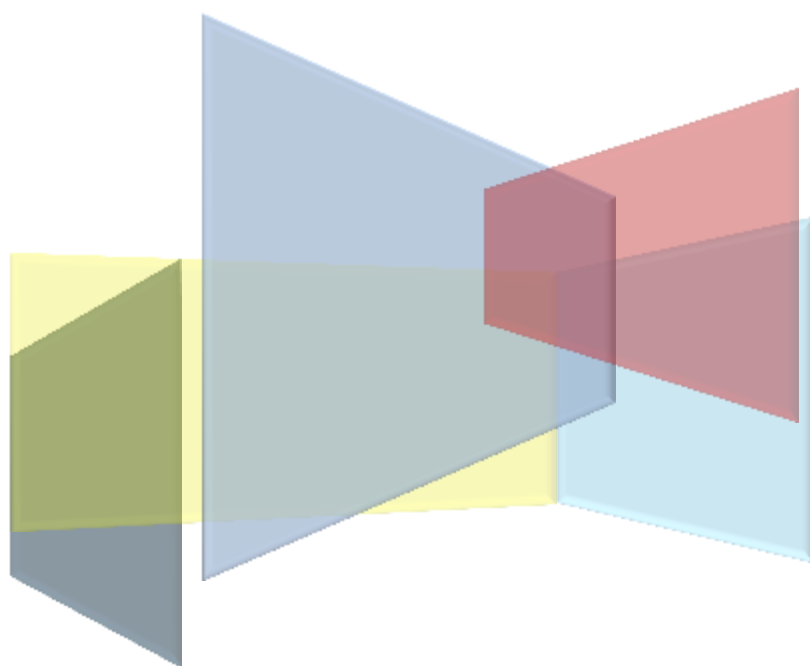




Tribunal de Contas

*Auditoria aos acordos celebrados
entre a Administração Regional de
Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa
da Misericórdia do Porto*



*Promover a verdade, a boa gestão, a
legalidade e a responsabilidade nas
finanças públicas*

*Relatório n.º 14/2017 – 2ª Secção
Volume I
Processo n.º 1/2016 - Audit*



SINOPSE

O presente relatório é o resultado de uma auditoria de *Value for Money* aos acordos celebrados entre o Estado, através da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto, cujo objeto é a prestação de cuidados de saúde a utentes do Serviço Nacional de Saúde no Hospital da Prelada e no Centro de Reabilitação do Norte.

O Hospital da Prelada é relevante para a satisfação da procura de cuidados de saúde dos doentes da região Norte, tendo-se verificado que realizou cerca de 11% das consultas e 13% das cirurgias realizadas pelos hospitais da sua área de influência. De igual modo, **o Centro de Reabilitação do Norte é relevante** para a satisfação da procura de cuidados de saúde de medicina física e de reabilitação, **assegurando o tratamento dos doentes da região Norte que requerem intervenção intensiva e diferenciada de reabilitação, recuperação e de reintegração.**

Todavia, os acordos celebrados com a Santa Casa da Misericórdia do Porto estão prejudicados pela falta de:

- (i) **Análises Custo-Benefício**, exigidas legalmente, que avaliassem a capacidade e os custos marginais de produção do Serviço Nacional de Saúde e determinassem *a priori* a opção mais favorável em termos de *Value for Money*;
- (ii) **CrITÉrios de acesso** que garantam que a referenciação para o Hospital da Prelada apenas é realizada após ter sido esgotada a capacidade instalada no SNS;
- (iii) **Divulgação pública dos acordos** com as unidades de saúde da Santa Casa da Misericórdia do Porto, em conformidade com a lei.

O financiamento público da atividade realizada no Hospital da Prelada a preços idênticos aos dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde não assegura uma eficiente gestão dos recursos, na medida em que os preços fixados para estes hospitais públicos têm por referência os respetivos custos que incorporam as ineficiências do SNS.

Em 2013 e 2014, o Estado, através da ARS do Norte, excecionou o Hospital da Prelada da aplicação dos preços que foram praticados no Serviço Nacional de Saúde, o que resultou num sobrecusto de cerca de € 11,7 milhões em cada ano. Esta decisão não foi fundamentada do ponto de vista da economia, eficiência e eficácia. Tal como procedeu, **o Estado/ARS do Norte subordinou a gestão eficiente dos dinheiros públicos ao financiamento da Santa Casa da Misericórdia do Porto.**

O Tribunal recomenda ao Ministro da Saúde e ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, que i) a celebração de acordos com entidades do setor social seja precedida da realização de Análises Custo-Benefício, tal como exigido legalmente, na qual se determine o *Value for Money* de cada acordo, face às alternativas de produção nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde ou de contratação com o setor privado ou social; ii) seja revisto o modelo de financiamento do Hospital da Prelada, em função de uma Análise Custo-Benefício prévia, e da sua complementaridade face ao Serviço Nacional de Saúde.



Tribunal de Contas

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. J. J.' or similar, located in the top right corner of the page.

*Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do
Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto*



Índice Geral

I. SUMÁRIO	9
1. Conclusões e observações de auditoria	10
1.1. Hospital da Prelada	10
1.2. Centro de Reabilitação do Norte.....	17
2. Recomendações.....	19
II. INTRODUÇÃO	22
3. Âmbito e objetivos.....	22
4. Metodologia e procedimentos	23
5. Condicionantes, limitações e colaboração	24
6. Exercício do contraditório	24
III. DESENVOLVIMENTO	28
A. O Hospital da Prelada.....	28
7. Controlo e acompanhamento da execução do Acordo de Cooperação.....	28
8. Acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Hospital da Prelada.....	31
9. Necessidade de celebração do Acordo.....	39
10. Modelo de Financiamento do Hospital da Prelada – Economia do Acordo	41
10.1. Consulta externa.....	43
10.2. Rendimentos e gastos por doente padrão	47
10.3. Modelo de financiamento do Hospital da Prelada - Promoção da eficiência nas unidades hospitalares do SNS	47
11. Irregularidades na renovação e execução do Acordo de Cooperação	48
11.1. Celebração intempestiva dos contratos-programa	48
11.2. Celebração de contratos-programa lesivos do interesse público – desrespeito pelo princípio da economia	55
11.3. Renovação do Acordo de Cooperação com desrespeito pelos princípios da legalidade, da economia, da eficiência e da eficácia.....	62
B. O Centro de Reabilitação do Norte	67
12. Celebração do Acordo com a Santa Casa da Misericórdia do Porto.....	67
13. Atividade realizada para entidades financeiras responsáveis distintas do SNS	70
14. Referenciação de doentes para o Centro de Reabilitação do Norte	73
15. Divulgação dos acordos celebrados entre o Estado e a Santa Casa da Misericórdia do Porto	76
IV. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO.....	77
V. EMOLUMENTOS	78
VI. DETERMINAÇÕES FINAIS	78



Índice de Quadros

Quadro 1 – Consultas realizadas	39
Quadro 2 – Cirurgias realizadas.....	39
Quadro 3 – Doentes a aguardar cirurgia	40
Quadro 4 – Doentes a aguardar 1ª consulta	40
Quadro 5 – Celebração dos contratos-programa do Hospital da Prelada.....	50
Quadro 6 – Ano de 2013 – produção realizada AP 21 e AP 27.....	56
Quadro 7 – Ano de 2014 – produção realizada AP 21 e AP 27.....	57
Quadro 8 – Estudo 2016 - Encargos associados às várias opções de exploração do CRN	70
Quadro 9 – Atividade realizada, por entidade financeira responsável	71
Quadro 10 – Partilha de receitas comerciais.....	72
Quadro 11 – Preços MFR Hospital da Prelada e Hospitais SNS vs CRN	75

Índice de Figuras

Figura 1 – Doentes transferidos por hospitais do SNS para o Hospital da Prelada – Unidade de Queimados.....	34
Figura 2 – Pedidos de consulta.....	35
Figura 3 – Consultas realizadas	36
Figura 4 – Origem dos doentes do internamento (2013-2016).....	37
Figura 5 – Prevalência de doença dos doentes transferidos por hospitais do SNS	37
Figura 6 – Demora média.....	37
Figura 7 – Doentes transferidos por hospitais do SNS para o Hospital da Prelada - MFR.....	38
Figura 8 – Cumprimento dos TMRG Consultas.....	40
Figura 9 – Cumprimento dos TMRG Cirurgias	41
Figura 10 – Rácios dos hospitais do Grupo D de financiamento	44
Figura 11 – Vendas e prestações de serviços das unidades de saúde do SNS por grupo de financiamento.....	45
Figura 12 – Custos unitários da consulta externa por especialidade do HP vs melhor hospital do SNS da área de referência	46
Figura 13 – Gastos, rendimentos e margem por doente padrão	47
Figura 14 – Preços do Hospital da Prelada em 2013 e 2014 – AP 21 e AP 27	56
Figura 15 – Primeiras consultas realizadas por origem externa de referência	73
Figura 16 – Internamentos por origem externa de referência	74
Figura 17 – Primeiras consultas realizadas por origem externa de referência – cuidados primários.....	75



Volume II

PARTE I – ENQUADRAMENTO DAS RELAÇÕES ENTRE O ESTADO/ARS DO NORTE E A SCM DO PORTO

1. A Santa Casa da Misericórdia do Porto – Caracterização geral
2. Situação económico-financeira da Santa Casa da Misericórdia do Porto
3. O Hospital da Prelada
 - 3.1. Enquadramento da relação entre o Estado/ARS do Norte e a SCM do Porto/Hospital da Prelada
 - 3.2. Execução financeira e física do Acordo de Cooperação
 - 3.3. Acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Hospital da Prelada
4. Centro de Reabilitação do Norte
 - 4.1. Implementação do Centro de Reabilitação do Norte
 - 4.2. Celebração do Acordo com a Santa Casa da Misericórdia do Porto
 - 4.3. Execução financeira e física do Acordo de Gestão
 - 4.4. Posicionamento do CRN na prestação de cuidados de Medicina Física e de Reabilitação

PARTE II - ANEXOS

- | | |
|------------|--|
| Anexo I | INTEGRAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES DA SCM DO PORTO NO SISTEMA DE SAÚDE |
| Anexo II | ORGANOGRAMA DA SCM DO PORTO, DO CRN E DO HOSPITAL DA PRELADA |
| Anexo III | RECURSOS HUMANOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA SCM DO PORTO |
| Anexo IV | OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS À SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DA SCM DO PORTO |
| Anexo V | INDICADORES DE PRODUÇÃO, PRODUTIVIDADE E ACESSO |
| Anexo VI | INCLUSÃO DO HOSPITAL DA PRELADA NO GRUPO D DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS DO SNS |
| Anexo VII | CONCRETIZAÇÃO DA ESTIMATIVA DE REDUÇÃO DE ENCARGOS COM A ABERTURA DO CRN |
| Anexo VIII | REMUNERAÇÃO ANUAL PELA GESTÃO DO CRN |
| Anexo IX | ATIVIDADE REALIZADA POR OUTROS CENTROS DE REABILITAÇÃO, POR ENTIDADE FINANCEIRA RESPONSÁVEL |
| Anexo X | EVOLUÇÃO DA ATIVIDADE PRIVADA EM MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO NO HOSPITAL DA PRELADA APÓS A ABERTURA DO CRN |
| Anexo XI | CAPACIDADE INSTALADA NO CRN – PROPOSTA DA SCM DO PORTO VS EXECUTADO |
| Anexo XII | TAXAS MODERADORAS COBRADAS POR OUTROS CENTROS DE REABILITAÇÃO |
| Anexo XIII | MAPAS DE EVENTUAIS INFRAÇÕES FINANCEIRAS |
| Anexo XIV | NOTA DE EMOLUMENTOS |



Relação de Siglas

Sigla	Designação
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ADM	Assistência na Doença aos Militares
ADSE	Instituto de Proteção e Assistência na Doença, IP (Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado)
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Groups (vd.Glossário)
APR-DRG	All-Patient Refined Diagnostic Related Groups (vd.Glossário)
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
ARS do Norte	Administração Regional de Saúde do Norte, IP
CHCF	Centro Hospitalar Conde Ferreira
CHP	Centro Hospitalar do Porto, EPE
CHPVVC	Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE
CHSJ	Centro Hospitalar de São João, EPE
CMFR	Centro de Medicina Física e de Reabilitação
CHVNGE	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
CRN	Centro de Reabilitação do Norte
DPS	Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde
EBIT	Earnings Before Interests and Taxes
EBITDA	Earnings Before Interests, Taxes, Depreciations and Amortizations
EPE	Entidade Pública Empresarial
GCD	Grandes Categorias de Diagnóstico
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos (vd.Glossário)
HP	Hospital da Prelada
ICM	Índice de Casemix
IMI	Imposto Municipal sobre Imóveis
IMT	Imposto Municipal sobre a Transmissão Onerosa de Imóveis
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica, IP
INTOSAI	International Organization of Supreme Audit Institutions
IP	Instituto Público
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IRC	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas
IS	Imposto de Selo
IUC	Imposto Único de Circulação
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
MS	Ministério da Saúde
PPP	Parceria Público-Privada
RRHMFR	Rede Nacional Hospitalar e de Referência de Medicina Física e de Reabilitação
RLE	Resultado Líquido do Exercício
SAD/GNR	Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD/PSP	Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social
SCM do Porto	Santa Casa da Misericórdia do Porto
SICA	Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Tribunal de Contas
UC	Unidade de Conta Processual
UCGIC	Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE



Glossário

Fontes: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>; <http://smi.ine.pt>; Termos de referência para hospitalar no SNS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP; http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/AbordagemMetodologica.

Agrupador de GDH	<i>Aplicação informática que contém os algoritmos necessários para agrupar os registos de episódios de internamento, de cirurgia de ambulatório e de ambulatório médico realizados em hospitais de agudos em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH). O agrupador aplica estes algoritmos às variáveis de cada registo, classificando cada episódio dentro duma Grande Categoria Diagnóstica (GCD) e, dentro desta, num Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH).</i>
All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRG) e All-Patient Refined Diagnostic Related Groups (APR-DRG)	<i>Fazem parte da família de agrupadores de GDH, tendo sido utilizados originalmente no estado de Nova Iorque.</i> <i>Versões vigentes em Portugal desde 2006 para os hospitais EPE integrados no SNS*:</i> <ul style="list-style-type: none">• 2006 – 2012: AP 21• 2013 – 2014: AP 27• 2015: APR 30• 2016: APR 31 <i>*Conforme:</i> http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/All_Patient_Diagnosis_Related_Groups_(AP-DRG) e Termos de referência para a contratualização hospitalar, disponíveis em: http://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/normas-e-metodos/
Consulta (médica hospitalar)	<i>Consulta médica realizada no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade de base hospitalar, pode ser:</i> <i>Primeira consulta - Consulta médica em que o indivíduo é examinado pela primeira vez numa determinada especialidade em medicina, no âmbito de um episódio clínico.</i> <i>Consulta subsequente - Consulta médica realizada num hospital para verificação da evolução do estado de saúde do doente, prescrição terapêutica e/ou preventiva, tendo como referência a primeira consulta do episódio clínico.</i>
Doente equivalente	<i>Os limiares de exceção (inferior e máximo) definem, para cada GDH, o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos inter-quartis das respetivas distribuições. Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH.</i>
Doente padrão	<i>Métrica cujo cálculo se baseia na transformação da atividade hospitalar, por natureza heterogénea, numa única unidade de produção de forma a possibilitar um exercício de comparação entre entidades. Importa esclarecer que o cálculo do doente padrão pode não incorporar todas as particulares e a globalidade da carteira de serviços das entidades hospitalares, pelo que poderá ser considerada uma análise mais aprofundada a nível micro.</i>
Doente saído do internamento	<i>Doentes saídos do serviço de internamento dum estabelecimento de saúde, diretamente para o exterior, o que inclui as altas (para o domicílio, para o serviço domiciliário, saída contra parecer médico) e os óbitos, e exclui os doentes saídos por transferência externa (para outra unidade de saúde com internamento).</i>
Episódio de internamento	<i>Estadia de um utente num hospital de agudos, para tratamento médico ou cirúrgico, iniciando-se com a sua admissão, e terminando com a alta hospitalar. Exige a permanência de, pelo menos, vinte e quatro horas.</i> <i>Estes episódios são agrupados em GDH de internamento.</i>
Cirurgia de Ambulatório	<i>Cirurgia programada que é realizada em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas.</i> <i>Estes episódios são agrupados em GDH cirúrgico de ambulatório.</i>
Grande Categoria Diagnóstica (GCD)	<i>Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) são organizados por Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD), exclusivas entre si e que correspondem a um sistema orgânico ou etiologia estando, geralmente, associadas a uma especialidade médica em particular.</i> <i>A divisão em GCD é o primeiro passo no agrupamento dos episódios de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) fazendo-se de acordo com o diagnóstico principal.</i>
Grupos de	<i>Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em</i>



<i>Diagnósticos Homogéneos (GDH)</i>	<p><i>grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido.</i></p> <p><i>A cada grupo é associado um peso relativo, isto é, um coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional. O índice de casemix (ICM) de um hospital resulta assim do rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes.</i></p>
<i>Grupo de financiamento</i>	<p><i>Agrupamento dos hospitais para efeitos de definição dos preços unitários da sua atividade. Desde 2013 que a integração dos hospitais em grupos de financiamento apenas ocorre para efeitos de pagamento de episódios de consulta externa. Até então existiam também grupos de financiamento para a atividade de internamento e de ambulatório de doentes agudos. Desde 2013 que o preço desta atividade é o resultado da aplicação a um preço base (comum a todos os hospitais) do índice de casemix (vd Glossário, infra) de cada hospital (preço*ICM).</i></p> <p><i>Quer o agrupamento dos hospitais para efeitos de definição dos preços unitários da sua atividade quer o índice de casemix pretendem refletir a complexidade dos serviços prestados por cada instituição, sendo o ICM um instrumento mais diferenciador, na medida em que o mesmo é único para cada hospital. De acordo com a metodologia/termos de referência de contratualização dos hospitais EPE da ACSS pretende-se atribuir códigos de diagnóstico às consultas ainda no triénio 2017-2019.</i></p> <p><i>Outras atividades, como o internamento de doentes crónicos em Medicina Física e de Reabilitação, são pagas com base num preço único, independentemente da complexidade dos serviços prestados por cada instituição.</i></p>
<i>Índice de casemix (ICM)</i>	<p><i>Coefficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes.</i></p>
<i>Limiares de exceção</i>	<p><i>Os episódios de internamento classificados em GDH podem ser normais/típicos, de curta duração ou de evolução prolongada em função da variável “tempo de internamento”.</i></p> <p><i>Os limiares de exceção (inferior e máximo) definem, para cada GDH, o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos inter-quartis das respetivas distribuições.</i></p>
<i>Tempos Máximos de Resposta Garantidos</i>	<p><i>Tempos definidos regulamentarmente para o acesso dos utentes aos cuidados de saúde (até 30 de março de 2017, os tempos encontravam-se definidos na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro; após essa data e até 31 de maio de 2017, os tempos foram definidos pela Portaria n.º 87/2015, de 23 de março; desde 1 de junho de 2017 encontram-se definidos pela Portaria n.º 153/2017, de 2 de maio).</i></p>



FICHA TÉCNICA

Coordenação e Supervisão

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro

Auditor-Chefe

Jorge Santos Silva

Equipa de Auditoria

Cristina Francisco Costa

(Técnica Verificadora Superior)

Ana Mafalda Vieira

(Técnica Superior)



Tribunal de Contas

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. J. J.' or similar, located in the top right corner of the page.

Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto



I. SUMÁRIO

Em cumprimento dos Programas de Fiscalização da 2ª Secção do Tribunal de Contas (TC) para 2016 e 2017, aprovados pelas Resoluções n.º 4/2015, de 26 de novembro, e n.º 6/2016, de 13 de dezembro, realizou-se uma auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARS do Norte), e a Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCM do Porto), cujo objeto é a prestação de cuidados aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em estabelecimentos hospitalares que integram a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde:

- o **Hospital da Prelada**¹, propriedade da SCM do Porto, com a qual a ARS do Norte celebrou um Acordo de Cooperação;
- o **Centro de Reabilitação do Norte**², propriedade do Estado, gerido pela SCM do Porto ao abrigo de um Acordo de Gestão celebrado com a ARS do Norte.

O Acordo de Cooperação respeitante ao Hospital da Prelada foi celebrado em 2008, ao abrigo dos Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, que aprovou o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social e da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde) e posteriormente renovado na vigência do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. O Acordo de Gestão do Centro de Reabilitação do Norte foi celebrado ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

A auditoria teve como **objetivos**:

- i) avaliar o *output* decisional da **celebração dos acordos**, aferindo dos fundamentos e da transparência, bem como a satisfação das necessidades, considerando os princípios da economia, eficiência e eficácia e equidade no acesso aos cuidados de saúde.
- ii) avaliar a **execução dos acordos** com a SCM do Porto, de acordo como os mesmos princípios.

O auditoria incidiu sobre os anos de 2013 a 2016, sem prejuízo de, nas situações consideradas pertinentes, se ter alargado a anos anteriores e/ou posteriores, numa perspetiva de análise integral dos processos e medidas de gestão objeto de apreciação, no âmbito das competências do Tribunal de Contas, previstas no art.º 1º, n.º 1, art.º 2º, n.º 1, al. d), e art.º 5º, n.º 1, al. f), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto³.

¹ O Hospital da Prelada presta cuidados de saúde a utentes do Serviço Nacional de Saúde desde 1988. Em 2017, a sua área de influência inclui a população residente (cerca de 1,4 milhões) dos concelhos da Póvoa do Varzim, Vila do Conde, Maia, Valongo, Porto, Gondomar, Vila Nova de Gaia e de Espinho, acrescendo à oferta de cuidados de saúde do Centro Hospitalar de São João, EPE, Centro Hospitalar do Porto, EPE, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE, e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

² O Centro de Reabilitação do Norte é uma unidade nova do Serviço Nacional de Saúde, que disponibiliza cuidados de medicina física e de reabilitação à população da área da Região de Saúde do Norte (cerca de 3,7 milhões de residentes), desde janeiro de 2014.

³ Republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, e alterada pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro.



1. Conclusões e observações de auditoria

1.1. Hospital da Prelada

- **O Acordo de Cooperação com a Santa Casa da Misericórdia do Porto não se encontra fundamentado do ponto de vista económico e financeiro, desconhecendo-se se o valor contratado é inferior ao custo de oportunidade para o SNS. - vd. ponto 11.3**
 1. **A ARS do Norte não fundamentou o Acordo de Cooperação, celebrado por 5 anos⁴ e no montante de € 30 milhões/ano, com estudos económicos**, os quais permitiriam não só confirmar a capacidade instalada disponível (ou não) no SNS, mas também o tempo necessário para que as unidades hospitalares do SNS implementassem mudanças adequadas para a realização de atividade adicional.
 2. Os acordos com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) devem, nos termos do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, ser objeto de um estudo que, incluindo uma Análise Custo-Benefício, avalie a sua economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade financeira.
 3. O Tribunal de Contas já se pronunciou em diversos Relatórios de Auditoria⁵ formulando recomendações aos membros do Governo responsáveis pela área da saúde, no sentido de os acordos de cooperação serem fundamentados do ponto de vista económico.
 4. **A renovação do Acordo em 2013 não garantiu a melhor utilização dos recursos públicos colocados à disposição do Ministério da Saúde e da ARS do Norte porque não foi objeto de uma Análise Custo-Benefício**, ao contrário do estabelecido no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. Esta análise determinaria de entre as alternativas possíveis para a prestação de cuidados de saúde qual a opção mais favorável em termos de *Value for Money*.
 5. Tendo a renovação do Acordo sido remetida pela ARS do Norte à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), para efeitos de homologação pelo Secretário de Estado da Saúde, não existe evidência de a mesma ter suscitado a questão da elaboração de um estudo, de acordo com o *“Modelo para Análise e Avaliação Prévia de Acordos de Cooperação com IPSS no âmbito do DL n.º 138/2013”*⁶.

⁴ Renováveis por iguais períodos.

⁵ De entre os quais o Relatório n.º 11/2011 – 2ª Secção - Auditoria de *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, e o Relatório n.º 21/2013 – 2ª Secção, auditoria de seguimento das recomendações formuladas naquele Relatório.

⁶ Aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde, em 10 de fevereiro de 2014. O documento pretende dar *“(…) cumprimento aos despachos n.º 724/2013, de 14 de outubro, e n.º 2296/2013, de 1 de fevereiro, do Senhor Secretário de Estado da Saúde e às Recomendações do Tribunal de Contas, no sentido de que a celebração de acordos com IPSS seja precedida de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objetivos assistenciais (...) e de uma Análise Custo-Benefício que considere designadamente a capacidade instalada do setor público”*.



6. **A não realização de um estudo que, incluindo uma Análise Custo-Benefício, avalie a economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade económico-financeira do acordo, é suscetível de gerar responsabilidade financeira sancionatória.**
7. **Verifica-se a inexistência de informação⁷, acessível aos cidadãos em geral e aos utentes do SNS em particular, sobre os acordos celebrados com a SCM do Porto**, designadamente quanto ao seu conteúdo e execução, física e financeira, nos sítios da internet da ARS do Norte e da ACSS ou em qualquer outro suporte de divulgação de informação da responsabilidade do Ministério da Saúde, não obstante as Administrações Regionais de Saúde e a ACSS estarem obrigadas⁸ a divulgar e a manter atualizada a informação relativa aos acordos celebrados com IPSS.
 - **A transparência está prejudicada pela ausência de divulgação pública dos acordos com a Santa Casa da Misericórdia do Porto relativos às unidades de saúde sobre a sua gestão. - vd. ponto 15**
8. **A ARS do Norte não definiu critérios e/ou procedimentos de referenciação para o Hospital da Prelada que garantam que a referenciação dos utentes apenas seja feita para esta unidade hospitalar em caso de esgotamento da capacidade instalada dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde**, já que as unidades de cuidados de saúde primários referenciam indistintamente os doentes para o Hospital da Prelada ou para hospitais do SNS.
 - **Os procedimentos de referenciação não asseguram a complementaridade do Acordo de Cooperação celebrado com a Santa Casa da Misericórdia do Porto. - vd. ponto 8**
9. **A oferta de cuidados pelo Hospital da Prelada não está a ser considerada como complementar⁹ face à dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde com a mesma área de influência.** Note-se que aos preços acordados com as entidades com Acordos de Cooperação há ainda que acrescer o eventual custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa do Serviço Nacional de Saúde.
10. O Hospital da Prelada não consta da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Física e de Reabilitação em vigor, aprovada em 28 de fevereiro de 2017, tal como já não constava da primeira Rede, aprovada em 2002. A ARS do Norte também não instituiu procedimentos que garantam que a referenciação para o Hospital da Prelada apenas é realizada após ter sido esgotada a capacidade instalada no SNS.

⁷ Com exceção de três contratos-programa celebrados entre a ARS do Norte e a SCM do Porto relativamente ao Hospital da Prelada: de 2012, 2014 e 2015, disponibilizados no sítio de internet da contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde (<http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/hospitalares/>). Estes dois últimos já foram divulgados durante a realização da presente auditoria.

⁸ Cfr. art.º 12º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

⁹ O próprio Acordo alude a essa complementaridade na cláusula 3ª. Estabelecendo também a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde - Base XII, n.º 1), que o "(...) sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades (...)". Sobre a complementaridade veja-se o Relatório n.º 21/2013 – 2ª Secção, do Tribunal de Contas, sobre o Acordo de Cooperação entre a ARSLVT, IP, e a CVP-SGH, SA.



- **O acesso direto e por iniciativa de beneficiários dos subsistemas de saúde realiza-se sem cobertura de qualquer protocolo para o financiamento específico, sendo até aqui financiados pelo acordo entre a ARS do Norte e a SCM do Porto.** - *vd. ponto 8*
 - **O Acordo de Cooperação celebrado com a Santa Casa da Misericórdia do Porto do Porto é relevante para a satisfação da procura de cuidados de saúde dos doentes da região.** - *vd. ponto 9*
11. **Os contribuintes estão a financiar, através do Acordo relativo ao Hospital da Prelada, o acesso direto a este hospital dos beneficiários dos sistemas de saúde complementares.** Neste caso, os sistemas de saúde complementares (ADSE; SAD-GNR; SAD-PSP) devem ser considerados terceiros responsáveis e suportar esta despesa, através da celebração de um acordo próprio, sem prejuízo de se assegurar que os respetivos beneficiários mantêm as mesmas condições de acesso a este Hospital, sem quaisquer restrições adicionais e demoras agravadas.
 12. **Os beneficiários de sistemas de saúde complementares (ADSE; SAD-GNR; SAD-PSP) que se dirigem diretamente ao Hospital da Prelada para marcação de consultas ou procedem à sua marcação através do sítio da internet da SCM do Porto – Portal da Saúde, acedem aos cuidados prestados pelo Hospital da Prelada, no âmbito do Acordo de Cooperação, sem serem referenciados pelas unidades de cuidados de saúde primários da sua área de influência ou transferidos por unidades hospitalares do SNS.**
 13. **No biénio 2014-15, nas especialidades do Acordo, o Hospital da Prelada realizou cerca de 11% das consultas (68.030 em 2014 e 77.698 em 2015) e de 13% das cirurgias (10.067 em 2014 e 10.578 em 2015)¹⁰ produzidas pela totalidade dos hospitais da sua área de influência.**
 14. **Nas especialidades do Acordo e relativamente à totalidade da produção dos hospitais da sua área de influência, a atividade do Hospital da Prelada assume maior representatividade nas especialidades de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Medicina Física e de Reabilitação, Ortopedia e Tratamentos Cirúrgicos da Obesidade¹¹.**
 15. **De 2014 para 2015, o Hospital da Prelada reduziu o número de doentes inscritos nas listas de espera para cirurgia em 20% (menos 398 doentes), contrariando a tendência do conjunto dos hospitais do SNS da área de influência do Hospital da Prelada cujas listas de espera aumentaram 4% (863 doentes).**

¹⁰ Os dados da análise comparativa dos indicadores de acesso e produção do Hospital da Prelada com os hospitais do SNS divergem dos dados da execução física dos contratos-programa (ponto 3.2 da Parte I do Volume II).

¹¹ O Hospital da Prelada realizou em 2015: 44% (18.282) das consultas e 37% (2.922) das cirurgias da especialidade de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva; 24% (10.963) das consultas da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação; 17% (27.826) das consultas e 24% (3.952) das cirurgias da especialidade de Ortopedia; 26% (183) dos tratamentos cirúrgicos da obesidade.



- 16. O cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos para consulta no Hospital da Prelada tem-se situado acima dos 98%¹², o que é superior ao da generalidade do conjunto dos hospitais do SNS da sua área de influência.**

- Consultas -

Primeiras consultas	2014	2015	Dif	Δ 2014-2015
Total primeiras consultas	209 220	212 537	3 317	1,6%
Total primeiras consultas Hospitalis SNS	182 685	184 090	1 405	0,8%
Hospital da Prelada	26 535	28 447	1 912	7,2%
Hospital da Prelada - % no total	12,7%	13,4%	57,6%	
Todos tipos de consulta (primeiras e subsequentes)	2014	2015	Dif	Δ 2014-2015
Total consultas	631 221	650 571	19 350	3,1%
Total consultas Hospitalis SNS	563 191	572 873	9 682	1,7%
Hospital da Prelada	68 030	77 698	9 668	14,2%
Hospital da Prelada - % no total	10,8%	11,9%	50,0%	

Fonte: N.º de consultas - ACSS, DPS, SICA, Dados extraídos a 22 de fevereiro de 2016

- Cirurgias -

Cirurgias	2014	2015	Dif.	Δ 2014/2015
Total Cirurgias	77 644	83 248	5 604	7,2%
Total Cirurgias Hospitalis do SNS	67 577	72 670	5 093	7,5%
Hospital da Prelada	10 067	10 578	511	5,1%
Hospital da Prelada - % no total	13,0%	12,7%	9,1%	

Fonte: N.º de cirurgias - ACSS, UCGIC

- 17. A SCM do Porto dispõe de uma sólida estrutura financeira e gera excedentes suficientes para fazer face aos seus compromissos correntes bem como para fazer face a despesas de investimentos necessários. Os seus excedentes de tesouraria totalizavam € 22,6 milhões em 2015, o que representa um crescimento de 32% (+€ 5,5 milhões) face a 2013.**
- Os resultados de exploração do Hospital da Prelada contribuem positivamente para a sustentabilidade económico-financeira da Santa Casa da Misericórdia do Porto - - *vd. ponto 10.1*
- 18. O Hospital da Prelada representa, em média, cerca de 69,7% (€ 32,6 milhões) das vendas da SCM do Porto (€ 46,8 milhões), enquanto as demais áreas e departamentos centrais têm um peso médio de 10,6% (€ 4,9 milhões)¹³.**
- 19. No biénio 2014-2015 as unidades de saúde foram responsáveis por cerca de 75% dos rendimentos operacionais da SCM do Porto e por 70% dos gastos operacionais, tendo gerado resultados líquidos positivos¹⁴ de € 5,6 milhões, em 2014, e de € 3,1 milhões, em 2015.**
- 20. Em sentido contrário, existem áreas de atividade da SCM do Porto que sendo deficitárias, designadamente a área de intervenção social, da educação e da cultura, beneficiam dos rendimentos gerados pelas áreas da saúde. No biénio 2014-2015 as áreas de exploração da SCM do Porto, excluindo as unidades de saúde, registaram prejuízos de € 4,7 milhões e € 3,5 milhões, respetivamente.**

¹² A taxa de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos para cirurgia também tem sido superior a 98%, com exceção dos tratamentos cirúrgicos da obesidade, em que a taxa de cumprimento foi de 91%.

