIST para realizar um estudo de benchmarking cujo objectivo era criar uma ferramenta de benchmarking que permita comparar o desempenho clínico, nas valências em estudo, entre as diferentes unidades ou serviços das entidades do SNS e da CVP, incluídas na RSLVT. Esta ferramenta será aplicada a doentes com internamento e a doentes sujeitos a cirurgia ambulatória sem pernoita; Comparar os tempos de espera para acesso à respectiva cirurgia, nas valências acima referidas, distinguindo dois momentos sequenciais: a) O tempo decorrido entre a data da referenciação para consulta de especialidade e a data de efetivação da primeira consulta; b) O tempo decorrido entre a data da primeira consulta e a data de efetivação da admissão (em regime de internamento ou de ambulatório) para a realização da cirurgia. Este estudo não foi concretizado durante o nosso mandato. O mandato no Conselho Directivo entretanto terminou.

Com os melhores cumprimentos,

(Rui Portugal)

18. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Curry Cabral, EPE, em 2011

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

Assunto: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2ª secção

Ana Paula Sousa Uva, notificada para se pronunciar sobre extracto do relato de auditoria n.º 11/2011 – 2ª secção, vem informar o seguinte:

A notificada não se encontra em funções, nem tem quaisquer elementos adicionais que de modo quantificado possa fornecer para colaborar na realização da auditoria de seguimento.

Porém, no que diz respeito ao assunto objeto da auditoria a notificada esclarece que o assunto foi sempre uma matéria da maior atenção do Conselho de Administração, o qual procurou sempre conformar-se com as recomendações do Tribunal de Contas. Na verdade, o Conselho de Administração do então Hospital Curry Cabral quando foi notificado do Processo n.º 25/08/AUDIT deu instruções para que fossem reavaliadas as condições de referenciação do Hospital Curry Cabral para a Hospital da Cruz Vermelha nos termos que constam da acta n.º 31 de 22 de Outubro de 2010 (anexo I). Com efeito, a referenciação é feita através dos médicos do Hospital, pelo que foram dadas instruções ao Dr. Luís Mourão, responsável pelo serviço, para efeitos de garantir que a referenciação só seria feita subsidiariamente em relação à capacidade instalada no SNS e de acordo com os critérios clínicos.

A notificada, enquanto no exercício de funções, por diversas vezes deu instruções aos serviços, em particular o Dr. Luís Mourão para que a referenciação se verificasse apenas de acordo com as recomendações do Tribunal de Contas e em conformidade com as orientações da Tutela, em especial da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral não tinha outro meio para conformar a referenciação que não fosse agindo sobre os meios humanos que procediam à referenciação.

Esta orientação e postura do Conselho foi reiterada em 30 de Junho de 2011 aquando da substituição da referenciação de doentes do foro da Cirurgia Cardio Torácica para o Hospital da Cruz Vermelha (anexo II). Com efeito, foram dadas instruções ao Dr. Luís Mourão para se conformar com as orientações dadas pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Na expectativa de ter prestado os esclarecimentos necessários, apresento os meus cumprimentos.

Sintra, 2 de Maio de 2013

Ana Paula Sousa Uva

DGTC 06 05'13 08675

ACTA Nº 31

Aos vinte e dois dias do mês de Outubro de 2010, pelas 11 horas reuniu na sede social sita na Rua da Beneficência, n.º 8, em Lisboa, o Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral EPE, pessoa colectiva número 509394043. Encontravam-se presentes os membros do Conselho de Administração, Dra. Ana Paula Sousa Uva, Presidente, Dr. João Machado, Director Clínico, Dr.ª Célia Roque e Dr.ª Carla Gonçalo, Vogais Executivas e a Enfermeira Directora Paula Luís. A Presidente informou ser vontade expressa de todos os membros que a presente reunião se constituísse e que se deliberasse sobre os pontos constantes da seguinte ORDEM DE TRABALHOS: ----------

1. Informações. ----------

A Dr.ª Célia Roque informou sobre a actualização de registos do Hospital na Entidade Reguladora de Saúde. ----------

1.1.Leitura da Acta da Reunião anterior - Foi lida e assinada a acta da reunião anterior. ----------

2 - Recursos Humanos ----------

2.1. Autorizado o Subsídio Parental da Enf.ª Graduada Maria João Rodrigues dos Santos. ----------

2.2 Prestação de trabalho designado por "semana de quatro dias" da Dr.ª Sara Maria Menano e Castro Almiro Gama - Ponto transitado. ----------

2.3 Autorizada a renovação de acumulação de funções da Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Dr.ª Ana Maria Brito de Barros Pinto. ----------

2.4 Autorizado o pagamento de férias não gozadas por aposentação dos seguintes elementos: ----------

2.4.1 Assistente Operacional, Adelino Manuel Cosme Campos ----------

2.4.2 Técnica Principal, Isabel Maria Reis dos Santos ----------

2.4.3 Chefe de Serviço, Dr. Mario Jorge Martins D'Ábreu. ----------

2.5 Autorizado o subsídio de bonificação por deficiência solicitado por requerimento apresentado por Liliana Marina Duarte Gouveia. ----------

2.6 Autorizada a renovação de contrato de prestação de serviços da Dr.ª Mafalda Miranda (Assistente/VMER). ----------

2.7 Autorizada a contratação em prestação de Serviços da Dr.ª Inês Gonçalves (Interna/Serviço de Urgência). ----------

2.8. Autorizado o seguinte trabalho extraordinário: ----------

2.8.1 Serviço de Urgência – Enfermeiros e Assistentes Operacionais. ----------

2.8.2 Serviço de Nefrologia – Assistente Operacional. ----------

2.8.3 Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ao abrigo do Protocolo de Colaboração Inter - Institucional com o Hospital Curry Cabral, Dra. Maria da Conceição Leal da Silva Pedro. ----------

2.9 O Conselho tomou conhecimento e autoriza o envio à Ministra da Saúde do Recurso Hierárquico do Candidato Dr. António José Gonçalves Martins Baptista, relativo ao Concurso Interno Condicionado de

Provimento na categoria de Chefe de Serviço de Medicina Interna, da carreira Médica Hospitalar, cujo aviso de abertura foi publicitado em Circular Informativa nº 13 de 09/02/2010. ----------

3. Tribunal de Contas – Processo nº25/08/AUDIT - acompanhamento das recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas no Relatório 8/09-2ª Secção Auditoria Financeira ao HCC. O Conselho de Administração tomou conhecimento de que o Tribunal de Contas, face às informações prestadas pelo Hospital, considerou como não tendo sido acolhidas as recomendações relativas à referenciação de doentes para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCPV), referindo designadamente que "devem ser acolhidas as seguintes recomendações, apesar das medidas tomadas: 1. Promoção de uma cultura de gestão de valor ou de afectação racional de recursos, para que as decisões sejam tomadas de acordo com métricas previamente estabelecidas e tomem em consideração o universo de todas as entidades que integram o SNS. 2. Reavaliação da referenciação para o HCVP, face às declarações dos Presidentes dos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Ocidental e Norte, EPE, de forma a salvaguardar a boa gestão dos dinheiros públicos alocados ao SNS." ----------

O Director Clínico, de acordo com a importância do assunto, concorda que seja solicitado ao Dr. Luís Mourão informação sobre medidas clínicas e administrativas a adoptar, tendo em vista a resolução desta recomendação do Tribunal de Contas. A Drª Carla Gonçalo subscreveu as palavras do Director Clínico. A Enfermeira Directora subscreveu igualmente as palavras do Director Clínico e acrescentou que, em seu entender, deve ser solicitado por escrito à ARSLVT informação sobre a capacidade instalada disponível nos Hospitais identificados, tendo a Presidente e a Drª Carla Gonçalo acrescentado que a mesma informação deveria ser também solicitada por escrito ao Ministério da Saúde. A Drª Célia Roque informou que, também, vê com muita preocupação esta questão o que concorda com os pedidos de audição que foram propostos de forma a poder munir este Conselho de matéria relevante tendo em vista o cumprimento destas indicações. Assim, o Conselho deliberou proceder ao envio da deliberação a enviar ao Dr. Luís Mourão e aguardar as respostas às solicitações às duas entidades que aqui foram definidas.----------

4. S.I.E – Obras de reparação do telhado do Serviço de Medicina Física e Reabilitação - Face à gravidade da situação e à informação da Directora do Serviço, que refere que esta situação é recorrente e causa problemas prejudicando equipamentos, mobiliário e arquivo, para além do incomodo para profissionais e utentes, delibera-se autorizar a referida obra. ----------

5. Gestão de Doentes: Autorizados os seguintes pedidos de reembolso de transportes: ----------

5.1 Engrácia Conceição Pereira. ----------

5.2 Joaquina Dores – ponto transitado----------

5.3 Timótea Conceição Rosa Pinto Soares. ----------

5.4 Maria Alice Ferreira Mocdas. ----------

5.5 José Gabriel Teixeira Carvalho. ----------

6.Contrato-Programa 2010: Reunião de acompanhamento da ARSLVT de 15/10/10 - Desempenho económico do HCC. A Presidente do Conselho referiu preocupação com os resultados relativos à eficiência económico-financeira tendo o Conselho analisado alguns dos indicadores. A Dr.ª Carla Gonçalo informou que esta tendência desfavorável não se verifica no presente mês, prevendo-se melhoria geral até ao final do ano. ----------

7. Aprovisionamentos e Financeiros - ponto transitado. ----------

8. Serviços Informáticos. ----------

8.1 Aprovada a proposta de Ordem de Serviço para lançamento do projecto "Plano Director", em sequência da Auditoria pedida à ACSS, e a realização da primeira reunião do Comité Executivo do referido projecto, em 25de Outubro próximo. ----------

8.2 Aprovada a aquisição de storage de arquivo de imagens médicas. ----------

9. Gestão Hoteleira - Face à transferência da gestão de contratos da Gestão Hoteleira para o SIE e às informações prestadas pela Dr.ª Célia Roque, o Conselho solicita ao Engenheiro Vitor Guerreiro que avalie, com o Serviço de Aprovisionamento, as seguintes prestações de serviços, e que assegure a sua gestão. ----------

9.1 Prestação de Serviços de Segurança Privada no HCC – Renovação 2011. ----------

9.2 Prestação de Serviços de Controlo de Pragas Urbanas no HCC – Ano 2011. ----------

9.3 Prestação de Serviços de Policiamento para o Serviço de Urgência no HCC – Renovação 2011. ----------

10. Gestão da Qualidade: Aprovado o Manual da Qualidade do HCC – Normas ISO (Auditoria da APCER em 3 e 4 Novembro de 2010). ----------

11. Aprovada a Ordem de Serviço sobre nomeação da Enfermeira Directora como responsável do projecto de Logística Hospitalar. ----------

12. Autorizado o início de procedimento do processo nº1/40316/10, de aquisição de TACROLIMUS (cápsulas de libertação prolongada nas dosagens de 0,5, 1, 3 e 5 mg). ----------

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião pelas 18 horas, sendo elaborada a presente nota que, depois de lida e aprovada, vai ser, para que faça fé e plena prova das deliberações, lançada no competente livro e nele assinada por todos os presentes. ----------

Dr.ª Ana Paula Sousa Uva _____

Dr.ª Carla Gonçalo _____

Dr. João Machado _____

Dr.ª Célia Roque _____

Enf.ª Paula Luís _____

ACTA Nº 68

Aos trinta dias do mês de Junho de 2011, pelas 11 horas, reuniu na sede social sita na Rua da Beneficência, n.º 8, em Lisboa, o Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral EPE, pessoa colectivo número 509394043. Encontravam-se presentes os membros do Conselho de Administração, Dra. Ana Paula Sousa Uva, Presidente, Dr.ª Carla Gonçalo, Vogal Executiva e a Enfermeira Directora Paula Luís. A Dr.ª Célia Roque esteve ausente por motivo de férias. A Presidente informou ser vontade expressa de todos os membros que a presente reunião se constituísse e que se deliberasse sobre os pontos constantes da seguinte ORDEM DE TRABALHOS: ----------

1. Informações. ----------

1.1 Leitura da Acta da Reunião anterior – Foi lida e assinada a referida acta. ----------

1.2 O Conselho tomou conhecimento da Carta da Enf. Chefe Maria Teresa de Lucena Boavida Forte sobre desaparecimento de objectos à doente internada em Dermatologia Isabel Santos.-----

1.3 A Enfermeira Directora informou que, em relação ao deficit de Recursos Humanos nos Serviços de Radiologia e Imunohemoterapia, foi deslocada uma Enfermeira da Consulta Externa e uma da Saúde Ocupacional a meio tempo, tendo ficado o problema solucionado. ---------

1.4 Circular Normativa da ARSLVT – Substituição da referenciação de doentes do foro da Cirurgia Cardiotorácica para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) ----------

A Sr.ª Presidente informou que após reunião na ARSLVT onde estiveram presentes todos os centros de referenciação de cirurgia cardiotorácica de Lisboa, nomeadamente Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Lisboa Central e Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e, ainda, a Maternidade Alfredo da Costa e o Hospital Curry Cabral, representado pela Sr.ª Presidente e o Sr. Director do Serviço de Cardiologia, Dr. Luís Mourão, tendo sido decidido suspender a referenciação de doentes do foro da cirurgia cardiotorácica para o HCVP. Informou ainda que o Dr. Luís Mourão tinha comunicado ao Conselho que tinha tomado conhecimento da Circular Normativa da ARSLVT e que tinha desencadeado já os procedimentos necessários à sua operacionalização. ----------

1.5 A Presidente informou que após contacto telefónico com o Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde, Dr. Luis Vitória, o mesmo transmitiu que o Ministro deu como indicação proceder-se à designação de um Director Clínico Interino, conforme proposta da Presidente, até que seja nomeado, pelos membros do Governo competentes, o futuro Director Clínico do Hospital Curry Cabral, EPE. Neste sentido, foi agendado o ponto 4. desta acta (vide ponto 4.) ----------

2. Recursos Humanos----------

2.1 Trabalho Extraordinário. O Conselho autorizou o seguinte: ----------

2.1.1 Nefrologia – Enfermeiros----------

2.1.2 UCI e Unidade de Transplantação – Fisioterapeutas ----------

2.2 Serviço Medicina 1 Pavilhão K – Substituição da Enf. Raquel Sofia Teixeira Pires (Transitado) ----------

2.3 Contratação de Assistentes Operacionais - O Conselho autorizou a contratação de dois elementos para reposição de horas. ----------

3. Diversos----------

3.1 ARSLVT - Protocolo Tipo (Transitado) ----------

3.2 Ocorrência no Serviço de Urgência, indivíduos a "grafitar" a parte exterior dos muros do HCC. (Transitado) ----------

4. Designação de Director Clínico Interino ----------

Tendo em consideração que : ----------

O Director Clínico apresentou o seu pedido de renúncia à função de vogal do Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral EPE, o qual foi aceite pela Senhora Ministra da Saúde, com efeitos a 17 de Junho de 2011; ----------

A função técnica atribuída ao Director Clínico é essencial no contexto de um Hospital com o nível de diferenciação do Hospital Curry Cabral EPE, pelo que se torna necessário assegurar aquelas funções, de modo interino, até à designação de novo Director Clínico. ----------

Neste contexto, o Conselho de Administração delibera designar temporariamente o Prof. Dr. Fernando Nolasco para exercer as funções de conteúdo técnico do Director Clínico, sob a supervisão da Presidente do Conselho de Administração. ----------

O Prof. Dr. Fernando Nolasco poderá participar nas reuniões do Conselho de Administração sempre que convocado pela Presidente do Conselho de Administração, na qualidade de perito, sem direito a voto por não ser membro do Conselho de Administração. ----------

A presente deliberação produz efeitos à data de 01 /07 /2011 e caducará logo que seja nomeado, pelos membros do Governo competentes, o Director Clínico do Hospital Curry Cabral, EPE. ----

O Conselho de Administração decide dar conhecimento desta deliberação ao Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Saúde. ----------

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião pelas 13 horas, sendo elaborada a presente acta que, depois de lida e aprovada, vai ser, para que faça fé e plena prova das deliberações, lançada no competente livro e nele assinada por todos os presentes. ----------

Dr.ª Ana Paula Sousa Uva_____

Dra. Carla Gonçalo _____

Enf.ª Paula Luís _____

hospital curry cabral, epe

Extracto da Acta nº 68/2011

Deliberação do Conselho de Administração de 30/06/2011

4. Deliberação - O Director Clínico apresentou o seu pedido de renúncia à função de vogal do Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral EPE, o qual foi aceite pela Senhora Ministra da Saúde, com efeitos a 17 de Junho de 2011.----------

A função técnica atribuída ao Director Clínico é essencial no contexto de um Hospital com o nível de diferenciação do Hospital Curry Cabral EPE, pelo que se torna necessário assegurar aquelas funções, de modo interino, até à designação de novo Director Clínico. ----------

Neste contexto, o Conselho de Administração delibera designar temporariamente o Prof. Dr. Fernando Nolasco para exercer as funções de conteúdo técnico do Director Clínico, sob a supervisão da Presidente do Conselho de Administração. ----------

O Prof. Dr. Fernando Nolasco poderá participar nas reuniões do Conselho de Administração sempre que convocado pela Presidente do Conselho de Administração, na qualidade de perito, sem direito a voto por não ser membro do Conselho de Administração.----------

A presente deliberação produz efeitos à data de 01 /07 /2011 e caducará logo que seja nomeado, pelos membros do Governo competentes, o Director Clínico do Hospital Curry Cabral, EPE.----------

O Conselho de Administração decide dar conhecimento desta deliberação ao Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Saúde. ----------

A Presidente do Conselho de Administração

Ana Paula Sousa Uva

(Ana Paula Sousa Uva)

Rua da Beneficência, nº 8 • 1069-166 LISBOA
Tel: 21 792 42 00

REUNIÃO DO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO

HOSPITAL CURRY CABRAL, E.P.E.

