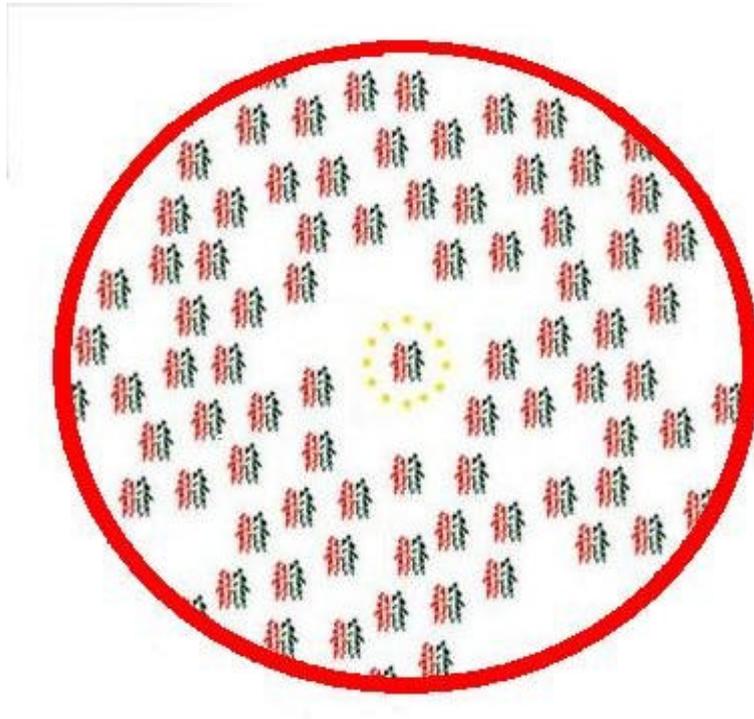


Tribunal de Contas

Auditoria de gestão financeira ao  
Programa Operacional da Saúde  
– QCA III –



Relatório de Auditoria n.º 15/2003-2ª Secção  
Maio de 2003





**Tribunal de Contas**

---

**PROCESSO N.º 31/02-AUDIT**

**RELATÓRIO DE AUDITORIA  
N.º 15/2003-2ª Secção**

**Auditoria de gestão financeira ao  
Programa Operacional da Saúde –  
QCA III**





# Tribunal de Contas

## ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS .....	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	7
GLOSSÁRIO E SIGLAS UTILIZADAS .....	9
FICHA TÉCNICA.....	11
<b>1 – SUMÁRIO .....</b>	<b>13</b>
1.1 – SÍNTESE DAS OBSERVAÇÕES / CONCLUSÕES .....	13
1.1.1 – <i>Concepção / Regulamentação no Saúde XXI</i> .....	13
1.1.1.1 – Regulamentos das medidas e outros regulamentos internos.....	13
1.1.1.2 – Planos estratégicos e directores .....	13
1.1.2 – <i>Análise de projectos</i> .....	13
1.1.2.1 – Recepção e análise de candidaturas .....	13
1.1.2.1.1 – Organização do processo e cumprimento dos prazos previstos para a análise.....	13
1.1.2.1.2 – Parametização de custos e pareceres técnicos .....	14
1.1.2.1.3 – Candidaturas rejeitadas ou abandonadas .....	14
1.1.2.2 – Acompanhamento.....	14
1.1.2.2.1 – Verificação do início da execução física .....	14
1.1.2.3 – Pagamentos e adiantamentos.....	14
1.1.2.3.1 – Mapas de despesa e outros mapas de acompanhamento de pagamentos .....	14
1.1.2.3.2 – Emissão e validação da transferência bancária – segregação de funções .....	15
1.1.2.3.3 – Procedimentos de pagamento através do IGIF como organismo intermédio .....	15
1.1.3 – <i>Assistência técnica</i> .....	15
1.1.3.1 – Despesas com vencimentos .....	15
1.1.3.2 – Consultadoria.....	15
1.1.4 – <i>Execução financeira</i> .....	16
1.1.4.1 – A inscrição orçamental da componente nacional do investimento.....	16
1.1.4.2 – Fontes de Financiamento .....	16
1.1.4.3 – Execução Financeira Acumulada .....	16
1.1.4.4 – Tipologia dos Projectos .....	17
1.1.4.5 – LVT – Regime de “ <i>phasing out</i> ” .....	17
1.1.4.6 – Projectos sem execução .....	17
1.1.4.7 – Taxa de Absorção – ano n+2 .....	18
1.1.5 – <i>Balço dos fluxos financeiros do programa</i> .....	18
1.1.6 – <i>Sistema de Controlo</i> .....	18
1.1.6.1 – Controlo Interno – 1.º Nível .....	18
1.1.6.2 – Controlo Interno – 2.º Nível .....	19
1.1.7 – <i>Sistemas de informação</i> .....	19
1.2 – RECOMENDAÇÕES.....	20
<b>2 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
2.1 – ÂMBITO E OBJECTIVOS.....	21
2.2 – ENQUADRAMENTO NORMATIVO.....	21
2.3 – ENTIDADES AUDITADAS.....	23
2.4 – SÍNTESE METODOLÓGICA.....	24
2.5 – CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES .....	24
2.6 – AUDIÇÃO DAS ENTIDADES EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO .....	25
<b>3 – ENQUADRAMENTO DO SAÚDE XXI.....</b>	<b>27</b>
3.1 – ESTRUTURA.....	27
3.2 – OBJECTIVOS E LINHAS ESTRATÉGICAS.....	27
3.3 – CARACTERIZAÇÃO FINANCEIRA.....	28