¹³ Tendo por referência o triénio 2013-2015. Conjuntamente, o CRN e o Hospital Conde Ferreira têm um peso médio de 19,8% (€ 9,2 milhões).

¹⁴ Vide ponto 2 da Parte I do Volume II.



- Os preços pagos pelo Estado pela prestação de cuidados de saúde no Hospital da Prelada não são os mais económicos para o SNS. - *vd. pontos 10.1 e 10.2*
21. Não se alcança o racional da aplicação ao Hospital da Prelada de preços idênticos aos dos hospitais do setor empresarial do Estado, considerando:
- a. **As especificidades da SCM do Porto**, designadamente: jurídicas (maioritariamente sujeito a regras de direito privado, *v.g.* na contratação de trabalhadores e na aquisição de bens e serviços); subsídios de natureza fiscal e contributiva (*v.g.* isenções em sede de IRC, IS, IMI, IMT e redução na taxa contributiva da Segurança Social) e técnicas/perfil assistencial (*v.g.* o Hospital da Prelada não tem serviço de urgência¹⁵).
 - b. **A aplicação dos preços dos hospitais públicos do SNS ao Hospital da Prelada não é a mais adequada do ponto de vista da economia**, na medida em que os preços fixados para estes hospitais têm por referência os respetivos custos que incorporam as ineficiências do SNS.
 - c. No Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, acautela-se que na situação da devolução de hospitais às misericórdias se verifiquem poupanças para o Estado de *“(…) pelo menos, 25%, relativamente à alternativa de prestação de serviços pelo setor público.”*
22. Os preços pagos pelo Estado ao Hospital da Prelada proporcionam uma relação financiamento/custo de produção superior à que se verifica nos hospitais EPE do SNS. A margem por doente padrão (proveitos/custos por doente padrão) do Hospital da Prelada (11,2%) contrasta com as margens negativas dos outros hospitais do SNS e mais que triplica as margens do Hospital com contrato de Parceria Público-Privada (3,1%) do mesmo grupo de financiamento – Grupo D¹⁶.
23. Quando, por hipótese, se compara com os preços pagos pelo Estado no contrato de PPP do referido hospital¹⁷ para a consulta externa, conclui-se que a aplicação desses preços no Acordo do Hospital da Prelada traduzir-se-ia numa poupança de € 1,1 milhões/ano, *i.e.* cerca de 24%.

¹⁵ Serviço tipicamente deficitário dos hospitais do SNS, cujos custos são compensados com os preços de outras linhas de produção.

¹⁶ Considerando a imputação dos custos partilhados e corporativos realizada em 2015 ao Hospital da Prelada (€ 1,9 milhões) a margem do hospital é de cerca de 4,1%. As margens dos restantes hospitais do grupo D variam entre (-2,1% e -14,3%).

¹⁷ *V.g.* primeiras consultas a € 70,80 e consultas subsequentes a € 45,50.



- 24. O custo operacional por doente padrão no Hospital da Prelada foi, em 2015, de € 2.201,00, o terceiro mais baixo por comparação com os hospitais do SNS. Os hospitais com custo por doente padrão mais baixo são o Hospital de Braga (€ 2.158,00) e o Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE (€ 2.082,00).**
- 25. A responsabilidade financeira pela aquisição de serviços de saúde ao Hospital da Prelada não recai sobre as unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde** que têm a mesma área de influência e que, em primeira linha, devem assegurar a resposta às necessidades das populações, **mas sobre a ARS do Norte.**
- **O financiamento das relações de complementaridade do Hospital da Prelada não promove a eficiência nas unidades hospitalares do SNS - vd. ponto 10.3**
- 26.** Ainda que as unidades hospitalares do SNS tenham de ser financiadas para o efeito, a responsabilização das mesmas pela despesa com os cuidados de saúde prestados no Hospital da Prelada promoveria uma utilização mais racional dos recursos do SNS (aproveitamento da capacidade instalada) e o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos.
- 27. A ARS do Norte não realizou quaisquer ações de fiscalização sobre a atividade realizada e faturada,** apesar de previstas no Acordo de Cooperação¹⁸ e contratos-programa que o executam¹⁹, nos respetivos diplomas orgânicos²⁰ e, mais recentemente, no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro²¹.
- **Verificou-se uma ausência de controlo da execução física e financeira do Acordo por parte da ARS do Norte. - vd. ponto 7**
- 28. Os únicos procedimentos de controlo da faturação são feitos pela ACSS, através da validação anual dos ficheiros eletrónicos de faturação do Hospital da Prelada.** Porém, esta validação é insuficiente visto que não considera as especificidades²² da relação contratual entre a ARS do Norte e a SCM do Porto.

¹⁸ Cláusula 13ª, n.º 6 e 11.

¹⁹ A título de exemplo, no contrato-programa de 2015: cláusula 19ª, n.º 3, e 31ª.

²⁰ Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro (art.º 3º, n.º 2, al. I), e Portaria n.º 153/2012, de 22 de maio (art.º 5º, n.º 1, als c) e e), dos estatutos em anexo).

²¹ Nos termos do art.º 11º deste diploma compete à ARS do Norte: avaliar, de forma sistemática, a qualidade e acessibilidade dos cuidados prestados pela SCM do Porto e zelar pelo seu integral cumprimento, efetuar fiscalizações e apresentar à ACSS um relatório anual sobre os resultados do acompanhamento e a avaliação do acordo estabelecido.

²² V.g. faturação de atos de especialidades não incluídas no Acordo.



29. Ao contrário do que sucede com os contratos de Parceria Público-Privada e com o próprio Acordo de Gestão do Centro de Reabilitação do Norte, **não existe um gestor do Acordo do Hospital da Prelada que proceda ao controlo regular da sua execução e à avaliação do desempenho da unidade hospitalar.**
 30. Desde o quarto trimestre de 2014 que não existe um responsável pelo Departamento de Contratualização da ARS do Norte em funções.
 31. Ao contrário do estabelecido nas normas das leis dos Orçamentos do Estado relativas à celebração dos contratos-programa na área da saúde, para as quais o Acordo de Cooperação remete, **os contratos-programa celebrados anualmente entre a ARS do Norte, e a SCM do Porto não foram objeto de autorização dos membros do Governo da área das finanças e da saúde**, mas apenas de homologação do membro do Governo da área da saúde.
 32. Os contratos-programa de 2012 a 2015 foram celebrados entre a ARS do Norte, e a SCM do Porto após o decurso integral do ano económico a que respeitam e já completada a sua execução física. Os contratos-programa de 2016 e de 2017 não se encontravam celebrados à data da realização do trabalho de campo da presente auditoria (janeiro de 2017).
 33. Ao longo dos anos económicos a ARS do Norte procedeu a transferências mensais para a SCM do Porto a título de adiantamentos por conta dos pagamentos a efetuar, sendo que **o pagamento de adiantamentos não encontra suporte no Acordo de Cooperação que remete a regulação dos pagamentos para os contratos-programa anuais.**
 34. **A inexistência de autorização da celebração dos contratos-programa e a produção de efeitos antes da sua celebração é suscetível de causar responsabilidade financeira sancionatória.**
 35. Nos anos de 2013 e 2014, a ARS do Norte excecionou o Hospital da Prelada da aplicação de regras e dos **preços praticados no SNS, o que resultou, em cada um daqueles anos, num sobrecusto de cerca de € 11,7 milhões** para o Estado.
 36. **As situações descritas em cada ano por serem contrárias a normas sobre autorização das despesas públicas**, configuram eventuais infrações financeiras suscetíveis, cada uma delas, de **responsabilidade financeira sancionatória.**
- **Inexistência de autorização da celebração dos contratos-programa e a produção de efeitos antes da sua celebração.** – *vd. ponto 11.1*
 - **A despesa realizada pela ARS do Norte com a execução do Acordo de Cooperação não respeitou o princípio da economia na utilização dos recursos públicos colocados à sua disposição.** – *vd. ponto 11.2*



1.2. Centro de Reabilitação do Norte

37. À data da conclusão do Centro de Reabilitação do Norte (CRN), em junho de 2012, nada estava decidido sobre o modelo de gestão desta unidade hospitalar prestadora de cuidados de medicina física e de reabilitação, designadamente sobre se o mesmo deveria ser público ou privado, apesar dos vários estudos até aí realizados²³.
38. Em 2013, quase um ano e meio após a conclusão da obra, o CRN mantinha-se encerrado. Na sequência de negociações com a SCM do Porto, foi assinado, em 25 de novembro de 2013, um acordo para instalação e exploração do CRN com esta instituição, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que regula as relações entre o Estado e as Instituições Particulares de Solidariedade Social, através da celebração de acordos de gestão e acordos de cooperação.
39. Esta opção do Ministério da Saúde, que afastou a aplicação do regime jurídico das parcerias público-privadas, subtraiu este acordo a um procedimento concorrencial que permitiria ao Estado conhecer a melhor proposta do mercado, assim como à realização dos estudos preparatórios do lançamento de uma parceria público-privada.
40. Só o estudo de Análise Custo-Benefício, exigido no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, permitiria demonstrar a alternativa com o *Value for Money* mais favorável se elaborado à imagem dos estudos preparatórios do regime das parcerias público-privadas.
41. Na proposta apresentada pela SCM do Porto estimava-se que a atividade realizada pelo CRN para entidades distintas do SNS (ARS do Norte), *i.e.* terceiros pagadores, ascenderia a cerca de 20% da atividade que estimava realizar para o SNS.
42. Pela atividade realizada para terceiros pagadores a ARS do Norte estimou arrecadar cerca de € 350.000,00/ano, correspondentes a 20% sobre os rendimentos dessa atividade.
43. No entanto, no triénio 2014-2016, a atividade realizada para terceiros alcançou no máximo 1% no internamento em 2016, arrecadando a ARS do Norte nos três anos apenas € 27.955,00, o que evidencia a desadequação da previsão realizada e a dependência do CRN do financiamento público.
- A celebração do Acordo de Gestão com a SCM do Porto para o Centro de Reabilitação do Norte embora se baseie no modelo de contrato das Parcerias Público Privadas em Saúde não seguiu os pressupostos e procedimentos de gestão e controlo destes contratos. - *vd. ponto 12*
 - O Centro de Reabilitação do Norte depende exclusivamente do financiamento público e não tem obtido receitas de terceiras entidades responsáveis como companhias de seguros. - *vd. ponto 13*

²³ Estudo de viabilidade económico-financeira de abril de 2008; Plano Estratégico do CRN 2012-2016, de agosto de 2011; e Plano de Negócios 2013-2017.



44. **Existe o risco de o CRN não estar a identificar e cobrar os pagamentos eventualmente devidos pelas entidades terceiras distintas do SNS**, até porque nem a ARS do Norte nem a SCM do Porto implementaram os procedimentos de controlo da atividade prestada a entidades terceiras responsáveis previstos no Acordo de Gestão.
- **O Centro de Reabilitação do Norte apresenta um bom desempenho económico, o que pode suscitar o reconhecimento da atratividade do projeto a outros potenciais interessados do setor privado lucrativo e não lucrativo (social), ou ainda de entidades públicas.** - *vd. ponto 13*
 - **A capacidade instalada no Centro de Reabilitação do Norte pode estar a ser utilizada por utentes com necessidades de cuidados com nível de diferenciação inferior ao disponibilizado por esta unidade de cuidados diferenciados.** - *vd. ponto 14*
45. **O acordo foi celebrado com um prazo de três anos, prorrogável anualmente até ao limite de cinco anos, com reversão de ativos para o Estado no final do contrato e com uma remuneração prevista de cerca de € 9,2 milhões/ano.** Contudo, tendo em conta que o CRN teve um investimento público de cerca de € 34 milhões, ao qual acresceram € 6 milhões de investimento em equipamento realizado pela SCM do Porto, justificar-se-á estudar previamente qual o modelo de gestão e o regime jurídico mais adequado para a realização do *Value for Money* mais favorável do projeto.
46. Os dados de 2015 e de 2016 permitem constatar que **cerca de 50% dos internamentos no CRN têm origem em referenciação de unidades de cuidados de saúde primários e que quase metade dos doentes referenciados pelas unidades de cuidados de saúde primários é de Agrupamentos de Centros de Saúde da área de influência do Hospital da Prelada**, onde operam unidades hospitalares do SNS com serviços (consulta e/ou internamento) de Medicina Física e de Reabilitação²⁴.
47. **Existe o risco da capacidade instalada no CRN poder estar a ser utilizada por utentes com necessidades de cuidados de nível de diferenciação inferior àquela para que o Centro foi concebido:** *“(...) dar resposta atempada aos pedidos dirigidos pelos serviços hospitalares de MFR considerando que são eles que recebem os doentes em fase aguda e subaguda (...)”*²⁵.
48. **O internamento de doentes com origem nos cuidados de saúde primários pode agravar os tempos de espera para internamento dos doentes referenciados pelas unidades hospitalares.** Em 2016, os tempos de espera, do Centro de Reabilitação do Norte, 34,9 dias, apesar de muito próximos, são superiores aos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, 32,6 dias.

²⁴ Centro Hospitalar de São João, EPE, Centro Hospitalar do Porto, EPE, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE e Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

²⁵ Fonte: Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Física e de Reabilitação.



2. Recomendações

Atentas as conclusões de auditoria, o Tribunal recomenda:

- I. Não homologar acordos com entidades do setor social sem a prévia realização da Análise Custo-Benefício legalmente exigida²⁶, na qual se determine o *Value for Money* que justifique a celebração de acordos de cooperação ou de gestão. **Ao Ministro da Saúde**
- II. Determinar uma revisão do modelo de financiamento do Hospital da Prelada, em função da Análise Custo-Benefício previamente realizada, considerando as especificidades jurídicas, fiscais²⁷ e técnicas²⁸, bem como o desempenho económico-financeiro da Santa Casa da Misericórdia do Porto e a relação de complementaridade com as unidades de saúde do SNS da região.
- III. Determinar aos conselhos diretivos da Administração Central do Sistema de Saúde, IP e das Administrações Regionais de Saúde que as Análises Custo-Benefício incluam todo o universo do sistema de saúde, sem exceções.
- IV. Ponderar a alteração do paradigma do financiamento das relações de complementaridade no sentido de serem os hospitais do SNS a assumir a despesa decorrente dos cuidados de saúde prestados por unidades hospitalares do setor social a utentes da sua área de influência²⁹.
- V. Mantendo a opção pela gestão privada do Centro de Reabilitação do Norte, determinar a preparação do lançamento de um procedimento concorrencial até ao final do corrente ano³⁰ aberto a todos os eventuais interessados, sejam eles do setor privado, social ou com fins lucrativos.

²⁶ Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

²⁷ Subsídios contributivos (v.g. isenções em sede de IRC, IS, IMI, IMT e redução na taxa contributiva da Segurança Social).

²⁸ O Hospital da Prelada não tem serviço de urgência.

²⁹ Recomendação semelhante foi dirigida ao anterior Ministro da Saúde no Relatório de Auditoria n.º 21/2013 – 2ª Secção do Tribunal de Contas.

³⁰ Considerando que o prazo total do acordo de gestão (incluindo renovações) não pode exceder 5 anos (caducando em novembro de 2018).



Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP

- I. Não celebrar acordos com entidades do setor social sem a prévia realização de uma Análise Custo-Benefício, na qual se determine o *Value for Money* que fundamente a celebração de acordos de cooperação ou de gestão.
- II. Incluir nos acordos celebrados a obrigatoriedade de a Santa Casa da Misericórdia do Porto apresentar à Administração Regional de Saúde do Norte, IP, demonstrações financeiras individuais do Hospital da Prelada e do Centro de Reabilitação do Norte, incluindo toda a informação financeira detalhada e explicada sobre a execução dos acordos.
- III. Instituir procedimentos de referenciação, designadamente ao nível dos sistemas de informação, que garantam que a referenciação para o Hospital da Prelada apenas será realizada após ter sido esgotada a capacidade instalada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
- IV. Determinar que o acesso dos beneficiários de sistemas de saúde complementares (ADSE; SAD-GNR; SAD-PSP) ao Hospital da Prelada e ao Centro de Reabilitação do Norte, no âmbito dos acordos celebrados, seja efetuado em condições de igualdade com os demais utentes beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e instituir procedimentos que garantam a equidade no acesso.
- V. Rever o modelo de financiamento do Hospital da Prelada, em função da Análise Custo-Benefício, considerando as suas especificidades jurídicas, fiscais³¹, técnicas³² e o seu desempenho económico-financeiro, assim como a necessidade de garantir que o Estado não tenha encargos superiores aos que resultariam se os cuidados de saúde fossem prestados por unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.
- VI. Determinar a introdução da figura do gestor do acordo nos acordos de cooperação (e outros) celebrados com Instituições Particulares de Solidariedade Social, de modo a assegurar um acompanhamento e controlo efetivo da execução e pagamento dos acordos.

³¹ Subsídios contributivos (v.g. isenções em sede de IRC, IS, IMI, IMT e redução na taxa contributiva da Segurança Social).

³² O Hospital da Prelada não tem serviço de urgência.



- VII. Implementar procedimentos de controlo (v.g. ações de fiscalização) sobre a atividade realizada e faturada no Hospital da Prelada e no Centro de Reabilitação do Norte, incluindo a prestação de cuidados de saúde a utentes da responsabilidade de terceiros pagadores (v.g. seguradoras).
- VIII. Averiguar o posicionamento dos setores privado e social relativamente à celebração de um eventual Acordo de Gestão do Centro de Reabilitação do Norte, tendo em vista a identificação de potenciais interessados e a análise das condições de mercado³³.
- IX. Celebrar os contratos-programa relativos ao Hospital da Prelada antes do início da produção de efeitos.
- X. Divulgar publicamente os acordos celebrados com instituições particulares de solidariedade social³⁴.
- I. Rever o “*Modelo para Análise e Avaliação Prévia de Acordos de Cooperação com IPSS no âmbito do Decreto-Lei n.º 138/2013*”, no sentido de que a análise da sustentabilidade dos acordos, na ótica das Instituições Particulares de Solidariedade Social, tenha como objeto a sustentabilidade da unidade prestadora de cuidados de saúde e não apenas a sustentabilidade da Instituição Particular de Solidariedade Social³⁵ que a integra.
- II. Proceder à divulgação de informação³⁶ sobre os acordos celebrados com instituições particulares de solidariedade social e à criação de um sistema de informação único com informação atualizada sobre os mesmos.
- Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (continuação)**
- Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP**

³³ À semelhança do previsto no art.º 6º, n.º 6, do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

³⁴ Cfr. previsto no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. A divulgação da informação deve, no mínimo, incluir toda a informação que também é difundida acerca das entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde.

³⁵ Esta servirá apenas para aferir a capacidade financeira da entidade que gere a(s) unidade(s) prestadora(s) de cuidados de saúde, considerando que esta(s) não é (são) entidade(s) com autonomia, do ponto de vista jurídico e económico.

³⁶ Cfr. previsto no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. A divulgação da informação deve, no mínimo, incluir toda a informação que também é difundida acerca das entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde.



II. INTRODUÇÃO

3. Âmbito e objetivos

Em cumprimento dos Programas de Fiscalização da 2ª Secção do Tribunal de Contas (TC) para 2016 e 2017, aprovados pelas Resoluções n.º 4/2015, de 26 de novembro, e n.º 6/2016, de 13 de dezembro, realizou-se uma auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARS do Norte), e a Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCM do Porto), cujo objeto é a prestação de cuidados aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em estabelecimentos hospitalares que integram a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde³⁷:

- o Hospital da Prelada (HP), propriedade da SCM do Porto, com a qual a ARS do Norte celebrou um Acordo de Cooperação;
- o Centro de Reabilitação do Norte (CRN), propriedade do Estado/ARS do Norte, gerido pela SCM do Porto ao abrigo de um Acordo de Gestão celebrado com a ARS do Norte.

O Acordo de Cooperação respeitante ao Hospital da Prelada foi celebrado em 2008, ao abrigo dos Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, que aprovou o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social e da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde) e posteriormente renovado na vigência do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. O Acordo de Gestão do Centro de Reabilitação do Norte foi celebrado ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

Em média, entre 2013 e 2015, o montante anual da execução do Acordo de Cooperação relativo ao HP ascendeu a cerca de € 30 milhões. Já o Acordo de Gestão relativo ao CRN ascendeu a cerca de € 9 milhões/ano³⁸.

Não se incluiu no âmbito desta auditoria o acordo relativo ao Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF), considerando as regras distintas e mais restritas que regem a integração desse centro na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, assim como o seu carácter tripartido (o acordo é celebrado entre a SCM do Porto, a ARS do Norte e o Instituto da Segurança Social).

A auditoria teve como objetivos:

- i) avaliar o *output* decisional da celebração dos acordos, aferindo dos fundamentos e da transparência, bem como a satisfação das necessidades, considerando os princípios da economia, eficiência e eficácia e equidade no acesso aos cuidados de saúde.
- ii) avaliar a execução dos acordos com a SCM do Porto, de acordo com os mesmos princípios.

O âmbito temporal da auditoria foram os anos de 2013-2016, sem prejuízo de, nas situações consideradas pertinentes, se ter alargado a anos anteriores e/ou posteriores, numa perspetiva de análise integral dos processos e medidas de gestão objeto de apreciação, no âmbito das competências

³⁷ De acordo com a Base XII, n.º 4, da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) a "(...) rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos.". O Anexo I descreve, em síntese, o enquadramento jurídico da integração de unidades hospitalares como as da SCM do Porto no sistema de saúde e na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde.

³⁸ A parte I do Volume II do presente Relatório contém uma caracterização geral da SCM do Porto, um enquadramento da atividade desenvolvida pelo HP e da implementação do CRN, assim como a evolução da execução física e financeira das relações contratuais entre o Estado/ARS do Norte e a SCM do Porto.



do Tribunal de Contas, previstas no art.º 1º, n.º 1, art.º 2º, n.º 1, al. d), e art.º 5º, n.º 1, al. f), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto³⁹.

Em contraditório, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte no período de 1 de fevereiro de 2015 a 3 de fevereiro de 2016 questiona o fundamento do âmbito temporal da auditoria⁴⁰, ao que o Tribunal esclarece que a relação contratual entre a ARS do Norte e a SCM do Porto remonta a 1988, sendo a mesma regulada por sucessivos acordos. O âmbito temporal da auditoria coincidiu com o ano da renovação do Acordo de Cooperação, pois consubstanciando a renovação um novo acordo⁴¹ pretendeu-se aferir os fundamentos que a sustentaram. Acresce que, à data da renovação, já havia sido publicado o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.

4. Metodologia e procedimentos

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adotadas pelo Tribunal de Contas e acolhidas nos seus manuais de auditoria⁴², bem como as constantes do Plano Global de Auditoria (PGA) aprovado, tendo igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da INTOSAI, de que o Tribunal de Contas é membro.

Na fase de planeamento, procedeu-se à análise de elementos informativos, designadamente de diplomas legais, acordos de cooperação, contratos-programa, contratos de gestão e outros instrumentos contratuais que estipulam os termos em que a SCM do Porto, através das unidades hospitalares que gere, presta cuidados de saúde a utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Para obtenção da evidência necessária, durante a fase de execução da auditoria, procedeu-se à recolha de elementos e à realização de entrevistas a responsáveis da ARS do Norte, da SCM do Porto e da ACSS e à recolha de informação junto de unidades de saúde do SNS, designadamente os hospitais da Região de Saúde do Norte da área geográfica de referência do Hospital da Prelada, designadamente o Centro Hospital de São João, EPE (CHSJ), o Centro Hospitalar do Porto, EPE (CHP), o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNGE), o Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE (CHPVVC), e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (ULSM), bem como de outros hospitais do SNS agrupados no Grupo D de financiamento.

A abertura dos trabalhos de campo na SCM do Porto foi dirigida pelo Juiz Conselheiro da Área que também esteve presente nas verificações realizadas no Hospital da Prelada e no Centro de Reabilitação do Norte, designadamente quanto às condições de funcionamento das unidades de saúde.

A metodologia adotada incluiu a análise da produção e do acesso a cuidados de saúde (ponto 9) com recurso a dados⁴³ recolhidos junto da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), sendo que na produção de consultas os dados foram retirados do Sistema de Informação de Contratualização e

³⁹ Republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, e alterada pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro.

⁴⁰ "(...) [T]ratando-se da análise de um contrato de cooperação entre a ARSN e a SCMP que foi celebrado em 2008, e renovado em 2013, não se compreende qual a razão que fundamenta a opção por fazer uma auditoria incidir sobre "os anos de 2013 a 2016";".

⁴¹ Conforme explanado no ponto 11.3 do Relatório, a renovação corresponde a um novo título contratual, com os mesmos cocontratantes, objetivos e em princípio com as mesmas condições do contrato renovado.

⁴² Designadamente o Manual de Auditoria Princípios Fundamentais e o Manual de Auditoria de Resultados.

⁴³ Do Hospital da Prelada e dos hospitais do SNS da sua área de influência. Dados não auditados.



Acompanhamento e na análise de indicadores cirúrgicos os dados foram fornecidos pela Unidade Central do Sistema de Gestão de Inscritos.

5. Condicionantes, limitações e colaboração

A inexistência, desde 2015, de demonstrações financeiras individuais do Hospital da Prelada e do Centro de Reabilitação do Norte, bem como a alteração dos critérios de imputação de custos corporativos às áreas de exploração da SCM do Porto, já após o início da auditoria, dificultaram a análise das origens e aplicações dos meios líquidos libertos pelas duas unidades de saúde.

O desenvolvimento dos trabalhos foi ainda condicionado pela inexistência do contrato-programa de 2016 e pela falta de encerramento do contrato-programa de 2015 do Hospital da Prelada, o que pode ter reflexo nos dados relativos à execução física e financeira dos mesmos, corrigindo-os. Note-se, ainda, que os dados da execução física e financeira do Acordo de Gestão do Centro de Reabilitação do Norte no ano 2016 são provisórios.

No que respeita à análise efetuada no ponto 9, os dados de produção e acesso relativos às consultas externas disponibilizados pela ARS do Norte e pela SCM do Porto não são coincidentes devido aos diferentes sistemas de informação utilizados pela SCM do Porto e pelo SNS. Assim, em matéria de:

- produção de consultas utilizaram-se, para o conjunto dos hospitais objeto da comparação, os dados remetidos pela ACSS no âmbito da Auditoria de resultados ao acesso aos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (Proc.º n.º 32/2016-Audit), retirados do Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento;
- acesso a consultas utilizaram-se, para o conjunto dos hospitais do SNS, os dados remetidos pela ARS do Norte, retirados do sistema de informação Consulta a Tempo e Horas e, para o Hospital da Prelada, os dados remetidos pela SCM do Porto, mais consistentes com a sua produção.

Quanto aos dados de produção e acesso às cirurgias optou-se por utilizar os dados remetidos pela ACSS, cuja fonte é a Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

Os dados utilizados no ponto 9 deste Relatório, assim como os dados disponibilizados pelos hospitais do SNS, pela ACSS e por outros centros de medicina física e de reabilitação, que suportaram análises efetuadas nos pontos 10, 13 e 14, são dados não auditados.

Não obstante as condicionantes elencadas, realça-se a boa colaboração dos dirigentes e funcionários das entidades envolvidas na disponibilização da documentação e na prestação dos esclarecimentos solicitados.

6. Exercício do contraditório

No exercício do princípio do contraditório, ao abrigo e para os efeitos previstos art.ºs 13º e 87º, nº 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, o relato de auditoria foi enviado aos seguintes responsáveis:

- Ministro da Saúde;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto;
- Responsáveis individuais identificados no Anexo XIII do Volume II do relato de auditoria.



Todos os responsáveis se pronunciaram sobre o conteúdo do relato de auditoria, tendo, de um modo geral, abordado os seguintes temas da auditoria:

- Acesso aos cuidados de saúde prestados no Hospital da Prelada dos beneficiários de subsistemas (ponto 8);
- Integração do Hospital da Prelada no grupo D para efeitos de remuneração da linha de produção da consulta externa (ponto 10.1);
- Violação de normas sobre autorização e produção de efeitos dos contratos-programa - ano de 2012 a 2017 (ponto 11.1);
- Celebração de contratos-programa lesivos do interesse público – desrespeito pelo princípio da economia anos de 2013 e 2014 (ponto 11.2);
- Renovação do Acordo de Cooperação sem a realização de um estudo que, incluindo uma Análise Custo-Benefício, avaliasse a sua economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade financeira (ponto 11.3);
- Celebração do Acordo de Gestão do Centro de Reabilitação do Norte, sem recurso a procedimentos concorrenciais (ponto 12).

As alegações produzidas foram analisadas, ponderadas e tidas em consideração pelo Tribunal na redação final deste Relatório, constando, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam (Volumes I e II⁴⁴) e na íntegra do Volume III do presente Relatório.

De um modo geral das alegações apresentadas pelos diversos responsáveis ressalta a existência de uma relação privilegiada entre o Ministério da Saúde, através da ARS do Norte, e a SCM do Porto, resultado do regime jurídico que regula as relações entre o Estado e as IPSS. O Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte, na sua resposta institucional, e alguns membros do atual Conselho Diretivo da ARS do Norte, nas suas respostas individuais, referem uma *“relação umbilical”* entre o SNS e as IPSS, nas quais se incluem as Misericórdias, considerando o *“(…) histórico [da sua atuação] na prestação de cuidados de saúde que atravessam vários séculos (...)”*⁴⁵. Outro responsável da ARS do Norte entende mesmo que o HP da SCM do Porto integra o SNS⁴⁶.

Esta convicção é sustentada na letra do art.º 2º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que refere que *“O acordo de cooperação visa a integração de um estabelecimento de saúde pertencente às IPSS no SNS, o qual passa a assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos do SNS.”*

Porém, de acordo com a Lei de Bases da Saúde⁴⁷, o SNS abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde⁴⁸, enquanto unidades como o

⁴⁴ Sendo a matéria relativa às eventuais infrações financeiras, constante do ponto 11, desenvolvida no Volume II do presente Relatório, optou-se, por uma questão de sistematização, por colocar ali os principais argumentos dos responsáveis indiciados e, nos pontos do Volume I o contraditório institucional, sem prejuízo deste coincidir com a maioria das alegações apresentadas pelos responsáveis a título individual.

⁴⁵ O Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte no período de 8 de outubro de 2011 a 31 de janeiro de 2015, alega, também, que *“(…) o Estado português sempre reconheceu o Hospital da Prelada (...) quiçá situando-o praeter legem, de entre o que considera o Serviço Nacional de Saúde, em sentido estrito, e o Sistema de Saúde.”*

⁴⁶ O Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte no período de 1 de fevereiro de 2015 a 3 de fevereiro de 2016, alega que o HP *“(…) por via do acordo de 2008 (...) integra a própria rede regional de serviços hospitalares do sector público.”*, *“O que foi reafirmado pelo Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, ao referir explicitamente no n.º 3 do art.º 2º que “O acordo de cooperação visa a integração de um estabelecimento de saúde pertencente às IPSS no SNS, o qual passa a assegurar as prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos do SNS” (sublinhado nosso).”*

⁴⁷ Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.



HP da SCM do Porto, por terem um acordo de prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, integram a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde⁴⁹, mas não o SNS.

Sendo a Lei de Bases da Saúde uma lei de valor reforçado⁵⁰, uma interpretação conforme à mesma do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, não integra o HP no SNS, mas equipara-o em termos funcionais às unidades hospitalares do SNS.