AGENDA DA ACTA Nº 68

30 JUNHO 2011 – 11:00 HORAS

ORDEM DE TRABALHOS:

PONTOS	DOCUMENTOS	C.A.
1. Informações		
1.1 Leitura da Acta da Reunião anterior.	1.1	PCA
1.2 Serviço Medicina 1B – Carta da Enfermeira Chefe Maria Teresa de Lucena Boavida Forte - Episodio da doente internada de Dermatologia Isabel Santos	1.2	PL
1.3 Deficit da RH nos Serviços da Radiologia e Imuno Hemoterapia.	1.3	PL
1.4 ARSLVT – Substituição da referenciação de doentes do foro da Cirurgia Cardio – Torácica para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa	1.4	PCA
1.5 Contacto telefónico com Chefe de Gabinete do Sr. Ministro da Saúde Dir. Clínico Uterino.	1.5	PCA
2. Recursos Humanos		
2.1 Trabalho Extraordinário		
2.1.1 Nefrologia – Enfermeiros	2.1.1	PL
2.1.2 UCI e UTR - Enfermeiros	2.1.2	PL
2.2 Serviço Medicina 1 Pavilhão K – Substituição da Enf. Raquel Sofia Teixeira Pires pela Enf. Carina Isabel Martins da Palma (Transitado)	2.2	PL
2.3 Contratação de 1 assistente operacional.	2.3	PL
3. Diversos		
3.1 ARSLVT - Protocolo Tipo (Transitado)	3.1	PCA
3.2 Ocorrência no Serviço de Urgência, indivíduos a "grafitar" a parte exterior dos muros do HCC. (Transitado)	3.2	PCA
4. Deliberação		PCA

28-06-11;15:45 ; Hospital Curry Cab;218499723 # 1/

O CS tomou conhecimento na Reunião de 30 Junho/2011 a que o Dr. Luís Pavão informou o CS que tinha tomado conhecimento da Circular Normativa e que procederá à sua operacionalização.

CIRCULAR NORMATIVA

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

Ao Dr. Luís Pavão para conhecimento e cumprimento das orientações referidas na presente Circular Normativa
28 Junho/2011

Ana Paula Sousa Uva
Presidente do Conselho de Administração

N.º 335

Data 28 de Junho de 2011

Carla Gonçalo
Vogal do Conselho de Administração

Para: TODOS OS HOSPITAIS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Assunto: Substituição da referenciação de doentes do foro da Cirurgia Cardio-Torácica para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

Paula Luís
Enfermeira Directora

Por motivos de competência legal em razão do valor, o acordo a celebrar entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT) e a Cruz Vermelha Portuguesa necessita de ser previamente autorizado pelo Governo, por resolução do Conselho de Ministros. O projecto de acordo enviado à tutela não foi autorizado, tendo o assunto sido remetido para o novo Governo, recentemente entrado em funções.

celebração, se pretende introduzir alguma alteração, e em que data o fará.

Na ausência de acordo, não é possível referenciar doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), pelo que se torna necessário equacionar soluções para a garantia da prestação de cuidados de saúde do foro da Cirurgia Cardio-Torácica aos doentes que até à data eram assistidos no HCVP através de referenciação inter-hospitalar por parte de Unidades Hospitalares pertencentes ao SNS.

Assim, determina-se a suspensão com efeitos a 1 de Julho de 2011 da referenciação de doentes do foro da Cirurgia Cardio-Torácica para o HCVP, passando a referenciação a ser efectuada de acordo com a metodologia que se segue:

A) Referenciação de Adultos

a. Situações Urgentes

i. Os hospitais que até à presente data referenciavam doentes para o HCVP passam a poder fazê-lo para qualquer uma das três instituições da Região com Serviços de Cirurgia Cardio-Torácica (CHLC; CHLN ou CHLO);

HOSPITAL DE CURRY CABRAL, EPE
ADMINISTRAÇÃO
N.º 347
Entrada 28/6/11
Saída 28/6/11

CIRCULAR NORMATIVA

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

ii. O Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica contactado tem a responsabilidade de resolver a situação sob o ponto de vista clínico quer solucionando directamente o caso ou, na incapacidade de o fazer, contactando os outros Serviços existentes, devendo comunicar o resultado ao hospital referenciador;

iii. Na ausência de capacidade de resposta de qualquer das instituições, o ónus da resolução do problema permanece no primeiro hospital contactado.

b. *Cirurgia Electiva*

i. Os hospitais que até à presente data referenciavam doentes para o HCVP passam a fazê-lo para instituições do SNS de acordo com o esquema habitual de referenciação;

ii. O HCC referencia preferencialmente para o CHLC;

c. *Doentes com cirurgia marcada no HCVP ou em seguimento após cirurgia*

i. A ARS-LVT através do gestor do contrato, repartirá os casos pelos 3 centros que deverão programá-los/observá-los no período de uma semana contado a partir da data de notificação pela ARS-LVT.

B) Referenciação de doentes em idade pediátrica

a. *Situações Urgentes*

i. Os hospitais que até à presente data referenciavam doentes para o HCVP passam a poder fazê-lo para qualquer uma das duas instituições da Região com Serviços de Cirurgia Cardio-Torácica para este grupo etário (CHLC ou CHLO);

ii. O Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica contactado tem a responsabilidade de resolver a situação sob o ponto de vista clínico quer solucionando directamente o caso ou, na incapacidade de o fazer, contactando os outros Serviços existentes, devendo comunicar o resultado ao hospital referenciador;

iii. Na ausência de capacidade de resposta de qualquer das instituições, o ónus da resolução do problema permanece no primeiro hospital contactado.

b. *Cirurgia Electiva*

CIRCULAR NORMATIVA

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

i. Os hospitais que até à presente data referenciavam doentes para o HCVP passam a fazê-lo para instituições do SNS de acordo com o esquema habitual de referenciação;

ii. A MAC referencia preferencialmente para o CHLC;

c. *Doentes com cirurgia marcada no HCVP ou em seguimento após cirurgia*

i. A ARS-LVT através do gestor do contrato, repartirá os casos pelos 2 centros que deverão programá-los/observá-los no período de uma semana contado a partir da data de notificação pela ARS-LVT.

O Presidente do Conselho Directivo

Rui Portugal

19. Presidente do Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em 2011

JORGE BRANCO
Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa
Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Ao:
Tribunal de Contas
Direcção Geral
MI Auditor-Coordenador
Dr. José António Carpinteiro
Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 Lisboa

09.05.2013

ASSUNTO: Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria nº 11/2011 – 2ª Secção

CONFIDENCIAL

Sobre o conteúdo do extracto do relato da auditoria do Tribunal de Contas acima identificado cumpre-me pronunciar:

1. No que se respeita ao ponto 10.1, a referenciação directa de utentes era permitida por um Protocolo supra hospitalar celebrado directamente entre a ARSLVT e a CVP, que nunca foi posto em causa até dia 27 de Junho de 2011, dia em que pela primeira vez nos foi dado a conhecer em reunião na ARSLVT, em que esteve representada a MAC, consignada ao tema "Substituição da referenciação de doentes do foro da cirurgia cardiotorácica para o Hospital da CVP".
Na sequência desta reunião, a MAC tomou a iniciativa de se deslocar ao Hospital de Sta. Marta, onde teve um encontro com os directores dos serviços de Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardiotorácica para, então, concretizar a articulação entre os dois hospitais. Participaram nesta reunião, pela MAC, eu próprio e o então Director Clínico, Dr. Abílio Lacerda, e pelo Hospital Sta,. Marta, a Drª Fátima Pinto e o Prof. José Fragata. Ficou decidido que todos os doentes passariam, a partir de então, a ser referenciados para esses serviços, devendo todos os que necessitassem de cirurgia cardiotorácica, ser de imediato enviados para o Hospital Sta. Marta, enquanto que o apoio em regime de ambulatório seria progressivamente prestado pelos médicos do mesmo hospital, o que veio a verificar-se e rapidamente progrediu para a totalidade dos casos;

2. Relativamente ao ponto 10.2.2-A, execução física na especialidade de cirurgia cardiotorácica, não é possível validar os dados contidos no relatório, que penso terem sido cedidos pela ARSLVT. Convirá acrescentar que a MAC apenas emitia o termo de responsabilidade, baseando-se no texto do Acordo CVP/ARSLVT, não lhe incumbido a verificação e pagamento das respectivas facturas. No entanto, os números apontados no vosso Relatório (Quadro 11) mostram bem a redução que se verificou no valor facturado de 2010 para 2011: o valor facturado pela CVP à ARSLVT no que à MAC diz respeito apresentou uma quebra de 274.334,79€, ou seja -41,4%, de 2010 para 2011, como resultado da aplicação das recomendações do Tribunal de Contas;

3. Relativamente ao ponto 10.3, exercício simultâneo de actividade, toda a actividade dos médicos da CVP na MAC ocorreu na sequência de chamadas pela Direcção do Serviço de Pediatria/Neonatologia, quando identificadas situações de cardiopatias congénitas com ou sem envolvimento dos grandes vasos. A actividade clínica desses médicos dependia portanto de requisição da MAC e não de actividade de livre iniciativa. Assim sendo, fica fragilizada a hipótese de conflito de interesses.
Resulta da leitura do relato do TC que a CVP já teria sido alertada para esta situação. No entanto, a MAC nunca teve conhecimento dessa recomendação, nem nos foi remetido pela ARSLVT qualquer alerta sobre esta questão.

Com os melhores respeitosos cumprimentos,

Jorge Branco

(Prof. Doutor Jorge Branco)

20. Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

112 anos 1899-2012
Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

Programa Nacional para as Doenças
Cérebro-Cardiovasculares

15.MAI.2013 6486

Meritíssimo Auditor Coordenador
Dr. José António Carpinteiro
Tribunal de Contas - Direção Geral
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069 – 045 Lisboa

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
DAVI-UAT1 Proc Nº 27/12 - Audit	15 Abril de 2013	PNDCCV	13/05/2013

ASSUNTO: Parecer do Diretor do Programa Nacional para as Doenças CerebroCardiovasculares sobre o Relato de Auditoria nº 11/2011 do Tribunal de Contas

No seguimento do ofício enviado no dia 03/05/2013 junto enviamos resposta com o parecer do Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares sobre o Relato de Auditoria nº 11/2011 do Tribunal de Contas.
Conforme solicitado segue cópia em suporte digital com o referido parecer.

Atenciosamente,

Rui Cruz Ferreira
Diretor Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA

Tel: 21 843 05 00 Fax: 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt

DGTC 16 05'13 09515

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Análise do Relato de Auditoria nº 11/2011 do Tribunal de Contas

Contributo da Direção do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

1. Na qualidade de Coordenador Nacional para as Doenças Cardiovasculares, cargo que desempenhei entre Junho de 2008 até à extinção das Coordenações Nacionais em Janeiro de 2012) fui convidado pelo então Presidente do Conselho Directivo da ARS LVT para participar, a partir de Junho de 2011, em várias reuniões que decorreram naquela instituição, sobre a referenciação de doentes na especialidade de Cirurgia Cardiotorácica (CCT) como mencionado no presente relatório de auditoria.

2. Nessas reuniões foi repetidamente reiterada por parte dos respectivos responsáveis, a capacidade dos Centros Hospitalares de Lisboa em dar resposta atempada às diferentes solicitações de outras instituições como o Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) ou o Hospital de Faro.

3. Foi por mim expressa a necessidade de objetivar a prática de referenciação dos doentes com indicação para Cirurgia Cardíaca, nomeadamente no que dizia respeito aos tempos de atendimento bem como à complexidade das situações clínicas. Da mesma forma foi salientado que deveria ser realizada uma cuidadosa avaliação das condições e recursos materiais e humanos necessários para concretizar o planeado aumento de atividade correspondente ao número de intervenções cirúrgicas até então realizadas no Hospital da Cruz Vermelha.

4. Nesse sentido foi por nós elaborada, por solicitação da ARS LVT, e com a brevidade exigida, uma aplicação informática que permitia monitorizar e objetivar todo este processo; Essa aplicação foi apresentada posteriormente aos Diretores das Unidades de CCT, Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares e Conselho Diretivo da ARS LVT e disponibilizada para funcionamento efetivo a partir de Outubro de 2011.

Conclusões Finais:

1. Consideramos que existe uma significativa discrepância entre a presumível e afirmada capacidade de resposta por parte dos três centros de CCT e o tempo de espera para realização da Cirurgia, traduzido na confirmada existência de listas de espera que devem ser devidamente monitorizadas.

2. Considerámos fundamental um efectivo acompanhamento de todo este processo e fornecemos uma ferramenta operacional com este intuito. Sem essa objetivação está aberto o caminho para persistirem as considerações subjetivas sem qualquer suporte real. Não encontramos no relatório em análise dados concretos sobre o número de doentes e tempos de espera para realização de intervenções de CCT, nomeadamente após Junho de 2011.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
Alameda D. Afonso Henriques, 45 6º | Tel: (351) 21 843 06 03 | pndccv@dgs.pt
1049-005 Lisboa, PORTUGAL | Fax: (351) 21 843 06 20 | www.dgs.pt

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

3. O incremento de atividade cirúrgica por parte dos centros dos Hospitais do SNS implica uma adequação dos recursos técnicos e humanos disponíveis, bem como uma precisa avaliação do respectivo impacto financeiro, com as inerentes implicações de financiamento hospitalar disponível.

4. A definição em vigor, a nível nacional, dos circuitos de referenciação desta especialidade, bem como da Intervenção Cardiológica, está ultrapassada e claramente carecendo de atualização. Participámos ativamente no desenho de uma proposta e elaboração do respetivo documento orientador, concluída em 2010 em parceria com a ACSS, mas entretanto não publicada.

5. Consideramos como premente a reorganização dos cuidados assistenciais ao nível da Cardiologia Pediátrica na ARS LVT, mediante a necessária concentração de Serviços. A atual dispersão apenas favorece à má utilização de recursos bem como algumas das práticas referidas no Relato de Auditoria em análise, referentes a Cirurgia Cardíaca Pediátrica.

6. Na nossa opinião, uma parte significativa das situações injustificadas e reportadas no presente relatório de auditoria resultam da inexistência de um eficaz sistema de informação para apoio à decisão e gestão, abrindo caminho a práticas não fundamentadas. Consideramos este ponto como crucial e reafirmamos a inteira disponibilidade da Direção deste Programa Nacional para participar ou orientar a sua implementação prática, integrado no projeto de um Registo Nacional das Doenças Cardiovasculares, que constitui uma das nossas prioridades de ação. A integração atual do Programa Nacional na estrutura da Direção Geral de Saúde facilita a execução de uma política integrada de monitorização nesta sensível área.

7. No momento actual participamos em estreita articulação com o Departamento de Qualidade em Saúde da Direção Geral de Saúde, no planeamento das iniciativas atribuídas a este programa através do despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 27 de julho de 2012.

Lisboa, 13 de Maio de 2013

Rui Cruz Ferreira

Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
Alameda D. Afonso Henriques, 45 6º | Tel: (351) 21 843 06 03 | pndccv@dgs.pt
1049-005 Lisboa, PORTUGAL | Fax: (351) 21 843 06 20 | www.dgs.pt

21. Presidente Nacional da Cruz Vermelha Portuguesa

VIEIRA DE ALMEIDA
& Associados Sociedade de Advogados, R.L.

TRIBUNAL DE CONTAS

Proc. nº 27/2012- Audit.
Resposta ao Relato

Respondendo,

a

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

diz

1º.

A Cruz Vermelha Portuguesa é parte, com o Ministério da Saúde, no protocolo de cooperação de 29 de Outubro de 2010, no qual se regula o modo com as duas instituições articulam o acesso dos utentes do SNS à prestação de cuidados de saúde por serviços e instituições da CVP, celebrando para o efeito acordos de cooperação com as Administrações Regionais de Saúde.

2º.

Na área da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a prestações desses cuidados de saúde tinha lugar no HCVP mediante a celebração de acordos de cooperação entre a CVP e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

3º.

Sendo o HCVP propriedade da Cruz Vermelha Portuguesa, vinha ela própria administrando-o desde há muitas décadas, granjeando para o mesmo um nome e uma imagem ímpares entre os hospitais portugueses.

4º.

Sucede que, a gestão da CVP e do HCVP foram gravemente afectadas, sobretudo do ponto de vista económico-financeiro pelo convulsivo processo por que Portugal passou depois de 25 de Abril de 1974 deixando-se arruinar por completo a sua imagem, as suas finanças e a qualidade dos serviços médico-cirúrgicos prestados.

5º.

Só em 1998, quando o Hospital já se encontrava patrimonial, clínica, administrativa e financeiramente arruinado, é que se conseguiu sensibilizar o Estado para a situação a que se chegara, obtendo-se o seu entendimento sobre as condições necessárias para que a CVP pudesse retomar uma gestão capaz e responsável.

6º.

Do que era pressuposto básico, além do mais, o saneamento financeiro do Hospital, afogado em dívidas e responsabilidades, e que arrastava consigo para a ruína a própria Cruz Vermelha Portuguesa.

7º.

Ciente do prejuízo social que representaria a perda de um estabelecimento hospitalar da dimensão e potencialidades do HCVP, sensível às responsabilidades que a existência de acordos internacionais sobre a existência e o papel universal da Cruz Vermelha, o Estado português contribuiu decisivamente para o elementar saneamento financeiro da situação então existente, ajudando a CVP a reduzir a números comportáveis o passivo existente, sendo necessário então, a partir daí, criar os instrumentos de gestão e operação que permitissem ao hospital e aos seus serviços saírem do fosso para que haviam sido empurrados.

8º.

Não dispondo a CVP dos recursos de toda a espécie necessários para encarar com optimismo a batalha por um regresso aos tempos áureos do seu Hospital, foi

decidido, com o acordo dos Ministérios da Defesa, das Finanças e da Saúde, conceder a remodelação, a gestão e exploração dos serviços hospitalares a uma sociedade que dispusesse dos conhecimentos e do "nervo" exigidos para uma tal tarefa, ingressando o Estado nela como um sócio qualificado – através da conversão em (cerca de 45% do respectivo) capital do montante da respectiva ajuda financeira.

9º.

A CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA – maioritariamente detida, numa percentagem a rondar os 100%, pela Cruz Vermelha Portuguesa e pelo Estado (ele, através da Parpública – Participações Públicas, SGPS) – tornou-se assim a empresa encarregada da exploração do HCVP, o qual viria a retomar paulatinamente a sua sanidade financeira e progressivamente a qualidade dos seus serviços de saúde, bem como a imagem de uma unidade hospitalar de excelência e prestigiada no seio da comunidade médica.

10º.

Dessa evolução tirou e tira a CVP grandes benefícios, de carácter moral e patrimonial, passando o seu nome a estar directa e societariamente associado a um estabelecimento hospitalar de referência, do qual recebe também receitas significativas – desde uma renda (que tem rondado os 700.000 euros anuais) até aos dividendos que vêm sendo regularmente distribuídos – para prossecução dos seus fins de assistência social.

11º.

Congregando-se maioritariamente na CVP-SGH os interesses da CVP e do Estado, é legítimo e é natural que ela intervenha, no espírito e dentro de limites dos respectivos acordos e protocolos, em nome próprio nas actividades que (embora se encontrem encabeçadas contratualmente numa sua afiliada) têm como fonte e causa a específica natureza social da própria CVP – que é nela que reside a razão de ser dos apoios que o Estado, em cumprimento até de acordos internacionais, tem prestado

directa e indirectamente à Cruz Vermelha Portuguesa.

12º.

Muitas formas haveria, aliás, de fazer com que, nas suas relações "hospitalares" com o Estado e com a ARSLVT – ou com outras Administrações Regionais de Saúde –, a CVP interviesse directamente, com os benefícios inerentes à sua condição social, em vez de o fazer através de entidades com personalidade jurídica própria, por si criadas e delegadas, passando depois para estruturas e patrimónios que lhe pertencessem (como seria o caso do HCVP) os benefícios decorrentes dessa sua condição.

13º.

Que o próprio Conselho Consultivo da PGR, em parecer emitido a este propósito, reconheceu existirem e serem legítimos.

14º.

No entanto foi este o modelo que em 1998 foi politicamente decidido implementar pelo 1º Ministro de então e pelo Governo de Portugal e que, enquanto existir, a CVP de acordo com os seus princípios estatutários tentará honrar o melhor que pode e sabe.

15º.

Centra-se esta resposta, assim, apenas no trecho do Relato da auditoria em que a conduta da própria CVP é objecto de comentário por parte dos serviços de auditoria do Tribunal de Contas.

16º.

A verdade porém é que, tendo perante o Ministério da Saúde especiais obrigações de articulação, acompanhamento e avaliação da actividade da CVP-SGH no âmbito dos Acordos de Cooperação com a ARSLVT, a Cruz Vermelha Portuguesa – convicta de que a gestão da sua unidade hospitalar constitui hoje um modelo de

economia e de qualidade – desejaria poder coonestar aqui a resposta com que certamente a referida sociedade, não deixará de honrar os pergaminhos desta sua casa--mãe, chamemos-lhe assim.

17º.

Não pode contudo a CVP demorar mais esta resposta de maneira a poder avaliar e subscrever também, certamente, a resposta que, dentro do prazo que lhe foi fixado, a CVP-SGH emitir sobre as premissas e conclusões do Relato dos Serviços de Auditoria do Tribunal de Contas.

18º.

De qualquer modo, e é isso que mais preocupa a Direcção da CVP, é que os atributos de dignidade da sua conduta e de qualidade dos cuidados de saúde que, sob seu nome e auspícios, se prestam a tantos portugueses, incluindo muitos utentes do SNS, fiquem vincados perante o Tribunal de Contas.

O Advogado, com procuração

Mário Esteves de Oliveira

MÁRIO ESTEVES DE OLIVEIRA
Advogado
Cont. 115 109 935 - Cód. Prof. 20874 L
Av. Eng. Duarte Pacheco, 26 - 1070-110 LISBOA
Tel. 213 113 400 - Fax: 213 113 406

22. Presidente do Conselho de Administração da Cruz Vermelha Portuguesa – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA

VIEIRA DE ALMEIDA
& Associados Sociedade de Advogados, R.L.

1

TRIBUNAL DE CONTAS

Proc. nº 27/2012-Audit.

Relato

Respondendo,

a

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – SOCIEDADE DE GESTÃO HOSPITALAR (CVP-SGH),

diz

ÍNDICE

g) Impugnação das premissas e conclusões do Relato quanto à carestia dos preços praticados ao abrigo dos Acordos de Cooperação e quanto à comparação dos mesmos com os preços dos hospitais do SNS (arts. 167º a 203º)

h) Quanto à falta de referência e ponderação, no Relato, da reconhecida qualidade dos serviços do HCVP (arts. 204º a 215º)

i) Impugnação das premissas e conclusões do Relato quanto às "outras especialidades" (arts. 216º a 218º)

a) Âmbito, foco e condicionamento temporal da Resposta

1º.

Como o revela a delimitação feita no 2º§ de fls. 11 do *Relato da Auditoria de Seguimento das Recomendações do Relatório de Auditoria nº 11/2011 – 2ª Secção*, (doravante, apenas Relato), tirado no processo à margem referenciado, as áreas aí em seguimento, para "*apreciar o grau de acolhimento das recomendações e o seu impacto*", consistem na

1. *Monitorização e controlo da participação financeira do Estado na CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;*
2. *Negociação e celebração dos Acordos de Cooperação de 2011 e de 2012/2013, pela ARSLVT, IP, considerando a necessidade da sua celebração, os preços e os resultados decorrentes;*
3. *Execução e monitorização do Acordo de Cooperação de 2011.*

2º.

A questão nº 1 do artigo anterior, de enorme impacto e gravidade para a CVP-SGH, capaz de lhe provocar substanciais prejuízos e afectar o seu nome e imagem, esgota-se porém nas considerações e números constantes de fls 13 e 14, numa página e meia, e de fls 47 a 49, em 2 páginas e meia, do mencionado Relato.

3º.

Na parte restante do Relato, desde a segunda parte de fls. 14 a fls 92 (com excepção das mencionadas páginas 47 a 49), ao longo de 75 páginas portanto, os serviços

de auditoria do Tribunal de Contas debruçam-se sobre o seguimento das recomendações constantes dos anteriores Relatos nº 1/2009 e nº 11/2011 nas matérias directamente respeitantes a serviços, preços, condutas e interesses próprios da CVP-SGH nas suas relações, de um lado, com a ARSLVT, IP – quanto à celebração e execução dos Acordos de Cooperação – e, do outro, com hospitais públicos do Serviço Nacional de Saúde, no âmbito de umas quantas especialidades cirúrgicas abrangidas por esses acordos.

4º.

Desconhece a CVP-SGH as razões nunca reveladas ou assumidas explicitamente por que os serviços de auditoria vêm assestando desde 2005 (!), neste e nos Relatos anteriores, um foco desproporcionado nos aspectos da execução dos Acordos de Cooperação respeitantes à especialidade de cirurgia cardiotorácica, como se revela no facto de, logo no nº 1 do Relato (sob a epígrafe "*Enquadramento da Auditoria*"), se fazer referência explícita a essa actividade do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP), e a mais nenhuma outra.

5º.

É estranha, para a ora Respondente, essa "preferência" dos serviços de auditoria do Tribunal de Contas pela referida especialidade – que representa hoje 6% das actividades e facturação abrangidas pelos Acordos de Cooperação – só compreensível para ela se quisesse fazer-se ressaltar os envaidecedores sucessos e resultados clínicos da prestação de serviços de cirurgia cardiotorácica pelo HCVP ao SNS, aliás, muitas vezes gabados de maneira entusiástica por gestores e responsáveis hospitalares do SNS.

6º.

Como quer que seja, o certo é que grande parte da investigação, da reflexão e dos juízos constantes do Relato incide sobre as condições financeiras e funcionais da prestação de serviços da área da cirurgia cardiotorácica, melhor dizendo, da cirurgia cardíaca – a espécie mais nobre e complexa das duas que se abrigam sob aquele conceito, sendo a outra a cirurgia torácica –, reservando-se às outras 4 especialidades, a cada uma delas ou mesmo a todas em conjunto, uma parte muito menor desse docu-

mento.

7º.

Não surpreende portanto que seja a essa especialidade, e às condições e características da sua prestação pelo HCVP aos utentes do SNS, frequente e intensamente censuradas no Relato, que vai dedicada essencialmente esta Resposta, sobretudo pela falta de tempo disponível da ora Respondente para se debruçar também sobre as referências feitas aos números e aspectos relevantes em matéria de "*outras especialidades*".

8º.

Uma palavra mais para dizer que não obstante a boa vontade manifestada pelo Senhor Conselheiro a quem está distribuído o presente processo, ao prorrogar por 10 dias úteis o prazo para apresentação desta Resposta, a CVP-SGH não dispôs do tempo de que carecia – e que, para si, correspondia a elementares exigências constitucionais do princípio da igualdade de tratamento – para ler, organizar, estudar e responder sustentadamente aos juízos, premissas e conclusões que enxameiam compactamente as 91 primeiras páginas do Relato e os 6 Anexos que o integram.

9º.

Um prazo de resposta "igual" a outros que foram concedidos teria permitido, como é evidente, tornar a presente Resposta mais clara, convincente e consistente.

b) Apelo à constitucionalidade

10º.

A imagem e o nome da CVP-SGH – e do Hospital cuja administração lhe cabe –, bem como os seus interesses morais e patrimoniais, saem fortemente abalados dessa travessia pelas 91 longas e compactas páginas do Relato, o que levaria a pressupor que a audiência que aqui se lhe concede, além de constituir um imperativo de Justiça e Boa Fé, seria da maior relevância para avaliar do bem fundado das múltiplas deficiências, censuras e críticas que nesse Relato se fazem quanto à (falta de) consistência e valor do investimento feito pelo Estado e quanto à necessidade, à utilidade e à carestia da

prestação de cuidados de saúde pelo HCVP aos utentes do SNS.

11º.

Receia-se porém que o destino efectivo desta Resposta seja precisamente o mesmo que se reservou para as respostas que, com meticulosa e concreta fundamentação, a CVP-SGH providenciou quanto às deficiências, censuras e críticas que, sobre estas mesmas matérias, se lhe faziam nos Relatos de 2009 e de 2011.

12º.

Respostas essas que, com uma ou outra excepção, serviram praticamente para nada.

13º.

No Relato de 2011, a cuidadosa resposta de 68 páginas que a Respondente dera ao Relato de 2009 foi praticamente ignorada.

14º.

Encontram-se lá 2 referências muito esparsas, a fls 31 e 68, à existência da contestação das premissas e conclusões do Relato, sem que daí se tire porém qualquer efeito útil relevante, persistindo-se nas afirmações que haviam sido contraditadas.

15º.

Agora, com o Relato a que aqui se responde, passa-se praticamente o mesmo.

16º.

Havendo aí, mesmo se não assumidas expressamente, algumas inflexões na fundamentação das censuras feitas no Relato de 2011 – derivadas, quer crer-se, dos argumentos que contra elas se haviam deduzido –, não existe contudo nem uma palavra sobre a existência da Resposta dada em 116 artigos concretos e fundamentados ao Relato de 2011, quanto mais, sobre o impacto da voz discordante da CVP-SGH em relação às premissas e conclusões dele constantes.

17º.

Assim sendo, se não estivessem em causa os intocáveis interesses das pessoas que procuram os cuidados de saúde prestados no Hospital da Cruz Vermelha, seja ou não por intermédio do SNS, bem como os interesses dos sócios da CVP-SGH e dos

seus colaboradores – sejam eles médicos, enfermeiros, administrativos e operacionais –, e se não estivesse em causa também o aproveitamento que poderia fazer-se de uma falta de resposta sua ao Relado *sub iudice*, se não estivesse tudo isso em causa, não surpreenderia que, nas referidas circunstâncias, a Administração da ora Respondente não mais se preocupasse directamente com estes Relatos dos serviços de auditoria do Tribunal de Contas e se dedicasse, sim, a procurar minorar os seus prejudiciais impactos, junto de outras instâncias, no nome, na imagem e na actividade do Hospital da Cruz Vermelha.

18º.

Ignora-se se esse silêncio do Tribunal de Contas, quanto às razões invocadas em defesa própria por uma entidade tão severamente atingida pelas considerações do seu Relato como a CVP-SGH o foi, se deve ao facto de ela não ser uma *entidade auditada* mas "apenas" alguém que vai também imolado nesse juízo censório, por ter íntimas relações contratuais e institucionais com várias entidades auditadas, que o Tribunal de Contas considera serem relações "perversas".

19º.

Se assim é, a CVP-SGH sente dever chamar a atenção dos serviços de auditoria deste Tribunal para o disposto no nº 1 do art. 20º da Constituição da República Portuguesa, que garante a todos o direito à *tutela judicial efectiva* dos seus direitos e interesses legalmente protegidos e portanto, aqui, o direito a que o Tribunal de Contas – que se arroga o poder de proferir juízos de censura e recomendações que afectam direitos e interesses legalmente protegidos da CVP-SGH – **ajuíze efectiva, específica e concretamente da consistência dos fundamentos em que a ora Respondente faz assentar esta sua defesa**.

20º.

São direitos e interesses desses da CVP-SGH não apenas o direito ao seu bom nome e imagem, nomeadamente junto da comunidade das pessoas que procuram os seus cuidados de saúde mas também o direito ou interesse a ver as suas relações contratuais e institucionais com a ARSLVT e com vários hospitais públicos serem exacta

e concretamente avaliadas do ponto de vista dos factos e do Direito, de maneira a não se pôr em causa a vontade de renovação desses laços entre a CVP-SGH e essas entidades – como, a serem observadas as recomendações explícitas ou insinuadas no Relato, sucederia.

21º.

Aliás, se o Tribunal de Contas chama entidades como a CVP-SGH, que não têm qualquer dever jurídico de cooperar ou depor nas auditorias por si promovidas, a ser ouvidas nesses processos e se se serve, quando é caso disso, dos factos e razões constantes das respostas por elas dadas para mais e melhor fundamentar os juízos de censura que constituem o núcleo dos respectivos Relatos, há-de obrigatoriamente, também – impõem-no o citado nº 1 do art. 20º da CRP e os princípios constitucionais imanentes (de um Estado de Direito) da *boa-fé* e da *protecção da confiança* –, analisar e avaliar os factos e razões que apontam para a sua "absolvição".

22º.

Deixa aqui a CVP-SGH, portanto, por tudo quanto se referiu, o apelo a que o Tribunal de Contas cumpra, sob pena de inconstitucionalidade, os deveres que lhe impõem o nº 1 do art. 20º da CRP e os princípios constitucionais acima invocados, exprimindo concretamente, consoante os casos, quais são os fundamentos por que as razões aduzidas nesta Resposta improcedem ou, caso contrário, tomando-as em conta e fazendo-as reflectir expressamente nas premissas e conclusões do Relato.

23º.

De outro modo, é a própria credibilidade do Relato e das pronúncias do Tribunal de Contas que ficará em causa, valor pelo qual os seus Juízes não deixarão, por certo, de velar encarecidamente.

Às questões de fundo, então.

c) A impugnação das premissas e conclusões do Relato quanto à alegada degradação do valor do investimento estatal na CVP-SGH e às suas causas

c1) A comparação da situação económico-financeira da CVP-SGH e dos Hospitais Públicos, EPE

24º.

As afirmações constantes de fls 13 e 14, 20 e 47 a 49 do Relato consubstanciam-se na proposição de que se degradou profundamente o valor do investimento público feito pelo Estado com a aquisição, em 1998, de 45% do capital social da CVP-SGH e que – embora com alguma melhoria de resultados (que não podiam ser ignorados) –, os indicadores económico-financeiros da sociedade continuariam a mostrar uma situação débil e o desastre financeiro que teria sido a entrada do Estado no capital social.

25º.

Mesmo não existindo no Relato dados susceptíveis de fundamentar tal proposição, estranha-se, que a análise aí feita não o tenha sido numa óptica de "*Value for Money*", que permitisse analisar o desempenho da sociedade ao longo destes 15 anos, quer na óptica do contributo para o SNS e para a redução das listas de espera, quer na óptica da criação e manutenção de emprego ou, ainda, da geração de valor social, designadamente por via do contributo para as receitas fiscais e parafiscais do País durante esse período.

26º.

Provavelmente mais impressivo, ainda, seria os serviços de auditoria do Tribunal de Contas terem comparado o valor gerado por esse investimento de 11,7 milhões de euros face a outros investimentos públicos na mesma área, nestes últimos anos.

27º.

Começa-se pelo caso do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), talvez o mais paradigmático de todos e que o Relatório do Tribunal de Contas toma como exemplo para tentar justificar a produção de actos médicos, de alguns actos médicos, com preços mais baixos do que os do HCVP.

28º.

Criado em 2007 com um capital social inicial providenciado pelo Estado de mais de 60,44 milhões de euros, logo nesse mesmo ano, em apenas 10 meses de atividade, entre encargos imputados a resultados transitados e resultados do exercício, o valor desse CHLC degradou-se em montante superior a 55.65 milhões de euros!

29º.

E a evolução posterior das respectivas contas seguiu os mesmos parâmetros, tendo o Estado, em 2008, que entrar com novos fundos no montante global de 136,14 milhões de euros, dos quais 11,10 milhões de euros a título de dotações de capital e o restante mediante financiamento proveniente do FASP - Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS, do qual ainda se mantém em dívida o valor de 77,72 milhões de euros.

30º.

Em 2010 ocorreram novos aumentos de capital, por parte do Estado, no montante de mais de 21,26 milhares de euros.

31º.

Enfim, um verdadeiro sorvedouro de dinheiros públicos: o Estado investiu aí, nos últimos cinco anos, mais de 92,82 milhões de euros, a que acrescem os financiamentos efectuados através do FASP, no montante de 125,03 milhões de euros.

32º.