3.4 –	BENEFICIÁRIOS/TIPOLOGIA DOS PROJECTOS.....	28
3.5 –	ORGANOGRAMA.....	30
3.6 –	PROCESSO DE DECISÃO.....	30
<b>4 –</b>	<b>DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA .....</b>	<b>33</b>
4.1 –	CONCEPÇÃO/REGULAMENTAÇÃO NO SAÚDE XXI.....	33
4.1.1 –	<i>Regulamentos das medidas e outros regulamentos internos.....</i>	33
4.1.2 –	<i>Planos estratégicos e directores.....</i>	34
4.2 –	ANÁLISE DE PROJECTOS.....	34
4.2.1 –	<i>Recepção e análise de candidaturas.....</i>	34
4.2.1.1 –	Organização do processo e cumprimento dos prazos previstos para a análise.....	34
4.2.1.2 –	Parametrização de custos e pareceres técnicos.....	35
4.2.1.3 –	Verificação da cabimentação da componente nacional .....	35
4.2.1.4 –	Candidaturas rejeitadas ou abandonadas .....	35
4.2.2 –	<i>Acompanhamento .....</i>	38
4.2.2.1 –	Verificação do início da execução física .....	38
4.2.2.2 –	Alteração e reprogramação de projectos.....	38
4.2.2.3 –	Verificação do cumprimento dos normativos aplicáveis nos domínios da concorrência, dos concursos públicos, do ambiente e da igualdade de oportunidades .....	38
4.2.3 –	<i>Pagamentos e adiantamentos.....</i>	39
4.2.3.1 –	Mapas de despesa e outros mapas de acompanhamento de pagamentos.....	39
4.2.3.2 –	Pedidos de adiantamento.....	39
4.2.3.3 –	Procedimentos de emissão de ordens de pagamento.....	39
4.2.3.4 –	Emissão e validação da transferência bancária – segregação de funções .....	40
4.2.3.5 –	Procedimentos de pagamento através do IGIF como organismo intermédio .....	40
4.3 –	ASSISTÊNCIA TÉCNICA.....	41
4.3.1 –	<i>Despesas com vencimentos e encargos com a segurança social .....</i>	41
4.3.2 –	<i>Fornecimentos.....</i>	41
4.3.3 –	<i>Consultadoria.....</i>	42
4.3.3.1 –	Consultadoria ao Saúde XXI.....	43
4.3.3.2 –	Consultadoria ao Grupo de Trabalho Temático da Saúde .....	44
4.4 –	EXECUÇÃO FINANCEIRA.....	46
4.4.1 –	<i>Circuito financeiro.....</i>	46
4.4.2 –	<i>A inscrição orçamental da componente nacional do investimento.....</i>	48
4.4.3 –	<i>Fontes de Financiamento.....</i>	48
4.4.4 –	<i>Execução Financeira Acumulada.....</i>	49
4.4.5 –	<i>Tipologia dos Projectos.....</i>	51
4.4.6 –	<i>LVT – Regime de “phasing out”.....</i>	52
4.4.7 –	<i>Projectos sem execução.....</i>	53
4.4.8 –	<i>Taxa de Absorção – ano n+2.....</i>	54
4.4.9 –	<i>Execução financeira por registar.....</i>	55
4.5 –	BALANÇO DOS FLUXOS FINANCEIROS DO PROGRAMA.....	55
4.6 –	SISTEMA DE CONTROLO.....	56
4.6.1 –	<i>Controlo Interno – 1.º Nível.....</i>	56
4.6.2 –	<i>Controlo Interno – 2.º Nível.....</i>	59
4.7 –	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	59
4.7.1 –	<i>Integração no sistema de informação relativo ao FEDER .....</i>	59
4.7.2 –	<i>Integração no sistema de informação relativo ao FSE.....</i>	60
4.7.3 –	<i>Integração no sistema de informação relativo ao controlo do QCA III.....</i>	60
4.7.4 –	<i>Sistemas de informação complementares implantados internamente.....</i>	60
<b>5 –</b>	<b>EMOLUMENTOS E OUTROS ENCARGOS.....</b>	<b>61</b>
<b>6 –</b>	<b>DETERMINAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO A –</b>	<b>APÊNDICE SOBRE EVENTUAIS INFRACÇÕES FINANCEIRAS .....</b>	<b>63</b>
A.1 –	EVENTUAIS INFRACÇÕES FINANCEIRAS.....	63
A.2 –	IMPUTAÇÃO DA RESPONSABILIDADE.....	63
A.3 –	EVIDÊNCIA E PROVA .....	65