Não se estando perante uma unidade hospitalar do SNS, sujeita a poderes de tutela e superintendência do Ministério da Saúde⁵¹⁻⁵², as relações que se estabelecem entre a SCM do Porto⁵³ e este Ministério, são moldadas na íntegra pelo que vem estabelecido nos instrumentos contratuais que as criam, sem prejuízo da legislação que as rege⁵⁴⁻⁵⁵.

Já quanto à relação privilegiada existente entre o Estado e as IPSS, em geral, e as Misericórdias, em particular, que o Tribunal não nega, considerando o regime jurídico que regula as relações entre o Estado e as IPSS⁵⁶, o Tribunal salienta que a mesma não afasta os deveres de cuidado que impendem sobre os dirigentes da Administração Pública devendo estes, na prossecução da sua atividade, pautar-se pelas normas legais que vinculam os seus atos e pelos princípios da economia, eficiência e eficácia⁵⁷.

Estes princípios exigem a demonstração do *Value for Money* dos acordos a celebrar com o setor social, i.e., a demonstração de que a celebração do acordo é a que melhor salvaguarda o interesse público, face à possibilidade que o Estado tem de o fazer com meios próprios, criando-os ou aumentando a capacidade dos que já possui. No caso em que o Estado já dispõe de recursos próprios para satisfação de necessidades semelhantes às que são objeto dos acordos, aqueles princípios exigem, ainda, a implementação de procedimentos que diminuam o risco de capacidade instalada ociosa no Estado.

Verificou-se nas situações analisadas no âmbito da auditoria entre a ARS do Norte e a SCM do Porto à falta de demonstração, por parte do Estado, do *Value for Money* dos acordos celebrados, à ausência de procedimentos de referência para as unidades hospitalares da SCM do Porto que garantam a plena

⁴⁸ Base XII, n.º 2, da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

⁴⁹ Base XII, n.º 4, da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

⁵⁰ Art.ºs 112º, n.º 2, e 165º, n.º 1, al. f), da Constituição da República Portuguesa.

⁵¹ E do Ministério das Finanças em matéria orçamental.

⁵² Atualmente previstos nos art.ºs 6º, 19º, 20º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que replica poderes já previstos na Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e nos Decretos-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, e 188/2003, de 20 de agosto, revogados por aquele diploma.

⁵³ Entidade que goza de autonomia de organização, gestão e administração face ao Estado, *vd.* art.º 4º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, art.ºs 3º e 4º do Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, e art.º 5º da Lei n.º 30/2013, de 8 de maio.

⁵⁴ No caso das relações com o Ministério da Saúde, a SCM do Porto, na medida em que é titular de acordos com entidades que o integram está apenas sujeita ao estabelecido no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que designadamente estabelece princípios de articulação entre as IPSS e o SNS (art.º 4º), deveres das entidades com acordos (art.º 10º) e poderes de acompanhamento e controlo por parte das entidades públicas contratantes (art.º 11º).

⁵⁵ Refira-se, ainda, que o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, remete também para os acordos a regulação de aspetos como as regras de referência e acesso, os códigos de nomenclatura e respetivos valores, os critérios de fornecimento do serviço e a possibilidade de prestações acessórias, os níveis de serviço, as penalizações por incumprimento, as regras de faturação, pagamento, transferências e acertos de contas, entre outros aspetos, o que significa que as regras aplicáveis na contratualização com os hospitais do SNS (Constantes designadamente da metodologia anual de definição de preços e fixação de objetivos dos Hospitais do SNS, atualmente termos de referência, publicados pela ACSS e disponíveis em: <http://www.acss.min-saude.pt>) não são aplicáveis *ope legis* às instituições do setor social.

⁵⁶ Incluindo, designadamente, isenções fiscais e exclusões da aplicação dos procedimentos de contratação pública na aquisição de serviços pelo Estado. Quanto ao regime jurídico que em concreto regula as aquisições de serviços do Ministério da Saúde às IPSS, *vide* Anexo I na Parte III do Volume II do presente Relatório.

⁵⁷ Cfr. princípios decorrentes da Constituição da República Portuguesa (*v.g.* art.ºs 266º e 267º, n.º 2) e refletidos em legislação ordinária relativa à atividade da Administração Pública, destacando-se, pelo seu caráter geral, o Código do Procedimento Administrativo (art.ºs 3º, 4º e 5º do Código aprovado pela Lei n.º 42/2014, de 11 de julho) e a Lei do Enquadramento Orçamental (art.ºs 10º-E e 42º, n.º 6, da Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto, e art.º 18º da Lei n.º 151/2015, de 11 de setembro).



rentabilização da capacidade instalada no SNS e ao incumprimento de normas financeiras que, numa das situações analisadas (ponto 11.2), resultou também num tratamento privilegiado da SCM do Porto face às unidades hospitalares do SNS.

A propósito da capacidade do SNS o Ministro da Saúde refere que *“(...) constitui uma preocupação importante do Governo garantir a sustentabilidade do SNS, pelo que um dos pilares fundamentais da política assenta no processo de internalização na rede do SNS (...)”*. Acrescenta, ainda, que *“A internalização da atividade suportará o aumento dos proveitos das entidades do SNS, contribuindo para o seu equilíbrio financeiro.”*.

Sem prejuízo de se concordar com a última afirmação, o Tribunal não pode deixar de sublinhar que as medidas tendentes à internalização, referidas pelo Ministro da Saúde, se têm aplicado essencialmente nas relações que o Ministério da Saúde estabelece com o setor convencionado⁵⁸, designadamente no âmbito do Sistema Integrado de Gestão e Inscritos para Cirurgia, onde se incluem não só IPSS, mas também entidades do setor privado lucrativo. Já no que respeita às relações entre o Ministério da Saúde e as IPSS objeto de acordos de cooperação – as designadas entidades protocoladas – verifica-se uma “assimilação” das mesmas às entidades do SNS, observando-se, com base nos resultados da presente auditoria, uma menor preocupação por parte do Ministério com o recurso a entidades do setor social, que passa desde logo pela referida falta de demonstração do *Value for Money* de acordos com este setor.

Quanto às recomendações propostas no relato de auditoria, das respostas institucionais recebidas, o Ministro da Saúde refere de um modo geral que *“As recomendações vão ao encontro de políticas que vêm sendo desenvolvidas e que foram consagradas (...) em legislação recentemente aprovada.”*, não se pronunciando especificamente sobre qualquer recomendação da proposta. Neste âmbito, o Tribunal sublinha a observação que atrás fez a propósito das medidas de internalização da atividade no SNS e alerta, em especial, para a necessidade de fundamentação dos acordos com entidades do setor social em estudos de Análise Custo-Benefício rigorosos que não só contribuem para a garantia da sustentabilidade do SNS, mas também para a transparência das relações entre o Ministério da Saúde e as entidades do setor social.

No que respeita às recomendações relativas ao Conselho Diretivo a ARS do Norte e ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, os comentários que os respetivos Presidentes apresentaram sobre recomendações específicas constam dos pontos do Relatório no âmbito dos quais as mesmas se inserem.

Sem prejuízo de nenhuma recomendação lhe ser dirigida o Provedor da SCM do Porto manifestou, junto da ARS do Norte, *“(...) disponibilidade para implementar os procedimentos que considerem de melhoria.”*.

⁵⁸ Reguladas por legislação diferente daquela que é aplicável estritamente às relações entre o Estado e as IPSS, designadamente, a título de exemplo, pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro.



III. DESENVOLVIMENTO

A. O HOSPITAL DA PRELADA

7. Controlo e acompanhamento da execução do Acordo de Cooperação

Controlo e avaliação da atividade realizada e faturada

O controlo e avaliação da atividade realizada e faturada pelo Hospital da Prelada é incumbência do Departamento de Contratualização da ARS do Norte⁵⁹. Ao contrário do que sucede com os contratos de Parceria Público-Privada e com o próprio Acordo de Gestão do Centro de Reabilitação do Norte, não se encontra prevista na relação contratual entre a ARS do Norte e a SCM do Porto relativa ao Hospital da Prelada a nomeação de um “gestor do acordo”, figura responsável nos contratos nomeados pelo controlo regular da execução dos mesmos e pela avaliação do desempenho das unidades hospitalares.

Sem prejuízo de o Departamento de Contratualização poder assumir as tarefas comumente atribuídas a este responsável, a indicação de um responsável para, em concreto, as exercer, ainda que em colaboração com outros, contribui para uma melhor afetação das responsabilidades e, conseqüentemente, para um maior controlo da atividade executada e faturada. Trata-se de uma boa prática que é adotada nos contratos de parceria público-privada e que se justifica estender ao Acordo relativo ao Hospital da Prelada, considerando a sua dimensão financeira (cerca de € 30 milhões/ano), a sua duração (5 anos, renováveis) e, ainda, a ausência de um controlo efetivo por parte da ARS do Norte da atividade realizada e faturada.

Refira-se, também, que desde o quarto trimestre de 2014 que não existe um responsável pelo Departamento de Contratualização em funções.

Para além do acompanhamento mensal da produção realizada pela SCM do Porto no Hospital da Prelada e da validação das taxas moderadoras cobradas por esta entidade⁶⁰ aquando do procedimento anual de acerto de contas, a ARS do Norte não realizou, durante os anos em análise, quaisquer ações de fiscalização da atividade realizada e faturada, apesar de previstas no Acordo de Cooperação⁶¹ e nos contratos-programa que o executam⁶², nos respetivos diplomas orgânicos⁶³ e, mais recentemente, no Decreto-Lei n.º138/2013, de 9 de outubro⁶⁴.

Os únicos procedimentos de controlo da faturação são feitos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), através da validação dos ficheiros eletrónicos de faturação do Hospital da Prelada. Esta validação, porém, restringe-se às regras de faturação comuns entre os contratos-programa celebrados entre a ARS do Norte e a SCM do Porto e as emanadas através das circulares normativas de faturação

⁵⁹ Portaria n.º 153/2012, de 22 de maio (art.º 5º, n.º 1, alíneas c) e e)).

⁶⁰ Deduzidas, no procedimento de acerto de contas anual, nos montantes a pagar à SCM do Porto, por serem receita do SNS/ ARS do Norte, cfr. estabelecido nos contratos-programa.

⁶¹ Cláusula 13ª, n.º 6 e 11.

⁶² A título de exemplo, no contrato-programa de 2015: cláusula 19ª, n.º 3, e 31ª.

⁶³ Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro (art.º 3º, n.º 2, al. I), e Portaria n.º 153/2012, de 22 de maio (art.º 5º, n.º 1, als c) e e), dos estatutos em anexo).

⁶⁴ Nos termos do art.º 11º deste diploma compete à ARS do Norte: avaliar, de forma sistemática, a qualidade e acessibilidade dos cuidados prestados pela SCM do Porto e zelar pelo seu integral cumprimento, efetuar fiscalizações e apresentar à ACSS um relatório anual sobre os resultados do acompanhamento e a avaliação do acordo estabelecido.



referentes às condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas pelos hospitais do SNS, deixando de fora especificidades daqueles contratos-programa.

De facto, sem prejuízo da colaboração prestada pela ACSS, considerando designadamente os meios técnicos de que dispõe para validação das regras de faturação referentes às linhas de produção assim como as atribuições de coordenação da execução dos contratos de prestação de serviços celebrados com entidades do sector social, estabelecidas nos respetivos diplomas orgânicos⁶⁵ e no Decreto-Lei n.º 138/2013⁶⁶, de 9 de outubro, o controlo e fiscalização da atividade realizada e faturada pelo Hospital da Prelada são da responsabilidade da ARS do Norte, conforme previsto nas normas já referidas.

A realização pelo Hospital da Prelada de atividade para entidades financeiras responsáveis distintas da ARS do Norte e em especialidades não incluídas nos contratos-programa celebrados com a ARS do Norte constitui um fator de risco de emissão de faturação errada para a ARS do Norte. Registe-se a este propósito a faturação à ARS do Norte de primeiras consultas de psiquiatria, não previstas nos contratos-programa do Hospital da Prelada⁶⁷, que ocorreu em 2013, 2014 e 2015⁶⁸, e que foi apenas objeto de controlo, por parte da ARS do Norte, na sequência da realização do trabalho de campo da presente auditoria⁶⁹.

Sem prejuízo de situações como a relatada poderem resultar de um lapso de registo de consultas (serem subsequentes ao invés de primeiras, como informou a SCM do Porto) ou até de necessidades de novos doentes do SNS que ocorrem ao Hospital da Prelada no âmbito de outras especialidades do Acordo e respetivos contratos-programa, o problema está em a ARS do Norte não ter instituído procedimentos que lhe permitam controlar atempadamente se o cuidado prestado se insere ou não no âmbito do Acordo de Cooperação e se é ou não devido.

Também uma auditoria à atividade do Hospital da Prelada, em 2012, objeto de codificação clínica⁷⁰, concluída pela ACSS em setembro de 2014, evidencia a necessidade de a ARS do Norte instituir procedimentos de controlo sobre a atividade realizada e faturada pela SCM do Porto. Nessa auditoria, a ACSS identificou em 76 episódios auditados⁷¹, 75% (57 episódios) de não conformidades, de entre as quais se destacam, por terem impacto na faturação do ano, 12 episódios (16%) indevidamente codificados. Em resultado desta auditoria da ACSS, a ARS do Norte deduziu no acerto de contas de 2013, o montante de € 52.650.

⁶⁵ Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro (art.º 3º, n.º 4), Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio (art.º 4º, als. a) e b) dos estatutos em anexo).

⁶⁶ Art.º 11º.

⁶⁷ Este prevê apenas a realização de consultas subsequentes na especialidade de psiquiatria para doentes do SNS que eram assistidos no Centro Hospitalar Conde Ferreira, não podendo o Hospital da Prelada, no âmbito do Acordo de Cooperação e respetivos contratos-programa, incluir novos doentes do SNS.

⁶⁸ Respetivamente: 39 consultas, em 2013, 31, em 2014, e 48, em 2015.

⁶⁹ Informando em email de 7 de março de 2017 que vão "(...) proceder à anulação destes episódios [do ano de 2014 (ano analisado pela ARS do Norte, faltando ainda o ano de 2013)]". Quanto às consultas subsequentes e ao ano de 2015, informam: "No que respeita às consultas subsequentes não é efetuada a confirmação de que os doentes são os acompanhados no HCF. Estamos neste momento a estudar a forma de proceder a esta confirmação (recorrendo a auditoria clínica pelos nossos assessores médicos), podendo ainda vir a ser anulada a faturação de episódios que não se encontrem em conformidade nesta matéria. Mais se informa que na validação do contrato de 2015 [à data do email ainda não realizada] todas estas questões serão asseguradas."

⁷⁰ São objeto de codificação clínica, em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (vd glossário), as atividades do Hospital da Prelada realizadas em internamento cirúrgico e médico (doentes saídos) e em GDH cirúrgicos de ambulatório.

⁷¹ Num universo de 11.822 episódios registados na base de dados de GDH. Estas auditorias têm como objetivo garantir a qualidade dos sistemas de classificação de doentes, avaliando o grau de conformidade da codificação clínica. A sua realização encontra-se prevista no art.º 4º, al. l), dos estatutos anexos à Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio.



Considerando que as auditorias à codificação clínica realizadas pela ACSS têm como objetivo determinar o grau de conformidade da codificação clínica com as normas dessa codificação, e não o controlo da atividade realizada, faturada e paga, compete à ARS do Norte estabelecer os procedimentos necessários a esse controlo⁷².

No contraditório institucional, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte informa que *“Ao nível da monitorização e acompanhamento da execução do Acordo com o HP (...), encontra-se já em curso a implementação de procedimentos de controlo adicionais aos efetuados pela ACSS (...). Desde o início do ano de 2017 foram igualmente criadas condições que irão possibilitar a realização de auditorias, que concorrerão igualmente para o antedito.”*. Refira-se que os procedimentos a implementar vão ao encontro da recomendação VII dirigida ao Conselho Diretivo da ARS do Norte, sendo a sua implementação objeto de acompanhamento pelo Tribunal, conforme determinado no título VI.

Por seu turno, a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, entidade que valida os ficheiros de faturação do HP, informa que, a pedido da ARS do Norte, incluiu já na validação procedimentos de controlo de atos não incluídos no Acordo do HP, como as primeiras consultas de psiquiatria.

Responsabilidade pela não prestação atempada de cuidados cirúrgicos

Sem prejuízo de o Hospital da Prelada ter, em regra, capacidade para resolver as suas listas de inscritos para cirurgia dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, têm sido operados alguns doentes em entidades convencionadas do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia⁷³.

A título de exemplo, de acordo com os dados fornecidos pela Unidade Central de Inscritos para Cirurgia, entre 2013 e 2015, foram operados em unidades convencionadas 16 doentes cujo hospital de origem⁷⁴ é o Hospital da Prelada.

Refira-se que, desde 2012⁷⁵, os hospitais de origem do SNS são responsabilizados financeiramente pela não prestação atempada de cuidados cirúrgicos. Para além de constituir um incentivo à prestação atempada de cuidados, esta responsabilização visa também garantir uma *“(...) melhor gestão orçamental dos recursos financeiros colocados à disposição da prestação de cuidados de saúde diferenciados.”*⁷⁶.

Esta regra não foi introduzida pela ARS do Norte nos contratos-programa celebrados com a SCM do Porto, tendo a ARS do Norte manifestado dúvidas, desde 2012, à ACSS sobre a aplicação da mesma ao Hospital da Prelada, sem que haja evidência de resposta por parte daquela entidade.

⁷² Acresce ainda o facto de as auditorias à codificação clínica incidirem sobre uma amostra limitada e, relativamente à mesma entidade auditada, poderem não ser efetuadas com regularidade pelo menos anual.

⁷³ Cujo regime se encontra estabelecido na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, e, desde 1 de maio de 2017, na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, e, ainda, na Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, entretanto revogada pela Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que manteve o princípio da responsabilização do hospital de origem.

⁷⁴ De acordo com as regras do SIGIC entende-se por “hospital de origem” *“(...) a unidade hospitalar do SNS, do setor privado ou do setor social onde é efetuado pela primeira vez o registo do utente na LIC [Lista de Inscritos para Cirurgia] para um determinado tratamento cirúrgico.”* (n.º 39 do anexo da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro).

⁷⁵ Portaria n.º 271/2012, de 4 de setembro, e Adenda à Metodologia de contratualização com as unidades hospitalares do SNS, disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/normas-e-metodos/>. Até então, os cuidados prestados por outras entidades, designadamente entidades convencionadas, eram suportados pelas Administrações Regionais de Saúde.

⁷⁶ Adenda à “Metodologia de contratualização com as unidades hospitalares do SNS, de 2012”.



Refira-se que a celebração dos contratos-programa pela ARS do Norte deve ser feita “(...) *de acordo com orientações definidas a nível nacional (...)*”⁷⁷, cuja emissão compete ao Governo e à ACSS⁷⁸. A matéria em análise é comum não só ao Hospital da Prelada, mas a outras entidades do sector social, com acordos de cooperação, como sejam os acordos celebrados com diversas Misericórdias ao abrigo do Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas em 2010.

Saliente-se que, nos termos dos acordos celebrados, estas entidades prestam cuidados à população de uma área de influência em moldes semelhantes aos dos hospitais do SNS, como hospital de origem, e participam na Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde para complementar a capacidade do SNS de prestar cuidados de saúde em tempo adequado, de qualidade e segurança, aos utentes do SNS.

Sobre esta matéria, a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, em sede de contraditório, informa que “(...) *a ACSS disponibiliza às ARS e hospitais, aplicação informática SIGLIC, relatórios financeiros sobre os encargos existentes com utentes operados em entidades convencionadas no âmbito do SIGIC, quer na ótica de hospital de origem quer na de hospital de destino.*”

8. Acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Hospital da Prelada

Referenciação de doentes para a consulta externa – esgotamento da capacidade instalada do SNS

A referenciação direta, pelas unidades de cuidados de saúde primários para o Hospital da Prelada⁷⁹ não garante a plena rentabilização da capacidade instalada nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Nesse sentido, mas a propósito de outro Hospital com Acordo de Cooperação com o Estado, pronunciou-se o Tribunal de Contas no Relatório n.º 21/2013-2ª Secção - Auditoria de seguimento das recomendações do Relatório de Auditoria n.º 11/2011 – 2.ª Secção (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 (ARSLVT), e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA).

Verifica-se que, coincidindo a área de referenciação do Hospital da Prelada com as áreas de referenciação do Centro Hospitalar de São João (Maia, Valongo e Porto Oriental), do Centro Hospitalar do Porto (Gondomar e Porto Ocidental), do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (Gaia e Espinho), e do Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde e Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Póvoa do Varzim e Vila do Conde), a ARS do Norte não definiu critérios/procedimentos de referenciação para o Hospital da Prelada que garantam que as unidades de cuidados de saúde primários apenas referenciam para esta unidade hospitalar em caso de esgotamento da capacidade instalada dos hospitais do SNS.

⁷⁷ Art.º 3º, n.º 2, al. l), do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

⁷⁸ É sua missão “(...) *proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, IP, no domínio da contratação da prestação de cuidados.*” (cfr. art.º 3º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro). Cabe, ainda, à ACSS “(...) *a coordenação e acompanhamento da execução (...) de (...) contratos de prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do sector privado e social.*” (art.º 3º, n.º 4, do mesmo diploma) e, concretamente, ao seu Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde “*Proceder à definição (...) do clausulado tipo de acordos de cooperação na área dos cuidados de saúde com entidades particulares de solidariedade social.*” (art.º 4º, al. k), da Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio. Também, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro (art.ºs 11º e 12º), a ACSS assume funções de coordenação dos acordos celebrados com entidades do setor social.

⁷⁹ O acesso dos utentes aos cuidados prestados no Hospital da Prelada é feito através de referenciação direta das unidades de cuidados de saúde primários (Agrupamentos de Centros de Saúde). Excecionalmente, o Hospital da Prelada pode ainda, à semelhança dos hospitais do SNS, receber doentes transferidos de outras unidades hospitalares, por falta de capacidade técnica destes, sendo sempre por esta via que recebe doentes para tratamento na Unidade de Queimados.



Esses critérios e/ou procedimentos devem considerar não só a capacidade de cada um dos hospitais do SNS para resolver as necessidades da população da sua área geográfica dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, mas também a capacidade de uns suprirem as incapacidades dos outros. Só depois de esgotada esta capacidade dos hospitais do SNS no seu conjunto é que as unidades de cuidados de saúde primários podem referenciar os doentes para o Hospital da Prelada.

Sem prejuízo de o risco da existência de capacidade instalada desperdiçada/ociosa do SNS ter diminuído com a operacionalização, em 2016, do regime do Livre Acesso e Circulação dos Utentes no Serviço Nacional de Saúde⁸⁰ que permite aos utentes da área de influência do Hospital da Prelada e de cada um dos hospitais do SNS optarem, com o apoio do médico dos cuidados de saúde primários, por outro hospital (do SNS⁸¹) considerando o interesse do utente e os tempos médios de resposta para primeira consulta e para cirurgias programadas, o mesmo não impede que os doentes sejam referenciados para o Hospital da Prelada, ainda que existam hospitais do SNS a dar resposta em tempo adequado às necessidades da população. Esta situação resulta do facto de as unidades de cuidados de saúde primários da área geográfica de referência do Hospital da Prelada poderem referenciar indistintamente para os hospitais do SNS ou para o Hospital da Prelada.

Ora, como referido no Relatório n.º 21/2013 – 2ª Secção, apenas a referência para o Hospital da Prelada em caso de comprovada incapacidade de resposta dos hospitais do SNS garante que este hospital “(...) *está (...) 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.*” (p. 38 do Volume I do Relatório citado).

Ainda que o Acordo de Cooperação com a SCM do Porto relativamente ao Hospital da Prelada venha a ser fundamentado nos termos do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, e do “*Modelo para Análise e Avaliação Prévia de Acordos de Cooperação com IPSS*” desenvolvido pela ACSS que determina o levantamento da capacidade disponível no SNS, a complementaridade dos cuidados prestados pelo Hospital da Prelada apenas estará totalmente assegurada se no momento da referência forem executados procedimentos, definidos pela ARS do Norte e executados pelas unidades de cuidados de saúde primários, que confirmem a incapacidade de resposta dos Hospitais do SNS.

A definição de procedimentos que garantam a rentabilização de capacidade instalada do SNS tem sido, também, uma preocupação deste e de anteriores Governos, sendo o último exemplo o Despacho n.º 3796-A/2017, de 4 de maio, do Ministro da Saúde⁸². Verifica-se, porém, que estes procedimentos não têm, até agora, sido aplicados nas relações entre o Estado e entidades do setor social ao abrigo de acordos de cooperação, dado que o acesso dos utentes a estas entidades é feito como se se tratasse de uma unidade do SNS, cujos recursos são do Estado.

É que, conforme sustentado nos Relatórios de Auditoria citados, aos preços acordados com as entidades com acordos de cooperação há ainda que acrescer o eventual custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa do SNS.

⁸⁰ Despacho n.º 5911-B/2016, de 2 de maio, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, 2ª S, n.º 85, de 3 de maio de 2016.

⁸¹ Não incluindo, pois, hospitais do setor social ou privado com acordo/contrato com o Estado.

⁸² Publicado no DR, 2ª S, n.º 87, de 5 de maio de 2017.



Questionados os hospitais do SNS da área de influência do Hospital da Prelada sobre a sua capacidade para realizar mais produção nas especialidades do Acordo, os mesmos referiram estar no limite das suas capacidades no que respeita aos recursos humanos (CHSJ, CHP, CHVNG/E), às instalações (CHP), aos equipamentos (CHVNG/E, ULSM) e aos serviços de apoio à atividade cirúrgica (CHP). Apenas o Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE (CHPVVC), apresentou disponibilidade para realizar mais consultas e cirurgias na especialidade de Ortopedia⁸³, com um custo marginal de € 47,88/consulta e de € 449,51/cirurgia⁸⁴, sem prejuízo de ter de aumentar o número de recursos humanos.

Considerando os preços unitários aplicáveis na relação contratual entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP e a SCM do Porto em 2015, € 66,96, por consulta, € 2.251,87, por episódio de internamento cirúrgico e € 1.580,76, por episódio de ambulatório cirúrgico, e, por hipótese de trabalho, os custos marginais apresentados pelo Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE, o Estado obteria uma poupança de cerca de € 1 milhão/ano, na realização de 1.760 consultas externas e 550 cirurgias em regime de internamento, ou de cerca de € 0,7 milhões/ano, se as cirurgias fossem realizadas em ambulatório, se transferisse esta produção do Hospital da Prelada para este Centro Hospitalar.

Em sede de contraditório, o Provedor da SCM do Porto refere que *“(...) os doentes que são referenciados para o HP seriam atendidos maioritariamente no CH de S. João e no CH do Porto, caso estes tivessem capacidade para os receber (...)”* e que *“(...) estes Centros Hospitalares, quer ao nível da consulta, quer ao nível dos GDH’s, têm um preço por ato superior ao HP pelo que haveria encargos superiores para o Estado se esta entidade não fizesse parte deste sistema.”*

Note-se, porém, que o encargo para o Estado pela realização de cuidados de saúde em unidades hospitalares do SNS em substituição da prestação desses mesmos cuidados de saúde no HP é o custo marginal de produção de cada um dos hospitais e não o preço a que o Estado remunera a produção de cuidados de saúde nesses hospitais.

Quanto à necessidade da introdução de procedimentos de referência para o HP que garantam o esgotamento da capacidade instalada do SNS, apesar de a maioria dos hospitais do SNS referirem estar no limite das suas capacidades, o que o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte de 1 de fevereiro de 2015 a 3 de fevereiro de 2016 questionou, o Tribunal salienta que a capacidade do SNS não é imutável e que as suas recomendações têm um carácter pedagógico, visando, na situação em concreto, a instituição de procedimentos que minimizem o referido risco de existência de capacidade ociosa.

Acresce que uma das unidades hospitalares do SNS referiu ter capacidade para fazer mais consultas e cirurgias numa das especialidades do Acordo referente ao HP, a um custo marginal de produção mais baixo do que o preço pago à SCM do Porto. Ainda que a capacidade desta unidade hospitalar do SNS seja muito inferior à produção do HP qualquer poupança obtida com o tratamento dos utentes na referida unidade hospitalar é sinónimo de uma gestão mais eficiente dos recursos públicos.

Sobre a recomendação que a este propósito lhe foi dirigida – Recomendação III – o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte refere, em consonância com a mesma, que *“(...) a referência deverá ser efetuada no quadro de uma prévia avaliação das necessidades e simultânea verificação de*

⁸³ Mais 1.760 consultas/ano e 550 cirurgias/ano. Em 2015, o Hospital da Prelada realizou cerca de 28 mil consultas e 2.000 cirurgias.

⁸⁴ Custos calculados pelo Hospital, considerando o acréscimo de custos por unidade produzida com as mercadorias vendidas e consumidas, os fornecimentos e serviços externos, o pessoal e ainda com as secções de apoio clínico e, no caso do internamento cirúrgico, com a lavandaria e a alimentação.



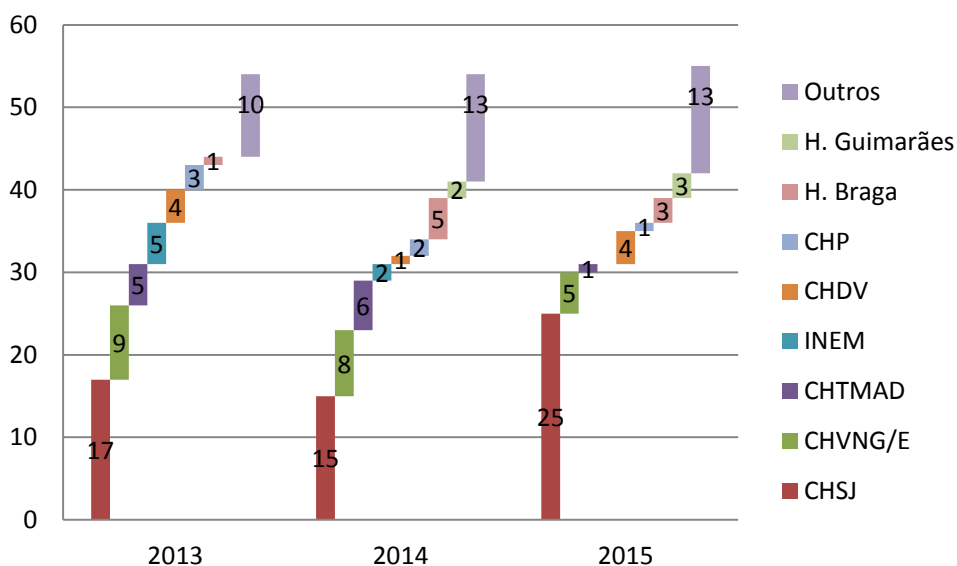
insuficiente resposta dos serviços hospitalares do setor público.”. Verificou-se porém que a avaliação das necessidades tem sido feita pela ARS do Norte apenas com base nas necessidades expressas da população e não com base no estudo de Análise Custo-Benefício previsto no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, *cfr.* ponto 11.3, e que ainda não foram implementados procedimentos de referência para o HP que garantam o esgotamento da capacidade instalada do SNS.

Também, nas suas alegações, o Ministro da Saúde dá ênfase à *“(…) preocupação importante do Governo garantir a sustentabilidade do SNS, pelo que um dos pilares fundamentais da política assenta no processo de internalização na rede do SNS (...)”*, *cfr.* ponto 6.

Referenciação de doentes para a Unidade de Queimados - esgotamento da capacidade instalada do SNS

Quanto à referenciação de doentes para a Unidade de Queimados do Hospital da Prelada por unidades hospitalares do SNS, verifica-se que a unidade que mais referencia é o CHSJ, dada a sua proximidade ao Hospital da Prelada e por ser a única unidade de saúde da Região de Saúde do Norte, para além do Hospital da Prelada, com Unidade de Queimados.

Figura 1 – Doentes transferidos por hospitais do SNS para o Hospital da Prelada – Unidade de Queimados



Fonte: Elaboração própria com base em dados da SCM do Porto.

Questionado aquele Centro Hospitalar sobre a razão pela qual transferiu aqueles doentes, o mesmo informou que as mesmas são realizadas por falta de vaga na respetiva Unidade de Queimados. Informou, ainda que *“Para não ocorrerem estas transferências teria de ser redimensionada a Unidade de Queimados do CHSJ, quer em termos de estrutura arquitetónica, quer em número total de camas (pelo menos 9), bem como um acréscimo em recursos humanos (cinco anestesiólogos, 4 cirurgiões plásticos, 15 enfermeiros e 10 assistentes operacionais).”*



Outras unidades hospitalares contactadas⁸⁵ confirmaram que o critério de internamento é o da proximidade geográfica e salientaram que contactam primeiro o CHSJ⁸⁶ e só depois referenciam o doente para o Hospital da Prelada. Por seu turno, a ARS do Norte confirmou a taxa de ocupação do CHSJ.