Ora, se formos aferir da "valorização" desse investimento, considerando apenas o critério de valor adotado pelos serviços de auditoria do Tribunal de Contas relativamente ao investimento feito pelo Estado na CVP-SGH, constata-se ter ocorrido a perda total do investimento efectuado, agravada ainda por uma situação financeira catastrófica, com os capitais próprios a revelarem-se negativos em 90,33 milhões de euros no final de 2011, o último exercício para que há dados disponíveis.

33º.

Ou seja, o investimento aplicado nesse Centro Hospitalar traduziu-se, no período de 2007 a 2011, numa perda global de mais de 183,15 milhões de euros, eventual-

mente acrescida da dívida existente ao FASP – que dificilmente o Centro terá condições de honrar –, que monta a 265 milhões de euros em cinco anos!

34º.

Outros exemplos de perda de valor dos investimentos públicos no sector da saúde, considerando apenas a região de Lisboa, com referência aos critérios de valor adoptados pelos técnicos do Tribunal de Contas em relação à CVP-SGH, podem dar-se.

35º.

Assim, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte apresentou em 2011 um prejuízo de 67 milhões de euros.

36º.

Por sua vez, o Hospital Garcia de Orta apresentou no mesmo ano um prejuízo de 18 milhões de euros, o que, a acrescer ao prejuízo acumulado nos últimos cinco anos, soma 114 milhões de euros!

37º.

Quanto ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – apresentado pelo Tribunal de Contas como referência, designadamente no caso da cirurgia cardiotorácica, para os serviços e preços dos Acordos de Cooperação da SVP-SGH –, apresentou ele, no período de 2008 a 2011, um prejuízo acumulado de 97 milhões de euros!

38º.

Poderia pensar-se então que os serviços de auditoria do Tribunal de Contas utilizam, quando isso convém às posições por si assumidas, a comparação da CVP-SGH com o CHLC e, quando da mesma comparação se tiram ilações contrárias às conclusões para que apontam, passam a ignorar totalmente a comparação entre as duas entidades.

39º.

Daqui se deduz que o investimento realizado na CVP-SGH, diversamente do que sucedeu com os aplicados em centros hospitalares da Região, contribuiu de forma relevante para o bom funcionamento do SNS e a custos que não implicaram a degrada-

ção da sua situação económica e financeira – potenciando até o pagamento de dividendos ao Estado em 8 dos 14 anos de actividade da sociedade, tendo-se obtido resultados positivos em 12 deles.

40º.

Olhando à situação catastrófica da exploração dos hospitais públicos que o Tribunal de Contas utiliza como termo de comparação com o HCVP – na vã tentativa de demonstrar que seria mais económico ao Estado recorrer à produção nesses hospitais, antes que contratá-la, mesmo que só complementarmente, com a CVP-SG –, facilmente se compreenderá, além de tudo o mais, que o próprio "preço" referido como correspondendo ao custo da produção em hospitais públicos é erróneo, distorcido e sem rigor, tendo conduzido à situação de falência técnica em que tais entidades se encontram.

41º.

E, no entanto, esse aspecto é totalmente ignorado no Relato do Tribunal de Contas, com o que se falseiam as premissas daí constantes e se distorcem as conclusões delas tiradas.

42º.

Deverá assim o Tribunal de Contas, em nome da razão, do rigor e da isenção, refazer as conclusões tiradas no Relato a este propósito, reconhecendo que o investimento público aplicado na CVP-SGH se revelou muito mais racional, rentável e gerador de valor do que o aplicado nos Hospitais EPE, sendo despropositado o juízo desfavorável feito no Relato, com base na comparação entre aquela e estes, quanto à necessidade, utilidade e racionalidade dos Acordos de Cooperação.

43º.

Basta pensar nos seguintes números proporcionados pela actividade da CVP-SGH desde 1998 até ao termo do exercício de 2012:

- Resultados Líquidos €10.979.500
- IRC Liquidado € 4.502.254
- CGA + TSU €26.319.115
- IVA (estimativa) € 30.080.896
- Dividendos Parpública € 1.097.108

44º.

Há-de ser por alguma razão, aliás, que a CVP-SGH, dentro do sector das *actividades dos estabelecimentos de saúde com internamento*, aparece no *Quadro da Empresa e do Sector* do Banco de Portugal, respeitante à análise ao ano de 2010, como uma das poucas empresas, entre empresas públicas e privadas, com resultados positivos em matéria de eficiência e rentabilidade, apresentando números muito acima dos da média do sector, que é negativa, deve dizer-se.

c2) A alegada falta de controlo da actividade económica e funcional da CVP-SGH

45º.

Surpreende a afirmação do Relato de que o controlo da actividade da CVP-SGH continua a ser insuficiente para garantir a melhoria dos indicadores económico-financeiros da sociedade.

46º.

É que a Parpública acompanha em permanência a actividade da CVP-SGH, tendo um seu representante como administrador executivo e outro como não executivo, não falando já no reporte periódico que é sempre enviado aos accionistas.

47º.

A CVP-SGH tem igualmente as suas contas auditadas, sendo também assegurado que o Fiscal Único – membro do Conselho Diretivo da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas – assiste a todas as reuniões do Conselho de Administração.

48º.

A empresa é gerida de acordo com exigentes critérios de racionalidade económica, o que se reflecte numa situação económica e financeira equilibrada, com resultados sistematicamente positivos, à excepção do ocorrido em 2012, fruto da incerteza gerada relativamente à entrada, ou não, em vigor do novo Acordo de Cooperação.

49º.

Em qualquer caso, nunca a situação da CVP-SGH poderá ser comparada à de

hospitais públicos situados na sua zona de influência, como fica amplamente demonstrado pela comparação dos respetivos balanços.

50º.

O próprio rácio de autonomia financeira da CVP-SGH é muito superior ao da generalidade dos hospitais públicos com natureza de entidades públicas empresariais, não obstante o esforço financeiro que o Estado tem realizado para as sustentar, através de sucessivos aumentos de capital – situação que, desde 1998, não se verifica com a sociedade ora Respondente, mas que os técnicos do Tribunal de Contas, estranhamente, ignoraram por completo!

c3) Sobre a situação económico financeira da CVP-SGH

51º.

A análise dos técnicos do Tribunal de Contas a este propósito pode causar prejuízos de monta à CVP-SGH e à Cruz Vermelha Portuguesa pelo que seria avisado que as premissas da argumentação do Relato a este propósito fossem cuidadosamente averiguadas e ponderadas e as respectivas conclusões tiradas apenas em caso de completa e rigorosa certeza.

52º.

O que não sucedeu, de todo.

53º.

E, assim, os destinatários do Relato, bem como a opinião pública – a quem a precipitada publicidade destas auditorias leva o conhecimento do que aqui provisoriamente se vai debatendo e ajuizando – podem ser induzidos a formar uma opinião totalmente desfavorável sobre a situação económica da CVP-SGH, o que não traduz, nem de longe, a realidade existente.

54º.

Basta relembrar os resultados encontrados pelo Banco de Portugal na análise da *Empresa e do Sector* respeitante ao ano de 2010, em que a CVP-SGH é uma das pou-

cas empresas do sector que apresenta resultados positivos, em termos de *eficiência* e de *rentabilidade*, bem acima da média respectiva.

55º.

São erróneas, na verdade, as apreciações depreciativas, designadamente em matéria dos rácios de autonomia financeira, de endividamento e de solvabilidade, bem como da dependência de clientes SNS, que no Relato se fazem.

56º.

Em primeiro lugar, importa assinalar que a contenção em matéria dos custos operacionais reflecte sobretudo o bom nível de controlo exercido pela gestão sobre a actividade do HCVP e da CVP-SGH, contrariando assim, sem margem para dúvida, como já se assinalou, a proposição do Relato (não demonstrada nem fundamentada) de que "*o controlo da actividade da CVP continua a ser insuficiente para garantir a melhoria dos indicadores económico-financeiros da sociedade*" – proposição que, dado o erro manifesto de que padece, deve ser corrigida na versão final do Relatório.

57º.

Mas o desconforto da ora Respondente a este propósito é ainda maior quando se atenta em que a melhoria do desempenho da CVP-SGH foi alcançada num contexto de redução do peso da actividade desenvolvida ao abrigo dos Acordos de Cooperação – como aliás o demonstram inúmeros quadros constantes do próprio Relato –, redução essa consequente da interrupção abrupta de uma cooperação de mais de 14 anos do HCVP com o SNS, com inactivação dos vultuosos equipamentos adquiridos e investimentos realizados para efeitos de prestação dos respectivos serviços, situação que obviamente não se corrige e supera de um dia para o outro.

58º.

Foram a capacidade de gestão e o empreendedorismo da CVP-SGH, que conseguiram diversificar a carteira de clientes, procurar novas actividades e assegurar vias alternativas de produção, mantendo o mesmo nível de qualidade que é ampla e internacionalmente reconhecido e que permitiu manter o Hospital com níveis de rentabilidade positivos num contexto em que grande parte das entidades congéneres viram a

sua rentabilidade afundar-se de maneira praticamente irremissível – a não ser claro com o fortíssimo esforço financeiro dos contribuintes e utentes do SNS.

59º.

Mas não é só quanto a isso que a CVP-SGH se sente muito desconfortável com os erros de apreciação cometidos pelos técnicos do Tribunal de Contas, e que se espera firmemente que os seus Conselheiros reparem.

60º.

Sucede isso também com a análise do comportamento do rácio de autonomia financeira da CVP-SGH.

61º.

É que, no seu caso, os fundos próprios trazidos pelos accionistas representam apenas 21% dos capitais próprios, sendo o restante resultante do valor gerado internamente e reconhecido em resultados transitados ou em reservas.

62º.

Ou seja, com base nas contas de 2011, o que sucede é que dos 11,9 milhões de euros de capitais próprios, apenas 2,5 milhões resultam de fundos aportados pelos accionistas, sendo o restante resultante de valor gerado internamente na sociedade.

63º.

É de lamentar portanto que quando, no Relato dos serviços de auditoria do Tribunal de Contas, se confronta a autonomia financeira da CVP-SGH com a situação existente em alguns hospitais públicos empresariais – onde o esforço accionista do Estado tem sido enorme, como se referiu atrás –, se ignore, parece que deliberadamente esta diferença fundamental.

64º.

É muito estranho portanto que, com base nos números já aqui referidos, se possam fazer comparações, supostamente rigorosas, entre uma entidade em que o último esforço financeiro do accionista Estado remonta a 1998 com outras entidades que globalmente, beneficiaram de dotações de capital do mesmo accionista Estado, no ano imediatamente anterior ao do Relato, num montante que excedeu os 263 milhões de

euros!!

65º.

Estranha-se igualmente que a análise económico-financeira apresentada no Relato, não tenha em consideração, por exemplo, a comparação do volume de dívidas a fornecedores ou os prazos médios de pagamentos praticados na CVP-SGH com os indicadores da mesma natureza praticados em unidades empresariais públicas do sector da saúde.

66º.

De tudo quanto aqui ficou visto a este propósito, o Tribunal de Contas saberá certamente tirar as devidas conclusões.

d) Impugnação das premissas e conclusões do Relato quanto à negociação, fundamentação e celebração dos Acordos de Cooperação

d1) Da alegada artificialidade da intermediação da CVP nos Acordos de Cooperação

67º.

A primeira censura que no Relato se faz à negociação e celebração dos Acordos de Cooperação prende-se com a circunstância de, hoje em dia, eles serem celebrados entre a ARSLVT e a Cruz Vermelha Portuguesa, e não directamente com a CVP-SGH – que é a quem cabe, de facto, providenciar aos utentes do SNS os cuidados de saúde abrangidos por esses Acordos –, obstando com tal artifício a que a sua celebração fique dependente de *visto* do Tribunal de Contas.

68º.

A verdade é que a referida intermediação da CVP não tem qualquer propósito desses.

69º.

Desde logo, porque os mencionados Acordos não padecem de qualquer ilegalidade que pudesse levar o Tribunal de Contas a recusar-lhes o visto – e só com fundamento em ilegalidade a lei permite que se recuse o visto a um acto ou contrato sujeito

à sua fiscalização prévia (art. 44º/3 da Lei nº 98/97).

70º.

Na verdade, nenhuma das inúmeras censuras, reparos e acusações que no Relato se fazem quanto à necessidade, ao conteúdo e à formação e celebração dos Acordos de Cooperação – porque só esses aspectos contam em matéria de fiscalização prévia –, nenhuma dessas censuras, repete-se, vem fundada em violação de normas legais ou regulamentares que pudessem obstar à concessão do visto.

71º.

Nem, de resto, o Tribunal de Contas, neste seu Relato, se refere a qualquer norma legal ou regulamentar que fosse violada em matérias sujeitas à sua fiscalização prévia.

72º.

Onde a intervenção da CVP poderia eventualmente considerar-se ilegítima – que não pode, efectivamente – seria no facto de assim se permitir a celebração de tais Acordos mediante ajuste directo, sem precedência de concurso.

73º.

Sucede que, como de há muito a ora Respondente vinha alertando o Tribunal de Contas – que sobre a questão veio depois a solicitar o parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República –, a celebração dos referidos Acordos pela ARSLVT, com a CVP-SGH, não está sujeita à exigência de um concurso prévio, como muito bem se salientou no Parecer emitido a tal propósito por aquele Conselho (Parecer nº 50/2009).

74º.

Ou seja, a intermediação da CVP – baseada em razões de cariz institucional e estatutário – não tem qualquer impacto no (in)cumprimento de exigências legais da contratação pública, seja nas respeitantes à fiscalização prévia ou à precedência de concurso.

75º.

Bem se compreende portanto que a conclusão do Relato (por exemplo, a fls 19,

penúltimo parágrafo) de que a referida intervenção da CVP "*[teria] por consequência, entre outras, a não sujeição dos Acordos à fiscalização prévia do Tribunal de Contas*" apareça aí sem o destaque que se lhe daria se estivessem em causa contratos ilegais, furtados à exigência de concurso "ou outras" a que pudesse recusar-se o visto.

d2) Da alegada falta de fundamentação económica e funcional da celebração dos Acordos de Cooperação

76º.

Retoma-se no Relato aqui em causa – embora em novas vestes, retirando-a do plano da ilegalidade onde anteriormente também vinha sendo avaliada –, a questão da celebração dos sucessivos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH sem os mesmos terem sido sustentados "*em estudos de Análise de Custo-Benefício ou em quaisquer outros estudos económicos com o mínimo de cientificidade*".

77º.

Essa mudança de perspectiva por parte do Tribunal de Contas, abandonando (sem o assinalar porém e sem referir a razão por que o fez) o juízo censório de *ilegalidade* na celebração dos referidos Acordos – que, como é natural, "magoava" muito mais a CVP-SGH e, por certo, também a ARSLVT, derivadamente, o próprio Ministério da Saúde –, levou-o a fixar-se agora na "acusação" da inexistência de fundamentos que revelem a necessidade da celebração pela ARSLVT dos Acordos de Cooperação que vem estabelecendo com a ora Respondente desde 1998, em decorrência aliás do que sobre isso mesmo já se vinha discorrendo nos Relatos de 2009 e de 2011 já citados.

Mais, até.

78º.

Diz-se no Relato que os dados existentes mostrariam mesmo não existir neces-

sidade das intervenções do CVP-SGH abrangidas pelos Acordos de Cooperação, nomeadamente em matéria de cirurgia cardiotorácica, dado que os hospitais do SNS teriam capacidade disponível e subutilizada para essas mesmas intervenções e por os custos para as finanças públicas em que neles se incorre para o efeito ficarem muito mais em conta do que os estabelecidos naqueles Acordos.

79º.

Quanto à alegada falta de fundamentação económica (custos-benefícios) da celebração dos Acordos de Cooperação, assinale-se, em primeiro lugar, não estar aí em causa o desrespeito de qualquer lei – que, de resto, o Tribunal de Contas não invoca –, nas apenas as instruções que, certamente por causa do alarido que nos Relatos das auditorias se vêm fazendo a este propósito, vários membros do Governo dirigiram à ARSLVT no sentido de se analisar a necessidade e a extensão dos mesmos.

80º.

É dessa natureza meramente interna a recomendação do Secretário de Estado da Saúde de 10 de Maio de 2012, referida, por exemplo, no último parágrafo de fls 14 do Relato, sobre a realização dessas análises e a necessidade de se ponderarem a esse propósito não apenas aspectos quantitativos, mas também qualitativos – contra o que, aliás (sem se compreender bem porquê e focando-se num aspecto qualitativo diferente do mandado analisar pelo SES), o Relato se insurge.

81º.

Sucede que os mesmos governantes que recomendaram que os Acordos fossem precedidos dessas análises deram depois o seu aval a que os mesmos fossem sendo sucessivamente contratados pela ARSLVT.

82º.

Donde se deduz – até por estarem em causa vários governantes que passaram pela pasta da Saúde, de uma seriedade e probidade a toda a prova e cujos nomes gozam de uma reputação impecável – que as análises apresentadas para o efeito pela ARSLVT continham os elementos e fundamentos necessários para que se consideras-

sem os Acordos negociados como constituindo uma boa solução para a contratação (com a CVP-SGH ou com a CVP) da prestação de cuidados de saúde complementares dos do SNS, nas especialidades neles previstas.

83º.

Quem, ao longo dos anos que vão desde 1998 até à actualidade, sem ter legalmente que o fazer, recomendou a realização das referidas análises preliminares sobre a necessidade e as quantidades previstas nos Acordos de Cooperação, contentou-se portanto com as informações que a ARSLV lhe trouxe a esse propósito.

84º.

Não se descortina em que factos se baseia o Tribunal de Contas para poder afirmar que os Acordos de Cooperação "*continuam a ser celebrados à margem de* ***qualquer tipo*** *de fundamentação económica*" (negrito nosso, claro) e sem virem sustentados "*em estudos de Análise de Custo-Benefício ou em quaisquer outros estudos económicos com o mínimo de cientificidade*".

85º.