## Tribunal de Contas

---

ANEXO B – AMOSTRA ADOPTADA.....	67
ANEXO C – TIPOLOGIA DOS PROJECTOS .....	69
ANEXO D – NOTA DE EMOLUMENTOS.....	73
ANEXO E – RESPOSTAS DAS ENTIDADES AUDITADAS.....	75

### ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – MEDIDAS, ÁREAS DOS PROJECTOS E POTENCIAIS BENEFICIÁRIOS.....	28
QUADRO 2 – INVESTIMENTO DAS CANDIDATURAS REJEITADAS / ABANDONADAS.....	36
QUADRO 3 – CANDIDATURAS RECEBIDAS / CANDIDATURAS ABANDONADAS OU REJEITADAS.....	37
QUADRO 4 – CONTRATOS CELEBRADOS COM A FUNDEUROPA.....	42
QUADRO 5 – FONTES DE FINANCIAMENTO DO PO SAÚDE XXI.....	48
QUADRO 6 – SITUAÇÃO FINANCEIRA EM 30/09/02.....	49
QUADRO 7 – O REGIME DE “PHASING OUT” NO FEDER.....	52
QUADRO 8 – PROJECTOS SEM EXECUÇÃO.....	53
QUADRO 9 – APLICAÇÃO DA REGRA “N+2” AO FEDER.....	54
QUADRO 10 – APLICAÇÃO DA REGRA “N+2” AO FSE.....	54
QUADRO 11 – BALANÇO DOS FLUXOS FINANCEIROS ACUMULADOS COM A CE.....	56
QUADRO 12 – ACÇÕES DE CONTROLO REALIZADAS PELO 1º NÍVEL.....	57

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – TIPOLOGIA DOS PROJECTOS DO SAÚDE XXI.....	51
---	----