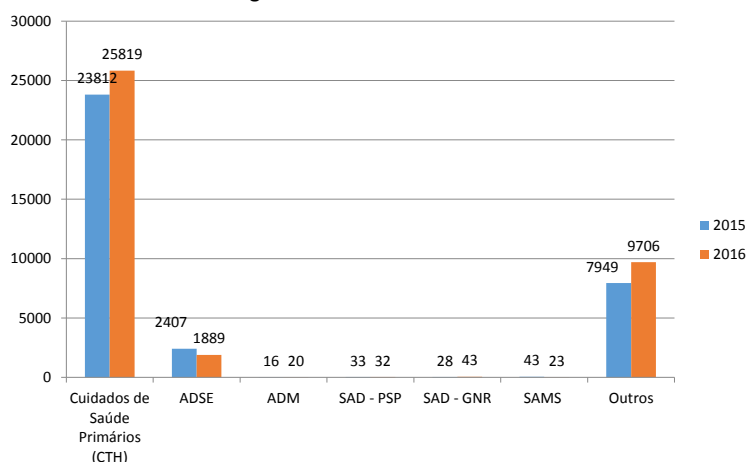
A este respeito salienta-se que é importante o registo, no processo clínico do doente, do contacto estabelecido com o hospital do SNS com unidade de queimados, o que quase todos os hospitais contactados afirmaram fazer, de modo a que fique expresso no processo a falta de capacidade da unidade de saúde do SNS para receber o doente, justificando assim a referenciação para o Hospital da Prelada.

Referenciação de doentes para a consulta externa – equidade no acesso

Confirmou-se junto da SCM do Porto que existem doentes que acedem aos cuidados prestados pelo Hospital da Prelada, no âmbito do Acordo de Cooperação, que não são referenciados pelas unidades de cuidados de saúde primários ou transferidos por unidades hospitalares do SNS.

Trata-se de doentes beneficiários de sistemas de saúde complementares – ADSE, ADM, SAD-PSP, SAD-GNR, SAMS e outros – que se dirigem diretamente ao Hospital da Prelada para marcação de consultas ou procedem à sua marcação através do Portal da Saúde da SCM do Porto⁸⁷.

Figura 2 – Pedidos de consulta



Fonte: Elaboração própria com base em dados da SCM do Porto

Neste caso, os encargos com os cuidados de saúde prestados a estes doentes são suportados pela ARS do Norte. Note-se, ainda, que apesar de serem incluídos nas listas de espera para consulta e cirurgia do Hospital da Prelada como os restantes utentes do SNS, estes utentes têm um acesso mais facilitado e rápido ao Hospital da Prelada já que não lhes é exigido que vão primeiro ao médico das unidades de cuidados de saúde primários e só mediante aprovação deste sejam referenciados também por este para o Hospital da Prelada.

⁸⁵ Hospital de Braga, Centro Hospitalar do Porto, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Hospital Garcia de Orta.

⁸⁶ Ou outro hospital com Unidade de Queimados, considerando a proximidade, como indicado pelo Hospital Garcia de Orta.

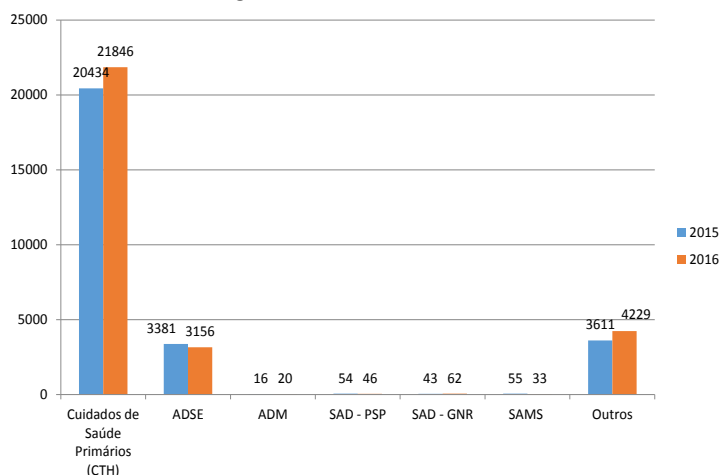
⁸⁷ <http://portaldasaude.scmp.pt/pt-pt/marcacao-de-consultas>.



Esta situação pode originar ainda cuidados que são prestados no Hospital da Prelada que não seriam necessários se houvesse primeiro a intervenção de um médico das unidades de cuidados de saúde primários. Procedendo este médico a uma avaliação da situação clínica do doente o mesmo podia concluir pela desnecessidade de recurso a uma unidade hospitalar diferenciada.

Com efeito, doentes que não cumpram o “circuito de acesso” ao SNS só podem ser atendidos pelo Hospital da Prelada no âmbito a sua atividade privada.

Figura 3 – Consultas realizadas



Fonte: Elaboração própria com base em dados da SCM do Porto

Neste sentido existem diversos pareceres da Entidade Reguladora da Saúde, destacando-se o relativo ao tratamento de utentes beneficiários do SNS que sejam, simultaneamente, beneficiários do sistema de saúde da ADSE⁸⁸ que conclui que “(...) o acesso dos beneficiários da ADSE à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde – aos serviços integrados no SNS e aos convencionados com o mesmo – deve ser efetuado em condições de igualdade com os demais utentes beneficiários do SNS.”.

Em contraditório, o Provedor da SCM do Porto, refere que “(...) para os beneficiários dos subsistemas públicos, a condição de ter uma referência pelos cuidados de saúde primários pode ser um obstáculo inultrapassável, na medida em que muitos desses doentes não têm médico de família. No entanto, cumpre enfatizar que mesmo os beneficiários destes subsistemas são incluídos na lista de espera de consulta e cirurgia (...)”. Também, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte afirma que “(...) o tempo médio de espera global foi de 15,2 dias, com 15,4 dias no caso dos utentes do SNS e 13,5 dias no caso dos subsistemas.”. Estas observações não são suscetíveis de alterar as conclusões da auditoria, dado que o que está em causa nas mesmas não é a inclusão dos doentes em lista de espera, cujas regras estão a ser cumpridas pela entidade prestadora, mas o modo de acesso dos beneficiários dos subsistemas de saúde aos cuidados prestados pelo Hospital da Prelada: através de contacto direto do beneficiário do subsistema com o Hospital da Prelada e não através de referência pelo médico da unidade de cuidados de saúde primários como sucede para a generalidade dos utentes do SNS.

Note-se que, sobre a mesma matéria, o Presidente do CD da ARS do Norte refere, também, que “(...) esta ARS encontra-se já a adotar procedimentos tendentes a assegurar que os beneficiários dos sistemas de saúde complementares (...) acedam aos cuidados de saúde prestados pelo HP em igualdade de circunstâncias dos beneficiários do SNS.”.

Referenciação de doentes para a especialidade de Medicina Física e de Reabilitação – posicionamento do Hospital da Prelada na prestação de cuidados na especialidade

Até à abertura do Centro de Reabilitação do Norte, em 2014, que visou dar resposta às situações mais complexas da Região de Saúde do Norte na especialidade de Medicina Física e de Reabilitação, o

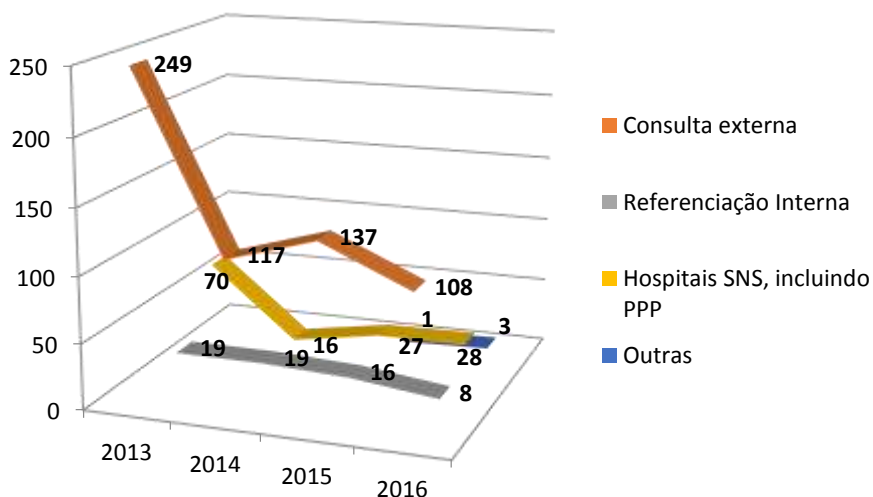
⁸⁸ Disponível em: https://www.ers.pt/pages/64?news_id=1075



Hospital da Prelada respondia também às necessidades dos doentes de unidades hospitalares do SNS nessa especialidade, designadamente ao nível do internamento.

Para o efeito, o Hospital da Prelada recebia, para internamento, não só doentes provenientes da consulta externa, mas também doentes transferidos de hospitais do SNS.

Figura 4 – Origem dos doentes do internamento (2013-2016)



Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pela SCM do Porto.

Apesar do número de doentes de ambas as proveniências ter diminuído após 2014, verifica-se com base na prevalência de doença dos doentes transferidos pelos hospitais do SNS (doentes com patologia de Acidentes Vasculares Cerebrais – AVC e Traumatismos Vertebro-Medulares – TVM), no tipo de tratamentos realizados aos doentes internados (cfr. Volume II – Anexo V – indicadores de produção) e na demora média que o perfil assistencial do Hospital da Prelada não sofreu alterações significativas, além da diminuição do número de tratamentos por doente tratado, em 2015 e 2016.

Figura 5 – Prevalência de doença dos doentes transferidos por hospitais do SNS

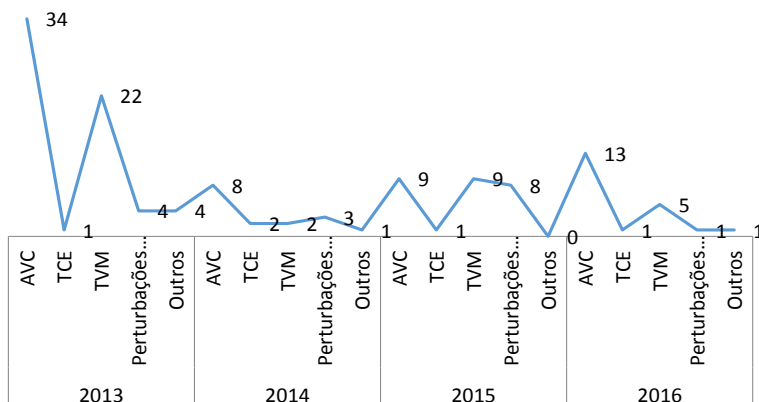
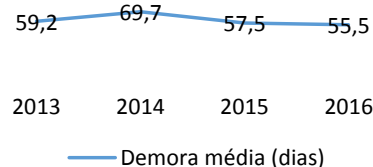


Figura 6 – Demora média

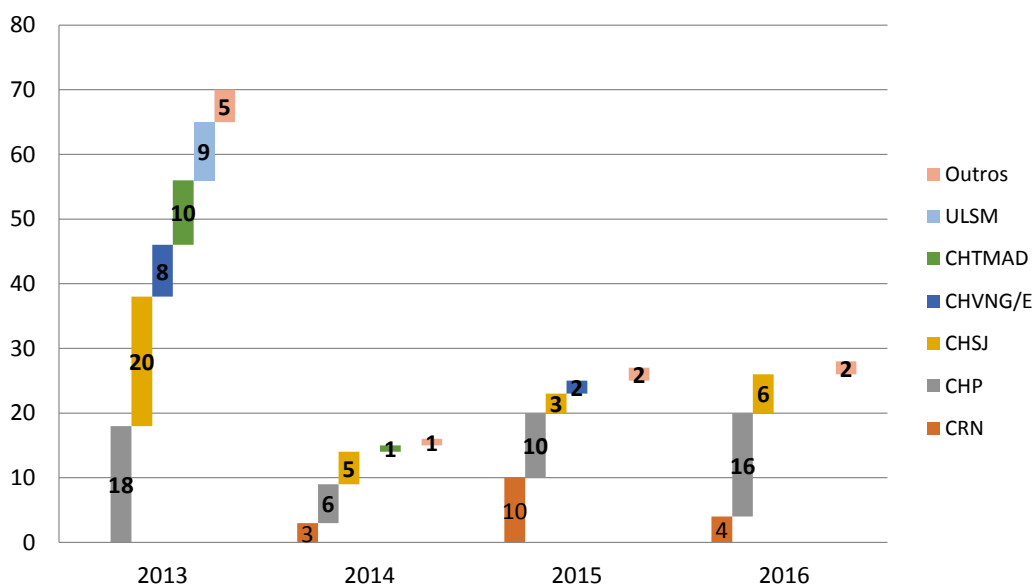


Fonte: Elaboração própria com base em dados sobre a prevalência da doença disponibilizados pela SCM do Porto e sobre a demora média disponibilizados pela ARS do Norte.



Nas transferências de hospitais do SNS, destaca-se, ainda, a proximidade geográfica do Hospital da Prelada aos Hospitais do SNS que mantiveram o maior número de referências após 2014 (CHP e CHSJ), assim como as do Centro de Reabilitação do Norte, que parecem confirmar a informação transmitida pela SCM do Porto durante a auditoria no sentido de gerir os serviços de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital da Prelada e do Centro de Reabilitação do Norte não só em função dos acordos celebrados com o Estado e da capacidade técnica de ambos, mas também considerando a proximidade da residência dos doentes e respetivos familiares a cada uma das unidades hospitalares. Refira-se que esta gestão também é feita deste modo nos tratamentos realizados em ambulatório.

Figura 7 – Doentes transferidos por hospitais do SNS para o Hospital da Prelada - MFR



Fonte: Elaboração própria com base em dados da SCM do Porto.

A manutenção do perfil assistencial do Hospital da Prelada na área da Medicina Física e de Reabilitação assim como as transferências para o mesmo de hospitais do Serviço Nacional de Saúde suscitam a questão da definição do posicionamento do Hospital da Prelada na prestação de cuidados de Medicina Física e de Reabilitação face ao Centro de Reabilitação do Norte, uma unidade do Serviço Nacional de Saúde apesar de gerida pela Santa Casa da Misericórdia, e a outras unidades do SNS, com a especialidade de Medicina Física e de Reabilitação. Tratando-se de doentes que se inserem no perfil assistencial do Centro de Reabilitação do Norte ou de outras unidades do SNS, os mesmos devem, primeiro, ser encaminhados para estes e apenas em caso de comprovada falta de capacidade de resposta destes poderão ser referenciados para o Hospital da Prelada.

Note-se que o Hospital da Prelada prestando cuidados de saúde na área da Medicina Física e de Reabilitação a utentes do SNS desde 1988 não consta da Rede de Referência Hospitalar em vigor, aprovada em 28 de fevereiro de 2017, tal como já não constava da primeira rede, aprovada em 2002 (vd. ponto 4.5 da Parte I do Volume II), sendo, por isso, necessário que a ARS do Norte regule o posicionamento do mesmo na prestação deste tipo de cuidados e garantam o esgotamento da capacidade instalada no SNS.



9. Necessidade de celebração do Acordo

Para aferir da relevância do Acordo de Cooperação na prestação de cuidados à população, foram elaborados indicadores com base em informação disponível sobre produção e acesso aos cuidados de saúde nos anos de 2014 e 2015, conforme Volume II - Anexo V⁸⁹. Na elaboração dos indicadores foram tidos em consideração o Hospital da Prelada e os hospitais do SNS que prestam cuidados de saúde na área de influência daquele Hospital, em cada uma das especialidades de cuidados incluídas no Acordo: Centro Hospitalar de São João, EPE (CHSJ), Centro Hospitalar do Porto, EPE (CHP), Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG/E), Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE (CHPVVC), e Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (ULSM).

Quadro 1 – Consultas realizadas

Primeiras consultas	2014	2015	Dif	Δ 2014-2015
Total primeiras consultas	209 220	212 537	3 317	1,6%
Total primeiras consultas Hospitalais SNS	182 685	184 090	1 405	0,8%
Hospital da Prelada	26 535	28 447	1 912	7,2%
Hospital da Prelada - % no total	12,7%	13,4%	57,6%	
Todos tipos de consulta (primeiras e subsequentes)	2014	2015	Dif	Δ 2014-2015
Total consultas	631 221	650 571	19 350	3,1%
Total consultas Hospitalais SNS	563 191	572 873	9 682	1,7%
Hospital da Prelada	68 030	77 698	9 668	14,2%
Hospital da Prelada - % no total	10,8%	11,9%	50,0%	

Fonte: N.º de consultas - ACSS, DPS, SICA, Dados extraídos a 22 de fevereiro de 2016

Em 2014 e 2015, face à produção total dos hospitais da sua área de influência, a produção do Hospital da Prelada representou cerca de 11% do total de consultas (68.030 em 2014 e 77.698 em 2015) e de 13% do total de cirurgias (10.067 em 2014 e 10.578 em 2015).

Quadro 2 – Cirurgias realizadas

Cirurgias	2014	2015	Dif.	Δ 2014/2015
Total Cirurgias	77 644	83 248	5 604	7,2%
Total Cirurgias Hospitalais do SNS	67 577	72 670	5 093	7,5%
Hospital da Prelada	10 067	10 578	511	5,1%
Hospital da Prelada - % no total	13,0%	12,7%	9,1%	

Fonte: N.º de cirurgias - ACSS, UCGIC

Nas especialidades do Acordo e face à produção total dos hospitais da sua área de influência, a produção do Hospital da Prelada assume maior representatividade nas especialidades de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Medicina Física e de Reabilitação, Ortopedia e Tratamentos Cirúrgicos da Obesidade (Cfr. Volume II – Anexo V), realizando, em 2015:

- 44% (18.282) das consultas e 37% (2.922) das cirurgias da especialidade de Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
- 24% (10.963) das consultas da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação;
- 17% (27.826) das consultas e 24% (3.952) das cirurgias da especialidade de Ortopedia;
- 26% (183) dos tratamentos cirúrgicos da obesidade.

⁸⁹ Os dados da análise comparativa dos indicadores de acesso e produção do Hospital da Prelada com os hospitais do SNS divergem dos dados da execução física dos contratos-programa (ponto 3.2 da Parte I do Volume II): na análise comparativa utilizaram-se os dados da produção das especialidades que constituem o objeto principal do Acordo e respetivos contratos-programa (ortopedia, medicina física e de reabilitação, urologia, oftalmologia, cirurgia plástica e reconstructiva, que inclui a unidade de queimados, e cirurgia geral, que inclui o tratamento cirúrgico da obesidade); os dados da execução física dos contratos-programa são dados de faturação que incluem outras especialidades (como a medicina interna e a psiquiatria) e obedecem a regras distintas dos registos de produção (v.g., a produção acima da contratada não é faturada).



De 2014 para 2015, o Hospital da Prelada reduziu o número de doentes inscritos nas listas de espera para cirurgia em 20% (menos 398 doentes), contrariando a tendência do conjunto dos hospitais do SNS da área de influência do Hospital da Prelada cujas listas de espera aumentaram 4% (863 doentes).

Quadro 3 – Doentes a aguardar cirurgia

N.º de doentes a aguardar cirurgia	2014	2015	Dif	Δ 2014-2015
Total	21 702	22 167	465	2,1%
Total Hospitais SNS	19 697	20 560	863	4,4%
Hospital da Prelada	2 005	1 607	-398	-19,9%

Fonte: ACSS - UCGIC

Em sentido contrário, o aumento do número de doentes inscritos nas listas de espera para consulta no Hospital da Prelada (mais 34%, 1.240 doentes) foi superior ao verificado no conjunto dos hospitais do SNS (mais 29%, 10.343 doentes) da sua área de influência.

Quadro 4 – Doentes a aguardar 1ª consulta

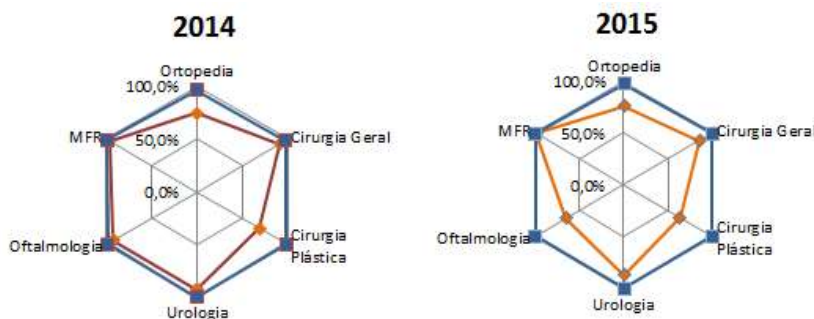
N.º de doentes a aguardar 1ª consulta	2014	2015	Dif	Δ 2014-2015
Total	57 396	69 785	12 389	21,6%
Total Hospitais SNS	36 080	46 423	10 343	28,7%
Hospital da Prelada	3 685	4 925	1 240	33,6%

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pela ARS do Norte (Hospitais do SNS) e pela SCM do Porto (Hospital da Prelada)

O cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos para consulta e cirurgia no Hospital da Prelada tem-se situado acima dos 98%, com exceção dos tratamentos cirúrgicos da obesidade, em que a taxa de cumprimento foi de 91%, superior ao da generalidade do conjunto dos hospitais do SNS da sua área de influência.

No conjunto dos hospitais do SNS da sua área de influência, apesar das taxas de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos para cirurgia estarem próximas dos 98%, com exceção da Ortopedia (em 2015, 91%) e dos tratamentos cirúrgicos da obesidade (em 2015, 93%), verifica-se uma maior dificuldade no cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos para consulta. Em 2015, apenas na especialidade de Medicina Física e de Reabilitação foi atingida uma

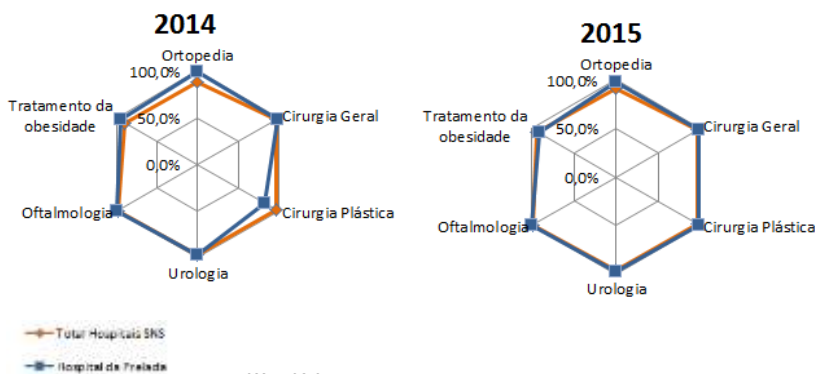
Figura 8 – Cumprimento dos TMRG Consultas





taxa de 98% de cumprimento destes Tempos Máximos. Nas restantes especialidades a taxa de cumprimento, situou-se abaixo dos 90% (entre 63% em Cirurgia Plástica e Reconstructiva e 87% em Urologia).

Figura 9 – Cumprimento dos TMRG Cirurgias



Em sede de contraditório, o Provedor da SCM do Porto fundamenta a imprescindibilidade do acordo com a inexistência de capacidade dos Hospitais do SNS da área de influência do Hospital da Prelada, para prestarem os cuidados de saúde prestados no Hospital da Prelada, por se encontrarem no limite das suas capacidades. Acrescenta ainda esta entidade, reportando-se ao *benchmarking* clínico elaborado pela IASIST, que “(...) o acordo com o Hospital da Prelada permitiu, em 2016, uma poupança média, ao SNS, de 2.624 dias de internamento”.

10. Modelo de Financiamento do Hospital da Prelada – Economia do Acordo

O modelo de financiamento aplicado pela ARS do Norte no Acordo relativo ao Hospital da Prelada é idêntico ao aplicado pelo Estado nos contratos-programa celebrados com as unidades do SNS:

- Não existe um preço específico para cada ato ou consumo realizado, mas um preço associado a linhas de produção, que no caso do Hospital da Prelada são o internamento (cirúrgico e médico), a cirurgia de ambulatório e a consulta externa.
- O internamento de doentes agudos e a cirurgia de ambulatório são pagos por doente saído/operado, classificados em Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH, *vd* Glossário). Apenas o preço do internamento de Medicina Física e de Reabilitação tem por base a diária. A consulta médica é paga por episódio de consulta.
- Os preços destas linhas de produção são compreensivos, incluindo todos os atos necessários ao cuidado do utente: meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cuidados de hotelaria, consumos de medicamentos e de material de consumo clínico, atos de enfermagem, entre outros.

Sem prejuízo da Lei de Bases da Saúde determinar que “*Tendencialmente, devem ser adotadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde.*”⁹⁰ e da legislação que a desenvolve, como o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, determinar que “*A tabela de preços a aplicar aos Acordos(...) [tem] por referência o modelo de financiamento aplicável aos hospitais do SNS*” o modelo de financiamento e os preços a aplicar aos hospitais do setor social (e do setor privado) com acordos com o Estado, como o Hospital da Prelada, não tem que ser igual.

⁹⁰ Na qual se integram, entre outros os hospitais do SNS e os hospitais dos setores privado e social com acordos com o Estado.



Nada impede que o Estado, no caso a ARS do Norte, aplique ao Hospital da Prelada preços mais baixos do que os aplicáveis aos hospitais do SNS, considerando as suas especificidades, designadamente: jurídicas, dado que o mesmo está sujeito maioritariamente a regras de direito privado (v.g. na contratação de trabalhadores e na aquisição de bens e serviços); fiscais (v.g. Isenções em impostos); técnicas (v.g. o Hospital da Prelada não tem serviço de urgência⁹¹).

A este respeito refira-se que, na situação da devolução de hospitais às misericórdias⁹², prevista no artigo 14º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, o legislador estabelece como condição para a devolução e a celebração com as misericórdias de um Acordo de Cooperação, um estudo económico (Análise Custo-Benefício) que demonstre uma diminuição de encargos de, *“pelo menos, 25%, relativamente à alternativa de prestação de serviços pelo setor público.”* O estudo económico a que este preceito se refere é precisamente aquele que a ARS do Norte já devia ter feito para a aquisição de serviços de saúde à SCM do Porto e, ainda, não o fez (vd. ponto 11.3).

Acresce que a aplicação dos preços dos hospitais do SNS ao Hospital da Prelada, não é a mais adequada do ponto de vista da economia.

Conforme referido nos Relatórios de Auditoria n.ºs 30/2011 - 2ª S e 21/2013 – 2ª S, não sendo os preços do SNS fixados com base no funcionamento do mercado, mas com base nos custos dos hospitais que o integram, tais preços incorporam as ineficiências destes, beneficiando as entidades fora do perímetro às quais são aplicados, como o Hospital da Prelada.

No que concerne ao modelo de financiamento e aos preços aplicados na execução do Acordo de Cooperação do HP, o Conselho Diretivo da ARS do Norte informa que *“(…) nunca foi ponderada a aplicação ao HP de preços que não resultem das diversas tabelas definidas nas metodologias de contratualização para os Hospitais do SNS (…)”* considerando o histórico de contratualização com a SCM do Porto relativamente ao HP, no âmbito do qual se *“(…) optou por aplicar a mesma metodologia [dos hospitais do SNS] ao HP (…)”*⁹³.

Neste enquadramento, e a propósito da Recomendação V⁹⁴ dirigida ao Conselho Diretivo da ARS do Norte, refere que não obstante *“(…) não [lhe] parecer exequível no imediato a revisão do modelo de financiamento do HP (…)”*, está a *“ponderar fazer uso do mecanismo, previsto na metodologia da contratualização hospitalar da flexibilidade regional na fixação de preços que permite que o mesmo possa ser revisto em baixa.”*

Sem prejuízo de o Tribunal manter que, no atual enquadramento jurídico, o modelo de financiamento e os preços a aplicar ao HP não têm que ser iguais aos dos hospitais do SNS, esta redução em baixa preconizada pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte vai, de certo modo, ao encontro do recomendado que visa a instituição de preços mais económicos. Salienta-se, no entanto, que o modelo de financiamento e os preços a fixar devem ter por base a Análise Custo-Benefício a que se refere o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, também aplicável ao Acordo de Cooperação do HP, cfr.

⁹¹ Um serviço tipicamente deficitário dos hospitais do SNS, cujos custos são compensados com os preços aplicados noutras linhas de produção.

⁹² Hospitais propriedade de Misericórdias que são geridos pelo Estado. O diploma prevê a devolução da gestão dos mesmos às detentoras do direito de propriedade e a celebração com estas de acordos de cooperação para prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS.

⁹³ Refere o Despacho n.º 22250/2005 do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, II Série, n.º 205, de 25 de outubro, com base no qual se deu início à contratualização com os Hospitais empresarializados e integrados no Setor Público Administrativo.

⁹⁴ *“Rever o modelo de financiamento do Hospital da Prelada, em função da Análise Custo-Benefício, considerando as suas especificidades jurídicas, fiscais, técnicas e o seu desempenho económico-financeiro, assim como a necessidade de garantir que o Estado não tenha encargos superiores aos que resultariam se os cuidados de saúde fossem prestados por unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.”*



ponto 11.3, e que a ARS do Norte ainda não realizou. A este propósito *vide* Recomendação V dirigida ao Conselho Diretivo da ARS do Norte.

10.1. Consulta externa

Para efeitos de financiamento da consulta externa, o Hospital da Prelada foi equiparado pela ARS do Norte “(...) *de forma heurística (...)*”, a partir de 2013, aos hospitais do SNS do Grupo D⁹⁵.

Esta equiparação não observou os mesmos critérios que foram utilizados pela ACSS na distribuição dos hospitais do SNS pelos grupos de financiamento da consulta externa. De facto, apesar de insistências da ARS do Norte no sentido de obter a colaboração da ACSS na aplicação desses critérios ao Hospital da Prelada⁹⁶, não há evidência da ACSS ter prestado o apoio solicitado.

Já em 2015, para o mesmo efeito, a ARS do Norte recorreu ao índice de *casemix* da atividade de internamento e de ambulatório do Hospital da Prelada, por comparação com os dos restantes hospitais do SNS da Região de Saúde do Norte, tendo mantido o enquadramento no Grupo D.

Note-se, porém, que o indicador utilizado reflete a complexidade da atividade de internamento e de ambulatório e não a da consulta externa, daí a ACSS ter utilizado uma metodologia distinta para proceder ao agrupamento dos hospitais do SNS para efeitos de financiamento desta atividade. O critério utilizado também não explica a razão por que é que o Hospital da Prelada foi integrado no Grupo D e outros hospitais, de outras Misericórdias, com as quais a ARS do Norte também celebrou Acordos de Cooperação, foram integrados no Grupo A de financiamento, uma vez que o Hospital da Prelada não é o que apresenta o índice de *casemix* mais elevado.

A este propósito, também, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte no período compreendido entre 1 de fevereiro de 2015 e 3 de fevereiro de 2016, nas suas alegações a propósito do atraso na negociação do contrato-programa de 2015 (objeto do ponto 11.1 do Relatório), informa que *“Em setembro de 2015 (...) coloca a dúvida aos serviços da ARSN sobre qual o grupo de financiamento em que o HP devia ser integrado para efeitos de definição do preço das consultas externas, não compreendendo a sua integração no Grupo D, quando as outras Misericórdias foram integradas no Grupo A”*.

Já o atual Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte, na resposta institucional, alude a factos já constatados na auditoria⁹⁷ e que não alteram as conclusões produzidas. Por seu lado, a Presidente do

⁹⁵ Até então estava equiparado aos hospitais do SNS do Grupo 2. Em 2013 houve um reagrupamento das unidades hospitalares do SNS, refletindo alterações ocorridas no financiamento hospitalar. Esta matéria encontra-se desenvolvida no Anexo VI. Em 2015, o preço unitário da consulta externa do Grupo A era de € 37,20, Grupo B € 39,17, Grupo C € 43,58, Grupo D € 66,96, Grupo E € 70,12 e Grupo F € 106,85.