O que sucede é que, onde o SES se referia a uma "***análise*** *da capacidade instalada do SNS, bem como uma análise custo-benefício*", o Tribunal de Contas, mais exigente e rebuscadamente, refere-se a "***estudos de Análise de*** *Custo-Benefício [...] na ótica macroeconómica/social/colectividade [...], com o mínimo de* ***cientificidade***" (negritos nossos), numa linguagem estereotipada e de obscuro significado.

86º.

Só que, como não é aos serviços de auditoria do Tribunal de Contas que compete governar ou fazer opções em matéria de política de saúde, também não é a eles que cabe decidir qual o grau de exigência da informação necessária para tomar tais opções.

87º.

Curioso, aliás, é que aquele que, na versão da auditoria, seria o "*único estudo económico apresentado*" digno desse nome – o estudo "*sobre a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica, realizado no segundo semestre de 2009 [...] pela Deloitte*" – conclui pela "*existência de impactos negativos, para o SNS [...] e para o Estado*", no

valor de 1,5 milhões e de 1,4 milhões de euros, respectivamente, com a "*realização de cirurgias cardiotorácicas no hospital explorado pela CVP-SGH em alternativa à sua realização em hospitais do SNS*", sem qualquer explicação desses valores e sua cumulação.

88º.

Surpreendendo o facto de o Tribunal de Contas em 2013 ainda se estar a reportar a um estudo de idade vetusta e com dados e números já ultrapassados.

89º.

Além de que as conclusões a que se chega nesse "estudo " são baseadas em premissas e pressupostos redondamente falsos, erróneos – como aliás os serviços de auditoria do Tribunal de Contas deveriam saber.

90º.

Efectivamente, parte-se aí:

- do pressuposto de que os hospitais do SNS tinham capacidade disponível para fazer essas cirurgias – que não tinham;
- do pressuposto de que os *custos efectivos* nos hospitais do SNS, se aí se realizassem só as muito exigentes cirurgias cardíacas de risco e pediátricas realizadas no Hospital da CVP, corresponderiam aos *custos médios* de todas as cirurgias de qualquer grau de exigência realizadas nesses hospitais;
- do pressuposto de que os custos dessas cirurgias realizadas num hospital como o da CVP, com a qualidade de intervenção própria do grupo 2, podem ser comparados, como o foram, com os custos médios das cirurgias realizadas em hospitais do grupo 4 (correspondentes aos antigos hospitais distritais) em que o HCVP foi artificialmente integrado nesse "estudo" da Deloitte.

91º.

Em suma, a conclusão constante do Relato de que "*[a] negociação não tem sido*

fundamentada em indicadores sobre a eficiência do SNS, nomeadamente em termos da utilização da capacidade instalada e de custos, não ponderando nem confrontando os preços negociados para a produção prevista nos Acordos com os custos dessa produção em unidades hospitalares do SNS" deve ser retirada do Relato.

92º.

Até porque, além de tudo o mais que se invocou, essa conclusão está em contradição com o reconhecimento, em várias passagens do próprio Relato, de que "*o documento produzido pela ARSLVT, IP, com base no qual foram autorizados e celebrados os Acordos de Cooperação para 2011 e 2012/2013*" contém a informação necessária sobre "*indicadores de acesso à prestação de cuidados de saúde nas áreas dos Acordos*" – indicadores cuja importância, aliás, o Relato assinala (cf. 1º§ de fls 16 de Relato).

93º.

São indicadores, esses, que revelam a medida da capacidade dos estabelecimentos do SNS para darem vazão à procura de cuidados de saúde cirúrgicos, que se lhes dirige, referindo, entre outros factores, os tempos de espera aí verificados.

94º.

É verdade que também se acrescenta, no referido trecho do Relato, que, "*sendo relevantes*", tais indicadores, contudo, "*não são suficientes para avaliar a capacidade de resposta das unidades hospitalares do SNS*" – como se o problema a resolver fosse o dos hospitais do SNS, e não dos utentes do SNS, cujo tratamento é necessário assegurar célere e eficientemente –, além de que, para efeitos de negociação, diz-se a fls 15, 3º§, do Relato, importaria ainda "*[ponderar e confrontar] os preços negociados para a produção prevista nos Acordos com os custos dessa produção em unidades hospitalares do SNS*".

95º.

Ora, a verdade é que, quanto a preços dos serviços prestados ao SNS no HCVP, a ARSLVT e o Ministério da Saúde dispunham de todos os dados e elementos de ponderação necessários, sem necessidade de quaisquer especiais estudos científicos sobre

custos-benefícios, pois eram do seu conhecimento oficial os desmesurados custos que o funcionamento dos hospitais públicos exigiam das finanças públicas incluindo em matéria de cirurgia cardiotorácica, mas também os preços – bem calcados, diga-se – que se iriam pagar pelas cirurgias cardiotorácicas (de elevada dificuldade e responsabilidade) a realizar no HCVP, visto que os preçários respectivos integravam o próprio Acordo.

96º.

Tais preços, eram os da própria tabela do SNS, a cujos valores ainda se retirava, a título de desconto, uma percentagem de 10/15% – tabela pela qual a ARSLVT pagava também os correspondentes serviços prestados aos utentes do SNS pelos hospitais públicos.

97º.

Em suma, as conclusões do Relato sobre a propalada inexistência de fundamentação e de ponderação por parte da ARSLVT e do Ministério da Saúde das vantagens e inconvenientes da celebração dos Acordos de Cooperação e sobre a falta de seu confronto com a capacidade e preços dos hospitais do SNS, nas especialidades abrangidas por tais Acordos, nomeadamente quanto à cirurgia cardiotorácica do HCVP – a verdadeira e já crónica obsessão dos serviços de auditoria do Tribunal de Contas, que dura há oito anos –, não têm razão de ser.

98º.

Aliás, o facto de a celebração e execução dos Acordos de Cooperação ter estado suspensa entre Julho de 2011 e Novembro de 2012, precisamente por causa da necessidade de analisar e fazer valer os condicionantes públicos da respectiva negociação – facto ressaltado no Relato para vários efeitos – revela bem ter havido da parte dos responsáveis da ARSLVT e do Ministério da Saúde o maior cuidado na negociação e celebração dos referidos Acordos.

d3) Do significado da persistência da ARSLVT, do Governo e de hospitais do SNS na contratação da prestação complementar de cuidados de saúde pelo Hospital da CVP

99º.

Os argumentos expendidos no Relato sobre a desnecessidade e a carestia da contratação da prestação de cuidados de saúde no Hospital da CVP em regime de complementaridade face aos hospitais do SNS – argumentos que são concreta, factual e numericamente rebatíveis, como se viu já e melhor se verá adiante – passam sempre à margem do facto de os Acordos de Cooperação virem a ser celebrados desde 1998 até à data, pelas sucessivas Administração da ARSLVT, da mais diversa formação e cultura gestionária.

100º.

E passam à margem, também, do facto de tais Acordos serem sempre celebrados precedendo intervenção e autorização dos responsáveis governamentais da pasta da Saúde, de diferente proveniência política, ideológica e partidária, muitas vezes até de autorização por parte do Conselho de Ministros ou do Primeiro Ministro.

101º.

E passa-se à margem dessa diversificada persistência na contratação da CVP-SGH e da CVP, no Relato, certamente porque encará-la corresponderia ou a atribuir tal persistência a razões perversas – que não há o mínimo vestígio de existirem, nem o Relato jamais o insinua, sequer – ou a atribuí-la a erros sistemáticos e grosseiros de todos os responsáveis da ARSLVT e do Governo nestes últimos 15 anos, que então nem sequer se teriam apercebido, durante os seus mandatos mais ou menos longos, da realidade imediata que estaria sob seus olhos e supervisão, persistindo em celebrar sucessivos contratos publicamente dispendiosos e, pior ainda, desnecessários!

102º.

À persistência do Governo e da ARSLVT acresce, aliás, o facto de os hospitais do SNS que gozam ou gozaram de alguma liberdade de escolha na referenciação de doentes seus para o HCVP – como aconteceu sobretudo com o Hospital Curry Cabral e

a Maternidade Alfredo da Costa, de Lisboa, e com o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE – terem continuado, por muitos anos, apesar das políticas bem restritivas adoptadas na matéria pela ARSLVT, a enviar os seus doentes carecidos de cirurgias cardíacas pediátricas e de risco para serem operados nesse Hospital, e não para os hospitais do SNS.

103º.

O que só pode explicar-se, como é óbvio, pelo facto de os conceituados cardiologistas desses hospitais e as suas Administrações entenderem que, em termos de custos-benefícios, melhor se diria, até, de custos e benefícios, a referenciação para o HCVP, em casos graves, era a solução mais aconselhável para o tratamento das crianças e pacientes de alto risco do SNS, oferecendo simultaneamente taxas de sucesso ímpares e – mesmo antes da aplicação da referida tabela do SIGIC – preços inferiores (em 15% ou 10%, consoante as épocas) aos da tabela do SNS.

104º.

E esquecem ainda os auditores do Tribunal de Contas – que manifestam uma ingénua crença nas repetidas declarações que os responsáveis de hospitais públicos, nomeadamente no domínio da cirurgia cardiotorácica, lhes vão fazendo sobre terem os estabelecimentos do SNS, ao longo desses anos, sempre, capacidade disponível e subutilizada para proceder às intervenções que se vêm realizando complementarmente no Hospital da CVP –, esquecem-se os auditores do Tribunal de Contas, dizia-se, das mil e uma notícias e informações sobre os dramáticos problemas por que passam os utentes do SNS em virtude das *listas de espera* cirúrgicas nesses hospitais, incluindo as da cirurgia cardiotorácica, como mais adiante aqui se concretiza.

105º.

Listas que, antes da contratação da CVP-SGH e da CVP, apresentavam números assustadores, ainda por cima numa especialidade, como a da cirurgia cardíaca, em que a vida dos doentes está frequentemente dependente da maior prontidão da intervenção cirúrgica.

106º.

Números que, depois da contratação da CVP-SGH, desceram para padrões mais razoáveis – no HCVP, aliás, não há listas de espera nas especialidades dos Acordos –, e assim se mantiveram durante anos graças a essa prestação complementar dos cuidados de saúde cirúrgicos dos hospitais do SNS, apesar de em Relato anterior se ter atribuído a essa prestação apenas o mérito (que já não seria de rejeitar) de não ter deixado subir os números das listas de espera hospitalares.

107º.

É de sublinhar que ao longo da vigência dos Acordos de Cooperação, o HCVP realizou para utentes do SNS, 70.000 cirurgias, 250.000 consultas médicas e 400.000 meios auxiliares de diagnóstico.

108º.

Nem se objecte, como se afirma no Relato, que o facto de a execução dos Acordos de Cooperação ter estado suspensa entre Julho de 2011 e Novembro de 2012, tendo os hospitais do SNS – sem que neles tivesse havido quaisquer alterações da capacidade instalada – assegurado o tratamento dos doentes que aí passaram a acorrer, em virtude da cessação das prestações do HCVP, revelaria bem que a prestação de serviços contratados à CVP não seria necessária para o bom desempenho dos estabelecimentos dos SNS nas respectivas especialidades.

109º.

Tal afirmação – feita a fls 15 e 16 e 41 e 42 do Relato – vem aí sempre despida de qualquer demonstração, vem formulada em abstracto, como se o facto de a suspensão da prestação de serviços do HCVP fosse, de toda a evidência, completamente indiferente para acorrer às necessidades do SNS.

110º.

E como se os múltiplos e sucessivos responsáveis do Ministério da Saúde, da ARSLVT e dos hospitais que referenciavam para o HCVP tivessem andado e continuassem a andar, hoje, a despender desnecessariamente avultados recursos financeiros públicos por capricho ou para favorecimento da CVP ou da CVP-SGH.

111º.

Ao menos, que se tivesse procurado demonstrar a veracidade daquela afirmação, insinuosamente grave, com a apresentação de dados comprovados das listas de espera dos hospitais do SNS, dos seus serviços de cardiologia, porque é aí que se espera pela cirurgia, durante o período da suspensão do HCVP – que, tanto quanto se sabe, mesmo com todas as panaceias arranjadas, subiram significativamente nesse período –, dados como, por exemplo, os respeitantes ao que se terá passado com os doentes dos serviços de cardiologia desses hospitais que se encontravam já à espera de cirurgia, com as intervenções realizadas com recurso a cirurgias adicionais no âmbito do SIGIC.

112º.

Aliás, a prova de que o processo de suprimento (temporário) da falta de prestação pelo HCVP de cuidados complementares dos do SNS não terá sido assim tão simples e pacífico de implementar, oferece-a o próprio Relato, quando se refere às sucessivas reuniões que, sob o patrocínio da ARSLVT, houve que levar a cabo entre os responsáveis dos hospitais públicos da região de Lisboa, de um lado, e os responsáveis do Hospital de Curry Cabral, da Maternidade Alfredo da Costa, da ARS do Algarve e do Hospital de Faro, de outro lado, para que se estabelecessem as condições e compromissos de garantia de que as intervenções dos doentes referenciados não iriam ser negligenciados.

113º.

É pena aliás que o Relato – referindo-se embora ao número de uma acta dessas múltiplas reuniões – não nos dê conhecimento do teor de nenhuma das que se terão redigido para podermos ficar a conhecer melhor os receios e problemas que a suspensão de serviços pelo HCVP durante o referido período suscitava a entidades referenciadoras e referenciadas.

114º.

De referir é ainda o facto de, depois de o Ministério da Saúde e a ARSLVT terem decidido, em Novembro de 2012, que afinal era necessário retomar o Acordo de

Cooperação com a CVP, o Relato se referir ao HCVP – onde se prestam ao SNS a um custo imbatível e com exigência e sucesso ímpares, sem qualquer espera, cuidados de saúde de cirurgia cardíaca – "*como um pretenso quarto centro de cirurgia cardiotorácica*"!

115º.

Em vez de se perguntar e averiguar, como parece que seria lógico, porque teriam os responsáveis governamentais e da ARSLVT decidido retomar tais Acordos.

e) Impugnação das premissas e conclusões do Relato quanto à referenciação de utentes do SNS para o HCVP

116º.

Em relação à questão das *referenciações* de utentes do SNS para tratamento ou cirurgia no HCVP, o Relato refere-se essencialmente a situações ocorridas no primeiro semestre de 2011 – quanto muito, também, numa ou noutra especialidade, às ocorridas no segundo semestre desse ano –, como pode ver-se a fls 61. e ss. suas.

117º.

A impressão geral que se colhe daí é a de que não há reparos decisivos e extensos a fazer aos processos de referenciação ocorridos nesse período.

118º.

Concorrem para esse entendimento vários passos do Relato, a começar pelo facto de virem aí afirmadas de maneira vaga e completamente abstracta as razões que poderiam fundar um juízo censório verdadeiro, como sucede quando se escreve:

- "*verificou-se [...] na presente auditoria que esta complementaridade não tem sido adequadamente assegurada*" (fl. 62, §2º);
- a referenciação "*nem sequer tem sido precedida de averiguação sobre a capacidade de resposta das outras unidades hospitalares do SNS*" (fl.62,, §3º)
- dados da ARSLVT "*indiciavam que «... a proximidade geográ-*

fica ao HCVP pode estar a funcionar como um dos critérios que os médicos de família ponderam no momento em que optam por este hospital» " (fl. 62, §5º)

- "*no âmbito dos Acordos de Cooperação, os utentes são referenciados para o hospital explorado pela CVP-SGH sem qualquer inscrição nas listas dos hospitais do SNS originariamente responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde àqueles utentes e sem que estes hospitais sejam financeiramente responsabilizados pela prestação dos serviços realizados a coberto dos Acordos*" (f. 65, §1º).

119º.

Nem um só facto concreto, como se vê.

120º.

Uma data, um nome, um hospital, uma intervenção, uma referenciação, nada, só afirmações, proposições, juízos abstractos, quando não conjecturados.

121º.

Não se ficam por aí os juízos do Relato formulados nesses termos demonstrativa ou probatoriamente inúteis a este propósito, como se vê um pouco mais adiante (fl 63, §3º) quando se escreve que "*os pontos seguintes revelam, porém, que as diligências realizadas em 2011, no sentido de utilizar a capacidade instalada nos hospitais do SNS na especialidade de cirurgia cardiotorácica não produziram qualquer efeito*".

122º.

Sucede que, em nenhum dos "*pontos seguintes*" – que se espraiam pelos §§ 4º a 6º de fl 63 e pelos §§ 1º a 7º de fl 64 – existe qualquer facto (concreta ou abstractamente formulado), como pode constatar-se lendo-os, a propósito do desrespeito de que terão sido alvo, na especialidade de cirurgia cardiotorácica ou em qualquer outra, as regras sobre a utilização da capacidade instalada nos hospitais do SNS.

123º.

As afirmações do Relato mais próximas do enunciado de um facto acabam por ser as do §4º de fl 62, no qual se escreve, embora de maneira indicativa apenas, sobre o que teria acontecido com os processos de referenciação na especialidade de cirurgia cardiotorácica no período que vai de 2006 a 2010 – matéria que foi objecto de análise específica no Relato 11/2011 de resposta e de impugnação, por parte da CVP-SGH, no recurso que do mesmo interpôs junto da 2ª secção do Tribunal de Contas.

f) Impugnação das premissas e conclusões do Relato quanto à necessidade pública dos serviços prestados no HCVP e quanto à capacidade disponível dos Hospitais do SNS

124º.

A questão da capacidade disponível dos hospitais do SNS para assegurar, na especialidade de cirurgia cardiotorácica, as necessidades dos respectivos utentes vem tratada essencialmente, mas não só, a fls 85 e ss. do Relato, remetendo-se aí parte substancial da fundamentação da conclusão sobre a existência de capacidade disponível nos hospitais da SNS da região de Lisboa e Vale do Tejo para as premissas e conclusões do Relato da Auditoria nº 26/2012.

125º.

O qual não foi dado a conhecer à Respondente, mesmo se todo o trabalho aí incluído tinha como propósito (senão exclusivo, pelo menos, essencial) demonstrar não ser necessário o Acordo de Cooperação com o HCVP em matéria de cirurgia cardiotorácica – a constante obsessão do Tribunal de Contas e dos seus serviços de auditoria –, por alegadamente os hospitais do SNS poderem assegurar a realização das cirurgias que para ele se referenciavam.