# Tribunal de Contas

## GLOSSÁRIO E SIGLAS UTILIZADAS

<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>Autoridade de Pagamento</b>	Um ou vários organismos ou autoridades nacionais, regionais ou locais designados por um Estado-Membro para elaborar e apresentar os pedidos de pagamento e receber os pagamentos da Comissão. O Estado-Membro estabelecerá todas as regras do seu relacionamento com a autoridade de pagamento e do relacionamento desta com a Comissão (Reg.1260/99)
<b>CE</b>	Comissão Europeia
<b>Componente Comunitária</b>	Parte do apoio concedido com origem em fundos comunitários (em geral 75% do apoio)
<b>Componente Nacional</b>	Parte do apoio concedido com origem em fundos públicos nacionais (em geral 25% do apoio)
<b>DA III</b>	Terceiro Departamento de Auditoria da Direcção-Geral do Tribunal de Contas
<b>DGDR</b>	Direcção-Geral do Desenvolvimento Regional
<b>DGIES</b>	Direcção-Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde
<b>DGS</b>	Direcção-Geral da Saúde
<b>DGT</b>	Direcção-Geral do Tesouro
<b>Gestor</b>	Gestor do Saúde XXI
<b>Gestor de Eixo</b>	Gestor de um dos três Eixos prioritários em que se agrupam as oito medidas que compõem o Saúde XXI
<b>GTTS</b>	Grupo de Trabalho Temático da Saúde
<b>IAPMEI</b>	Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e ao Investimento
<b>IGFSE</b>	Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu
<b>IGFSS</b>	Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social
<b>IGIF</b>	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
<b>IPSS</b>	Instituições Particulares de Solidariedade Social
<b>IQS</b>	Instituto para a Qualidade em Saúde
<b>ISSS</b>	Instituto da Solidariedade e Segurança Social
<b>OE</b>	Orçamento do Estado
<b>ONG</b>	Organização não Governamental
<b>Organismo Intermédio</b>	Qualquer organismo ou serviço, público ou privado, que actue sob a responsabilidade das autoridades de gestão ou de pagamento ou realize tarefas por conta destas últimas na relação com beneficiários finais ou órgãos ou empresas responsáveis pelas operações (Reg.438/01)
<b>PDR</b>	Plano de Desenvolvimento Regional
<b>PIDDAC</b>	Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
<b>PME</b>	Pequenas e médias empresas
<b>Projecto</b>	Unidade documental que suporta cada candidatura ao apoio

<b>QCA III</b>	Terceiro quadro comunitário de apoio (2000/2006)
<b>RIS</b>	Rede Informática da Saúde
<b>SAÚDE XXI</b>	Programa Operacional da Saúde no QCA III
<b>SIAC</b>	Sistema de informação de Apoio ao Controlo
<b>SII FSE -</b>	Sistema integrado de informação do Fundo Social Europeu
<b>SNC</b>	Sistema Nacional de Controlo do QCA III, composto por três níveis de controlo interno
<b>SPTT</b>	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
<b>UG</b>	Unidade de Gestão



## Tribunal de Contas

---

### FICHA TÉCNICA

<b>AUDITORIA DE GESTÃO FINANCEIRA AO PROGRAMA OPERACIONAL DA SAÚDE - QCA III</b>			
<b>EQUIPA DE AUDITORIA</b>			
	<b>TÉCNICOS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>QUALIFICAÇÃO</b>
<b>CHEFIAS DA III</b>	Abílio de Matos	Auditor-Coordenador	Licenciado em Economia
	João Caracol Miguel	Auditor-Chefe	Licenciado em Finanças
<b>AUDITORES</b>	Ana Maria Conceição Silva	Auditora	Licenciada em Gestão de Empresas
	Júlio Gomes Ferreira	Auditor	Licenciado em Direito
<b>APOIO INFORMÁTICO</b>	Kátia Nobre	Assistente Administrativo	





# Tribunal de Contas

---

## 1 – SUMÁRIO

De acordo com o Programa de Fiscalização da 2.<sup>a</sup> Secção do Tribunal de Contas para 2002, foi realizada a presente auditoria de gestão financeira ao Programa Operacional da Saúde – QCA III, que visou a análise da qualidade do sistema de gestão e execução financeira do Programa. A adequação do sistema informático, os modelos legais adoptados e a sua aplicação, o cumprimento do plano financeiro aprovado e a avaliação da qualidade do controlo interno foram as áreas sobre as quais incidiu predominantemente esta acção.

### 1.1 – Síntese das Observações / Conclusões

#### 1.1.1 – Conceção / Regulamentação no Saúde XXI

##### 1.1.1.1 – Regulamentos das medidas e outros regulamentos internos

Não se encontram ainda adoptados enquadramentos internos que facultem a uniformidade na análise das candidaturas e, de uma forma geral, o funcionamento do Gabinete de Gestão, complementando as normas aplicáveis, estando os procedimentos correntes baseados em “*know-how*” de vários elementos do Gabinete de Gestão cuja permanência não constitui um dado certo, como é natural em estruturas de projecto. Está também por adoptar um documento que defina a distribuição de tarefas pelas várias unidades internas.

Os regulamentos das medidas foram adoptados atempadamente, com a excepção do regulamento da medida 2.4 a que não será estranho o fraco nível de execução dessa medida (**cf. ponto 4.1.1**).