⁹⁶ Sem prejuízo de a ARS do Norte ser a entidade responsável pela celebração dos contratos-programa do Hospital da Prelada, a mesma deve fazê-lo “(...) *de acordo com orientações definidas a nível nacional (...)*”, (art.º 3º, n.º 2, al. l), do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro) cuja emissão compete ao Governo e à ACSS, pelo que a solicitação da ARS do Norte é adequada. Conforme referido no ponto 7, é missão da ACSS “(...) *proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, IP, no domínio da contratação da prestação de cuidados.*” (cfr. art.º 3º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro) Cabe, ainda, à ACSS “*a coordenação e acompanhamento da execução (...)* de (...) *contratos de prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do sector privado e social.*” (art.º 3º, n.º 4, do mesmo diploma) e, concretamente, ao seu Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde “*Proceder à definição (...) do clausulado tipo de acordos de cooperação na área dos cuidados de saúde com entidades particulares de solidariedade social.*” (art.º 4º, al. k), da Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio. Também, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro (art.ºs 11º e 12º), a ACSS assume funções de coordenação dos acordos celebrados com entidades do setor social.

⁹⁷ “*Não existindo um referencial para o HP, foi questionada a ACSS sobre a matéria. Face à ausência de resposta, esta ARSN tomou a decisão de reposicionar o HP no grupo D com preços inferiores ao então grupo 2”*.

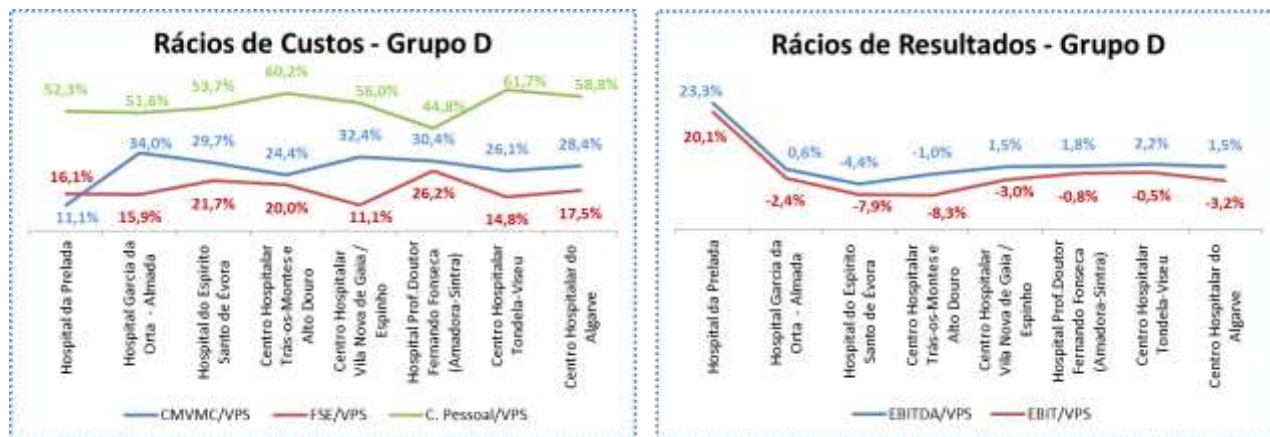


Conselho Diretivo da ACSS declara disponibilidade para, conjuntamente com a ARS do Norte, reavaliar os preços da consulta a aplicar ao Hospital da Prelada, referindo, ainda, que *“Os preços fixados para os hospitais do SNS foram definidos com base no primeiro quartil de custos unitários de cada grupo de hospitais, minimizando a incorporação de ineficiências e incentivando a gestão/contenção de custos, no sentido de permitir uma aproximação a este valor.”*⁹⁸.

Considerando que a constituição de grupos de financiamento visa aproximar o preço das consultas externas aos custos dos hospitais, procedeu-se a análise comparativa dos custos e dos resultados do Hospital da Prelada, com os demais hospitais do SNS agrupados no Grupo D.

Os gráficos seguintes ilustram, relativamente a cada hospital do grupo de financiamento D, e de acordo com as demonstrações financeiras de 2014, o peso das principais rubricas de custos (“Custos das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas”, “Fornecimentos e Serviços Externos” e “Custos com Pessoal”), bem como do EBITDA e do EBIT, nas respetivas “Vendas e Prestações de Serviços”.

Figura 10 – Rátios dos hospitais do Grupo D de financiamento



Fonte: Elaboração própria.

A figura *supra* evidencia que o Hospital da Prelada apresenta resultados superiores aos demais hospitais do grupo e apresenta índices de custos sobre as vendas e prestações de serviços inferiores à maioria desses mesmos hospitais, destacando-se o reduzido peso dos “Custos das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas” (medicamentos e material de consumo clínico).

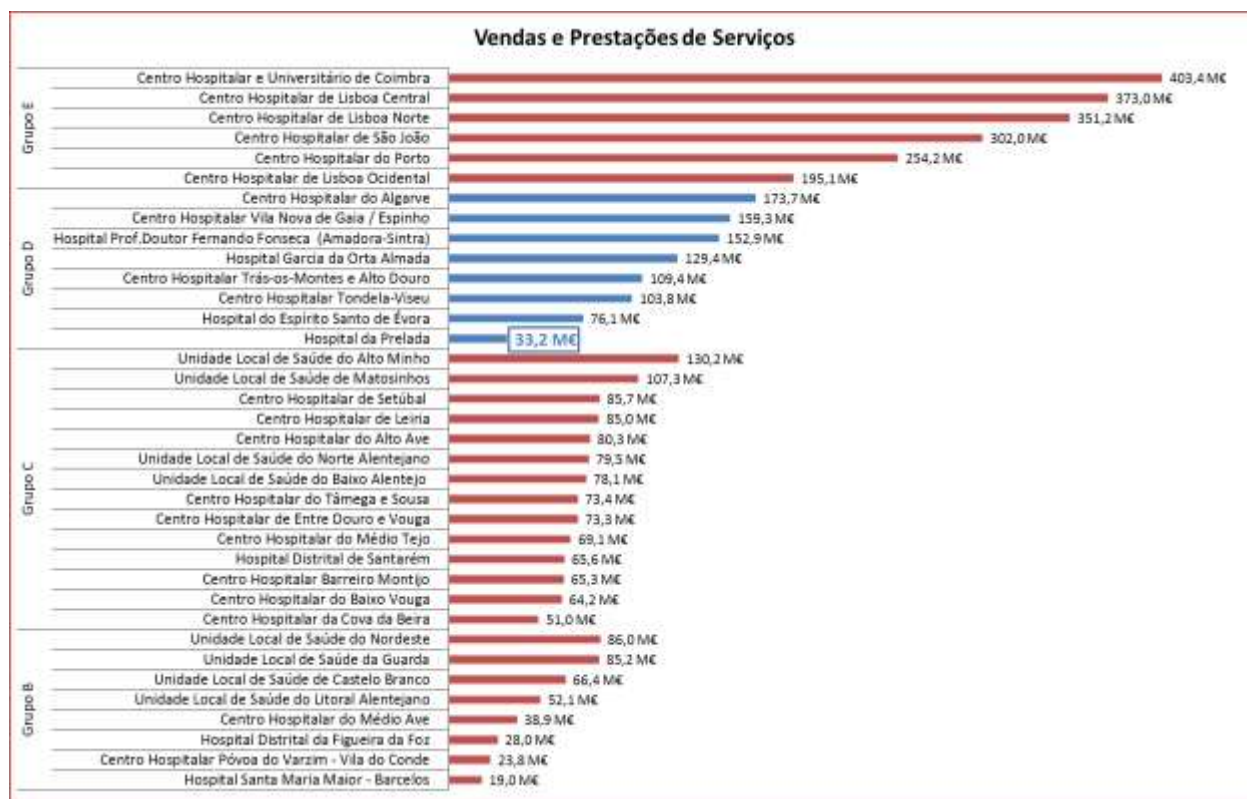
Note-se que os resultados positivos do Hospital da Prelada no triénio 2013-2015 geraram rendimentos que beneficiaram algumas áreas de atividade da instituição que são deficitárias, designadamente a área de intervenção social, da educação e da cultura, contribuindo, dessa forma, para a sustentabilidade da SCM do Porto (*cf.* ponto 2 da Parte I do Volume II).

Também a comparação de outras grandezas económicas, designadamente o volume de negócios, evidencia a disparidade do Hospital da Prelada face aos outros hospitais do grupo de financiamento D, conforme gráfico *infra*.

⁹⁸ A Presidente da ACSS acrescenta, ainda, que, *“A partir de 2013, com a aplicação de um novo modelo de clustering de hospitais, foi reatribuído um novo grupo de financiamento ao Hospital da Prelada, sendo posicionado num grupo com menor diferenciação hospitalar, o grupo D.”*, o que já era conhecido no âmbito da auditoria, não alterando as conclusões formuladas.



Figura 11 – Vendas e prestações de serviços das unidades de saúde do SNS por grupo de financiamento



Fonte: Elaboração própria com base nas demonstrações financeiras das unidades de saúde do exercício de 2014.

Nota: A figura não inclui as unidades de saúde do Grupo E, dado tratarem-se dos Institutos de Oncologia e do Grupo A, por se tratar de hospitais do setor público administrativo.

De facto, a figura revela que o Hospital da Prelada apresenta o menor volume de negócios do grupo, aproximando-se mais da média do volume de negócios das entidades integradas em grupos de financiamento cujo preço de remuneração da consulta externa é inferior, designadamente entidades agrupadas no grupo B.

Note-se que, no âmbito do contrato-programa de 2015, o Hospital da Prelada faturou 85.571 consultas externas que, ao preço de € 66,96, geraram um rendimento de € 5.729.834,16.

Considerando a metodologia de cálculo dos custos unitários por linha de produção dos hospitais do SNS, calculou-se o custo total de produção das consultas em € 5.049.799,71⁹⁹, o que dá um resultado de € 680.034,45.

Por outro lado, considerando, por hipótese, os preços pagos pelo Estado num contrato de PPP¹⁰⁰ de um hospital também incluído no grupo D para efeitos de comparação da atividade desenvolvida (primeiras consultas a € 70,80 e consultas subsequentes a € 45,50), conclui-se que a aplicação desses preços no

⁹⁹ Os custos unitários, na linha de produção da consulta externa, foram apurados com base nos elementos enviados pela SCM do Porto (email remetido em 09/01/2017), tendo sido deduzidos os gastos alusivos à esterilização, anestesiologia, imunohemoterapia, e bloco operatório, imputados à linha de produção do internamento, adotando, assim, metodologia semelhante à adotada por outros hospitais de agudos, no cálculo dos custos unitários por linha de produção. Foram incluídas na análise as consultas externas de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Medicina Física e de Reabilitação, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, Medicina Interna, Cardiologia e Psiquiatria.

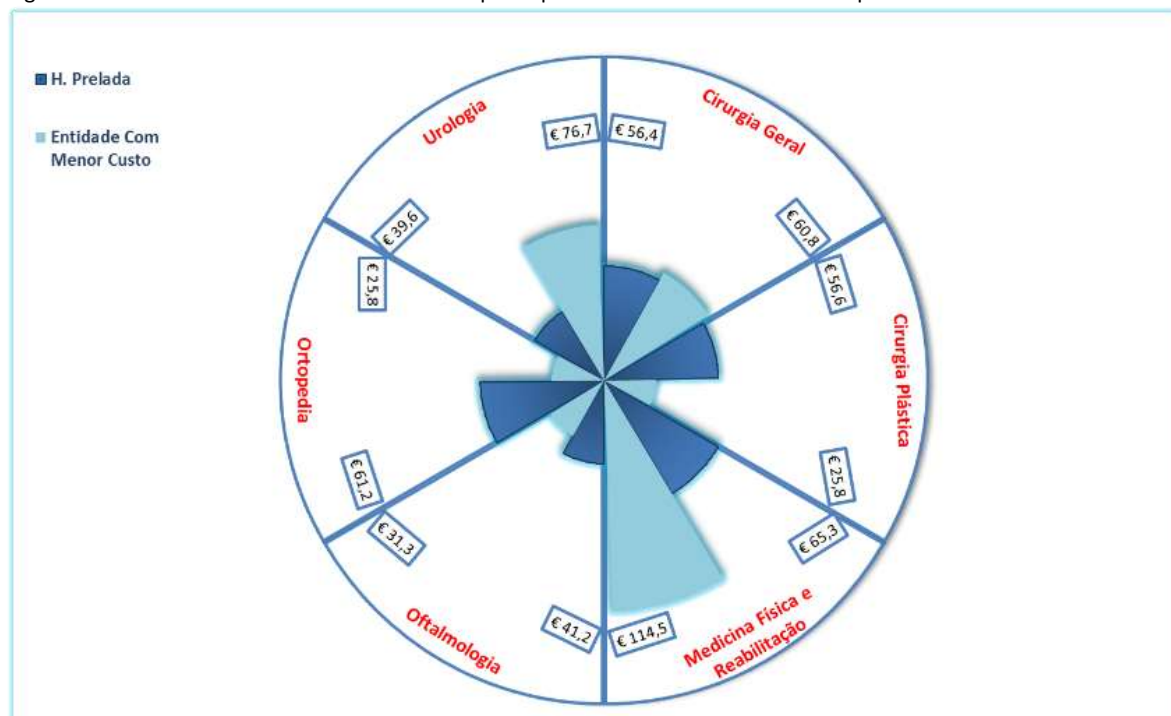
¹⁰⁰ Teve-se por referência os preços de um contrato de PPP de um hospital incluído no grupo D para efeitos de comparação da atividade, mas com preços distintos dos aplicáveis às unidades hospitalares do SNS, dado tratar-se de uma Parceria Público-Privada.



Acordo do Hospital da Prelada traduzir-se-ia numa poupança de € 1,1 milhões/ano (€ 4,6 milhões face a € 5,7 milhões), i.e. cerca de 24%¹⁰¹.

Quanto à eficiência, com base nos elementos analíticos do Hospital da Prelada e da contabilidade de custos de três hospitais da área geográfica de referência do Hospital da Prelada, o CHSJ, o CHP e a ULSM¹⁰², calcularam-se os custos unitários por valência que constam da figura seguinte.

Figura 12 – Custos unitários da consulta externa por especialidade do HP vs melhor hospital do SNS da área de referência



Fonte: Elaboração própria com base em elementos disponibilizados pela SCM do Porto, e pelos hospitais da área geográfica de referência do Hospital da Prelada

A figura evidencia que o Hospital da Prelada é mais eficiente que os hospitais do SNS selecionados nas especialidades de urologia e cirurgia geral. Já na especialidade de cirurgia plástica o Hospital da Prelada regista um custo unitário (€ 56,55) superior à Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (€ 25,80)¹⁰³ que, para efeitos de remuneração da consulta externa, está integrada no grupo C.

Já no que respeita às especialidades de ortopedia e oftalmologia verifica-se que o custo unitário apurado para o Hospital da Prelada, € 61,17 e € 41,23, respetivamente, é superior ao custo unitário calculado para CHSJ (€ 25,79) e para o CHP (€ 31,32), respetivamente, ambos enquadrados no grupo de financiamento E.

¹⁰¹ Estimativa realizada tendo por referência a produção de 2015 em que foram realizadas 27.571 primeiras consultas e 58.000 consultas subsequentes.

¹⁰² Para esta análise procedeu-se à recolha e exame de informação analítica junto dos hospitais da Região de Saúde do Norte da área geográfica de referência do Hospital da Prelada, designadamente o Centro Hospitalar de São João, EPE, o Centro Hospitalar do Porto, EPE, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, o Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE, e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. Na sequência da análise realizada à contabilidade de custos remetida por estes hospitais excluíram-se o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE e o Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE, na medida em que a informação remetida revelava falta de fiabilidade.

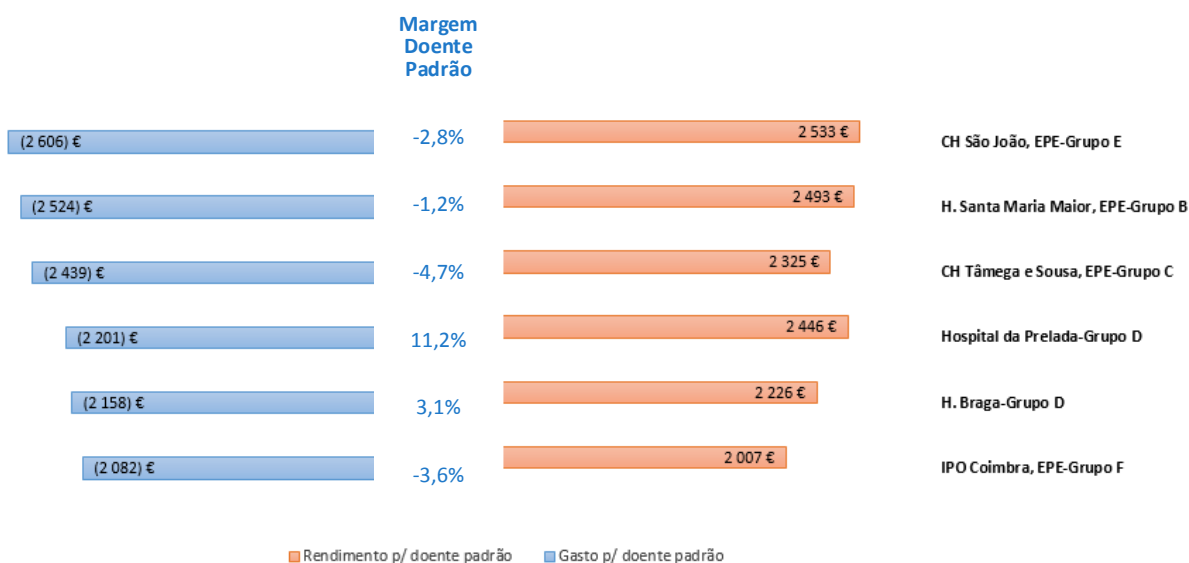
¹⁰³ Não obstante a ULSM não dispor de internamento da especialidade, note-se que o custo unitário da cirurgia plástica no Centro Hospitalar de São João é igualmente inferior (€ 29,73) ao do HP.



10.2. Rendimentos e gastos por doente padrão

Face aos outros hospitais do SNS, o Hospital da Prelada¹⁰⁴ apresenta, em 2015, o terceiro custo/gasto operacional por doente padrão (€ 2.201,00) mais baixo, apenas superado pelo Hospital de Braga (€ 2.158,00) e pelo Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE (€ 2.082,00).

Figura 13 – Gastos, rendimentos e margem por doente padrão



Fonte: Elaboração própria com base em elementos recolhidos nos Relatórios e Contas de 2015 dos hospitais e em <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>.

Nota: Foram selecionados os hospitais de cada grupo com menor custo operacional por doente padrão.

A figura *supra* evidencia ainda que o custo/gasto por doente padrão do Hospital da Prelada (€ 2.201,00) é inferior ao custo/gasto apurado para hospitais enquadrados nos grupos de financiamento B e C e que, por isso, têm um preço (remuneração) por consulta inferior.

Nota-se, também, que não obstante o custo/gasto por doente padrão do Hospital da Prelada ser superior ao do Hospital de Braga, a sua margem por doente padrão (rendimentos/gastos por doente padrão) é superior, 11,2%¹⁰⁵, face a 3,1%, respetivamente (+261,3%).

10.3. Modelo de financiamento do Hospital da Prelada - Promoção da eficiência nas unidades hospitalares do SNS

O modelo de financiamento do Hospital da Prelada não incentiva a eficiência das unidades hospitalares do SNS da sua área geográfica de referência e, relativamente às quais o mesmo pretende ser complementar. Para além do modelo de referência para o Hospital da Prelada (*vd.* ponto 8) não garantir a plena utilização da capacidade instalada nas entidades do SNS, o mesmo faz recair a

¹⁰⁴ Em 2015, o nº de doentes padrão do Hospital da Prelada foi 12.587. Fonte: ACSS. Dados não auditados.

¹⁰⁵ Considerando a imputação dos custos partilhados e corporativos realizada em 2015 ao Hospital da Prelada (€ 1,9 milhões) a margem do hospital é de cerca de 4,1%. As margens dos restantes hospitais do grupo D variam entre (-2,1% e -14,3%).



responsabilidade financeira da aquisição dos serviços não sobre as unidades hospitalares do SNS, que, em primeira linha, devem ter capacidade para responder às necessidades das populações, mas sobre a ARS do Norte.

Lógica diferente foi introduzida nas referenciações de doentes realizadas no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). 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 nas 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.

Ainda que as unidades hospitalares do SNS tenham de ser financiadas para o efeito, a responsabilização das mesmas pelos encargos incorridos no Hospital da Prelada induziria um maior cuidado com o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos¹⁰⁶ e, conseqüentemente, uma redução do recurso a prestadores de serviços fora do perímetro de consolidação do SNS e uma maximização da utilização da capacidade instalada no setor público.

Neste sentido foi formulada uma recomendação do Tribunal de Contas ao Ministro da Saúde, no Relatório de Auditoria n.º 21/2013 – 2ª S: *“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.”*.

Em sede de contraditório institucional, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte *“[Entende] que a sugestão da alteração do modelo de financiamento preconizada (...) teria de ser discutida num fórum mais alargado, de âmbito nacional, afigurando-se à partida desalinhada com a atual legislação em vigor (Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro), que promove a integração destas instituições do setor social no SNS.”*.

De facto, a alteração aqui preconizada por este Tribunal é substancial, pelo que a Recomendação a ela referente apenas é dirigida ao Ministro da Saúde¹⁰⁷.

Quanto à integração das instituições do setor social no SNS remete-se para as observações formuladas pelo Tribunal no ponto 6 a propósito do contraditório em geral.

11. Irregularidades na renovação e execução do Acordo de Cooperação

11.1. Celebração intempestiva dos contratos-programa

O Acordo de Cooperação relativo ao Hospital da Prelada, celebrado por um período de cinco anos, é executado anualmente através da celebração de contratos-programa.

¹⁰⁶ Não obstante o bom desempenho da maioria das unidades hospitalares do SNS analisadas (vd. Anexo V) no que concerne ao cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, verifica-se que algumas ainda apresentam taxas de cumprimento abaixo dos 90%, em especial na realização de primeiras consultas hospitalares.

¹⁰⁷ *“Ponderar a alteração do paradigma do financiamento das relações de complementaridade no sentido de serem os hospitais do SNS a assumir a despesa decorrente dos cuidados de saúde prestados por unidades hospitalares do setor social a utentes da sua área de influência.”*.



O Acordo, celebrado entre a ARS do Norte e a SCM do Porto, em 2008 e renovado em 2013, objeto de homologação pelos membros do Governo da área da saúde, regula os termos e condições em que a ARS do Norte e a SCM do Porto articulam o acesso dos utentes do SNS à prestação de cuidados no Hospital da Prelada¹⁰⁸, remetendo para os contratos-programa anuais a possibilidade da prestação de cuidados de saúde em especialidades não previstas no Acordo, a determinação da produção a realizar e dos indicadores de desempenho, os termos dos pagamentos a realizar pelo Estado, através da ARS do Norte, e a aplicação de penalizações.

Não definindo pelo menos quantidades, preços, montantes financeiros envolvidos, o Acordo, tal como se encontra concebido, apenas fica completo com a celebração dos contratos-programa anuais, cuja celebração compete à ARS do Norte.

Estabelece, também, o Acordo de Cooperação (cl. 2ª, n.º 3) que a integração do Hospital da Prelada na rede nacional de prestação de cuidados de saúde releva para efeitos de aplicação das normas das leis dos Orçamentos do Estado relativas à celebração dos contratos-programa na área da saúde¹⁰⁹.

De acordo com o estabelecido nestas normas os *“(…) contratos-programa a celebrar pelas administrações regionais de saúde, IP, com os hospitais integrados no SNS ou pertencentes à rede nacional de prestação de cuidados de saúde (...) são autorizados pelos membros do Governo das áreas das finanças e da saúde e podem envolver encargos até um triénio.”*¹¹⁰ e *“(…) os contratos-programa (...) tornam-se eficazes com a sua assinatura, são publicados na 2ª Série do Diário da República.”*. Em 2017, a norma relativa aos contratos-programa a celebrar com os hospitais integrados na rede nacional de prestação de cuidados de saúde passou a integrar o diploma de execução orçamental¹¹¹.

Refira-se que, nos termos do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, os acordos de cooperação celebrados com IPSS são celebrados pelas entidades competentes do Ministério da Saúde (Administrações Regionais de Saúde ou Administração Central do Sistema de Saúde, IP) e apenas produzem efeitos após homologação do membro do Governo da área da saúde. Estes acordos devem, desde logo conter, entre outros, a produção contratualizada de serviços, por área ou áreas de cuidados de saúde a contratar, quantidades e valores, as regras de faturação e pagamento e o montante máximo da despesa¹¹². Nada estabelecendo em especial quanto à autorização da despesa desses acordos, as regras aplicáveis são as referentes à autorização das despesas públicas em geral, atualmente as constantes do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de junho. Porém, o Acordo de Cooperação celebrado com a SCM do Porto relativo ao Hospital da Prelada, apesar de incluído no âmbito de aplicação do diploma de 2013 e dever ter sido já revisto nos termos do mesmo (cfr. ponto 11.3), continua a reger-se pelas

¹⁰⁸ Estabelecendo designadamente, o fundamento do Acordo (complementar a rede regional de serviços hospitalares do setor público, coadjuvando na redução de listas de espera e tempos médios de espera), o âmbito subjetivo de aplicação (utentes do SNS), a abrangência geográfica (Região de Saúde do Norte), obrigações de capacidade do Hospital da Prelada, regras de acesso aos cuidados de saúde nele prestados, poderes de monitorização e controlo da ARS do Norte, obrigações de informação e de avaliação de satisfação da SCM do Porto e regras sobre a responsabilidade da SCM do Porto pela prática dos atos médicos.

¹⁰⁹ Designadamente, a partir de 2011, art.º 157º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro (CP 2011); art.º 187º da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (CP 2012); art.º 148º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, na redação dada pela Lei n.º 51/2013, de 24 de julho (CP 2013); art.º 146º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro (CP de 2014); art.º 147º da Lei n.º 82-B/2014, de 31.12 (CP de 2015); art.º 105º da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (CP de 2016).

¹¹⁰ Refira-se que à data da celebração do Acordo de 2008, renovado em 2013, a autorização necessária era apenas a do membro do Governo da área da saúde (art.º 125º da Lei n.º 67-A/2007, de 31 de dezembro). A autorização do membro do Governo da área das finanças passou a ser exigida na lei do Orçamento do Estado para 2010 (art.º 151º da Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril).

¹¹¹ Art.º 56º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 25/2017, de 3 de março, que determina a aplicação a estes contratos-programa do art.º 133º da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro.

¹¹² Art.º 3º e 5º do diploma em causa.



normas aplicáveis à data da sua celebração, a saber: o Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, e a Lei de Bases da Saúde, assim como pelas normas das Leis dos Orçamentos do Estado para as quais o próprio remete.

Tendo por referência estas normas, observou-se que, pelo menos desde 2011, nunca os contratos-programa celebrados entre a ARS do Norte e a SCM do Porto foram objeto de autorização dos membros do Governo da área das finanças e da saúde, mas apenas de homologação do membro do Governo da área da saúde que, sendo um ato administrativo *a posteriori*, não se confunde com o ato administrativo previsto nas normas orçamentais e que respeita à autorização, naturalmente *a priori*, da celebração dos contratos-programa e da assunção da despesa¹¹³.

Implicando um fluxo de dinheiros públicos para uma entidade privada, ainda que do setor social, a despesa deve ser especialmente fundamentada do ponto de vista da necessidade das quantidades contratadas e dos volumes financeiros envolvidos e autorizada por quem detém a competência para o efeito.

Apesar de o Acordo de Cooperação prever a celebração dos contratos-programa, o mesmo, conforme referido, limita-se a regular os termos e condições em que a ARS do Norte e a SCM do Porto articulam o acesso dos utentes do SNS à prestação de cuidados no Hospital da Prelada e, prevendo a sua execução através de contratos-programa anuais, remete para as normas das leis dos Orçamentos do Estado sobre a celebração e eficácia dos contratos-programa.

Verificou-se também que os contratos-programa celebrados entre a ARS do Norte e a SCM do Porto de 2012 em diante foram celebrados após o decurso integral do ano económico a que respeitam e já completada a sua execução física, sendo que alguns deles (2012 e 2015) foram celebrados já no ano económico seguinte. Os dos anos de 2016 e de 2017 não se encontravam celebrados à data da realização do trabalho de campo da presente auditoria (janeiro de 2017).

Quadro 5 – Celebração dos contratos-programa do Hospital da Prelada

Acordo de Cooperação	Ano do contrato-programa	Disponibilização da metodologia da contratualização pela ACSS	Publicação da Lei do OE	Celebração do CP – Hospital da Prelada pela ARS do Norte	Homologação do CP pelo membro do Governo da área da saúde
Out, 2008	2011	nov. 2010	31.12.2010	06.05.2011 e adenda 02.06.2011	27.12.2011 e adenda em 25.06.2012
	2012	jan 2012 e adenda março 2012	20.12.2011	24.04.2013	05.07.2013
	2013	nov. 2012	31.12.2012	28.12.2013	sem evidência de homologação
Out, 2013	2014	dez 2013	31.12.2013	29.12.2014	27.04.2015
	2015	jul 2014	31.12.2014	27.06.2016	10.01.2017
	2016	mar 2016	30.03.2016	não celebrado*	
	2017	nov. 2016	28.12.2017	não celebrado*	

*À data da realização do trabalho de campo, janeiro de 2017.

¹¹³ A “autorização”, neste caso, é um ato pelo qual os membros do Governo permitem à ARS do Norte a celebração dos contratos-programa e a “homologação” é um ato secundário que completa o contrato-programa. Através da homologação o membro do Governo faz seu o conteúdo do contrato-programa. Sobre a distinção entre autorização e homologação *vd.* Diogo Freitas do Amaral, Curso de Direito Administrativo, Vol. II, Almedina, 2ª reimpressão, pp 253 e ss.



Ao longo do ano económico a ARS do Norte procedeu a transferências mensais para a SCM do Porto a título de adiantamentos por conta dos pagamentos a efetuar, sendo que o pagamento de adiantamentos não encontra suporte no Acordo de Cooperação que remete a regulação dos pagamentos para os contratos-programa anuais.

Em resultado, a celebração do contrato-programa e a respetiva homologação apenas relevam para efeitos de emissão da faturação definitiva e acerto de contas.

Ao celebrar os contratos-programa após a prestação integral dos cuidados de saúde pelo Hospital da Prelada, a ARS do Norte não transfere na sua plenitude o risco da produção e do financiamento da mesma para a SCM do Porto, perdendo margem comercial com esta entidade.

Embora se tenha confirmado que, com exceção do ano de 2012 em que se verificou uma insuficiência da dotação do orçamento inicial, a dotação orçamental disponível para o contrato-programa do Hospital da Prelada não é ultrapassada¹¹⁴, verificou-se, pelo menos nos anos de 2013 e 2014, conforme relatado no ponto 11.2., que o atraso na celebração dos contratos-programa foi um dos argumentos apresentados pela ARS do Norte ao Secretário de Estado da Saúde para aplicar nos contratos-programa desses anos, regras de fixação de preços que não salvaguardaram devidamente os interesses do Estado e dos contribuintes.

Também a definição e execução de metas de desempenho assistencial, acesso e qualidade, comuns aos hospitais do SNS e que devem ser aplicadas a hospitais que integram a rede nacional de cuidados de saúde na medida em que estes são complementares daqueles devendo concorrer para os mesmos objetivos, ficam comprometidas com a celebração intempestiva dos contratos-programa. A este respeito, refira-se que tais metas não chegaram a ser negociadas com a SCM do Porto nos anos de 2013 e de 2014.

Finalmente, ainda relativamente ao cumprimento das normas das Leis dos Orçamentos do Estado para as quais o Acordo de Cooperação remete, foi consultada a base de dados do Diário da República, concluindo-se que os contratos-programa celebrados entre a ARS do Norte e a SCM do Porto não têm sido publicados naquele jornal oficial desde 2011.

Apesar da factualidade apurada indiciar a prática, em cada um dos anos de 2012 a 2017, de infrações financeiras sancionatórias, conforme desenvolvido no ponto 1 da Parte II do Volume II do presente Relatório, o Tribunal, considerando a pronúncia dos responsáveis em sede de contraditório¹¹⁵, mas sem conceder na ilegalidade das suas condutas, releva as eventuais responsabilidades financeiras, verificados que estão os requisitos estabelecidos no art.º 65º, n.º 9, da Lei n.º 98/97 de, 26 de agosto.

¹¹⁴ Aliás é esta dotação, definida com base no histórico da atividade prestada pelo Hospital da Prelada e em indicadores de acesso aos cuidados de saúde, que norteia a execução da atividade do Hospital da Prelada para o SNS e a definição do adiantamento pago pela ARS do Norte e não o contrato-programa celebrado *a posteriori*. Refira-se, aliás, que a ARS do Norte em cada ano, mesmo sem o contrato-programa celebrado, dispõe de uma dotação orçamental para o efeito, não a utilizando para outros fins que não sejam o pagamento dos adiantamentos do contrato-programa e o decorrente do acerto de contas de contratos-programa de anos anteriores.