126º.

Ignorando-se o que de factual, concreto, objectivo e demonstrado se continha então no referido Relato nº 26/2012, só sabe a CVP-SGH que aquilo que dele se trans-

creve ou cita no presente Relato nº 27/2012 em nada (ou pouco) contribui para sustentar factual, concreta, objectiva e demonstradamente o juízo de que os referidos hospitais têm capacidade disponível para realizar as cirurgias cardiotorácicas que lhes são solicitadas (e mais 524 por ano)!

127º.

O que se fica a saber dessa outra auditoria através do presente Relato são única e exclusivamente juízos conclusivos e abstractos, quando não conjecturados, do tipo:

- "*os tempos de espera para cirurgia cardiotorácica não parecem [...] constituir um problema no acesso aos cuidados cirúrgicos nas unidades hospitalares analisadas*" (fl 85, §1º)
- "*no caso particular da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a existência de capacidade efectiva disponível nas unidades hospitalares do SNS têm sido uma realidade continuada nos últimos 4-5 anos*" (fl 85, §2º)

128º.

Vem depois transcrita uma parte da resposta, do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos onde pontificam, como é sabido, os directores e demais responsáveis da especialidade nos hospitais públicos –, na qual se afirma, apenas de maneira meramente conclusiva e abstracta, por exemplo:

- esta especialidade "*[...] é, em nosso entender uma das poucas, senão a única, que consegue dar resposta adequada e cabal às necessidades do cidadão*" (fl 85, §3º)
- "*[...] o tempo máximo de espera em lista é razoável e bem dentro dos padrões de aceitabilidade definidos internacionalmente*" (*ibidem*).

129º.

Segue-se, ainda a fls 85, uma referência às ajudas que o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra pode prestar aos seus pares da RLVT – cuja utilidade, se é ver-

dade que estes têm até capacidade para realizar, pelo menos, mais 524 cirurgias destas por ano (os números são de 2010, relembra-se) não se alcança – e uma referência também (a fls 86) ao facto irrelevante (sem se explicar porquê), como sinal de falta da alegada capacidade, que os próprios hospitais do SNS de Lisboa e Vale do Tejo (não incluindo claro o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Alfredo da Costa, que referenciam frequentemente pacientes para cirurgias cardiotorácicas no HCVP) também houvessem enviado, em 2011, 5 utentes do SNS para os serviços de cirurgia cardíaca do HCVP.

130º.

Conclui-se a argumentação sobre a alegada existência de capacidade disponível dos hospitais do SNS em relação às cirurgias cardiotorácicas, sustentando – também por remissão para elementos "comprovativos" apresentados de maneira conclusiva e abstracta – que o número de intervenções cardiotorácicas tende a estabilizar nos números de 2012, não se prevendo alterações significativas até 2016.

131º.

Sugerindo-se assim, também por este lado, não ser necessário qualquer Acordo de Cooperação com o HCVP e o seu serviço de cirurgia cardíaca, pelo menos, até essa data.

132º.

Ou seja, a afirmação peremptória e recorrente, no Relato, de que os estabelecimentos hospitalares do SNS, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, teriam capacidade disponível (e subutilizada) para fazer face às necessidades dos utentes do SNS, de cirurgias cardiotorácicas baseia-se assim, sempre, ou em elementos e dados exclusivamente abstractos ou no facto de os responsáveis dos referidos hospitais terem declarado existir tal disponibilidade.

133º.

Essa capacidade disponível seria bem visível, até, na especialidade de cirurgia cardiotorácica, pois, em 2007/2007, haveria a possibilidade de realizar nesses hospitais do SNS, diziam os responsáveis pelos respectivos serviços, mais 390 intervenções ci-

rúrgicas do que as que haviam realizado efectivamente e, nos anos de 2009 e 2010, mais 524 intervenções dessas por ano (como referido a fls 22, §4º, do Relato, repescando dados constantes do Relato da Auditoria nº 26/2012 – 2ª S, desconhecido da Respondente).

134º.

Enquanto não se averiguar concreta e especificamente se existe e qual é a efectiva capacidade disponível dos hospitais do SNS nas especialidades aqui em causa, nomeadamente, nas cirurgias torácicas e cardíacas, tudo quanto se referiu vir alegado pelos serviços de auditoria do Tribunal de Contas, por maior autoridade jurídica que os seus juízos de valor pudessem ter – que não é o caso, claro –, não passa de proposições abstractas, sem qualquer cunho de autenticidade ou veracidade prática.

135º.

Até porque, em relação a toda essa alegação, há muitas e ponderosas objecções a enfrentar.

136º.

Podia começar-se, por exemplo, por perguntar qual a razão por que, tendo-se reportado a declarações e protestos de algumas das entidades e responsáveis envolvidos nesta matéria, os serviços de auditoria do Tribunal de Contas não se deram ao cuidado de procurar saber e de trazer para o Relato também o importante ponto de vista do Coordenador Nacional da Cardiotorácica, que teria certamente muito para contar a este propósito.

137º.

E julga, aliás, a CVP-SGH que o seu ponto de vista vai no sentido de assinalar os préstimos e a qualidade dos serviços prestados pelo HCVP e as hesitações e interrogações que os dos hospitais do SNS lhe suscitam.

138º.

Estranho, em todo o caso, é que uma tão importante autoridade na matéria não tenha sido chamada a pronunciar-se sobre as questões com que se debate, em matéria cardiotorácica, a gestão dos hospitais do SNS.

139º.

Não há, por outro lado, em toda a argumentação do presente Relato e naquela de que ele se apropria, nomeadamente para opor ao facto da existência de demoradas listas de espera em todos os hospitais de cirurgia cardiotorácica da RLVT, o enunciado de um único facto ou, sequer, um vestígio concreto da verosimilhança dessa disponibilidade, quanto mais, de tais números.

140º.

Melhor: há aí efectivamente, a fls 86 (§1º), o enunciado de um facto concreto, só que o que dele resulta é que a alegada disponibilidade dos hospitais do SNS não existiria realmente.

141º.

Na verdade, se a saída de um único especialista em cirurgia cardíaca do Centro Hospitalar Lisboa Norte para o HCVP fez com que esse Centro ficasse carente dos cirurgiões de que necessitava é porque, afinal, a propalada largueza do seu número e o escasso número médio de cirurgias por eles realizada – indiciando poderem eles fazer muitas mais – são conclusões erroneamente tiradas.

142º.

Estranho em toda a argumentação própria e remissiva do Relato é também que não apareça aí referida, uma única vez, a existência de uma lista de espera de doentes para cirurgia cardiotorácica com números e datas concretas, visada pelos respectivos serviços de Cardiologia – pois é nestes, obviamente, que estão os doentes em espera dessas cirurgias.

143º.

Os dados concretos de que se dispõe a esse propósito são os do próprio Relato da Auditoria de 2011 e o que dele resulta é que – diversamente do que sucede no HCVP que, na especialidade de cirurgia cardiotorácica, entre muitas outras, não tem, nunca teve, listas de espera – o Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Centro Hospitalar Lisboa Central e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental tinham já então elevadíssimos tempos de espera nessa mesma especialidade.

144º.

Da ordem, respectivamente, dos 83, dos 128 e dos 193 dias – ficando-se perplexo como, perante tais números, podem aceitar-se como verosímeis as declarações de responsáveis hospitalares de que os respectivos estabelecimentos teriam capacidade instalada para realizar mais 390 cirurgias cardiotorácicas por ano (hoje em dia mais 524, segundo crêem os serviços de auditoria do Tribunal de Contas).

145º.

Aliás, no próprio Relato da Auditoria de 2011, dava-se conta de que os hospitais dos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Central e Ocidental do SNS da Região de Lisboa e Vale do Tejo – e não só os que não dispunham de unidades de cirurgia cardiotorácica – referenciavam para o HCVP doentes cardíacos carentes de intervenção cirúrgica "*por não terem capacidade de resposta em tempo útil, para realizarem essas cirurgias e por considerarem que algumas eram de elevado risco clínico*".

146º.

Tempos de espera que, de acordo com dados e elementos listados pela própria ARSLVT – e a que se refere aliás uma proposta recente para realização de uma auditoria aos Acordos de Cooperação –, montariam hoje, em relação às cirurgias cardiotorácicas, nos hospitais públicos da respectiva jurisdição, a 220 (duzentos e vinte) dias, uma subida substancial portanto dos números reconhecidos pela auditoria de 2011.

147º.

Não se está a esquecer, note-se, o facto, já visto, de, no período compreendido entre Julho de 2011 e Novembro de 2012, não ter havido prestação de serviços do HCVP aos utentes do SNS e de, não obstante, os hospitais públicos terem assumido a prestação dos mesmos sem, diz-se ou insinua-se no Relato, qualquer aumento dos recursos de que tais estabelecimentos já dispunham.

148º.

O que revelaria a existência de uma sua capacidade disponível efectiva, sugere-se aí, sem se afirmar, porém, como a ora Respondente já objectou, um único facto concreto ou número determinado – em matéria de listas de espera, de adiamentos de

cirurgias, de recurso a cirurgias adicionais SIGIC – para colmatar o aumento de solicitações que lhe passaram então a ser feitas, em virtude da suspensão da actividade complementar do HCVP.

149º.

Retira-se assim qualquer relevância à afirmação desgarrada de que a suspensão dos serviços do HCVP não teria gerado quaisquer problemas de sobreocupação para os hospitais do SNS.

150º.

Por outro lado, os serviços de auditoria do Tribunal de Contas – que sempre se mostraram avessos a fazer-se eco dos números e factos adiantados pela CVP-SGH nas respostas aos Relatos de 2009 e de 2011 –, jamais terão pedido elementos de facto comprovativos da referida disponibilidade e dos números aí avançados.

151º.

Ou, se os pediram e obtiveram, jamais lhes fizeram qualquer referência conhecida do ora Respondente.

152º.

E, não obstante os sucessivos responsáveis do Ministério da Saúde e da ARSLVT terem feito as suas opções em matéria de contratação dos serviços do HCVP com base em disponibilidades e números opostos aos declarados pelos serviços de auditoria do Tribunal de Contas – e por estes acriticamente aceites –, o certo é que tais declarações de responsáveis de hospitais do SNS foram sempre tomadas no Relato sem qualquer interrogação ou contradita.

153º.

Nem por isso deixaram esses serviços do Tribunal de Contas de usar a "certeza" que tinham quanto à referida disponibilidade para – além de recorrentemente afirmarem não se ver necessidade em recorrer aos Acordos de Cooperação com a CVP-SGH – sustentar também o seu juízo quanto a outras deficiências e desvantagens dos serviços providenciados no HCVP.

154º.

Assim, por exemplo, afirma-se no Relato, por mais de uma vez, que os custos para o SNS derivadas da realização das intervenções em matéria de cirurgias cardiotorácicas nos hospitais respectivos – por se tratar do *custo marginal* de fazer mais uma ou várias cirurgias com a capacidade instalada já existente – serem inferiores ou muito inferiores aos *custos unitários* por que elas eram pagas à CVP ou à CVP-SGH.

155º.

Conclusão essa assente, claro, no pressuposto – como aliás se reconhece no Relato – de que os hospitais do SNS teriam capacidade disponível efectiva para realizarem, com os seus recursos actuais, uma, vinte ou 524 cirurgias extra, é indiferente.

156º.

A afirmação do Relato sobre a existência de uma ampla capacidade disponível dos hospitais do SNS em matéria de cirurgia cardiotorácica peca, ainda, porém por vários erros ou abstracções mais.

157º.

Desde logo, seria caso para perguntar, se existe assim tanta capacidade disponível e subutilizada, qual é a razão por que os hospitais do SNS vêm recorrendo ao regime do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), na tentativa de minorar os números das listas de espera em que estão mergulhados?

158º.

Por outro lado, não se dispondo dos números das cirurgias cardíacas e das cirurgias torácicas por que se divide essa suposta capacidade disponível dos hospitais do SNS – as segundas muito menos complexas e onerosas do que as primeiras –, fica sem fundamento e significado a afirmação de que ela existe efectivamente.

159º.

E então, para efeitos de determinação da necessidade dos Acordos de Cooperação com o HCVP em matéria de cirurgia cardiotorácica, essa afirmação do Relato ainda mais abstracta e inconsequente se mostra, pois que, no HCVP o que se faz, em larguíssima percentagem, em prol de doentes do SNS, é cirurgia cardíaca, ainda por cima

em crianças e adultos de risco – e não a muito menos complexa e dispendiosa cirurgia torácica e que os hospitais do SNS não referenciam para o referido HCVP.

160º.

Mas com os diferentes números de umas e outras dessas cirurgias realizadas nos hospitais públicos, para efeitos de comparação da sua necessidade e dos seus custos com as cirurgias do HCVP, não se preocuparam os serviços de auditoria do Tribunal de Contas, ficando assim ainda mais vazia a afirmação da existência da capacidade disponível do SNS na matéria.

161º.

Aliás, essa ideia veiculada repetidamente no Relato de que os hospitais do SNS disporiam de capacidade para realizar as cirurgias que os Acordos de Cooperação "referenciaram" para o HCVP, e ainda mais, estando os seus profissionais em regime de subutilização, a efectuar apenas metade das cirurgias que poderiam e deveriam, até, efectuar para adquirirem experiência, é uma ideia estranha mesmo para o mais optimista dos portugueses, que, face à dura realidade com que se defrontam, não conseguem imaginar os cirurgiões do SNS parados, por não terem doentes para operar.

162º.

Por outro lado, quanto à estabilização, pelo menos, até 2016, da quantidade actual da procura de cirurgias cardíacas, anunciada pelo Tribunal de Contas, diga-se que, de acordo com as conclusões de um estudo realizado pela *Antares Consulting*, uma entidade internacionalmente reputada, a pedido da CVP-SGH – estudo que foi encaminhado oportunamente para o Tribunal e que este conhece, portanto –, as taxas de ocupação dos serviços de cirurgia cardiotorácica dos hospitais públicos portugueses são bastante elevadas, especialmente nos hospitais públicos da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, apresentando valores superiores a 82%, quando a capacidade máxima de intervenção eficiente é alcançada ao nível dos 85% da taxa de ocupação.

163º.

Vale isto por dizer que a capacidade instalada nos hospitais públicos de Lisboa e Vale do Tejo e da Região Sul se apresenta com uma reduzidíssima margem de cres-

cimento.

164º.

A necessidade de aumento da capacidade de resposta portuguesa em matéria de cirurgia cardíaca – necessária não apenas para se atingirem os rácios europeus na matéria (por exemplo, 970 cirurgias cardíacas/ano, por milhão de europeus, face às 680 por milhão de portugueses), mas também para fazer face ao aumento da taxa de utilização dessas cirurgias consequente do envelhecimento da população – muito dificilmente poderia portanto ser suprida através dos hospitais do SNS.

165º.

Por outro lado e também de acordo com as conclusões do referido estudo, Portugal apresentava em 2011 um número de centros cirúrgicos por habitante de 1/1.444.000, quase 50% inferior à média da Europa (1/1.000.000 de habitantes) e às recomendações da OMS (1/1,2 milhões de habitantes).

166º.

Assim se reforça, em contradição com recomendado no Relato da auditoria, a conveniência da manutenção do Acordo de Cooperação com a CVP-SGH, dado que o HCVP, esse, tem inequivocamente capacidade instalada para satisfazer uma produção de ainda mais de cerca de 350 cirurgias cardíacas, garantindo, além disso, índices de qualidade assistencial e eficiência alinhados com as principais unidades de referência internacionais.

g) Impugnação das premissas e conclusões do Relato quanto à carestia dos preços praticados ao abrigo dos Acordos de Cooperação e quanto à comparação dos mesmos com os preços dos hospitais do SNS

167º.

Procuram os serviços de auditoria do Tribunal de Contas, em múltiplos passos do Relato, demonstrar quão excessivos são os preços cobrados ao SNS ao abrigo dos Acordos de Cooperação, não apenas em termos absolutos mas também em termos rela-

tivos, afirmando-se aí, recorrentemente, que os custos unitários por doente tratado no HCVP seriam superiores aos custos dos tratamentos correspondentes em unidades hospitalares da região de Lisboa e Vale do Tejo.

168º.

E focando-se de novo, primacialmente, na especialidade da cirurgia cardiotorácica, encontram-se aí – afirma-se a fls 34 e 35 do Relato, por exemplo – *custos unitários* do HCVP superiores em 48% (38% se considerado o índice de complexidade) aos dos Hospitais de Santa Maria e Santa Marta e que seriam bem maiores, da ordem dos 200%, se as intervenções feitas ao abrigo dos Acordos de Cooperação tivessem sido referenciadas para os referidos hospitais públicos, pois aí, dada a existência de uma capacidade disponível subutilizada, só se entraria em linha de conta com os *custos marginais* de realização dessas operações extra.

169º.

Passa-se por cima desta última proposição, assente naquele pressuposto da existência de capacidade disponível e subutilizada dos hospitais públicos da RLVT em cirurgias cardiotorácicas, pressuposto que já acima se disse não ser real mas apenas admitido pelos serviços de auditoria do Tribunal de Contas com base em meras declarações prestadas pelos próprios responsáveis dos serviços de cirurgia desses hospitais públicos – mas decisivamente contrariadas pela existência de extensas listas de espera "*cardiotorácicas*" (que, como se disse, só podem medir-se tomando em conta, também, os números fornecidos pelos serviços de Cardiologia sobre doentes em espera de cirurgia).

170º.

Voltando então à comparação entre os custos unitários do HCVP e dos Hospitais do SNS, assinala-se serem os próprios serviços de auditoria do Tribunal de Contas a reconhecer, a fls 39 de Relato, que a comparação por si feita não assenta em dados ou elementos iguais de um lado e do outro, pois "*os hospitais do SNS não dispõem de custeio por actividades que permitam uma comparação directa entre os custos incorridos pela prestação de cuidados nos hospitais do SNS e os preços pagos pela produ-*

ção realizada no âmbito dos Acordos de Cooperação [...] " – enquanto à CVP-SGH o Estado sabe exactamente quanto paga.