##### 1.1.1.2 – Planos estratégicos e directores

A falta de documentos estratégicos e orientadores em áreas temáticas a apoiar pelo Saúde XXI, tais como as redes informáticas e sistemas de informação, impossibilitam aos técnicos do Gabinete de Gestão uma opção esclarecida sobre o enquadramento, ou não enquadramento, da candidatura que estão a analisar podendo conduzir a investimentos sem continuidade ou mesmo perdidos. Permanecem, assim, lacunas na orientação estratégica relativa aos investimentos na área da saúde, possibilitando mau aproveitamento ou mesmo desperdício de recursos (**cf. ponto 4.1.2**).

#### 1.1.2 – Análise de projectos

##### 1.1.2.1 – Recepção e análise de candidaturas

###### 1.1.2.1.1 – Organização do processo e cumprimento dos prazos previstos para a análise

A organização dos processos adoptada é aceitável e é genericamente seguida pelos técnicos, sendo o prazo de 90 dias fixado para análise das candidaturas cumprido na generalidade dos casos.

O prazo de resposta das entidades a quem o Gabinete de Gestão pede parecer sobre as candidaturas é variável, verificando-se que é frequente o não cumprimento dos prazos previstos.

Dos dossiers de projecto não constam igualmente cópias dos contratos celebrados no âmbito dos projectos e que serviram de base aos pagamentos efectuados (**cf. ponto 4.2.1.1**).

#### **1.1.2.1.2 – Parametriação de custos e pareceres técnicos**

Não há evidência de parametrização de custos à disposição dos técnicos que analisam as candidaturas, sendo poucos os casos em que existem no processo os orçamentos detalhados justificativos das despesas a apoiar ou mesmo relatórios em que se comparem os orçamentos de vários fornecedores consultados para a despesa em causa.

Na amostra seleccionada verificaram-se situações de parecer/opinião verbal, sem referência a aprovação fundamentada pela entidade consultada (**cf. ponto 4.2.1.2**).

#### **1.1.2.1.3 – Candidaturas rejeitadas ou abandonadas**

Os motivos que levaram ao abandono/rejeição das candidaturas prendem-se, essencialmente, com a impossibilidade de assegurar a componente pública nacional – PIDDAC (44 projectos), com a falta de enquadramento (76 projectos), o que pode significar um fraco conhecimento do Programa por parte dos potenciais beneficiários, e com o parecer negativo da Unidade de Gestão (93 projectos).

Em termos de investimento elegível FEDER, as candidaturas recebidas pelo PO Saúde representavam um total de 806.701.813,58 euros, tendo sido abandonadas 37,50% das mesmas com um investimento elegível de 299.716.848,08 euros (**cf. ponto 4.2.1.4**).

### **1.1.2.2 – Acompanhamento**

#### **1.1.2.2.1 – Verificação do início da execução física**

Não foi apurado nenhum procedimento específico de verificação do prazo para o início da execução física – 6 meses. Esta ausência contribuiu para situações de falta de execução financeira em muitos projectos o que, em alguns casos, justificaria o seu cancelamento (**cf. ponto 4.2.2.1**).

### **1.1.2.3 – Pagamentos e adiantamentos**

#### **1.1.2.3.1 – Mapas de despesa e outros mapas de acompanhamento de pagamentos**

Constatou-se que todos os documentos de despesa se encontravam devidamente carimbados pelo Gabinete de Gestão com a indicação “FEDER”. Ao invés, como já ficou referido em 1.1.2.1.1, foi notória, na maior parte dos processos analisados, a ausência dos contratos celebrados no âmbito do projecto pelos beneficiários, inviabilizando a análise dos documentos de despesa com esse enquadramento, o que, mesmo relativamente a beneficiários públicos, seria desejável (**cf. ponto 4.2.3.1**).

O Auditado assegurou, porém, na sua Resposta, que irá acautelar a existência nos processos de exemplares dos contratos escritos.



## Tribunal de Contas

---

### 1.1.2.3.2 – Emissão e validação da transferência bancária – segregação de funções

Está por formalizar um documento interno que defina as responsabilidades em matéria de processamento de pagamentos e que preveja, nomeadamente, as situações de ausência temporária de um ou vários dos elementos que participam no procedimento descrito (cf. ponto 4.2.3.4).