¹¹⁵ Com exceção do Vogal do Conselho Diretivo da ARS do Norte no período de 8 de outubro de 2011 a 31 de janeiro de 2012 e Vice-Presidente do Conselho Diretivo no período de 1 de fevereiro de 2012 a 15 de maio de 2016, todos os responsáveis indiciados individualmente pronunciaram-se sobre a não celebração tempestiva dos contratos-programa. As alegações dos responsáveis indiciados constam na íntegra do Volume III e, em síntese, no ponto 1 da Parte II do presente Relatório, onde também se procede à sua análise.



A resposta institucional do Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte remetida, no âmbito do contraditório, replica os argumentos apresentados individualmente pelos responsáveis indiciados, alegando, em síntese, que constrangimentos diversos, nomeadamente orçamentais e os *“(…) decorrentes das limitações do envelope financeiro atribuído ao programa da saúde (…)”* tornam *“(…) o exercício do contratualização nos tempos apontados um exercício de impossibilidade prática.”*, fazendo com que seja *“(…) prática comum nesta e nas restantes regiões do país os contratos programa [do HP e das unidades hospitalares do SNS] serem celebrados já no decurso do próprio ano a que respeitam”*.

O Tribunal recusa a “inevitabilidade” dos atrasos na celebração dos contratos-programa.

De facto, apesar de o Tribunal relevar, nas situações em análise e pelas razões expostas no Volume II, a eventual responsabilidade financeira dos responsáveis indiciados, considerando nomeadamente que a respetiva atuação apenas lhes pode ser imputada a título de negligência, o Tribunal não pode deixar de emitir um juízo de censura sobre a prática ilegal de reiteradamente os dirigentes da ARS do Norte celebrarem os contratos-programa do Hospital da Prelada já após a sua execução física e a efetivação de pagamentos a título de adiantamento, reproduzindo relativamente à resposta institucional do Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte as observações realizadas a propósito das alegações dos responsáveis individuais.

De facto, verificou-se, no âmbito da auditoria, que a ARS do Norte tem pretendido aplicar, nas relações com a SCM do Porto relativas ao Hospital da Prelada, o modelo de contratualização dos hospitais do SNS, verificando-se, também, que, com exceção do ano de 2017¹¹⁶, os contratos-programa das unidades hospitalares do SNS têm sido celebrados após o início do ano a que respeitam, contrariando, também, o disposto nas normas das Leis do Orçamento do Estado quanto à sua produção de efeitos.

Mas, deixando para o final da contratualização com os Hospitais do SNS, a contratualização com a SCM do Porto, os contratos-programa relativos ao Hospital da Prelada apresentam um desfasamento ainda maior entre o início da sua execução efetiva e a data da sua celebração, sendo que pelo menos desde 2012 (vd. Quadro 5) os contratos-programa relativos ao Hospital da Prelada ou foram celebrados após a completa execução da prestação de cuidados de saúde e a realização dos pagamentos mensais a título de adiantamentos, ou, no caso dos anos de 2016 e de 2017, não foram ainda celebrados.

Apesar do Conselho Diretivo da ARS do Norte se referir a razões que “objetivamente” fazem com que a ARS do Norte celebre os contratos-programa relativos ao Hospital da Prelada após a negociação com as unidades hospitalares do SNS, verifica-se que o conhecimento pela ARS do Norte das necessidades expressas em saúde, *i.e.*, das listas e dos tempos de espera na Região de Saúde do Norte e dos Planos Nacional e Regional de Saúde permite àquela entidade proceder a uma previsão das necessidades de cuidados de saúde a adquirir, em um ou mais anos, a entidades extrínsecas ao SNS, como o Hospital da Prelada e dos encargos financeiros a assumir. Acresce que, pelo menos entre 2011 e 2017, as prestações realizadas pelo Hospital da Prelada, considerando as especialidades e as quantidades de cuidados

¹¹⁶ Na Região de Saúde do Norte, os contratos-programa/acordos modificativos das unidades hospitalares do SNS foram celebrados: em 2012, entre junho e agosto de 2012; em 2013, entre abril e dezembro de 2013; em 2014, entre maio e dezembro de 2014; em 2015, entre abril e junho de 2015; em 2016, em maio de 2016 (Fonte <http://www.acss.min-saude.pt>). Refira-se que os termos de referência para a contratualização com os hospitais do SNS em 2017, estabeleceram, como data limite para a celebração dos contratos-programa com os hospitais do SNS, 22 de dezembro de 2016. Acedido o sítio de internet antes referido, em 11 de julho de 2017, neste ano e na Região de Saúde do Norte, com 15 unidades hospitalares entidades públicas empresariais, estavam publicados 11 contratos-programa celebrados em 30 de dezembro de 2016 e 1 celebrado em 26 de abril de 2017. Os restantes não se encontravam publicados.



contratadas, não têm sofrido alterações significativas¹¹⁷, o que corrobora a previsibilidade da relação contratual e contraria a necessidade de deixar para o final do processo de contratualização com os hospitais do SNS, o Hospital da Prelada.

Alerta-se ainda o Conselho Diretivo da ARS do Norte para o facto de o processo de contratualização do Hospital da Prelada ser distinto do processo de contratualização dos hospitais do SNS, considerando a natureza jurídica das entidades envolvidas. De facto:

- a) Os contratos celebrados com os hospitais do SNS são contratos celebrados entre entidades públicas (ACSS e ARS, por um lado, e unidades hospitalares do SNS, por outro lado), e os contratos-programa celebrados entre a ARS do Norte e a SCM do Porto são celebrados com uma entidade extrínseca ao Ministério da Saúde e ao Setor Público.

Os primeiros visam essencialmente regular o financiamento das entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde que, por natureza, integram o SNS e a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, incentivando comportamentos por parte destas, através da definição da atividade contratada e da fixação de objetivos qualitativos e quantitativos; os segundos visam integrar, em regime de cooperação, naquela Rede, uma entidade que, por natureza, não a integra, ou seja visam uma aquisição de serviços semelhante à que se verifica numa relação entre o Estado e uma entidade do setor privado lucrativo.

- b) Enquanto as unidades hospitalares do SNS, no âmbito operacional, estão sujeitas a poderes de tutela e superintendência do Ministério da Saúde¹¹⁸ que incluem, entre outros, a definição dos objetivos e das estratégias, a emissão de orientações, recomendações e diretivas sobre a atividade operacional, a definição de normas de organização e de atuação hospitalar, a homologação dos regulamentos internos, a aprovação dos planos de atividade, orçamentos e documentos anuais de prestação de contas, a autorização da realização de investimentos¹¹⁹, a SCM do Porto, nas relações com o Estado em geral e com o Ministério da Saúde, em particular, goza da autonomia de organização, gestão e administração das IPSS¹²⁰, pelo que as relações que estabelece com o Estado/Ministério da Saúde, são moldadas na íntegra pelo que vem estabelecido nos acordos e contratos-programa celebrados, sem prejuízo da legislação que a rege¹²¹.

Note-se que, apesar de o Conselho Diretivo da ARS do Norte referir, tal como os responsáveis individuais, a *“(…) existência duma metodologia de contratualização externamente estabelecida (pela*

¹¹⁷ Vd. pontos 3.1. e 3.2 da Parte I do Volume II do Relatório. Para além das justificações ali referidas para a oscilação das quantidades no período compreendido entre 2011 e 2015, as alterações mais significativas da produção, ocorridas em 2015 (aumento da quantidade de consultas externas e de internamentos médicos) tiveram na sua base, não uma alteração das necessidades em saúde, mas uma alteração no modelo de financiamento do Hospital da Prelada, explicada no ponto 11.2 do Relatório, que permitiu um reajustamento das quantidades que vinham sendo executadas. Refira-se, ainda, que esta possível alteração no modelo de financiamento era conhecida pela ARS do Norte pelo menos desde julho de 2014, data da publicação pela ACSS da metodologia da contratualização com as unidades hospitalares do SNS, cfr. Quadro 5 do ponto 11.1. do Relatório, o que permitia a negociação e celebração atempada do contrato-programa de 2015 com a SCM do Porto.

¹¹⁸ E do Ministério das Finanças em matéria orçamental.

¹¹⁹ Atualmente previstos nos art.ºs 6º, 19º, 20º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que replica poderes já previstos na Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e nos Decretos-Lei n.ºs 233/2005, de 29 de dezembro, e 188/2003, de 20 de agosto, revogados por aquele diploma.

¹²⁰ Vd. art.º 4º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, art.ºs 3º e 4º do Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, e art.º 5º da Lei n.º 30/2013, de 8 de maio.

¹²¹ No caso das relações com o Ministério da Saúde, a SCM do Porto, na medida em que é titular de acordos com entidades que o integram está sujeita ao estabelecido no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que designadamente estabelece princípios de articulação entre as IPSS e o SNS (art.º 4º), deveres das entidades com acordos (art.º 10º) e poderes de acompanhamento e controlo por parte das entidades públicas contratantes (art.º 11º).



ACSS) que enquadra a negociação do contrato-programa, retirando-a do livre arbítrio das partes (...)”, verifica-se que, a aplicação da mesma no quadro das relações com a SCM do Porto, considerando a sua autonomia¹²², tem que ser objeto de negociação com esta entidade, como resulta evidente nas situações objeto do ponto 11.2 do Relatório.

Conclui-se, assim, que pretendendo as normas das Leis dos Orçamentos do Estado evitar riscos, designadamente riscos relacionados com a oportunidade da negociação dos contratos-programa, os riscos da não celebração atempada dos contratos-programa relativos ao Hospital da Prelada são superiores aos da não celebração atempada dos contratos-programa com as unidades hospitalares do SNS. Relativamente a estas, a SCM do Porto tem um poder negocial maior, podendo fazer prevalecer a sua vontade e, no limite, recusar a continuidade da prestação de cuidados aos utentes na qualidade de beneficiários do SNS.

No caso das unidades hospitalares do SNS, o atraso na celebração dos contratos-programa face ao início da sua produção de efeitos, coloca essencialmente em causa um sistema de financiamento que se pretende prospetivo, indutor de eficiência e de responsabilização das partes contratantes, pois as unidades hospitalares apenas conhecem as quantidades a produzir, a contrapartida financeira global¹²³ a auferir e os objetivos de desempenho a cumprir, em pleno decurso do ano económico¹²⁴.

Sem prejuízo de, em ambas as situações, estar-se perante a violação de normas das Leis dos Orçamentos do Estado, os deveres de cuidado a ter na relação com a SCM do Porto, por parte da ARS do Norte, devem ser acrescidos.

Implicando o contrato-programa do Hospital da Prelada um fluxo de dinheiros públicos para uma entidade privada, ainda que do setor social, a despesa deve ser especialmente fundamentada do ponto de vista da necessidade das quantidades contratadas e dos volumes financeiros envolvidos e autorizada por quem detém a competência para o efeito e os direitos e obrigações das partes devem estar estabelecidos num instrumento contratual¹²⁵, o que não tem acontecido na execução do Acordo de Cooperação relativo ao Hospital da Prelada.

Note-se que a não celebração dos contratos-programa, antes da produção dos seus efeitos materiais foi uma das justificações apresentadas pelos responsáveis da ARS do Norte para a aplicação de preços mais onerosos na relação contratual com a SCM do Porto nos anos de 2013 e de 2014, situações objeto do ponto 11.2. do Relatório.

Face ao exposto, o Tribunal insta os atuais e futuros responsáveis a celebrarem os contratos-programa dos anos futuros antes de qualquer execução física e financeira, sob pena de poderem então, analisadas as circunstâncias da sua atuação, incorrer em processos de responsabilidade financeira.

¹²² A conclusão seria diferente se o Acordo de Cooperação, celebrado por cinco anos, tivesse estabelecido desde logo a aplicação daquela metodologia nos contratos-programa que anualmente o deviam executar, ficando apenas para este as quantidades a produzir e a determinação de indicadores de desempenho.

¹²³ Os preços a aplicar individualmente às unidades produzidas são conhecidos com a publicação da metodologia da contratualização pela ACSS.

¹²⁴ Sobre o financiamento das unidades hospitalares do SNS, *vd.* Relatório de Auditoria n.º 30/2011 – 2ª Secção, do Tribunal de Contas.

¹²⁵ Refira-se que os próprios responsáveis nas suas alegações individuais reconhecem que o Acordo de Cooperação “(...) *enquadra e enforma globalmente a relação jurídica entre as partes, designadamente as obrigações acessórias (...)*” constituindo “(...) *o contrato-programa anual (...)*” *o instrumento de estabelecimento e negociação da produção anual (...)*”.



11.2. Celebração de contratos-programa lesivos do interesse público – desrespeito pelo princípio da economia

Apesar do Acordo de Cooperação (cláusula 13ª) e dos contratos-programa que o executam estabelecerem que a produção em internamento e ambulatório do Hospital da Prelada deve ser sempre especificada de acordo com as classificações adotadas no âmbito do SNS¹²⁶, cabendo à ARS do Norte notificar o Hospital das versões de codificação e de agrupamento em vigor e ao Hospital a implementação dessas versões, a versão do agrupador (vd. Glossário) aplicada à produção do Hospital da Prelada em 2013 e 2014 não acompanhou a versão do agrupador aplicado aos Hospitais EPE do SNS, definido nos princípios orientadores para a contratualização com estes hospitais constantes das Metodologias de Definição de Preços e Fixação de Objetivos dos Hospitais e Unidades Locais de Saúde destes anos¹²⁷.

As versões de agrupadores têm impacto no índice de *casemix* (vd. Glossário) das unidades hospitalares, com base no qual os preços do internamento e do ambulatório de cada unidade são calculados:

$$\text{Preço} = \text{ICM} * \text{preço base}$$

Nos anos de 2013 e 2014, não foi aplicada à produção do Hospital da Prelada a versão do agrupador de GDH AP 27 (vd. Glossário), vigente nesses anos para os Hospitais EPE do SNS, mantendo-se a aplicação da versão AP 21, vigente até 2012 também para os hospitais EPE. A continuidade da aplicação da versão AP 21 à produção do Hospital da Prelada foi proposta, em cada um dos anos, pela ARS do Norte ao Secretário de Estado da Saúde que proferiu despachos favoráveis¹²⁸.

A aplicação da versão de agrupador AP 21 ao Hospital da Prelada, ao invés da versão AP 27 teve como consequência a remuneração da produção do Hospital da Prelada, em internamento e ambulatório cirúrgicos¹²⁹, a preços superiores aos resultantes da aplicação da versão AP 27.

¹²⁶ Previsão comum a todos os contratos-programa. No último contrato-programa celebrado, relativo ao ano de 2015, na cláusula 18ª.

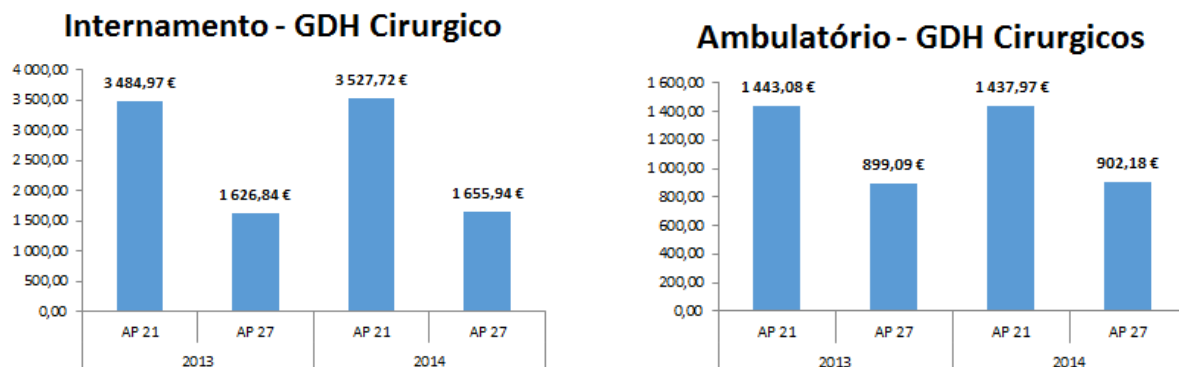
¹²⁷ Atualmente termos de referência para a contratualização hospitalar, disponíveis em: <http://www.acss.min-saude.pt>.

¹²⁸ Cfr. Of. SAI- ARS do Norte/2013/838, de 19 de dezembro, e despacho do Secretário de Estado da Saúde de 27 de dezembro de 2013 e of. CD 1704, de 18 de dezembro de 2014, e despacho do Secretário de Estado da Saúde proferido na mesma data. Sem prejuízo da competência para celebrar os contratos-programa ser da ARS do Norte, cfr. estabelecido no Acordo de Cooperação (cl. 1ª, em articulação com as cl. 5ª, n.º 2, 7ª, 12ª e 14ª), no diploma orgânico das ARS (Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, art.º 3º, n.º 2, al. I), a mesma deve fazê-lo de acordo com as orientações definidas a nível nacional, designadamente as orientações definidas pela ACSS em matéria de afetação de recursos financeiros (Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, art.º 3º, n.º 2, al. i). Por seu turno as orientações da ACSS são definidas de acordo com a política estabelecida pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, encontrando-se as competências deste responsável, nos anos de 2013 e de 2014, relativas à ACSS delegadas no Secretário de Estado da Saúde (Despacho n.º 9209/2011, do Ministro da Saúde, de 18 de julho de 2011, publicado no DR n.º 140, de 22 de julho de 2011).

¹²⁹ O preço do internamento médico seria o único a aumentar, porém a produção do Hospital da Prelada é essencialmente cirúrgica.



Figura 14 – Preços do Hospital da Prelada em 2013 e 2014 – AP 21 e AP 27



Fonte: Elaboração própria com dados da ARS do Norte /ACSS

O sobrecusto, daí resultante, para a ARS do Norte e, consequentemente, para o SNS e para o Estado (cidadão-contribuinte), ascendeu a cerca de € 11,7 milhões, em cada um dos anos de 2013 e de 2014¹³⁰.

Quadro 6 – Ano de 2013 – produção realizada AP 21 e AP 27

Ano 2013 - Valor realizado AP 21							Cenário 1: Simulação Ano 2013 com AP 27					
HOSPITAL DA PRELADA	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)
		N.º	%					N.º	%			
1. Consultas Externas												
Primeiras Consultas				69,75	23 121	1 612 689,75				69,75	23 121	1 612 689,75
Consultas Médicas Subsequentes				69,75	47 528	3 315 078,00				69,75	47 528	3 315 078,00
2. Internamento												
Doentes Saídos												
GDH Médicos	0,7141	136	87,18%	2 141,70	156	207 996,76	0,8339	124	79,44%	2 141,70	156	221 326,74
GDH Cirúrgicos	1,6272	4 846	99,81%	2 141,70	4 855	16 888 185,17	0,7596	4 846	99,81%	2 141,70	4 855	7 883 643,96
Dias de Internamento de Doentes Crónicos												
Doentes de Medicina Física e Reabilitação				213,65	14 998	3 204 322,70				213,65	14 998	3 204 322,70
Remuneração Total do Internamento						20 300 504,63						
												11 309 293,40
3. Episódios de GDH de Ambulatório												
GDH Cirúrgicos	0,6738			2 141,70	4 880	7 042 218,00	0,4198			2 116,37	4 880	4 335 646,37
Valor da Produção						32 270 490,39						
												20 572 707,53
Incentivos Institucionais						0,00						
												0,00
Valor Total do Contrato						32 270 490,39						
												20 572 707,53
Valor pago (informação da ACSS no mapa de validação)						32 272 041,69	Diferença entre realizado 2013 e Cenário 1					
												-11 697 782,86

Informação: H EPE AP 27 em vigor

Fonte: ARSN/ACSS

¹³⁰ Em 2014 aplicou-se também na simulação com a versão de agrupador AP 27, a regra igualmente introduzida para os hospitais EPE do SNS de um índice de *casemix* (vd. Glossário) único para a atividade de internamento.



Quadro 7 – Ano de 2014 – produção realizada AP 21 e AP 27

Ano 2014 - Valor realizado							Cenário 1: Simulação Ano 2014 com AP 27 e ICM único					
HOSPITAL DA PRELADA	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)
		N.º	%					N.º	%			
1. Consultas Externas												
Primeiras Consultas				66,96	23 121	1 548 182,16			66,96	23 121	1 548 182,16	
Consultas Médicas Subsequentes				66,96	47 528	3 182 474,88			66,96	47 528	3 182 474,88	
2. Internamento												
Doentes Saídos												
GDH Médicos	0,6995	135	85,87%	2 120,28	157	200 223,34	0,7810	156	99,51%	2 120,28	157	258 708,46
GDH Cirúrgicos	1,6638	4 848	99,85%	2 120,28	4 855	17 102 395,60	0,7810	4 831	99,51%	2 120,28	4 855	8 000 188,34
Dias de Internamento de Doentes Crónicos												
Doentes de Medicina Física e Reabilitação				205,10	6 000	1 230 600,00			205,10	6 000	1 230 600,00	
Remuneração Total do Internamento						18 533 218,94						9 489 496,80
3. Episódios de GDH de Ambulatório												
GDH Cirúrgicos	0,6782			2 120,28	4 880	7 017 312,61	0,4255		2 120,28	4 880	4 402 634,20	
Valor da Produção						30 281 188,59						18 622 788,04
Incentivos Institucionais						0,00						0,00
Valor Total do Contrato						30 281 188,59						18 622 788,04
						Valor pago (informação da ACSS no mapa de validação)						Diferença entre CP 2014 e Cenário 1
						30 280 546,44						-11 658 400,55

Fonte: ARSN/ACSS

Informação: H EPE AP 27 em vigor

Em 2013, a justificação apresentada pela ARS do Norte ao Secretário de Estado da Saúde para a sua proposta foi *“O facto de o processo de contratualização de 2012 só ter sido concluído em julho do presente ano, atrasou naturalmente a negociação do contrato para 2013 e, quando se procedeu à aplicação dos pressupostos previstos na [Metodologia de Definição de Preços e Fixação de Objetivos dos Hospitais e Unidades Locais de Saúde, referente a 2013], verificou-se que o impacto financeiro decorrente da utilização do novo Agrupador (AP 27) se tornava insustentável de acomodar face ao timing e ao volume de produção já realizada pelo Hospital.”*

Em novembro de 2014, antes da tomada de decisão sobre a continuidade da aplicação do AP 21 à produção do Hospital da Prelada, a ARS do Norte apresentou uma proposta ao Secretário de Estado da Saúde¹³¹ no sentido de aplicar a essa produção a versão do agrupador APR 30 que se previa vir a aplicar aos hospitais EPE do SNS em 2015, informando que *“O Hospital da Prelada (HP) tem vindo a transmitir a posição de não acolher a implementação do AP 27 para o contrato-programa de 2014, alegando que a consideração deste agrupador põe em causa o equilíbrio financeiro da instituição para o ano em causa.”* e continua *“Entretanto, na metodologia de contratualização para 2015 foi introduzido o APR 30, que segundo o HP, revela-se mais objetivo na definição do ICM (...)”*. Esta proposta foi, então aceite, pelo Secretário de Estado da Saúde¹³². Refira-se que ao nível do montante contratualizado para 2014, este agrupador diminuiria em cerca de € 6,8 milhões o financiamento do Hospital da Prelada, enquanto a versão AP 21 diminuiria em cerca de € 11,7 milhões.

Porém, cerca de um mês depois da apresentação e aceitação daquela proposta, a ARS do Norte propôs¹³³ ao Secretário de Estado da Saúde, que aceitou¹³⁴, a continuidade da aplicação à produção do

¹³¹ Of. CD 1668, de 24 de novembro de 2014.

¹³² Despacho de 25 de novembro de 2014.

¹³³ Of. CD 1704, de 18 de dezembro de 2014.

¹³⁴ Despacho de 18 de dezembro de 2014.



Hospital da Prelada do AP 21: *“Verificamos entretanto que o valor dos adiantamentos¹³⁵ já efetuados por esta ARS ao Hospital da Prelada ultrapassam em cerca de 4 milhões de euros se viesse a ser assumido este agrupador (APR 30). O que significa comprometer o equilíbrio e sustentabilidade financeira da Instituição em causa.”*

As propostas apresentadas pela ARS do Norte ao Secretário de Estado da Saúde fizeram eco de argumentos da SCM do Porto em 2013 e 2014.

Em 2013:

“Não houve informação em tempo, de forma a se equacionarem mecanismos de compensação, designadamente quantidades das várias linhas de atividade de forma a amortecer a alteração muito significativa do modelo de financiamento da produção”

“A SCM do Porto, dada a sua natureza e dispositivos legais aplicáveis, não dispõe de mecanismos que lhe permita rever em baixa a política salarial do seu quadro de pessoal e simultaneamente alargar o horário de trabalho do mesmo”

“Deve ser tida em consideração a relevância do contrato-programa ao nível da sustentabilidade da SCM do Porto nas várias áreas de cooperação com o Estado Português”¹³⁶

Em 2014:

“A contratualização de 2014, ainda não se encontra concluída. Atendendo ao estado avançado do calendário, às trocas de informações e propostas apresentadas à ARS do Norte (...), seria desejável, sensato e equilibrado o MS conceder ao contrato-programa de 2014 do HP, enquadramento análogo ao de 2013 ...”¹³⁷

Dos argumentos aduzidos pela ARS do Norte e pela SCM do Porto ressaltam:

- o atraso na celebração dos contratos-programa de 2013 e de 2014 (estes apenas foram celebrados em dezembro de cada um dos anos, cfr. ponto 11.1) e a confrontação das entidades contratantes e do Secretário de Estado da Saúde com a produção já realizada no Hospital da Prelada não sendo possível a este à data das comunicações efetuadas acomodar, designadamente um aumento de produção que minimizasse o impacto financeiro da aplicação da versão AP 27¹³⁸;
- o impacto financeiro da aplicação da versão de agrupador AP 27 (também, em 2014, da versão APR 30) no equilíbrio e sustentabilidade financeira do Hospital da Prelada e da SCM do Porto.

Note-se, no entanto, que o impacto financeiro da aplicação da versão do agrupador AP 27 no equilíbrio e sustentabilidade financeira do Hospital da Prelada e da SCM do Porto, não foi demonstrado pela ARS do Norte, apesar de nos termos do Acordo de Cooperação (cláusula 13^a, n.º 11), a ARS do Norte poder ter acesso a *“(...) dados, informações e documentos que considere necessários e apropriados (...)”* à monitorização do Acordo *“(...) em especial da vertente económico-financeira (...)”*. Importa também

¹³⁵ Conforme consta do ponto 11.1, a ARS do Norte tem realizado o pagamento de adiantamentos mensais por conta da produção mensal. O adiantamento desde 2013 tem ascendido a cerca de 90% da contrapartida financeira que veio a ser estabelecida no contrato-programa. Só após a validação, pela ACSS, da produção realizada pelo Hospital da Prelada, é que este emite a faturação definitiva e é feito o acerto de contas com a ARS do Norte. Pelo menos desde o contrato-programa de 2011, o acerto de contas relativo ao Hospital da Prelada tem sido feito no segundo ano após a realização da produção. Esta situação não só se deve à atividade da validação da faturação realizada pela ACSS, mas também aos atrasos na celebração do contrato-programa, da responsabilidade da ARS do Norte, e ainda na homologação do mesmo pela tutela.

¹³⁶ Apresentação *“Evolução dos contratos-programa 2005/2013”*, de novembro de 2013.

¹³⁷ Apresentação efetuada ao Secretário de Estado da Saúde, de agosto de 2014.

¹³⁸ Sendo que de acordo com a SCM do Porto (vd. apresentações citadas) esse aumento estaria limitado pela área de influência do Hospital da Prelada (unidades de cuidados de saúde da área do Grande Porto) e pelo perfil assistencial do Hospital (essencialmente cirúrgico, por oposição às especialidades médicas; nestas o maior volume de produção é em Medicina Física e de Reabilitação a cujo pagamento não são aplicáveis os agrupadores de atividade).



notar que na “Análise e Avaliação do Centro de Reabilitação do Norte”, documento da autoria da ARS do Norte, refere-se que *“No que diz respeito à sustentabilidade da Santa Casa da Misericórdia do Porto, a sua solidez financeira é conhecida.”*.

Ora, considerando a rendibilidade do Hospital da Prelada, em parte decorrente do Acordo celebrado entre a ARS do Norte e a SCM do Porto – *vd.* ponto 10 -, se a ARS do Norte tivesse procedido a tal estudo verificaria que, pelo menos, ainda que não pudesse aplicar o AP 27, poderia ter negociado, e proposto ao Secretário de Estado da Saúde, a aplicação de preços inferiores aos resultantes da aplicação do AP 21, sem colocar em risco a sustentabilidade do Hospital da Prelada. A versão dos agrupadores tem efeito no índice de *casemix*, mas o preço podia variar designadamente pela negociação com a SCM do Porto e proposta ao Secretário de Estado de um preço base mais baixo do que o aplicável aos hospitais do SNS que minimizasse o sobrecusto da execução do Acordo de Cooperação nos anos de 2013 e de 2014 para o Estado e para os contribuintes. Refira-se que tendo a aplicação do AP 21 ao Hospital da Prelada, nos anos de 2013 e de 2014, um carácter excecional face às orientações nacionais sobre esta matéria, nada impedia que a ARS do Norte tivesse diligenciado pela negociação de um preço mais favorável para a produção realizada nesses anos.

Acresce, ainda, relativamente à situação referente ao ano de 2014, que o Acordo relativo ao Hospital da Prelada devia ter sido já objeto da realização de um estudo da responsabilidade da ARS do Norte que, incluindo uma Análise Custo-Benefício, avaliasse a sua economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade financeira, à luz do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. No modelo desenvolvido pela ACSS para o efeito prevê-se precisamente, entre outras análises, a avaliação da sustentabilidade financeira dos acordos na ótica das IPSS, tendo designadamente por base indicadores como a margem de EBITDA, o nível de endividamento e a autonomia financeira.

Quanto ao atraso na celebração dos contratos-programa, a sua celebração tardia não pode sustentar a manutenção da versão de agrupador AP 21.

Para além de a ARS do Norte ser responsável pela celebração tardia dos contratos-programa, conforme relatado no ponto 11.1, a aplicação das versões de codificação e de agrupamento em vigor para os hospitais do SNS encontrava-se já prevista no Acordo de Cooperação e a aplicação, no ano de 2013, da nova versão de agrupador (AP 27) já era conhecida desde novembro de 2012, data da disponibilização da Metodologia de Definição de Preços e Fixação de Objetivos dos Hospitais e Unidades Locais de Saúde pela Administração Central do Sistema de Saúde. Embora publicada em dezembro de 2013, a Metodologia para os Contratos-Programa de 2014 manteve, para os hospitais do SNS, a versão do agrupador (AP 27), como aliás seria expectável dado que as versões não têm sido alteradas com regularidade¹³⁹, considerando os trabalhos preparatórios à sua implementação.

Este conhecimento permitia que a ARS do Norte tivesse notificado, desde logo, o Hospital da nova versão de agrupador, conforme previsto no Acordo de Cooperação, o que a ARS do Norte não fez, e antecipado as objeções da SCM do Porto à aplicação daquela versão de modo a negociar com a mesma ou a redução do financiamento ou, em alternativa, um aumento da sua produção que permitisse

¹³⁹ Apenas nos últimos anos tem havido alterações mais frequentes de versões de agrupadores. Nos hospitais do SNS, desde 2006 que a versão vigente era o AP 21 (fonte: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/All_Patient_Diagnosis_Related_Groups_\(AP-DRG\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/All_Patient_Diagnosis_Related_Groups_(AP-DRG))). Esta versão foi substituída em 2013 pelo AP 27 e, esta, em 2015 pelo APR 30. Em 2016 a versão passou a ser o APR 31, sem que houvesse impacto no financiamento hospitalar. De acordo com informação transmitida pela ACSS à ARS do Norte a versão do agrupador foi alterada em 2016 por ser compatível com a nova Classificação Internacional de Doenças adotada em Portugal nesse ano (email ARS do Norte – DGTC de 7 de fevereiro de 2017).



diminuir as listas de espera para primeiras consultas e para cirurgias, do Hospital da Prelada e, eventualmente, de outros hospitais da Região Norte, pela alocação àquele de responsabilidades destes¹⁴⁰. Em ambas as situações a ARS do Norte garantiria uma maior economia do acordo: reduzindo o montante do financiamento para obter o mesmo nível de produção ou mantendo o mesmo montante de financiamento para um nível de produção superior.