171º.

E como uma comparação baseada em pressupostos, números e factores correspondentes dos dois termos comparados – a única realista, claro – não era possível, os serviços de auditoria do Tribunal de Contas decidiram recorrer ao método artificial e arbitrário de procurar o "*custo médio por doente tratado resultante da contabilidade analítica dos hospitais*", tendo por base os "*custos apurados no Relatório de Auditoria nº 26/2012-2S*" – relatório que, já se disse, a CVP-SGH não conhece, embora o mesmo sirva afinal para se tirarem conclusões que gravemente a atingem e prejudicam.

172º.

Algumas das distorções daí resultantes, e as inerentes à própria actividade comparada, são contudo evidentes.

173º.

Em primeiro lugar, estão, na verdade, a comparar-se actividades e actos médicos muito distintos.

174º.

Assim, nos serviços de cirurgia cardiotorácica dos hospitais públicos realizam-se em percentagem significativa – que o Relato se esquece de indicar – cirurgias torácicas, de muito menor complexidade, exigência e custo do que as cirurgias cardíacas realizadas aí ou ao abrigo dos Acordos de Cooperação, não havendo casos de referenciação torácica para p HCVP.

175º.

E realizam-se também nos Hospitais de Santa Maria e Santa Marta cirurgias cardíacas de pequena, de média e de elevada complexidade, e portanto de maior exigência e custo, enquanto a regra em relação ao HCVP é a de que se referenciam e referenciavam para aí as cirurgias cardíacas de maior complexidade.

176º.

É o que em vários trechos dos Relatos de 2009, de 2011 e do presente Relato se

reconhece explícita e implicitamente – sendo também essa a explicação (aceite, mas não identificada) para a referenciação dos 5 casos mencionados a fls 86 desse último Relato – como aliás já acontecia em relação às referenciações feitas nos períodos a que respeitam aqueles outros Relatos.

177º.

Ora, quando no Relato se refere o custo médio unitários das cirurgias realizadas em hospitais públicos estaria a entrar-se em linha de conta com todas elas – nem isso, na verdade, como vai ver-se – enquanto o custo unitário médio das cirurgias cardíacas realizadas ao abrigo dos Acordos de Cooperação (e com base nos quais se estabeleceram os preços da respectiva tabela) – são praticamente sempre as mais complexas, exigentes e onerosas.

178º.

Alega-se no Relato, é certo, que, para corrigir as distorções resultantes da diferente complexidade dos casos considerados, se retirou aos preços dos Acordos de Cooperação "*o efeito do Índice de Case-Mix (ICM)*" – só que este, além de ser de fixação arbitrária (quanto mais num caso, como o presente, em que a sua determinação se destina a demonstrar uma verdade, um dogma, já assente), também não é objecto de divulgação no Relato, nem conhecido portanto da CVP-SGH, que fica assim impossibilitada de o contrariar especificamente.

179º.

Mas há distorções ainda mais graves na pretensa comparação feita no Relato a este propósito.

180º.

Comparação que aliás vem sempre referida, note-se, através de conceitos e ligações obscuras, que não permitem ao leitor aperceber-se sem margem para dúvidas sobre o que é que vem efectivamente incluído e excluído nas análises, comparações e juízos constantes do Relato.

181º.

Exemplo paradigmático disso é o facto de os quadros respeitantes a actos ou ci-

rurgias realizadas e aos respectivos custos numa determinada especialidade, por exemplo, na cirurgia cardiotorácica, aparecerem, no que aos hospitais do SNS concerne, com a referência a "*Custo Unitário/doente tratado (ajustado ICM)*", o que – embora o conceito nunca venha esclarecido – corresponde ao (suposto) custo contabilístico unitário das cirurgias de todos os doentes que, no hospital em causa, hajam sido sujeitos a intervenções cirúrgicas, a quaisquer umas.

182º.

E não, como presumiria o leitor na sua ingénua boa fé, apenas aos utentes do SNS que são sujeitos, nesses hospitais, a cirurgias cardiotorácicas.

183º.

É por isso que, nas estranhas e pouco esclarecedoras contas do Relato, as cirurgias oftálmicas públicas aparecem com preços muito elevados, bem superiores aos dos Acordos de Cooperação, arranjando-se assim maneira de as cirurgias cardiotorácicas aparecerem nessas contas e respectivos quadros com custos muito baixos.

184º.

É mais uma demonstração dos preconceitos e arranjos que subjazem à mencionada comparação de preços "*cardiotorácicos*" distorcidamente feita no Relato.

Mas há mais, note-se

185º.

Na verdade, a proposição de que os preços "*cardiotorácicos*" dos Acordos de Cooperação são superiores aos custos suportados pela ARSLVT nos hospitais do SNS peca, ainda, por estes custos serem calculados sem se tomar em conta a realidade patrimonial, financeira, fiscal e para-fiscal dos respectivos estabelecimentos, sem se incluirem aí encargos significativos da respectiva exploração.

186º.

Recorda-se que o CHLC, por exemplo, não tem evidenciado nas suas contas o

valor das instalações que lhe estão afectas, nem sequer reconhece contabilisticamente os encargos decorrentes da sua utilização.

187º.

Parte importante dessas instalações, que eram propriedade do Ministério da Saúde, foram alienadas a uma empresa do Grupo Parpública, mas o CHLC não se reconhece como devedor das rendas facturadas pela adquirente, não manifestando qualquer encargo a elas ligado nas suas contas.

188º.

No entanto, no caso da CVP- SGH, que suporta os encargos inerentes à utilização das instalações que ocupa, tais encargos deverão naturalmente ser reflectidos no cálculo dos custos integrantes dos preços a receber pelos actos médicos praticados ao abrigo dos Acordos de Cooperação.

189º.

Por outro lado, sendo a CVP-SGH sujeito passivo de IRC, ela está sujeita a uma taxa de tributação agregada de 26,5%, a qual, como pode verificar-se pelas respectivas demonstrações financeiras, penalizam fortemente a rentabilidade da sociedade, enquanto que quer o CHLC quer o CHLN, por se encontrarem em situação deficitária, não suportam o mesmo nível de fiscalidade.

190º.

Razão pela qual os custos unitários de tais unidades hospitalares não reflectem o efeito negativo dessa incidência fiscal, ao contrário do que sucede com a CVP-SGH, em que uma parcela do valor facturado à ARSLVT reverte de novo para o erário público, através do IRC.

191º.

Em terceiro lugar, os hospitais públicos empresariais, estando sujeitos ao referencial contabilístico POC - MS, não constituem provisões para dívidas de entidades públicas, ao contrário da CVP-SGH que, sujeita ao Sistema Nacional de Contabilidade, tem que acautelar os riscos de imparidade associados aos atrasos de pagamento de entidades públicas.

192º.

O que implica o reconhecimento de perdas significativas, decorrentes de exigências de provisão por parte dos seus auditores, penalizando-se também por aqui a rentabilidade da sociedade.

193º.

Finalmente os resultados fortemente negativos quer do CHLC quer do CHLN, em 2011 – que ascenderam, respectivamente, a mais de 26,51 e de 66,67 milhões de euros de prejuízo – estão certamente associados a situações de subfinanciamento do sector ou a preços praticados que não asseguram a cobertura mínima dos encargos respeitantes aos actos médicos praticados.

194º.

Estamos assim perante contextos de formação de custos, e de resultados, que não são minimamente comparáveis, mas que foram ignorados pelos técnicos do Tribunal de Contas, que não se coibiram de comparar o que não é comparável, não se tendo sequer preocupado em assinalar as distorções que afectam a comparação pretendida.

195º.

Deveria, nomeadamente, referir-se, pelo menos na versão final do Relato, que os preços indicados relativamente ao CHLC e CHLN, sendo eventualmente numericamente inferiores aos dos Acordos de Cooperação, contribuíram irremediavelmente para que as respectivas unidades hospitalares apresentassem, em 2011, resultados negativos que, conjuntamente, ascenderam a 93,19 milhões de euros.

196º.

O contrário seria admitir uma situação potencial de *dumping*, dado que os hospitais em causa estão a apresentar custos unitários que, para além de beneficiarem de auxílios indirectos decorrentes de custos não reconhecidos, não asseguram a cobertura da totalidade dos custos suportados, dado o elevadíssimo montante de prejuízos gerados nos exercícios a que os dados respeitam.

197º.

Ao ponto de os hospitais públicos da RSLVT, alguns deles, pelo menos, tanto

quanto se sabe, terem deixado já de realizar cirurgias em regime SIGIC, tão problemáticos são os problemas financeiros com que se debatem.

198º.

Remata-se esta parte da presente Resposta, passando por cima de algumas outras demonstrações que aqui podiam trazer-se – a leitura da Resposta da CVP-SGH ou da Reclamação por ela apresentada perante o plenário da 2ª Secção do Tribunal de Contas relativamente ao Relato nº 11/2011 revela algumas dessas questões – e lembrando que os preços da prestação de cuidados de saúde, pelo HCVP, aos utentes do SNS, ao abrigo dos Acordos de Cooperação, embora suscitem tantos reparos (erróneos, já se viu) aos serviços de autoria do Tribunal de Contas, são preços "*administrativos*" – como eles mesmos com intuitos censórios, os apodam.

199º.

A classificação é, porém, legítima se tomada no sentido de que, por um lado, são preços fixados pela própria Administração Pública, no caso pela ARSLVT, e de que, por outro lado, são preços tabelados, praticados em relação a quaisquer outras prestações da mesma espécie que lhes sejam fornecidas independentemente de quem seja o prestador.

200º.

Na verdade, os preços dos Acordos de Cooperação foram durante muitos anos os preços da tabela adoptada pela ARSLVT para remunerar os serviços prestados por estabelecimentos hospitalares do SNS, embora em relação à CVP-SGH se lhe exigisse fazer descontos que variaram entre os 10% e 15%.

201º.

É irrelevante, portanto, dizer que os preços dos Acordos de Cooperação eram então muito superiores aos suportados pela ARSLVT com os dos serviços correspondentes dos hospitais do SNS.

202º.

E se era assim nesses primeiros Acordos, então os mais recentes não podem seguramente, nem em termos relativos nem em termos absolutos, ser considerados caros

ou excessivos, pois que os serviços do HCVP são remunerados pelos valores SIGIC – o denominado Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia –, em função dos quais se renumeram as cirurgias adicionais realizadas para pôr termo ou diminuir as listas de espera e que são pagas à peça aos cirurgiões dos hospitais do SNS por intervenções feitas fora do período normal de trabalho.

203º.

Só que ao HCVP a tabela SIGIC é aplicada com 6% de desconto.

h) Quanto à falta de referência e ponderação, no Relato, da reconhecida qualidade dos serviços do HCVP

204º.

Nem uma palavra de apreço ou consideração pela qualidade dos serviços prestados ao SNS, aos seus utentes, pelo HCVP, dedicaram os serviços de auditoria do Tribunal de Contas, no seu Relato, ao CVP-SGH – e, não obstante, insurgem-se eles, aí, com o facto de um despacho governamental sobre os cuidados a ter na celebração dos Acordos de Cooperação recomendar que se atentasse também nas vantagens qualitativas que a sua contratação poderia ter para o SNS, por isso ser, dizia-se no Relato, uma preocupação inerente à análise económica custos-benefícios.

205º.

Bem, a verdade é que, na análise que no Relato se fez sobre supostos custos dos Acordos de Cooperação, não se equacionaram jamais os incontestáveis e incontáveis benefícios que os mesmos trouxeram para o serviço público da saúde.

206º.

Prova da existência e valia desses benefícios serão as considerações que, noutras ocasiões, o próprio Tribunal de Contas manifestou a esse propósito, mas são sobretudo as palavras e o reconhecimento que tantos directores e responsáveis pelos serviços de hospitais públicos, como o Hospital de Curry de Cabral, a Maternidade Alfredo da Costa, o Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, bem como o Hospital de Faro, pública e exuberantemente exprimiram sobre a excelência do serviço de cirurgia

cardíaca do HCVP.

207º.

E não só; dos próprios hospitais com a valência de cirurgia cardiotorácica dos Centros Hospitalares de Lisboa vieram palavras de reconhecimento a propósito de casos excepcionais de referenciação de doentes seus para os serviços correspondentes do HCVP.

208º.

De tudo isso há, aliás, registo seja directamente nesta Resposta seja indirectamente no próprio Relato.

209º.

Deve dizer-se, até, que os factos referidos a fls 30 do Relato sobre os juízos feitos pelo Presidente do Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca sobre a excelência dos resultados cirúrgicos cardiotorácicos produzidos no HCVP, sobretudo quando comparados com os de hospitais públicos – e da sua relutância portanto em passar a referenciar os "seus" doentes de Cardiologia apenas para os serviços de cirurgia de hospitais públicos do SNS –, são, ao contrário do que os inquéritos ordenados (algo incomodamente, até) indiciaram, factos inteiramente verdadeiros.

210º.

Sobre a qualidade dos serviços de cirurgia cardiotorácica do HCVP e, julga-se, sobre a sua comparação com os serviços correspondentes de outros hospitais, poderia ouvir-se também o Coordenador Nacional da Cardiotorácica, especialmente habilitado a falar dessas matérias.

211º.

E, quando se ouvem os doentes que passaram pelos serviços do Hospital, o grau de satisfação por elas revelado nas sondagens efectuadas, uma delas pela Eurosondagem, a solicitação da própria ARSLVT, ultrapassa os 90%, chegando aos 96%

212º.

Não é um dado apenas da comunidade cirúrgica portuguesa, mas da própria

comunidade europeia de cirurgia cardiotorácica, representada na *European Association of Cardiotoracic Surgery*, a cuja auditoria permanente o Hospital da Cruz Vermelha se encontra sujeito e em cujas classificações se encontra colocado, de há muitos anos a esta parte, no que às cirurgias de cardiopatias congénitas concerne, numa das 10 primeiras posições entre todos os países europeus.

213º.

O que não deixa de ser muito sintomático, sobretudo quando se tenha em vista que, ainda recentemente, numa auditoria mandada realizar pela ARSLVT aos serviços correspondentes dos hospitais do SNS, o especialista encarregado dessa auditoria – ex-presidente da acima referida *Association* – se pronunciou, ao que se sabe, em termos bastante desprimorosos sobre os respectivos serviços.

214º.

A qualidade dos serviços do HCVP afere-se, de resto, em função de muitos índices e factores objectivos, muitos deles, até, com repercussão directa sobre os respectivos custos e os encargos daí derivados para o SNS.

215º.

É o caso, por exemplo, de, nas cirurgias cardiotorácicas do HCVP, a taxa de reoperação ser zero, o que é provavelmente um elemento de muito favorável comparação sua com o que se diz vir a passar-se em hospitais públicos, nomeadamente no âmbito das intervenções do sistema SIGIC.

i) Impugnação das premissas e conclusões do Relato quanto às "outras especialidades"

216º.

Quanto aos trechos do Relato dedicado às "*outras especialidades*", o que pode dizer-se em geral é que os serviços da auditoria do Tribunal de Contas as menosprezaram, sobretudo comparativamente com a obsessiva atenção dedicada aos serviços de cirurgia cardiotorácica prestados pelo HCVP ao SNS – ainda por cima representando

estes, hoje, apenas 6% dos serviços prestados no âmbito dos Acordos de Cooperação.

217º.

Não obstante a análise dessas outras especialidades, no contexto da celebração e execução de tais Acordos, vir assim menorizada face à profundidade – que não à exactidão, no entendimento aqui manifestado pela CVP-SGH – do trabalho de auditoria realizado, a ora Respondente bem desejaria abordar os pontos em que o Relato mais crítico fosse, que nesta matéria não são muitos, aliás.

218º.

Escasseia-lhe o tempo, porém, que o prazo concedido para efeitos da resposta a tão extenso e complexo Relato não permitiu dedicar a todas as matérias e aspectos nele focados a mesma atenção, ficando assim amputado nessa parte o direito de pronuncia da ora Respondente, a CVP-SGH.

Nestes termos, e nos demais que V. Exa. entender pertinentes, devem as premissas e conclusões do Relato ser revistas e refeitas em função desta Resposta e, quanto menos, indicarem-se as razões de facto e de direito por que, em relação a cada uma delas, não procede a alegação aqui deixada.

Justiça e Direito

Mário Esteves de Oliveira

MÁRIO ESTEVES DE OLIVEIRA
Advogado
Cont. 115 109 935 - Cód. Prof. 20874 L
Av. Eng. Duarte Pacheco, 26 - 1070-110 LISBOA
Tel. 213 113 400 - Fax: 213 113 406

23. MPM-CONSULTADORIA E GESTÃO, LDA

VIEIRA DE ALMEIDA
& Associados Sociedade de Advogados, R.L.

Proc. Nº 27/2012 – Audit.
Relato

Exmo. Senhor Conselheiro Presidente
Exmo. Senhor Conselheiro Relator

MPM - Consultadoria e Gestão, Lda., pessoa colectiva nº 501216324, com domicílio na Calçada Conde de Tomar n.º 25, 1495-710, na Cruz Quebrada, vem apresentar a sua resposta ao relato da auditoria à margem mencionada, o que faz nos termos e com os fundamentos seguintes:

1.º

A MPM, a sua gerência e colaboradores sentem-se ultrajados pelos juízos que, sem fundamento válido, como se verá, sobre eles se emitem no mencionado relato – altamente desprimorosos, no entanto, para os respectivos nomes e imagens –, como se os serviços do Tribunal de Contas dispusessem de competência para avaliar e ajuizar da censurabilidade ética e jurídica das suas condutas.

2.º

Depois de assim proceder, os serviços de auditoria do Tribunal de Contas, a pretexto de que o MPM não é "*entidade auditada*", oferecem-lhe a possibilidade de uma resposta que provavelmente nem será tomada em grande conta, para efeito algum.