### 1.1.2.3.3 – Procedimentos de pagamento através do IGIF como organismo intermédio

Na generalidade dos projectos analisados não se encontravam em arquivo documentos que comprovassem a fase final do procedimento de pagamento, a cargo do IGIF. No arquivo encontravam-se as ordens de pagamento, as emissões de transferência a favor do IGIF e os ofícios para o mesmo instituto, a informar da transferência e a solicitar o pagamento aos beneficiários, mas não existiam documentos comprovativos da efectiva transferência para os beneficiários.

A situação foi, porém, alterada a partir do início de 2003, passando a haver comprovativos escritos destes pagamentos (cf. ponto 4.2.3.5).

## 1.1.3 – Assistência técnica

### 1.1.3.1 – Despesas com vencimentos

Verificou-se uma situação de pagamentos sem suporte legal. Com efeito, após a cessação da comissão de serviço, em regime de substituição, de uma coordenadora de componente, continuou a ser-lhe processada e paga a remuneração de coordenadora de componente com fundamento em que a sua nomeação para outro cargo equivalente já fora entretanto proposta superiormente.

Segundo informa o auditado, está já em curso o procedimento tendente à reposição (cf. ponto 4.3.1).

### 1.1.3.2 – Consultadoria

Verificou-se a contratação sucessiva, por três vezes, de uma mesma empresa para prestar serviços de consultadoria e apoio técnico e administrativo, apesar de tanto o primeiro como o segundo contrato terem ficado parcialmente incumpridos, embora total e pontualmente pagos pelo Programa Operacional Saúde XXI.

Na sua Resposta, o auditado assegurou que irá renegociar o contrato e fixar um prazo improrrogável para conclusão das partes incumpridas dos contratos.

Além disso, a última contratação da empresa foi feita com vista à prestação de serviços de apoio técnico e administrativo ao coordenador do Grupo de Trabalho Temático da Saúde (GTTS), sendo certo que um dos sócios da empresa e seu administrador único é o próprio coordenador do GTTS.

Tal situação é potencialmente geradora de conflitos de interesse, aparenta uma remuneração indirecta do coordenador do GTTS, e não respeita o princípio da igualdade na contratação pública (“*Insider contracting*”). Também se revelaram incumpridas as cláusulas contratuais relativas ao pagamento de despesas de deslocação e estadia, tendo a empresa apresentado apenas uma factura dela própria para as documentar.

O auditado, na sua Resposta, demonstrou ter já procedido à rescisão deste contrato (cf. ponto 4.3.3).

## 1.1.4 – Execução financeira

### 1.1.4.1 – A inscrição orçamental da componente nacional do investimento

Verifica-se que várias candidaturas não foram admitidas em virtude de o beneficiário público em causa não poder assegurar a componente nacional. Esta situação merece ponderação porque podem estar a ser rejeitadas candidaturas de qualidade por falta da componente nacional que, numa óptica de melhor gestão dos investimentos públicos, poderia estar à disposição do Programa Operacional e não ser requisito da candidatura oriunda da entidade pública (cf. ponto 4.4.2).

### 1.1.4.2 – Fontes de Financiamento

De um total de 42.199.703 mil euros que constitui a programação financeira do QCA III para Portugal, foi aprovado para o PO Saúde XXI um total de 698.318 mil euros, (cerca de 2%).

Os dois fundos comunitários que suportam o PO Saúde – FEDER e FSE – representam, respectivamente, 66% e 2% do total do investimento, sendo o restante suportado por financiamento público nacional (23%) e ainda, numa pequena parcela de 9%, pelo sector privado.

O Eixo 2, vocacionado para melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, absorve cerca de 70% do custo total do PO. Consideravelmente menos favorecidos, o Eixo 1 – Promover a saúde e prevenir a doença – e o Eixo 3 – Regime de incentivos ao sector privado – detêm um peso de apenas 17% e 13%, respectivamente (cf. ponto 4.4.3).

### 1.1.4.3 – Execução Financeira Acumulada

O PO Saúde realizou, até à data de referência da presente auditoria, uma despesa pública de 76.536.918,76 €, o que corresponde a 25,74% do valor programado para o período de 2000/2002 e a apenas 12,07% do programado para o período de duração do Programa (2000/2006) e nos parece manifestamente baixo.

Ao nível das medidas, a mais baixa taxa de realização foi registada na medida 3.1 – destinada à iniciativa privada (1,53% para o período 2000/2002 e 0,71% para o período 2000/2006). A medida 2.4 apresenta também uma baixa taxa de realização, (2,41% do programado no período 2000/2002 e 1,17% do programado no período 2000/2006), prevendo-se difícil a sua recuperação, uma vez que a taxa de aprovações é igualmente muito baixa.