Refira-se que a SCM do Porto efetuou uma análise sobre o impacto da aplicação do AP 27 à produção do Hospital da Prelada em 2014, que evidenciava que teria de efetuar mais 33.851 (48%) consultas e mais 6.261 (64%) cirurgias do que as realizadas em 2013 com o AP 21, para manter um nível de financiamento correspondente, cerca de € 32,3 milhões (montante executado em 2013). Este acréscimo de produção foi considerado inexequível pelo SCM do Porto, considerando as limitações decorrentes da definição da sua área de influência (unidades de cuidados de saúde da área do Grande Porto) e do seu perfil assistencial (essencialmente cirúrgico).

Sem prejuízo de se reconhecer as limitações evocadas, nada impedia que, em sede de negociação, a ARS do Norte tivesse consensualizado com a SCM do Porto medidas que eventualmente aumentariam a prestação de cuidados no Hospital da Prelada:

- incentivado a resolução/diminuição das listas de espera para consulta e cirurgia do Hospital da Prelada, pelo aumento da produção contratada;
- a redefinição da área de influência do Hospital da Prelada e, eventualmente, do seu perfil assistencial;
- a transferência para o Hospital da Prelada da responsabilidade pela prestação de cuidados a doentes originariamente inscritos em listas de espera de outros hospitais.

A resolução/diminuição das suas listas de espera foi aliás a forma que o Hospital da Prelada encontrou para no ano de 2015 acomodar a mudança da versão do agrupador de AP 21 que lhe vinha sendo aplicável para a versão APR 30, aplicável em 2015 aos hospitais do SNS e, conseqüentemente, ao Hospital da Prelada¹⁴¹. Sem prejuízo de nesse ano o Hospital da Prelada não ter conseguido manter o nível de financiamento do ano de 2014 (€ 30,2 milhões), conforme se tinha proposto, ascendendo a execução financeira de 2015 a € 27,3 milhões (menos 10% do que o valor realizado em 2014), as consultas realizadas cresceram 21% (mais 14.922) e as cirurgias 4% (mais 425), relativamente a 2014.

Ou seja, sem nenhuma outra medida, pelo menos acréscimos de produção semelhantes ao de 2015 teriam sido possíveis em 2013 e 2014 se, nesses anos, a ARS do Norte tivesse aplicado ao Hospital da Prelada um preço mais baixo do que o resultante da versão do agrupador AP 21.

Note-se que apesar da diminuição, em 2015, dos indicadores de desempenho do Hospital da Prelada (vd. figura 2 - ponto 2 da Parte I do Volume II), os mesmos mantiveram-se positivos. O mesmo sucedeu

¹⁴⁰ Esta situação está prevista na metodologia da contratualização com os hospitais do SNS e ocorreu com o Hospital da Prelada em 2016 relativamente a cirurgias de reconstrução mamária de doentes da responsabilidade do Instituto Português de Oncologia do Porto, EPE.

¹⁴¹ A medida (de aumento da produção) é mencionada pela SCM do Porto no Plano e Orçamento de Atividades para 2015, no qual se lê “... com a aplicação deste cenário [APR 30] ao CP 2015, para o volume de financiamento se manter nos 30,275M€, as quantidades das linhas de produção da consulta externa e atividade cirúrgica terão que crescer 12% e 26% respetivamente, face às quantidades propostas para o CP 2014.”, prevendo-se a realização de 78.800 consultas e de 12.300 cirurgias e justificando-se “A produção simulada para o CP 2015 VAP 30R, é sustentada pelo volume histórico e atual de procura de primeiras consultas e lista de inscritos para cirurgia, devendo o planeamento da mesma ser projetado e contratualizado internamente com os serviços até ao final do corrente ano.” Mantendo a possibilidade do volume de financiamento ascender a € 30,2 milhões, mas dando prioridade à atividade da consulta externa, o contrato-programa de 2015 previu a realização 87.600 consultas e de 10.957 cirurgias, ou seja um acréscimo de 24% (16.951) consultas e de 13% (1.222) de cirurgias relativamente ao previsto no contrato-programa de 2014.



com os indicadores da SCM do Porto (vd. quadro 3 - ponto 2 da Parte I do Volume II), embora não deva ser o Ministério da Saúde, através do orçamento do SNS, a assegurar a sustentabilidade de áreas da SCM do Porto que não se inserem na função Saúde do Estado.

De facto, os preços a pagar pelo Ministério da Saúde/ARS do Norte devem considerar apenas a sustentabilidade do Hospital da Prelada, promovendo, assim, a economia, a eficiência e a eficácia da aplicação dos recursos públicos que se destinam ao financiamento dos cuidados de saúde, da sua responsabilidade.

Face ao exposto, conclui-se que a ARS do Norte, em 2013 e 2014:

- apresentou ao Secretário de Estado da Saúde propostas que não garantiram a boa gestão económica dos recursos públicos que lhe foram disponibilizados para a celebração dos contratos-programa do Hospital da Prelada;
- conhecia o impacto financeiro que a aplicação da versão de agrupador AP 21, nos anos de 2013 e 2014, tinha no erário público;
- não procurou, nesses dois anos, formas de diminuir esse impacto, designadamente pelo aumento de produção/diminuição dos preços, conformando-se com o resultado financeiro decorrente da aplicação da versão de agrupador AP 21;
- celebrou contratos-programa lesivos do interesse público na medida que não garantiram a aquisição dos cuidados prestados aos melhores preços.

Os factos demonstram que os contratos-programa celebrados pela ARS do Norte em 2013 e 2014 implicaram um encargo adicional para o Estado no montante de cerca € 23,3 milhões (€ 11,7 milhões em cada um dos anos).

A factualidade apurada indicia a prática, em cada um dos anos de 2013 e 2014, de infrações financeiras sancionatórias, conforme desenvolvido no ponto 2 da Parte II do Volume II do presente Relatório e ainda nos Mapas 1 e 2 do Anexo XIII também do Volume II.

As alegações do responsável indiciado pelas situações passíveis de responsabilização financeira constam na íntegra do Volume III e, em síntese, no ponto 2 da Parte II do Volume II do presente Relatório. Sendo em parte coincidentes com a resposta institucional do Conselho Diretivo da ARS do Norte, a análise que destas é feita *infra* é comum à efetuada às alegações apresentadas pelo responsável individual, não afastando as conclusões do Tribunal relativas à suscetibilidade de tal responsável ser passível de procedimentos de efetivação de responsabilidade financeira.

A resposta institucional do Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte remetida, no âmbito do contraditório, acompanha a resposta do responsável individual quanto aos cuidados prestados no HP serem eminentemente cirúrgicos, ao impacto da aplicação do AP 27 na contraprestação financeira¹⁴², à necessidade de um período de ajustamento e à autorização da tutela para efeitos de manutenção do AP 21¹⁴³. Acrescenta que *“(…) sempre foi entendimento seguido que o enquadramento legal de que o mesmo beneficiava (...) não justificava, e menos ainda impunha, qualquer distinção por relação ao SNS em geral.”*.

¹⁴² *“(…) os cuidados prestados no HP são eminentemente cirúrgicos, o impacto desta alteração traduzir-se-ia numa quebra muito acentuada na contraprestação financeira, não podendo ser compensado pelo aumento de qualquer atividade médica, inexistente no HP.”*

¹⁴³ *“Assim, foi considerada a necessidade de um período de ajustamento, tendo também sido ponderada pela ARSN a possibilidade de manutenção do AP 21 para o período relativo a 2013/2014, decisão que se submeteu à tutela, tendo a mesma sido objeto de autorização.”*



Tratam-se essencialmente de argumentos já conhecidos durante a auditoria e que, tendo sido já analisados, não afastam as conclusões submetidas a contraditório. Porém, o argumento transcrito do Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte suscita ainda as seguintes observações:

Confirmou-se no âmbito da auditoria que a metodologia aplicável aos hospitais do SNS tem sido em regra aplicada, sem que haja da parte da SCM do Porto contrapropostas. Os únicos anos em que se verificou a sua oposição foram os anos de 2013 e de 2014 considerando o impacto que a agrupador de atividade hospitalar AP 27 teria no seu financiamento.

Ora, considerando que nos anos de 2013 e de 2014 não foi aplicada ao Hospital da Prelada a versão do agrupador AP 27 o que consubstancia um desvio às regras que foram aplicadas aos hospitais do SNS e uma discriminação positiva daquele hospital do setor social face a estes, a decisão devia ter sido fundamentada pela ARS do Norte, demonstrando-se ao Secretário de Estado da Saúde a economia e eficiência das soluções propostas. Ainda para mais que, nos anos de 2013 e de 2014, o país estava numa situação de assistência financeira exigindo-se uma ainda maior diligência por parte dos responsáveis na justificação de qualquer despesa que efetuassem ou propusessem. A simples constatação do impacto financeiro da aplicação do AP 27 à produção do Hospital da Prelada ponderou apenas o interesse da SCM do Porto.

Note-se que, para além da demonstração da satisfação dos princípios da economia, eficiência e eficácia ser um dos requisitos da realização de despesas públicas, estes mesmos princípios devem pautar a atividade da Administração Pública em geral, conforme estabelecido no art.º 5º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pela Lei n.º 5/2015, de 7 de janeiro. Nas situações em concreto verificou-se um défice de fundamentação, não tendo a ARS do Norte ponderado nas suas propostas todos os interesses em confronto: os da SCM do Porto e os dos contribuintes que são quem em última instância financiam os cuidados de saúde prestados no HP. Note-se que, nesta matéria, o interesse dos utentes do SNS coincide com os dos contribuintes em geral, pois sendo os recursos financeiros públicos escassos, o pagamento de preços excessivos diminui a quantidade de serviços prestados e consequentemente o acesso aos cuidados de saúde.

Quando as aquisições de serviços de saúde não são submetidas à concorrência, como é o caso da realizada à SCM do Porto, situações como as ora em análise, de falta de fundamentação da decisão, acentuam ainda mais o risco de os preços pagos ao HP não constituírem apenas a contrapartida dos serviços prestados, mas também um subsídio à exploração. Acresce que, no caso do Hospital da Prelada, também não foi efetuada por parte da ARS do Norte qualquer estudo de Análise Custo-Benefício (vd. ponto 11.3 do Relatório), que demonstre o *Value for Money* do Acordo de Cooperação, *i.e.*, que o mesmo garante a economia, eficiência e eficácia dos recursos públicos que lhe são afetos.

11.3. Renovação do Acordo de Cooperação com desrespeito pelos princípios da legalidade, da economia, da eficiência e da eficácia

Estando a renovação do Acordo de Cooperação celebrado entre a ARS do Norte e a SCM do Porto¹⁴⁴ incluída no âmbito de aplicação do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, considerando o disposto

¹⁴⁴ O Acordo de Cooperação que regula as relações entre a ARS do Norte e a SCM do Porto foi celebrado, em 24 de outubro de 2008, pela ARS do Norte e a SCM do Porto, por um período de cinco anos, podendo ser renovado por iguais períodos, caso se mantivesse a sua necessidade, mediante notificação da ARS do Norte à SCM do Porto (vd. cláusula 17ª do Acordo). Em 21 de outubro de 2008, já após a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, foi acordada entre a ARS do Norte e a SCM do Porto a renovação do Acordo de Cooperação. A renovação foi homologada pelo Secretário de Estado da Saúde em 18 de maio de 2015, com efeitos retroativos.



nos respetivos art.ºs 1º, n.º 1¹⁴⁵, 2º, n.º 1, al. b), e 3º¹⁴⁶, e, ainda as disposições transitórias do art.º 16º¹⁴⁷, as relações entre a ARS do Norte e a SCM do Porto, continuaram a reger-se pelas normas aplicáveis à data da celebração do Acordo inicial, a saber: o Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, e a Lei de Bases da Saúde, assim como pelas normas das Leis dos Orçamentos do Estado para as quais o Acordo de Cooperação, celebrado em 2008 e renovado em 2013, remete.

Porém, à luz dos preceitos do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, antes evocados, a renovação do Acordo, consubstanciando uma nova relação contratual¹⁴⁸⁻¹⁴⁹, estava sujeita aos procedimentos nele estabelecidos, designadamente à realização de um estudo que, incluindo uma Análise Custo-Benefício, avalie a sua economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade financeira, previsto nos art.ºs 6º n.º 2, e 8, n.º 3, al. b). Refira-se que a renovação, acordada entre a ARS do Norte e a SCM do Porto em 21 de outubro de 2013, ocorreu já após a publicação e entrada em vigor deste diploma.

Face à publicação deste diploma o Conselho Diretivo da ARS do Norte deliberou em 21 de outubro de 2013, mediante parecer do Coordenador do Gabinete Jurídico e do Cidadão, renovar o Acordo. De acordo com este parecer, *“(…) apesar de existir novo enquadramento jurídico a regular a articulação do Ministério da Saúde com as IPSS, a forma contratual que esta ARS já houvera adotado no seu relacionamento com a SCM do Porto, encontra perfeito enquadramento no atual diploma (…)”,* pelo que *“(…) o mesmo poderá ser mantido em vigor, caso seja essa a intenção desta ARS e da SCM do Porto.”* Apesar de ressaltar que *“(…) durante o prazo pelo qual vigorar esta (…) renovação, deverão os serviços ir preparando uma nova minuta de Acordo, em total e absoluta conformidade com a nova legislação (…)”,* o parecer nada refere quanto à necessidade de se proceder ao estudo económico previsto no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro. Não existe também evidência de que os membros do Conselho Diretivo, tendo conhecimento da exigência estabelecida no diploma legal, tenham suscitado essa questão.

Ainda que, para garantir a continuidade de cuidados, não houvesse tempo para realizar o estudo ali previsto antes da renovação do Acordo, seria sempre possível aplicar à renovação do Acordo celebrado com a SCM do Porto, o art.º 16º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que estabelece a possibilidade de os acordos, renováveis, serem revistos no prazo de um ano a contar do fim do prazo de duração dos mesmos.

Sem prejuízo de o Acordo celebrado com o Hospital da Prelada não ser renovável tacitamente, como previsto neste preceito, a conciliação dos interesses em confronto: (i) a necessidade de garantir a continuidade de cuidados aos utentes do SNS e (ii) a necessidade de demonstrar o *Value for Money* da

¹⁴⁵ Nos termos do qual o decreto-lei “... define as formas de articulação do Ministério da Saúde e dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares e solidariedade social (IPSS)...”.

¹⁴⁶ Que referem como uma das modalidades de celebração de acordos com as IPSS o Acordo de Cooperação.

¹⁴⁷ Nos termos do qual “*Mantêm-se em vigor os contratos e acordos já celebrados com IPSS nos termos do respetivo clausulado.*”, devendo os mesmos quando “... celebrados por tempo indeterminado ou renováveis tacitamente (...) ser revistos, nos termos do art.º 8º, no prazo de um ano a contar da data da entrada em vigor do presente decreto-lei ou do fim do prazo de duração do acordo, respetivamente.”.

¹⁴⁸ De acordo com Diogo Freitas do Amaral, citado pelo Acórdão n.º 5/2012, de 17 de dezembro, da 1ª Secção do Tribunal de Contas, a renovação corresponde à “*outorga de um novo título jurídico ao mesmo sujeito. Com os mesmos objetivos e, em princípio, com as mesmas condições do título anterior ou semelhantes.*”. No mesmo sentido e também citado pelo referido Acórdão, Lino Torgal refere que a “*renovação contratual equivale à reconstituição, no termo do prazo e em iguais moldes ou próximos, do complexo originalmente inscrito no contrato inicial*”. Para ambos os autores a renovação corresponde a um novo título contratual, a um novo acordo.

¹⁴⁹ Refira-se, aliás que, para o legislador do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, nem é preciso haver renovação dos Acordos para os mesmos serem revistos à sua luz, já que o art.º 16º, n.º 2, estabelece expressamente que essa revisão deve ocorrer ainda que os mesmos tenham sido celebrados por tempo indeterminado.



renovação do Acordo aos cidadãos contribuintes justificaria a aplicação daquela disposição transitória, permitindo que a ARS do Norte avaliasse o Acordo de Cooperação, num prazo razoável.

Refira-se que, para além de alguns princípios estabelecidos, designadamente, na Lei de Bases da Saúde¹⁵⁰ ou, de forma mais abrangente nas disposições gerais relativas à realização de despesa pública que visam salvaguardar a economia, eficiência e eficácia dessa despesa¹⁵¹, a legislação referente à celebração de acordos como o do Hospital da Prelada era, até ao Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, omissa quanto à necessidade de fundamentação económica dos mesmos, sendo frequente a celebração de acordos, como o em análise, apenas fundamentados na necessidade de reforçar a capacidade de resposta do SNS, considerando as listas e os tempos de espera para acesso aos cuidados de saúde (vd. cláusula 3ª do Acordo de Cooperação).

Sobre a insuficiência desta avaliação, que não tinha designadamente em conta uma avaliação da capacidade instalada no SNS e uma avaliação dos benefícios e custos, monetizáveis ou não, das opções que as situações concretas suscitavam, o Tribunal de Contas pronunciou-se em diversos Relatórios, de entre os quais o Relatório n.º 11/2011 – 2ª Secção - Auditoria operacional ou de resultados - *Value for Money* - à execução do Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e a CVP-Sociedade de Gestão Hospitalar, SA, e o Relatório n.º 21/2013 – 2ª Secção, Auditoria de seguimento das recomendações formuladas naquele Relatório, tendo formulado recomendações aos membros do Governo responsáveis pela área da saúde¹⁵².

Note-se que a realização de estudos económicos, designadamente Análises Custo-Benefício, contribui, não só para a determinação do *Value for Money*, como também para a transparência, a *accountability* e para a auditabilidade dos acordos.

Em complemento do estabelecido no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, com vista à fundamentação económica dos acordos celebrados no seu âmbito, a ACSS desenvolveu o “*Modelo para Análise e Avaliação Prévia de Acordos de Cooperação com IPSS no âmbito do DL n.º 138/2013*”, que foi objeto de despacho de aprovação do Secretário de Estado da Saúde, em 10 de fevereiro de 2014. O documento¹⁵³ constitui uma orientação para as entidades do Ministério da Saúde com responsabilidade na celebração de acordos previstos no referido diploma, procederem, previamente à celebração/revisão dos mesmos, através da:

- Análise das necessidades a satisfazer e ao levantamento da capacidade disponível;
- Avaliação custo-benefício das opções; e, caso se opte pela celebração de um acordo com uma IPSS, da
- Avaliação da economia, da eficiência e da sustentabilidade financeira do acordo.

¹⁵⁰ A Base XII, n.º 3, da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, estabelece que o Ministério da Saúde e as ARS podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos.

¹⁵¹ Como as constantes da Lei de Enquadramento Orçamental referidas no ponto 11.2.

¹⁵² “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.” (Rel. n.º 11/2011 – 2ª S); “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 macroeconómica/social/coletividade.” (Rel. n.º 11/2011 – 2ª Secção); “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.” (Rel. n.º 21/2013 – 2ª Secção).

¹⁵³ Que pretende dar cumprimento aos Despachos n.º 724/2013, de 14 de outubro, e n.º 2296/2013, de 1 de fevereiro, do Secretário de Estado da Saúde, assim como às recomendações do Tribunal de Contas.



Questionada a ARS do Norte sobre a realização do estudo previsto no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, esta informou, em agosto de 2014¹⁵⁴, que o mesmo se encontrava a ser realizado, de acordo com o Modelo desenvolvido pela ACSS. Porém, até à data da realização do trabalho de campo (janeiro de 2017), o estudo não havia sido concluído.

A não realização de um estudo que, incluindo uma Análise Custo-Benefício, avalie a economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade financeira da renovação do Acordo, consubstancia uma violação de normas financeiras, *cfr.* desenvolvido no ponto 3 da Parte II do Volume II do presente Relatório e no Mapa 3 do Anexo XIII, também do Volume II.

Pretendendo o estudo estabelecido nos art.ºs 6º n.º 2, e 8, n.º 3, al. b), do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, determinar, de entre as alternativas possíveis para a prestação de cuidados de saúde, qual a opção que apresenta o *Value for Money*, a renovação do Acordo relativo ao Hospital da Prelada sem a realização do mesmo não ofereceu qualquer garantia de que o compromisso assumido é o que apresenta a melhor utilização dos recursos públicos colocados à disposição do Ministério da Saúde e da ARS do Norte.

Todos os responsáveis indiciados pela situação passível de responsabilização financeira pronunciaram-se em sede de contraditório. As suas alegações constam na íntegra do Volume III, constando do ponto 3 da Parte II do Volume II do presente Relatório uma síntese das mesmas e uma análise, com base na qual o Tribunal mantém as conclusões relativas à suscetibilidade de tais responsáveis serem passíveis de procedimentos de efetivação de responsabilidade financeira.

A resposta institucional do Conselho Diretivo da ARS do Norte acompanha os argumentos apresentados pelos responsáveis individuais, reforçando que *“(...) não obstante não se tenha efetuado um estudo formal que fundamentasse a economia e eficiência do Acordo, tal análise não foi (...) descurada, porquanto se manteve a verificação e análise da evolução das listas de espera que fundamentam essa necessidade complementar (...)”*.

O excerto transcrito demonstra a falta de sensibilidade dos responsáveis da ARS do Norte relativamente à pertinência de uma Análise Custo-Benefício num contexto em que os recursos são escassos e a boa gestão financeira deve ser demonstrada.

Note-se que, a análise dos indicadores de acesso constitui apenas uma parte do estudo de Análise de Custo-Benefício, integrante da análise de necessidades, não demonstrando o *Value for Money* do Acordo e o seu contributo para a sustentabilidade do SNS no médio e no longo prazo. É que, como referido no Relatório n.º 21/2013 – 2ª Secção¹⁵⁵ *“(...) gastos não sustentados no SNS, no presente, comprometem a sua sustentabilidade no futuro.”*

Refira-se por fim que, tendo a renovação do Acordo sido remetida pela ARS do Norte¹⁵⁶ à ACSS para efeitos de homologação da mesma pelo Secretário de Estado da Saúde e tendo esta entidade¹⁵⁷ submetido essa renovação a despacho deste membro do Governo, não existe evidência de a mesma ter

¹⁵⁴ Ofício SAI- ARS do Norte /2014/438, de 14 de agosto, e email da ARS do Norte, de 18 de agosto de 2016.

¹⁵⁵ Volume I, p. 26.

¹⁵⁶ Of.º SAI_ARSN/2013/775, de 14 de novembro de 2013.

¹⁵⁷ Of.º 5258/2015/ACSS de 18 de maio de 2015.



suscitado qualquer questão quanto à (in)existência do estudo económico previsto no Decreto-Lei n.º 138/2013.

Enquanto entidade com competências na coordenação e acompanhamento da execução de contratos de prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do sector social¹⁵⁸ e responsável pelo desenvolvimento do *“Modelo para Análise e Avaliação Prévia de Acordos de Cooperação com IPSS no âmbito do DL n.º 138/2013”*, não se entende o que pode ter justificado esta inação por parte da ACSS. Note-se, ainda, que no Modelo desenvolvido refere que *“Trata-se de uma primeira versão que se pretende venha no futuro a beneficiar de melhorias, dos ajustamentos e dos desenvolvimentos que resultem da sua implementação a situações concretas pelas diversas entidades participantes no processo de análise e avaliação prévia de acordos com IPSS.”* pelo que é de todo conveniente que a ACSS proceda a um acompanhamento eficaz da sua aplicação.

Auscultada em sede de contraditório, a Presidente do Conselho Diretivo da ACSS alega que *“(…) o regime jurídico não reserva (…) à ACSS, IP (…) intervenção na preparação, procedimento prévio, outorga e homologação de acordos com entidades do setor social celebrados por ARS (…)”*.

Refere-se a este respeito que a observação constante do texto tem por base o facto de a matéria em análise ser relevante para a execução eficaz das competências da ACSS de coordenação e acompanhamento da execução de contratos de prestação de cuidados de saúde.

¹⁵⁸ Cfr. art.º 3º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, e art.º 11º, n.º 1, al. c), do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.



B. O CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE

12. Celebração do Acordo com a Santa Casa da Misericórdia do Porto

A celebração do Acordo de Gestão com a SCM do Porto, em 25 de novembro de 2013, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, não foi sustentada numa comparação com os custos que resultariam para o Estado caso o modelo de gestão do CRN fosse público¹⁵⁹, isto é, um programa alternativo (comparador público), como o previsto no regime jurídico das Parcerias Público-Privadas (PPP)¹⁶⁰, que justificasse do ponto de vista económico o recurso a uma parceria, neste caso com a SCM do Porto. Tal como nos contratos de PPP, o objetivo assumido na opção pela celebração de um contrato de gestão com a SCM do Porto, relativamente ao CRN, foi o da transferência dos riscos de exploração¹⁶¹ e de financiamento, designadamente para aquisição do equipamento em falta.

Este propósito poderia ter sido alcançado com qualquer parceiro do setor privado ou social, ao abrigo do regime jurídico das PPP. Porém, nesta matéria, os responsáveis do Ministério da Saúde, tutela e ARS do Norte, nunca cuidaram de saber o posicionamento de eventuais interessados do setor privado ou de outras entidades do setor social quanto à celebração de um possível contrato de gestão¹⁶².

Com efeito, desde dezembro de 2012, data da elaboração do “*Estudo Adicional*” ao Plano de Negócios¹⁶³, que o parceiro escolhido foi a SCM do Porto, considerando que este estudo se debruçou em concreto sobre o “*Caso da exploração e gestão da atividade do CRN por entidade privada, especificamente a Santa Casa da Misericórdia*”. Inicialmente, a ARS do Norte ponderou a realização de um ajuste direto com a SCM do Porto ao abrigo do regime jurídico das parcerias público-privadas, dado que, até à publicação do Decreto-Lei n.º 138/2013, este era o único regime com base no qual podia ser celebrado um contrato¹⁶⁴ correspondente ao acordo que veio a ser celebrado com a SCM do Porto. Considerando que à luz das regras da contratação pública, para as quais o regime jurídico das PPP remete, o Estado teria de abrir um procedimento concorrencial ou fundamentar o recurso ao ajuste direto¹⁶⁵, a publicação e entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 138/2013¹⁶⁶, obviou a essas

¹⁵⁹ O referencial mais recente era o Plano de Negócios 2013-2017, porém o mesmo não foi adaptado para se proceder a uma comparação direta entre a proposta da SCM do Porto e as projeções daquele, designadamente em termos de quantidades a produzir.

¹⁶⁰ Art.º 19º, n.º 2, da Lei n.º 91/2001, de 20 de agosto, e Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

¹⁶¹ Que no modelo de gestão pública analisado no Plano de Negócios 2013-2017 era acentuado dado os resultados negativos nele evidenciados.

¹⁶² Como previsto no art.º 6º, n.º 6, do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

¹⁶³ Em resultado de uma reunião com o Ministro da Saúde, realizada em outubro de 2012, o Plano de Negócios 2013-2017 foi posteriormente complementado com um “Estudo Adicional”, de dezembro de 2012, o qual analisou as figuras jurídicas passíveis de permitir um financiamento não exclusivamente suportado pelo Orçamento do Estado e procedeu ao cálculo de despesa suportada pelo orçamento do SNS na área de internamento em MFR com utentes da Região Norte do país. Quanto às figuras jurídicas, o estudo analisou o “(...) *caso da exploração e gestão da atividade do CRN por entidade privada, especificamente a Santa Casa da Misericórdia (...)*”, à luz do único regime jurídico então em vigor que permitia um contrato de gestão com esse fim, o Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, com as especificações do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, e o regime jurídico da formação do contrato de parceria, previsto no Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, realçando os procedimentos de contratação possíveis: concurso público, concurso limitado por prévia qualificação ou o procedimento por negociação, sendo ainda possível o ajuste direto, justificado por razões de interesse público.

¹⁶⁴ A expressão acordo é correspondente à de contrato, na medida em que são ambos um acordo de vontades, porém, em regra, quando o Estado contrata com entidades do setor privado lucrativo designa o acordo por contrato e quando contrata com entidades do setor privado social (não lucrativo) utiliza a expressão acordo. Esta distinção tem na base a consideração de que o setor privado lucrativo prossegue fins individuais (o lucro) opostos aos fins públicos, coletivos, do Estado, e que o setor social, à semelhança deste, prossegue interesses gerais da sociedade.

¹⁶⁵ No âmbito deste regime, o recurso ao ajuste direto é excepcional, apenas podendo ter lugar se o mesmo for justificado por razões de interesse público relevante.

¹⁶⁶ Que exclui dos procedimentos de contratação pública os acordos nele incluídos, acordos de gestão e acordos de cooperação, celebrados com Instituições Particulares de Solidariedade Social.



condicionantes. Refira-se que um procedimento concorrencial permitiria ao Estado conhecer qual a melhor proposta do mercado, assim como as rendibilidades dos potenciais investidores¹⁶⁷.

Para a celebração do Acordo, a ARS do Norte limitou-se a comparar os preços da proposta da SCM do Porto com os praticados no Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul que, à data da celebração do Acordo de Gestão com a SCM do Porto, não constituíam o melhor referencial de mercado, dadas as diferenças¹⁶⁸ entre os centros de reabilitação e a alteração das condições macroeconómicas face a 2006, ano em que o contrato de gestão do Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul foi celebrado. Assim, apenas um procedimento concorrencial garantiria a celebração do contrato economicamente mais vantajoso.

Sobre a celebração do Acordo de Gestão com a SCM do Porto sem recurso a procedimentos concorrenciais, a Entidade Reguladora da Saúde, em Parecer emitido em 2014, observou o seguinte:

“65. Não obstante o facto de o regime do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, não impor um mecanismo de concorrência no acesso à contratação com o SNS, nem tampouco exigir a auscultação do mercado quanto a propostas alternativas para a concessão da gestão das unidades de saúde públicas, o Ministério da Saúde e suas estruturas poderiam ser mais ativos na promoção da concorrência e na pesquisa de soluções mais vantajosas, na medida em que a opção por este regime não é a única possível.

66. Aliás, tal opção deverá ser especialmente fundamentada, porquanto ela implica excluir-se da concorrência a escolha de um parceiro privado para a gestão de um bem público, significando sempre, e ainda que de uma forma enquadrada legalmente, uma compressão dos princípios da transparência, da igualdade de oportunidade e da concorrência.”

E recomendou:

“(…) a manter-se a opção por concessão da gestão a operador não público, recomenda-se que o Ministério da Saúde acautele temporalmente o início de um procedimento de contratação mais exigente que permita, no final daquele prazo, avaliar a eventual renovação do acordo contra outras propostas de gestão que o mercado possa oferecer.”

A propósito da não realização de um procedimento concorrencial, as declarações expendidas pelo Presidente da ARS do Norte, em sede de contraditório institucional, apontam a necessidade de *“(…) celeridade na abertura do CRN (...)”*, como facto que *“(…) poderá ter funcionado como constrangimento à abertura de um procedimento concorrencial (...)”*.

Ainda que a abertura do CRN se afigurasse como urgente desde a data em que a sua empreitada ficou concluída, em junho de 2012, considerando a rentabilização do investimento, a decisão relativa à implementação do CRN estava tomada, pelo menos, desde abril de 2006¹⁶⁹. O que se verificou é que a decisão relativa ao modelo de gestão não foi antecipada pelos responsáveis do Ministério da Saúde, designadamente pela ARS do Norte e pelos membros do Governo, pelo que a “eventual” urgência foi provocada pela falta de cuidado destes responsáveis relativamente à oportunidade da decisão sobre o modelo de gestão do CRN.

¹⁶⁷ Note-se que as Instituições Particulares de Solidariedade Social também podem ser opositoras aos procedimentos que visam a constituição de PPP.

¹⁶⁸ O CMFR Sul tem cerca de 50% das camas do CRN.

¹⁶⁹ Despacho n.º 10711/2006, DR 2ª S, de 15 de maio. Vd. sobre a implementação do CRN o ponto 4.1 da parte I do Volume II.



Para a escolha da SCM do Porto não terá sido alheio o facto de esta entidade ser, até à abertura do CRN, o principal prestador de cuidados de medicina física e de reabilitação na Região Norte, através do Hospital da Prelada, e de o Estado ter celebrado com a mesma um Acordo de Cooperação para a prestação de cuidados nessa área. Sendo também assumido que o CRN não devia trazer despesa acrescida para o SNS, a ARS do Norte procurou formas de diminuir a despesa com a prestação de cuidados de MFR noutras unidades de saúde, designadamente no Hospital da Prelada.

Assim, foi acordada uma redução da atividade prestada pelo Hospital da Prelada para o SNS, de pelo menos € 2 milhões/ano, cfr. cláusula 45º, n.º 6, do Acordo de Gestão.