3.º

Eis então a resposta da MPM aos juízos que sobre todos esses interessados se fazem no relato da auditoria, esperando-se que, como é apanágio do direito de audiência ou resposta, os reparos que aqui se deixam aos juízos formulados nesse relato sejam tomados em conta e avaliados no relatório final deste procedimento.

4.º

Assinala-se então, em primeiro lugar, que, não obstante nos seus pontos 3.3 e 10.3 –

sob a epígrafe "*Exercício simultâneo de actividades na CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar, SA e em Unidades hospitalares do SNS*" –, o referido relato vir prenhe de juízos de censura de condutas da MPM e de seus colaboradores, a verdade é que grande parte dos mesmos vem formulada conclusiva e abstractamente, sem qualquer referência concretamente circunstanciada aos factos em que eles se basearam – o que implica uma inversão ilegítima do ónus de prova, como se esse dever de concreta circunstanciação de um juízo de imputação de ilegalidades ou ilicitudes coubesse ao visado, e não ao acusador.

5.º

A única vantagem que se vê nessa maneira de formular os referidos juízos e as conclusões neles ínsitas é a de não se terem mencionado os nomes dos médicos a quem se apontam abstractamente condutas supostamente ilícitas, poupando-os ao vexame de verem os seus nomes publicamente estampados já como infractores em órgãos da Comunicação Social, sem que se lhes tivesse sido assegurado previamente um direito de resposta e defesa perante os órgãos competentes para os acusar e julgar – que o Tribunal de Contas certamente não é.

6.º

Ao menos, isso, portanto.

7.º

Mas que grande parte dos juízos de censura formulados nos mencionados pontos 3.3. e 10.3 do relato não vêm concretamente factualizados e circunstanciados, com menções a datas, a processos, a locais, a referenciações, a pessoas ou actos referenciados, etc., é proposição insofismável que a leitura dos sucessivos parágrafos da "acusação" imediatamente coonestará.

8.º

Falta de factualização e circunstancialização que constitui, por si só, uma violação de lei e de princípios gerais de direito, mormente dos arts. 13º/1 e 87º/3 da Lei nº 98/97.

Sem prescindir,

9.º

Tem-se por impertinente ou improcedente a tentativa de ligar os procedimentos de referenciação de pacientes de cirurgia cardiotorácica pediátrica feitos na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), por especialistas em cardiologia pediátrica que também integram o corpo clínico da CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA (CVP-SGH), para o Hospital da Cruz Vermelha (HCV).

10.º

Como improcedente é a tentativa de reportar essas referenciações ao facto de a MPM – por conta de quem os referidos especialistas prestavam serviços de cardiologia pediátrica à MAC – pertencer a um cirurgião pediátrico que é também presidente da Comissão Executiva e director clínico daquela sociedade de gestão hospitalar.

11.º

E é improcedente a tentativa, porque ao relato dos facto referidos – aliás, sem qualquer concretização quanto a números e circunstâncias das ditas referenciações – seria necessário acrescentar:

- que os serviços de cirurgia cardiotorácica pediátrica do HCV são desde há muito, oficialmente considerados, na comunidade médica internacional, através de sistemas de auditoria e de certificação permanentes, como sendo dos cinco melhores do mundo (como é possível constatar do registo Europeu de Cirurgia das Cardiopatias Congénitas), distinção que poucos serviços médicos portugueses alcançam;
- que, na zona de Lisboa, só existem serviços cirúrgicos correspondentes nos hospitais públicos de Santa Marta e de Santa Cruz;
- que existem listas de espera em cirurgia cardiotorácica pediátrica nesses dois hospitais, sendo embora em termos relativos de

pequena duração e não sendo aí realizados com idêntico grau de sucesso clínico alguns dos procedimentos mais frequentemente referenciados ao Hospital da Cruz Vermelha em especial na área neonatal (de recém-nascidos) onde os tempos de espera não existem (são zero).

12.º

Ou seja, vistas sob essas perspectivas clínicas e operacionais, as mencionadas referenciações explicam-se por si próprias.

13.º

Aliás, o próprio relato sublinha a outro propósito – censório, claro, esquecendo-se porém de o referir aqui –, que, em cada (cerca de) 18/19 dessas referenciações feitas para o HCV com origem na Maternidade Dr. Alfredo da Costa só uma acabava em intervenção cirúrgica, consistindo as outras 17/18 referenciações, esclarece-se aqui, em consultas de avaliação pré-operatória para confirmação da necessidade de intervenção, e de acompanhamento pós-operatório das crianças operadas por cirurgiões do HCV e que por eles e sob orientação deles, é óbvio, deviam (melhor, tinham forçosamente que) ser acompanhados.

14.º

Ao que é preciso acrescentar que o facto de o presidente da Comissão Executiva da CVP-HSH e director clínico do HCV aparecer ligado, através da MPM, ao processo de referenciação se deve apenas a razões de mera conveniência burocrática, não retirando a referida sociedade intermediária nem o seu sócio gerente, qualquer lucro ou receita líquida dessa sua actividade.

15.º

Quanto ao facto de no relato se falar a este propósito em "*conflito de interesses*" e em poder comprometer-se assim "*a isenção e o rigor do processo de referenciação dos utentes*", a MPM diz que nunca a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, a ARSLVT, os hospitais públicos hipotética e abstractamente lesados pela referenciação de pacientes para o HCV, ou qualquer outra entidade ligada ao sector, referiram ter qualquer um

desses pacientes sido menos bem intervencionado e acompanhado no HCV.

16.º

Muito menos foi alguma vez posto em causa que no Hospital da Cruz Vermelha se procedesse a cirurgias cardiotorácicas em casos referenciados que não a justificassem ou, pelo contrário, que se tivesse deixado sem uma cirurgia dessas, atempada e de qualidade, pacientes referenciados que dela necessitassem.

17.º

As insinuações e acusações subjacentes àquele aparente conúbio de interesses morais entre a MPM e a CVP-SGH e a administração de ambas, devem portanto ser revistas à luz do que aqui se arguiu, se mais não for, dizendo-se concretamente porque não se consideram as razões invocadas nesta resposta como idóneas para rebater totalmente tais acusações.

18.º

A acusação constante dos pontos 3.3 e 10.3 do relato, sobre os quais a MPM foi chamada a responder, respeita à situação derivada do facto de, em **violação das regras estabelecidas nos Acordos de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-SGH** – "*que impedem o exercício simultâneo de actividades em estabelecimentos do SNS*" por parte do corpo clínico da referida sociedade –, haver especialistas de cardiologia pediátrica daquela sociedade, afirma-se no citado relato, que prestavam serviços da sua especialidade na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

19.º

Começa por dizer-se, em relação à prestação de serviços dos referidos especialistas à MAC, que os mesmos já eram por eles contratualmente prestados muito antes de existir qualquer CVP-SGH ou qualquer MPM, remontando aos primeiros anos da década de 1990.

20.º

E assinala-se também que, em todos os casos dessa prestação de serviços, foi a própria MAC a pedir a colaboração contratual dos referidos médicos.

21.º

Serviços que envolviam, aliás, como pode ver-se pelos respectivos contratos –, que os serviços da Auditoria do Tribunal de Contas, pelos vistos, não conhecem nem procuraram conhecer – uma dedicação e um empenho extremos, quási excessivos, e pagos a um preço que, para especialistas de renome, se deve considerar, quanto muito, apenas remediado.

22.º

Então no caso da médica especialista que no relato se diz ter incorrido numa situação reiterada e múltipla de violação dos acordos de cooperação com a ARSLVT – múltipla, porque se invoca remissivamente ter havido cumulativamente violação da regra da proibição da simultaneidade de prestação de serviços e do princípio da transparência das referenciações –, a respectiva acusação é francamente injusta.

23.º

Até porque tais acusações, que constavam do Relatório de Auditoria nº 11/2011-2ªS, foram veementemente rebatidas na resposta que se sabe ter a CVP-SGH oferecido em devido tempo a tal auditoria, mantendo-se agora, no presente Relato de Seguimento, a acusação de violação das tais regras dos Acordos de Cooperação sem que se tenha aditado ao anterior Relatório uma palavra para se contraditar as razões constantes daquela resposta.

24.º

Recuperando a questão da suposta simultaneidade da prestação de serviços na CVP-SGH, de um lado, e na Maternidade Dr. Alfredo da Costa ou no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, de outro lado, por essa e outros médicos especialistas de cardiologia, deve referir-se que – para além de não estarem em causa quatro médicos, mas apenas três –não há, nem jamais houve, aí, violação de qualquer regra dos mencionados Acordos de Cooperação.

25.º

Para o constatar, basta ler o que se dispõe no art. 16º/2 e no art. 2º/1 do Acordo de Cooperação de Março de 2012, actualmente vigente – reproduzindo aliás disposições correspondentes do acordo anterior – para verificar que a regra da proibição da

simultaneidade de exercício é restrita às "*áreas clínicas mencionadas no art. 2º*" .

26.º

Nessas, e só nessas, é que, dispõe-se também no citado art. 16º/2, "*os médicos* [da CVP-SGH] *não poderão manter actividade simultânea em estabelecimentos do SNS*".

27.º

Ora, as especialidades mencionadas no art. 2º do referido Acordo de Cooperação são exclusivamente as de:

- ortopedia
- cirurgia vascular
- cirurgia cardiotorácica
- oftalmologia
- urologia

nada havendo no Acordo, uma só palavra ou sugestão, que leve (a) ou que permita distinguir os conceitos de *área clínica* e de *especialidades*, como se aquele fosse diferente destes, mais amplo.

28.º

Como pode, aliás, o Tribunal de Contas confirmar, a especialidade de Cardiologia Pediátrica tem Colégio próprio na Ordem dos Médicos, Sociedade Científica Autónoma e Serviços Hospitalares também próprios, não se confundindo em nenhum hospital público com a especialidade e os Serviços de Cirurgia Cardiotorácica, com zonas de actuação clínica e treino de internos, muito mais próximos da especialidade de Pediatria do que de Cirurgia Cardíaca.

29.º

Concluindo-se assim que a proposição recorrentemente afirmada no relato da Auditoria, sem qualquer fundamentação jurídica, de que a prestação à MAC de serviços da especialidade de cardiologia pediátrica – especialidade não incluída no art. 2º do Acordo de Cooperação – por membros do corpo clínico do HCV envolveria violação da regra de proibição do exercício simultâneo de actividades, é uma acusação to-

talmente improcedente.

30.º

E nem se vê, como é que os serviços de auditoria do Tribunal de Contas podem, sem qualquer explicação, afirmar sem hesitação que haveria nas situações referidas comportamentos juridicamente censuráveis a ponto de sugerir que a ARSLVT, IP, deveria "*[promover] o sancionamento da entidade prestadora dos serviços [...]* maxime*através da rescisão do Acordo por violação grave de uma cláusula do mesmo*" .

31.º

Diga-se, para finalizar, quanto à acusação feita nesta parte do relato de que o elevado rácio entre consultas e cirurgias das referenciações da MAC para cirurgias cardiotorácicas pediátricas revelaria que tais referenciações serviriam "*para suprir as suas necessidades correntes em termos de consultas de cardiologia pediátrica e não de cirurgia cardiotorácica*" – o que, a ser verdade, implicaria a existência da violação de um requisito contratual dos procedimentos de referenciação –, quanto a essa acusação, dizia-se, já se respondeu em parte no anterior art. 16°.

32.º

Na verdade, para correctamente se avaliar da razoabilidade do rácio consultas/cirurgia em matéria de referenciações da MAC para o serviço de cirurgia cardiotorácica do HCV é necessário ter presente que, nos números aí envolvidos, vão incluídas as consultas respeitantes às crianças pacientes que todos os anos nascem (com) ou revelam ter problemas de insuficiência cardíaca apontando para a necessidade de cirurgia – e que, em muitos casos, vão sendo acompanhadas para verificar em que medida é que a evolução do caso justifica a presuntiva necessidade de intervenção –, e vão incluídas também as consultas de acompanhamento pós-operatório das crianças intervencionadas no passado, as quais se prolongam, e não poucas vezes, por vários anos, em virtude da necessidade das correcções cirúrgicas respectivas se irem fazendo em duas ou três cirurgias, cada uma delas a pedir o acompanhamento e, com frequência, o internamento hospitalar.

33.º

Sendo necessário não esquecer que a MAC, como as outras maternidades, não tem serviços próprios de cardiologia pediátrica nem, muito menos, de internamento cardiotorácico pós-operatório.

34.º

Se os serviços de auditoria do Tribunal de Contas se quiserem dar ao cuidado de verificar todos os factos e circunstâncias que podem influenciar os juízos que fizeram a este (e outros) propósitos, certamente que a CVP-SGH não porá qualquer óbice em facultar os respectivos comprovativos.

35.º

Mas diga-se também que, o baixíssimo rácio de consultas/cirurgia que no relato se refere serem os alcançados nas referenciações com origem no Hospital de Curry Cabral se reportam a adultos com indicação operatória, o que corresponde a uma diferença enorme da situação pré e pós-operatória das crianças afectadas por essa dramática doença.

Nestes termos, pede-se que a presente resposta, nos seus factos e nos seus juízos, seja tomada em consideração no relatório final da auditoria riscando-se nele os juízos desprimorosos sobre condutas ilegais ou perigosas que se imputam à MPM, sua gerência e colaboradores ou, pelo menos, aditando-se aos seus pontos nºs 3.3 e 10.3 os factos e as conclusões aqui invocados em oposição às acusações formuladas.

10

Junta: Procuração

Duplicados legais

O Advogado

Mário Esteves de Oliveira

MÁRIO ESTEVES DE OLIVEIRA
Advogado
Cont. 115 109 935 - Cód. Prof. 20874 L
Av. Eng. Duarte Pacheco, 26 - 1070-110 LISBOA
Tel. 213 113 400 - Fax: 213 113 406

24. Presidente da Direção da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

apdp
Associação Protectora
dos Diabéticos de Portugal

TRIBUNAL DE CONTAS

Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 LISBOA

P/MP

Nº REF. 330/2013 *V. REFª* D A V I – U A T 1 Proc. N.º27/12 – Audit *DATA 6.5.2013*

Excelentíssimo Senhor Diretor Geral,
Dr. José Fernandes Farinha Tavares

Tendo esta Instituição sido notificada, para querendo, se pronunciar como parte interessada sobre o despacho em cima referenciado (pontos 9.1.2 e 9.2-B), vem informar que, após apreciação, a Direção deliberou não ter nada a apresentar.

Com os melhores cumprimentos

A Direção

Luís Manuel Ramos Gardete Correia
Presidente

DGTC 06 05'13 08674

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO-GERAL
- 6 MAIO 2013
10,15
RECEPÇÃO

Instituição Particular de Solidariedade Social
Fundado em 13 de Maio de 1926 - Pessoa Colectiva nº 500 851 875
R. Salitre, 118-120 • 1250-203 Lisboa • Tel.: 351 21 381 61 00 • Fax: 351 21 385 93 71 • E-mail: diabetes@apdp.pt • www.apdp.pt

Tribunal de Contas

Gabinete do

Procurador-Geral Adjunto

Exmo. Sr. Auditor Coordenador

Dr. José António Carpinteiro

Junto tenho a honra de enviar a vista e o Parecer n.º 29/2013, referente ao Projeto de Relatório do processo n.º 27/2012, que me foi remetido.

Lisboa, 6 de setembro de 2013

Com os melhores cumprimentos

O Procurador-Geral Adjunto

(António Cluny)

Mod. TC 1999.001

Tribunal de Contas

Proc. n.º 27/2012
2.ª Seção – DA VI.1

VISTA em 03/09/2013, ao Exmo. Senhor Procurador-Geral Adjunto, nos termos do artigo 73º do RITC.

A Assistente Técnica

MF Rodrigues

Fernanda Rodrigues

Visto.
Junto Parecer nesta data.

6/9/2013

Mod. TC 1999.001

PARECER DO MINISTÉRIO PÚBLICO N.º 29/2013

PROCESSO N.º 27/2012

AUDITORIA DE SEGUIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DO RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 11/2011 – 2ª SECÇÃO

PARECER DO MINISTÉRIO PÚBLICO:
(Artº. 29º n.º 5 da Lei nº 98/97 de 26/08)

1. A presente cópia do Projecto de Relatório (PR), foi apresentada a "Visto" do Ministério Público no dia 3 setembro de 2013, nos termos e para os efeitos do disposto no nº 5 do art. 29º da Lei nº 98/97 de 26/08, cumprindo-nos emitir parecer.

2. Em cumprimento dos Programas de Fiscalização aprovados pelo Tribunal de Contas para 2012 e 2013, foi realizada uma auditoria de seguimento das recomendações da auditoria operacional ou de resultados - *Value for Money* - à execução do Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, que explora o estabelecimento hospitalar denominado Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa – Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção.

3. A auditoria teve como objetivo geral apreciar o grau de acolhimento das recomendações e o seu impacto nas principais áreas objeto das mesmas, designadamente:

- Monitorização e controlo da participação financeira do Estado na CVP - Sociedade de Gestão Hospitalar, SA;
- Negociação e celebração dos Acordos de Cooperação de 2011 e de 2012/2013, pela ARSLVT, IP;
- Execução e monitorização do Acordo de Cooperação nos anos de 2009 a 2011.

4. A presente auditoria teve como objeto a apreciação do grau de acolhimento das recomendações formuladas no Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção, pelo que a Cruz Vermelha Portuguesa e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, não são entidades auditadas.

5. Atenta a sua natureza e âmbito de análise, no PR não são feitas observações e evidenciadas situações susceptíveis de apreciação em sede de responsabilidade financeira.

6. Nestes termos e nos do artigo 29.º, n.º 5 da LOPTC, nada mais compete, por ora ao Ministério Público dizer sobre o PR.

7. Aprovado que seja o Relatório, o Ministério Público neste tribunal enviará o mesmo à PGR, atento o anterior parecer do Conselho Consultivo, e o interesse que, assim, o conteúdo desta Auditoria poderá de novo suscitar numa sua eventual e posterior apreciação.

Lisboa, 6/09/2013

António Cluny