No campo do investimento executado (face ao aprovado), apurou-se uma taxa global de 26,70%.

O PO apresenta no global, para o período 2000/2002, uma taxa de aprovação próxima das expectativas (93,38%).

Assim, para o período 2000/2002, as aprovações apontam no sentido de estarem garantidos globalmente os valores programados. No entanto, há medidas, nomeadamente a 1.3, 2.3, 2.4 e 3.1, que apresentam taxas muito baixas de aprovação e que, por isso, requerem especial atenção para não comprometerem a programação.



## Tribunal de Contas

---

Face ao programado, para o período 2000/2006, a taxa de aprovações é de 45,20%, o que significa que se encontram comprometidas menos de metade das verbas programadas.

Uma análise ao peso relativo da despesa comunitária em cada medida, face à que deverá representar no final do Programa (constante do ponto 3.4), permite referir que as medidas do Eixo 1 e a medida 2.2 se encontram acima das percentagens previstas, enquanto que as restantes se encontram bastante abaixo. Será necessário um esforço para que esta distribuição dos fundos seja tendencialmente mais próxima da perspectivada no Programa Operacional tal como foi aprovado pela decisão da CE (**cf. ponto 4.4.4**).

### 1.1.4.4 – Tipologia dos Projectos

Em termos de investimento público aprovado, é bem notória a preponderância do investimento na área dos sistemas de informação, nomeadamente na tipologia “RIS” – rede informática da saúde – que fez aprovar 16 projectos com um investimento total de 41.917.483 euros.

Destaca-se ainda a aprovação de elevados investimentos nos projectos destinados às áreas “Materno-Infantil” (29.434.496 euros), “Medicina Física e de Reabilitação” (28.741.134 euros), “Urgência” (23.831.915 euros), “Sonho” (23.473.721 euros), “Intervenção Cardiológica” (19.624.211 euros) e SINUS (16.829.242 euros) (**cf. ponto 4.4.5**).

### 1.1.4.5 – LVT – Regime de “phasing out”

A região de Lisboa e Vale do Tejo, com apoio transitório, realizou 25% do valor programado, estando, no entanto, já comprometido 83,57% do valor programado para esta região, o que significa que estão quase esgotadas as hipóteses de aprovação de candidaturas.

As restantes regiões, sem apoio transitório, apresentam taxas de realização (10,15%) e de aprovação (39,12%) substancialmente mais baixas, denotando uma menor apetência por parte dos beneficiários (**cf. ponto 4.4.6**).

### 1.1.4.6 – Projectos sem execução

Cerca de 48% dos projectos aprovados e 24% da despesa pública aprovada referem-se a projectos que não tinham qualquer execução financeira à data de referência.

As medidas 3.1 e 2.4, nas quais o investimento dos projectos sem execução representam, respectivamente, 91,37% e 75,16%, são as que registam as mais baixas taxas de execução, não tendo à data atingido ainda a velocidade de cruzeiro devido a atrasos na aprovação e, conseqüentemente, no início da sua execução (**cf. ponto 4.4.7**).

#### 1.1.4.7 – Taxa de Absorção – ano n+2

Verifica-se pelo atrás exposto que, relativamente ao FEDER, na aplicação da fórmula inerente à regra “n+2” se atingiu uma taxa de absorção de 108,11%, o que significa que não haverá perda de verbas relativamente a este fundo e que conta já com 8,11% para a aplicação da regra ao ano de 2001.

No que concerne ao FSE, que financia este PO apenas na medida 2.4, a taxa apurada é de apenas 51,18%, o que significa que as despesas declaradas e o adiantamento atingiram pouco mais de metade do FSE programado. Deste modo, por aplicação da regra “n+2” prevista no n.º 3 do art. 32º do Regulamento n.º 1260/99, haverá perdas de 1.069.113,52 euros para o PO Saúde (cf. ponto 4.4.8).

#### 1.1.5 – Balanço dos fluxos financeiros do programa

No período de referência da auditoria foram recebidos da UE 77.940.018,42 euros (99% FEDER e 1% FSE) dos quais foram transferidos para os beneficiários cerca de 80%, encontrando-se o restante nas contas da DGDR e IGFSE (11%) e Gestor (9%) (cf. ponto 4.5).