Tal acordo sugere que a contratualização anual dos cuidados de saúde ao Hospital da Prelada não tem exclusivamente por base as necessidades em saúde da população e a capacidade instalada no SNS, onde se inclui o CRN, seja a sua gestão pública ou privada, e que o Estado assume a obrigação, perante a SCM do Porto, de manter níveis de atividade e de financiamento na área da prestação de cuidados de saúde, ainda que tal não seja do interesse do SNS¹⁷⁰.

Refira-se por fim que, apesar de o Decreto-Lei n.º 138/2013¹⁷¹ estabelecer exigências em matéria de fundamentação económica e financeira dos acordos, a ARS do Norte apenas veio a elaborar o estudo ali previsto, em 2014, após a celebração do acordo e o ajustamento da atividade do CRN e, em 2016, a propósito da renovação do Acordo de Gestão por mais um ano.

Estes estudos tiveram por base o *“Modelo para Análise e Avaliação Prévia de Acordos de Cooperação com IPSS no âmbito do DL n.º 138/2013”*, da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 10 de fevereiro de 2014, tendo ambos concluído que a celebração de um Acordo de Gestão como o celebrado com a SCM do Porto continua a ser uma opção, face à possibilidade de constituição de uma entidade pública empresarial (estudos de 2014 e de 2016) ou à integração do CRN numa entidade pública empresarial já existente (estudo de 2016).

Considerando o estudo de 2016, a constituição de uma entidade pública empresarial (EPE) seria a hipótese economicamente mais vantajosa num cenário em que os custos fossem semelhantes aos do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Centro – Rovisco Pais¹⁷² ou num cenário que considerasse os preços pagos pelo Estado às unidades hospitalares do Setor Empresarial. Porém, os preços pagos pelo Estado poderão não ser suficientes para cobrir os custos da entidade, tal como evidenciado nas hipóteses da integração do CRN numa entidade pública empresarial já existente (o Centro Hospitalar de São João ou o Centro Hospitalar do Porto).

¹⁷⁰ Ou porque passou a dispor de meios alternativos para a prestação de cuidados de saúde ou porque, considerando que os recursos financeiros são escassos, não dispõe de meios financeiros para suportar os níveis de atividade dos acordos com a SCM do Porto, optando, por exemplo, pela indução de mais eficiência nos prestadores que integram o SNS.

¹⁷¹ Designadamente, nos art.ºs 6º, n.º 1, e 8º, n.º 3, al. b).

¹⁷² Utilizado na comparação por ser uma entidade com a mesma tipologia do CRN. Esta entidade está integrada no setor público administrativo.



Quadro 8 – Estudo 2016 - Encargos associados às várias opções de exploração do CRN

Encargos associados às várias opções	2014	2015	2016	Total
CRN (Acordo de Gestão SCMP)	6 017 649 €	9 179 221 €	9 112 471 €	24 309 341 €
CHP - Custos da Analítica	6 794 157 €	10 081 932 €	10 933 146 €	27 809 235 €
CHSJ - Custos da Analítica	5 926 583 €	9 631 434 €	9 466 331 €	25 024 348 €
EPE - Preços Contratualização	4 244 246 €	6 621 970 €	6 503 695 €	17 369 911 €
Rovisco Pais - Custos da Analítica	4 480 903 €	7 701 378 €	8 688 463 €	20 870 744 €
Hospital Braga (PPP) - Custos da Analítica	2 890 869 €	5 007 109 €	4 823 834 €	12 721 811 €

Fonte: ARS do Norte - Análise e Avaliação Prévia do Acordo de Gestão (2016)

Obs: Relativamente à hipótese de uma Parceria Público Privado o estudo analisou os custos da entidade gestora do Hospital de Braga e não os preços suportados pelo Estado.

Tendo o acordo celebrado com a SCM do Porto sido prorrogado por mais um ano (2017), podendo ainda ser prorrogado por outro ano (2018) e não existindo ainda uma decisão política quanto ao modelo de gestão futuro, nota-se que se se mantiver a opção pela gestão privada do CRN é possível ao Estado, ao abrigo do regime jurídico das Parcerias Público-Privadas e do Código dos Contratos Públicos, contratar entidades do setor privado ou social com vista à exploração e gestão do CRN.

De facto, a aplicação de procedimentos de contratação pública concorrenciais constitui uma maior garantia do cumprimento dos princípios da realização da despesa da economia, eficiência e eficácia, pois os eventuais interessados concorrem entre si, independentemente da sua natureza jurídica, em condições de mercado.

Também uma eventual alteração do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, no sentido de que se assegure que as soluções adotadas são as menos onerosas para o Estado, considerando nas Análises Custo-Benefício todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde que operem em território nacional, constituiria uma maior garantia do cumprimento dos princípios da realização da despesa da economia, eficiência e eficácia.

Quanto à Recomendação I¹⁷³ dirigida ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, a sua Presidente, ouvida em contraditório, declara que considerará a proposta de revisão do “Modelo para Análise e Avaliação Prévia de Acordos de Cooperação com IPSS no âmbito do DL n.º 138/2013”, para que este modelo integre a análise da sustentabilidade da unidade prestadora de cuidados de saúde, e não apenas a sustentabilidade da Instituição Particular de Solidariedade Social.

13. Atividade realizada para entidades financeiras responsáveis distintas do SNS

Para além da remuneração anual, cerca de € 9 milhões/ano, da responsabilidade da ARS do Norte, constituem ainda receitas da SCM do Porto, caso existam, 80% das receitas provenientes da prestação de cuidados de saúde a utentes cuja entidade financeira responsável não é a ARS do Norte/SNS (v.g., seguradoras) e 80% das receitas comerciais de terceiros. Os restantes 20% destas receitas são entregues à ARS do Norte.

¹⁷³ “Rever o “Modelo para Análise e Avaliação Prévia de Acordos de Cooperação com IPSS no âmbito do DL n.º 138/2013”, no sentido de que a análise da sustentabilidade dos acordos, na ótica das Instituições Particulares de Solidariedade Social, tenha como objeto a sustentabilidade da unidade prestadora de cuidados de saúde e não apenas a sustentabilidade da Instituição Particular de Solidariedade Social”.



Porém, nos anos em análise, a prestação de cuidados de saúde a utentes cuja entidade financeira responsável não é a ARS do Norte/SNS foi praticamente inexistente.

Na sua proposta, a SCM do Porto estimava que a atividade prestada a entidades financeiras responsáveis distintas da ARS do Norte/SNS ascenderia a cerca 20% da atividade que estimava realizar para a ARS do Norte/SNS. No entanto, essa atividade alcançou apenas cerca de 1% (no internamento, em 2016).

Quadro 9 – Atividade realizada, por entidade financeira responsável

	2014		2015			2016		
	SNS	Outras EFR	SNS	Outras EFR	Outras EFR vs SNS %	SNS	Outras EFR	Outras EFR vs SNS %
Consultas externas (n.º)	2353	0	6 462	0	0,0%	10 801	29	0,3%
Internamento (diárias)	19842	0	30 000	128	0,4%	27 888	341	1,2%
Prestação de serviços (€)	6 017 649 €	0	9 179 221 €	34 060 €	0,4%	9 112 451 €	105 716 €	1,2%

Fonte: Elaboração própria com base na proposta da SCM do Porto, nas atas de determinação da produção prevista e no apuramento do pagamento de reconciliação e fecho de contas. 2016: fatura-acerto provisória

A estimativa foi aceite pela ARS do Norte, considerando designadamente dados recolhidos junto de outros centros de reabilitação sobre o peso da faturação a terceiros pagadores, designadamente seguradoras no que concerne à assunção de responsabilidades no âmbito do financiamento de cuidados de saúde decorrentes de acidentes de viação ou de trabalho.

Com efeito, confirmou-se junto dos Centros de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e do Sul que a atividade que estes produzem para terceiros pagadores, não atingindo 20%, é superior à que o CRN tem realizado (vd. Anexo IX).

A quase inexistência de atividade prestada a terceiros pelo CRN pode resultar de falhas na identificação de entidades terceiras responsáveis. Apesar de na auditoria realizada, em 2016, pela ARS do Norte à “Verificação do Registo nos Sistemas de Informação da Atividade Assistencial” se ter concluído que na identificação do utente um dos campos de preenchimento é a entidade financeira responsável, o procedimento administrativo com vista a esta identificação não foi auditado pela ARS do Norte.

Não obstante o Acordo de Gestão (cl. 46º) prever a comparação dos níveis de receita obtida pelo CRN com base em atividade prestada para entidades financeiras responsáveis distintas do SNS com as receitas médias obtidas por outros estabelecimentos similares, com vista à SCM do Porto proceder a uma auditoria aos procedimentos que estão a ser seguidos para identificação dos terceiros pagadores e para a cobrança, verificou-se que a ARS do Norte não procedeu à sua análise.

A expectativa da SCM do Porto e da ARS do Norte no sentido de a atividade prestada a outras entidades financeiras responsáveis (v.g. particulares, seguros de saúde) poder atingir 20% da atividade realizada para o SNS não considerou a capacidade instalada em medicina física e de reabilitação no Hospital da Prelada, um estabelecimento também da SCM do Porto que concorre, no exercício da atividade privada, com o CRN e que após a abertura deste diminuiu a sua atividade nesta área de cuidados, sem que designadamente a capacidade física instalada tivesse diminuído na mesma proporção.

Pronunciando-se em contraditório institucional, vem o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte assumir a previsão excessiva da atividade prestada pelo CRN a terceiros pagadores, acrescentando estar a “(...) tomar medidas no sentido de auditar estas referências.”



Nesta matéria, as alegações do Provedor da SCM do Porto referem que a fraca captação de doentes extra SNS, deve-se ao facto da capacidade produtiva daquele Centro estar aproveitada com utentes do SNS. O Tribunal nota, no entanto, que de entre os utentes do SNS podem estar doentes cuja responsabilidade pelos encargos é de entidades terceiras, designadamente seguradoras no âmbito de responsabilidades que assumem em matéria de acidentes de viação ou de trabalho e que podem não estar a ser devidamente identificadas.

No exercício da prestação de cuidados a utentes do SNS, o Acordo de Gestão acautelou a concorrência pelas entidades do SNS, impedindo designadamente (cl. 7ª, n.º 8) que o Estado/ARS do Norte amplie, na Região de Saúde do Norte, a oferta hospitalar concorrente. Porém, esta cautela não existiu quanto à concorrência entre o Hospital da Prelada e o CRN em matéria de prestação de cuidados de saúde a clientes privados.

Sem prejuízo de nos acordos celebrados com entidades seguradoras a SCM do Porto não discriminar negativamente o CRN¹⁷⁴, existe um maior incentivo para a SCM do Porto rentabilizar o Hospital da Prelada, considerando não só a capacidade instalada que este dispõe, mas também o facto não ter de partilhar receitas decorrentes da atividade realizada para privados no Hospital da Prelada com a ARS do Norte. O Anexo X demonstra o acréscimo de capacidade física ociosa no internamento de medicina física e de reabilitação do Hospital da Prelada, em 2014, causado pela diminuição de atividade neste hospital no âmbito do SNS, apesar do ajustamento ocorrido na capacidade, assim como o aumento progressivo da atividade realizada para privados a partir de 2014¹⁷⁵. Por sua vez, o Anexo XI demonstra ainda que a utilização da capacidade instalada total do CRN não atingiu ainda os níveis propostos pela SCM do Porto, especialmente no número de consultas produzidas.

Quadro 10 – Partilha de receitas comerciais

Em todos os anos verificou-se a cobrança de receitas comerciais de terceiros e a sua partilha com a ARS do Norte, não existindo, porém, dados na proposta da SCM do Porto que permitam uma comparação entre o que era expectável e o que foi realizado.

Receitas comerciais	2014	2015	2016
Receitas comerciais (c/ IVA)*	51 020,93 €	152 456,40 €	162 544,25 €
Receita entregue pela SCM do Porto à ARS do Norte**	10 204,19 €	30 491,28 €	32 508,85 €

*Para efeitos de entrega à ARS do Norte, as receitas comerciais de terceiros são multiplicadas por 1,23, correspondente ao valor da taxa de IVA que também é entregue à ARS do Norte. **20% das receitas comerciais

Fonte: Elaboração própria com base em ficheiros de execução do AG da SCM do Porto e fatura acerto provisória de 2016

No que respeita à cobrança das taxas moderadoras pelo CRN e que constituem receitas da ARS do Norte, sendo entregues a esta no âmbito dos procedimentos relativos aos fechados de contas anuais através de dedução aos montantes de remuneração da responsabilidade do SNS, verificou-se que os níveis de receita cobrados pelo CRN são superiores aos níveis de receita cobradas por outros centros de reabilitação, cfr. Anexo XII, exceto no primeiro ano de funcionamento do mesmo (2014).

¹⁷⁴ Foi recolhida evidência de acordos celebrados com seguradoras que incluem todas as unidades hospitalares da SCM do Porto.

¹⁷⁵ O que também, refira-se, ocorreu no CRN, cfr.

Quadro 9.



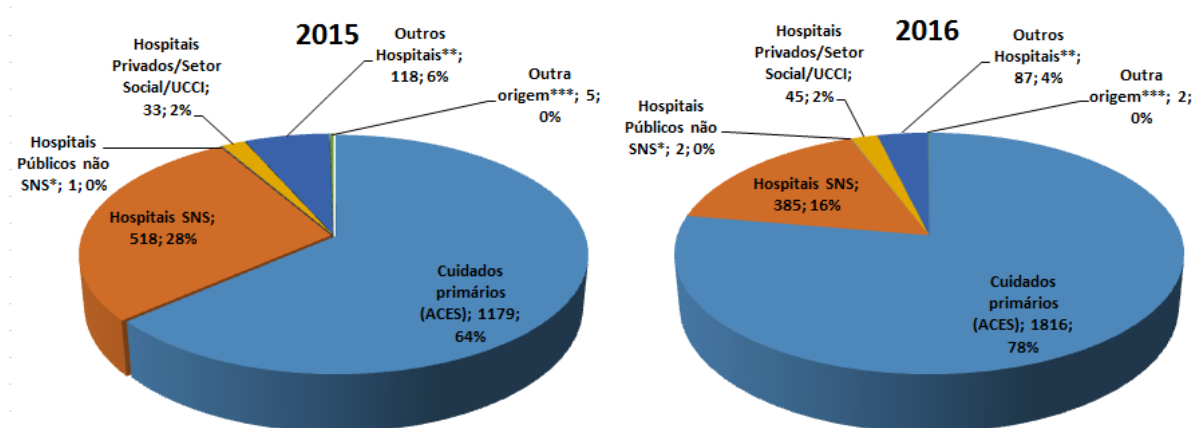
14. Referenciação de doentes para o Centro de Reabilitação do Norte

Nos termos do Acordo de Gestão celebrado entre a ARS do Norte e a SCM do Porto, a referenciação para o CRN é feita pelas unidades de cuidados de saúde primários e por unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, podendo o CRN receber ainda doentes de outras origens desde que não se verifique a existência de listas de espera.

Todos os doentes admitidos são objeto de uma primeira consulta no CRN (consulta de admissão ao internamento ou consulta geral ou diferenciada de avaliação). Na consulta inicial é decidido o destino do doente: internamento, ambulatório ou intervenção terapêutica direta¹⁷⁶.

Com base no número de primeiras consultas realizadas em 2015 e 2016, verifica-se que o maior volume de atividade do CRN tem origem nas unidades de cuidados de saúde primários (Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES) do SNS. Em 2015 e 2016, 64% e 78% das consultas realizadas tiveram por base a referenciação de ACES, e 28% e 16%, a referenciação de unidades hospitalares do SNS. A restante atividade (cerca de 8% em 2015 e de 6% em 2016) teve por base referenciação de outras entidades.

Figura 15 – Primeiras consultas realizadas por origem externa de referenciação



*Forças Armadas

**Não especificados pela SCM do Porto

***Marcação direta subsistemas de saúde, ADSE e outros

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pela SCM do Porto

Destaca-se que à semelhança do relatado sobre o acesso aos cuidados prestados no Hospital da Prelada (vd. ponto 8, parte referente à “Referenciação de doentes para a consulta externa – equidade no acesso”), também no CRN é possível a doentes de sistemas de saúde complementares – ADSE, ADM, SAD-PSP, SAD-GNR, SAMS – marcarem consultas diretamente no CRN ou através do Portal da Saúde da SCM do Porto. Apesar do número residual de doentes que assim acederam ao CRN nos anos de 2015 e de 2016, remete-se para as conclusões formuladas naquele ponto a propósito da situação observada no Hospital da Prelada.

De acordo com o preconizado na Rede Nacional Hospitalar e de Referenciação de Medicina Física e de Reabilitação (RRHMFR)¹⁷⁷ a rede de referenciação “(...) está centrada nos cuidados de saúde hospitalar

¹⁷⁶ Vd. Manual de Procedimentos Clínicos e Administrativos do CRN, p. 11.



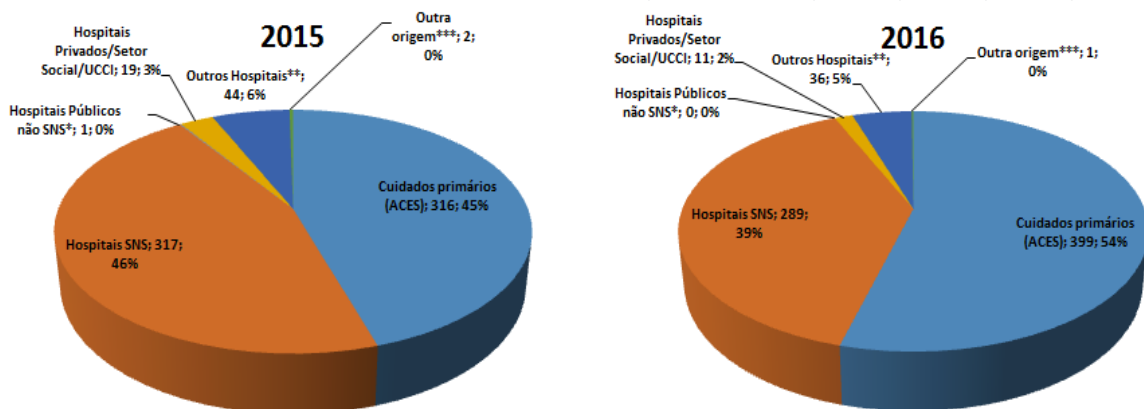
(...) que (...) deverá funcionar como placa giratória na referênciação dos utentes para as diferentes tipologias de cuidados existentes.”¹⁷⁸.

Assim, quanto à referênciação dos (...) doentes a internar nos centros de reabilitação (...) devem os mesmos [ser] única e exclusivamente referenciados pelos serviços de MFR do Grupo II e III e IV-b¹⁷⁹ incluídos nesta Rede (...), sublinhando ainda a RRHMFR que um “Aspeto crucial para o funcionamento da rede e para a adequada circulação dos doentes na mesma, é o princípio de que os doentes a internar nos Centros Especializados de Reabilitação devem ser obrigatoriamente referenciados pelos Hospitais que compõem a RRHMFR.”, pois são estes que (...) recebem os doentes em fase aguda e subaguda(...)” sendo estes (...) doentes que mais podem beneficiar com o internamento em centro especializado (...)”¹⁸⁰.

Já anteriormente a RRHMFR, de 2002, indicava que os doentes a internar deviam ser obrigatoriamente referenciados por unidades hospitalares, constatando-se que no CMFR do Sul o acesso de doentes referenciados pelas unidades de cuidados de saúde primários é feito através da ARS do Algarve. Em Alcoitão, os doentes referenciados por estas unidades são-no apenas para a realização de exames especiais previstos no Acordo de Cooperação celebrado com a ARSLVT.

Os gráficos *infra* permitem no entanto constatar que, no caso do CRN, cerca de 50% dos internamentos têm origem em referênciação de unidades de cuidados de saúde primários, pelo que o CRN pode estar a prestar cuidados de saúde a doentes que poderiam ser prestados por outros prestadores da Rede e a comprometer a sua missão de (...) dar resposta atempada aos pedidos dirigidos pelos serviços hospitalares de MFR, considerando que são eles que recebem os doentes em fase aguda e subaguda (...), garantindo a continuidade de cuidados a doentes que, apresentando (...) potencial de reabilitação (...), necessitam da (...) intervenção dominante da reabilitação médica (...)”¹⁸¹.

Figura 16 – Internamentos por origem externa de referênciação



*Forças Armadas

**Não especificados pela SCM do Porto

***Marcação direta subsistemas de saúde, ADSE e outros

Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pela SCM do Porto

¹⁷⁷ Cfr. ponto 4.5, da Parte I do Volume II.

¹⁷⁸ p. 17 da RRHMFR.

¹⁷⁹ Os Institutos Portugueses de Oncologia estão também inseridos na RRHMFR no mesmo nível dos centros de reabilitação. Estes integram o Grupo IV-a e os IPO o Grupo IV-b.

¹⁸⁰ Pp. 18-19, 22 e 47 da RRHMFR.

¹⁸¹ Pp. 12 e 22 da RRHMFR.

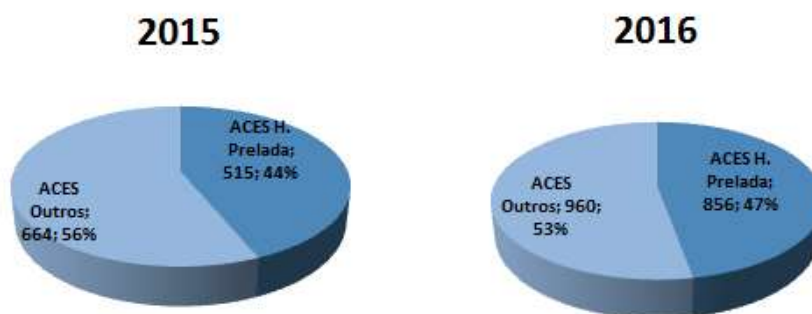


Note-se que o internamento de doentes com origem nos cuidados de saúde primários pode agravar os tempos de espera para internamento dos doentes referenciados pelas unidades hospitalares, sendo estes últimos os principais destinatários dos centros de reabilitação. Apesar de, em 2015, o tempo médio de espera para internamento no Centro de Reabilitação do Norte dos doentes provenientes dos hospitais ter sido de 19,5 dias, inferior ao do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão que foi de 22,6 dias, em 2016, o tempo médio de espera para internamento foi superior (34,9 dias no Centro de Reabilitação do Norte e 32,6 dias no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão).

Não obstante a RRHMFR atual admitir a possibilidade de uma articulação entre os cuidados de saúde primários da área geográfica e os centros de reabilitação, a mesma será apenas “(...) para a área de ambulatório (...), num contexto de proximidade e de cuidados de saúde centrados no cidadão.”¹⁸².

Constata-se, também, que quase metade dos doentes referenciados pelas unidades de cuidados de saúde primários é de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da área de influência do Hospital da Prelada, onde operam unidades hospitalares do SNS: Centro Hospitalar de São João, Centro Hospitalar do Porto, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde e Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Figura 17 – Primeiras consultas realizadas por origem externa de referência – cuidados primários



Fonte: Elaboração própria com base em dados fornecidos pela SCM do Porto

Considerando o nível de diferenciação do Centro de Reabilitação do Norte na RRHMFR importa que seja a ARS do Norte, através do Acordo de Gestão, a definir quais os doentes que devem ser referenciados para o CRN e não as unidades de cuidados de saúde primários. A diferença de preços entre a prestação de cuidados no CRN, no Hospital da Prelada e nos hospitais do SNS, mais onerosos no primeiro, exige que seja a ARS do Norte, em representação do Estado e dos contribuintes, a estabelecer os critérios de referência dos doentes.

Quadro 11 – Preços MFR Hospital da Prelada e Hospitais SNS vs CRN

	CRN*		Hospital da Prelada**	Hospitais SNS***
	2016	2017	2016 e 2017	2016 e 2017
Consulta externa	111,30	100,17	65	38 a 68
Diária de internamento	283,65	255,28	205	205,10

* Valor médio considerando, em 2016, a fatura acerto do ano e, em 2017, a ata do procedimento anual para a determinação da produção.

** Em 2016 e 2017, considerando os preços aplicáveis aos hospitais do SNS já que os contratos-programa do Hospital da Prelada, destes anos, não foram ainda celebrados, mantendo-se este Hospital no Grupo D para efeitos de remuneração de consultas.

*** Da área geográfica de referência do Hospital da Prelada. Preços da consulta variam entre € 38, € 42, € 65 e € 68, conforme o grupo de financiamento do hospital seja o B, o C, o D e o E.

Nas suas alegações, o Provedor da SCM do Porto refere que “... o fluxo de pedidos depende da origem, sendo certo que (...) a elegibilidade e acesso ao internamento também obedece a critérios clínicos de

¹⁸² P. 22 da RRHMFR.



admissão.” Alude, ainda, ao grau de complexidade dos doentes tratados no CRN fornecido pelo *benchmarking* clínico da IASIST, que, apesar de no segundo semestre de 2016 se situar abaixo do grau de complexidade do Grupo de Comparação (o Índice de Complexidade do CRN era de 1,057 e o do Grupo de Comparação de 1,206), é justificado pela IASIST pelo *“(…) estado ainda incipiente da atividade de registo e codificação clínica no Centro de Reabilitação do Norte (…)*”. Declara, também, que a inferioridade da demora média no internamento verificada para o CRN face à casuística/complexidade dos doentes tratados, *“(…) permitiu ganhos de eficiência e incremento de doentes tratados ao SNS, o que se traduziu numa poupança global de 1.793 dias de internamento (…)*”.

Por seu lado, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Norte, nas alegações institucionais, refere que *“Será difícil, sem o acordo da Entidade Gestora, proceder à revisão dos critérios de admissão nos termos da nova Rede de Referência Hospitalar (RRH).”* considerando que *“O Acordo de Gestão celebrado prevê a possibilidade de os doentes serem referenciados pelos ACES.”*, mas adianta que, nesta matéria, *“Poderá também esta ARS desenvolver ações no sentido de auditar estas referências.”*¹⁸³, o que poderá ser relevante para confirmar a correta aplicação dos critérios clínicos de admissão ao internamento do CRN e garantir que a capacidade instalada no Centro de Reabilitação do Norte não é utilizada por utentes com necessidades de cuidados com nível de diferenciação inferior ao disponibilizado por esta unidade de cuidados diferenciados.

15. Divulgação dos acordos celebrados entre o Estado e a Santa Casa da Misericórdia do Porto¹⁸⁴

Apesar do art.º 12º do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, prever que as Administrações Regionais de Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde são obrigadas a divulgar e a manter atualizada a informação relativa às Instituições Particulares de Solidariedade Social com as quais celebraram acordos que se insiram no seu âmbito, o que é o caso do Acordo de Cooperação relativo ao Hospital da Prelada e do Acordo de Gestão relativo ao Centro de Reabilitação do Norte, verifica-se a inexistência de qualquer informação¹⁸⁵, acessível aos cidadãos em geral e aos utentes do Serviço Nacional de Saúde em particular, sobre a existência destes acordos, o seu conteúdo e a sua execução, física ou financeira, nos sítios da internet da ARS do Norte e da ACSS ou em qualquer outro suporte de divulgação de informação da responsabilidade destas entidades.

Acresce que a ACSS não definiu os moldes como a divulgação da informação deve ser efetuada, não exercendo a competência de regulamentação desta matéria prevista no n.º 2 do referido preceito. Sem prejuízo do não exercício desta competência por parte da ACSS, tal não impedia que a ARS do Norte divulgasse a informação relativa aos acordos celebrados com as IPSS ao abrigo deste diploma.

¹⁸³ Refira-se que, também, o Vice-Presidente do Conselho Diretivo de 1 de fevereiro de 2012 a 15 de maio de 2016, nas alegações apresentadas a título individual, manifesta *“(…) estranheza (…)*” pelo facto de *“(…) cerca de 50% dos internamentos no CRN decorr[er] de prévia referência dos Cuidados Primários, tanto mais que é conhecida e pública a pequena resposta de internamento hospitalar regional norte no SNS.”*. Refere, ainda, que *“O modelo final aprovado apostava também na referência inter-hospitalar e na redução de custos dos hospitais públicos, nomeadamente pela transferência de doentes de maior necessidade de diferenciação técnica, no plano regional.”*

¹⁸⁴ Observações extensíveis ao acordo do Centro de Reabilitação do Norte.

¹⁸⁵ Com exceção de três contratos-programa celebrados entre a ARS do Norte e a SCM do Porto relativamente ao Hospital da Prelada: de 2012, 2014 e 2015, disponibilizados no sítio de internet da contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde (<http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/hospitalares/>). Estes dois últimos já foram divulgados durante a realização da presente auditoria. De referir que constatou-se, também, durante a realização da auditoria, que os acordos de cooperação celebrados entre a ARS do Norte e outras Misericórdias da Região de Saúde do Norte, com exceção do Acordo de Cooperação celebrado com a Santa Casa da Misericórdia de Fafe (divulgado no sítio de internet da ARS do Norte), não se encontram divulgados. O mesmo sucede com o Acordo de Cooperação celebrado entre a ARS de Lisboa e Vale do Tejo com a SCM de Lisboa, relativamente à prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.



Esta divulgação deve incluir toda a informação¹⁸⁶ que também é difundida acerca das entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde, considerando que o Centro de Reabilitação do Norte faz parte integrante deste Serviço e o Hospital da Prelada integra a rede nacional de cuidados de saúde, prestando cuidados de saúde a utentes do SNS. Também as regras de acesso e referenciação dos utentes, as linhas de produção negociadas e o modelo de financiamento são semelhantes aos dos hospitais do SNS.

Através desta divulgação os utentes ficariam a conhecer a atividade incluída nos acordos, as regras de acesso à prestação de cuidados de saúde e os resultados em saúde alcançados, e os contribuintes, que suportam o financiamento destes acordos, conheceriam os preços praticados e os volumes financeiros envolvidos.

Essa divulgação também contribuiria para o escrutínio das relações contratuais entre o Estado e a SCM do Porto por parte de outros operadores económicos eventualmente interessados em prestar cuidados a utentes do Serviço Nacional de Saúde. Refira-se que, em analogia com esta matéria, estando os contratos de aquisição de serviços de saúde excluídos da aplicação dos procedimentos de contratação pública, o Código dos Contratos Públicos, refletindo a preocupação com a transparência nas relações entre o Estado e os operadores económicos expressa nas Diretivas Comunitárias que transpõe, não os exclui da aplicação das regras sobre o anúncio da adjudicação, prevendo inclusive um anúncio voluntário de transparência (cfr. art.ºs 5º, n.º 4, al. f), e n.º 5, e 78º e 78º-A do Código dos Contratos Públicos, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro).

Em matéria de acompanhamento dos acordos o Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, estabelece ainda (art.º 11º) a manutenção num sistema de informação único de informação atualizada sobre os acordos, a operacionalizar pela ACSS, verificando-se nesta matéria que o mesmo é inexistente.

IV. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projeto de Relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do art.º 29º, n.º 5, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto¹⁸⁷.

¹⁸⁶ Note-se que existe informação mensal sobre produção, acesso e capacidade sobre o Hospital da Prelada.

¹⁸⁷ Alterada e republicada pela Lei n.º 20/2015, de 9 de março, e alterada pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro.



V. EMOLUMENTOS

De acordo com o disposto nos art.ºs 1º, 2º, 10º, n.º 1 e 11º, n.º 1, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio¹⁸⁸, são devidos emolumentos no montante de € 17.164,00, a suportar pela Administração Regional de Saúde do Norte, IP.

VI. 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 Relatório seja remetido, aos seguintes responsáveis:
 - Ministro da Saúde;
 - Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
 - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto;
 - Responsáveis individuais ouvidos em sede de contraditório.
3. Relevar a responsabilidade financeira dos indiciados responsáveis pela celebração intempestiva dos contratos-programa (ponto 11.1), nos termos do disposto no nº 9, do artigo 65º, da Lei nº 98/97, na redação dada pelo art.º 2.º da Lei n.º 20/2015, de 9 de março, por se considerarem preenchidos os pressupostos para a relevação.
4. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de três 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.
5. Que, após a remessa às entidades *supra* referidas, o Volume I do Relatório seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal de Contas na *internet*.
6. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades envolvidas o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta ação.

¹⁸⁸ Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 139/99, de 28 de agosto, e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de abril.



Tribunal de Contas

Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto

7. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos art.ºs 29º, nº 4, 54º, n.º 4, 55º nº 2, e 57º, n.º 1, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto.

Tribunal de Contas, em 12 de setembro de 2017

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos



(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)



(José Luís Pinto Almeida)

Fui presente,

A Procuradora-Geral Adjunta