#### 1.1.6 – Sistema de Controlo

##### 1.1.6.1 – Controlo Interno – 1.º Nível

Foram efectuadas acções de controlo a projectos dos Eixos 1 e 2, representando a despesa pública controlada no PO cerca de 43,96% da despesa pública executada, o que pode considerar-se uma boa taxa.

Não foi efectuado qualquer controlo nas medidas 1.3 – “assistência técnica”, não se encontrando fundamento para a falta de actividade do controlo no âmbito desta medida. Esta situação determinou a sua selecção para amostra na presente auditoria (vide ponto 4.3).

A medida 3.1 – “Criação e adaptação de unidades de cuidados de saúde”, não foi igualmente objecto de controlo, falta que, neste caso, de algum modo se justifica pelo facto de ter uma muito baixa execução (apenas 4 projectos na data de referência).

Para definição da amostra das entidades a controlar deve, tal como refere o relatório de execução do PO Saúde, ser tido em conta o risco das entidades beneficiárias e o peso relativo dos projectos que candidatam. Neste Programa temos como principais beneficiários a DGIES, o IGIF, o Instituto Português do Sangue e a DGS, que representam 57,76% dos pagamentos efectuados aos beneficiários e 17% do financiamento comunitário aprovado no período em análise.

Sobre estes quatro beneficiários recaiu um esforço de controlo que representa cerca de 39% da despesa pública controlada quando, só a DGIES e o IGIF, em conjunto, representam quase metade do total dos pagamentos efectuados pelo PO Saúde. Neste contexto, deveria ter sido reforçado o esforço de controlo sobre estas entidades.

Os relatórios das acções de controlo incluídos na amostra da presente auditoria mencionam procedimentos de verificação física, o que dá resposta a uma preocupação patente nas normas comunitárias nesta matéria. Importa, no entanto, referir que, a nível da execução física, os relatórios não fazem referência ao grau de execução do projecto.



## Tribunal de Contas

---

O departamento de controlo não tem um manual interno definitivo, pese embora o facto de a sua realização ter sido adjudicada em 2000, com prejuízo para a actividade do departamento (**cf. ponto 4.6.1**).

### 1.1.6.2 – Controlo Interno – 2.º Nível

Nenhuma das entidades responsáveis pelo controlo de 2.º nível do PO Saúde (DGDR para o FEDER e IGFSE para o FSE) realizou acções de controlo a este programa operacional, no âmbito das respectivas atribuições, no período de referência da presente auditoria (**cf. ponto 4.6.2**).

### 1.1.7 – Sistemas de informação

Verifica-se que o acesso tanto ao SIFEC como ao SIIFSE é problemático, com frequentes bloqueios e quebras, o que provoca perdas de informação e alguma insegurança sobre o que está ou não está efectivamente registado nos sistemas.

Observou-se ainda que está atrasada a entrada em pleno funcionamento dos vários sistemas informáticos previstos para o suporte à função de controlo dos vários níveis do QCA III (**cf. ponto 4.7**).

## **1.2 – Recomendações**

Face às observações/conclusões expostas e atendendo a que o auditado, na sua Resposta, já se comprometeu a dar seguimento à quase totalidade das recomendações propostas no Relato de Auditoria, formulam-se apenas as seguintes recomendações:

- 1.2.1.** Rápida adopção de um manual de procedimentos detalhado que assegure a continuidade e uniformidade dos procedimentos internos.
- 1.2.2.** Diligenciar no sentido da rápida adopção de documentos estratégicos em falta, nomeadamente na área dos sistemas de informação da saúde, que permitam a orientação sólida dos investimentos.
- 1.2.3.** Implantação de um procedimento de verificação do início da execução física dos projectos, tendo, designadamente em vista o cancelamento do apoio em caso de incumprimento.
- 1.2.4.** Deverão ser encetadas diligências com vista à disponibilização das aplicações informáticas globais do QCAIII ainda em falta, para se poder assegurar a sua pronta actualização.



# Tribunal de Contas

---

## 2 – INTRODUÇÃO

### 2.1 – Âmbito e objectivos

A presente auditoria de gestão financeira ao Programa Operacional da Saúde – QCA III foi prevista no Programa de Fiscalização da 2.ª Secção para 2002, aprovado pela Resolução n.º 9/01-2.ª Secção, de 13 de Dezembro (Acção 24/DAIII/PF2002).

No seu âmbito procedeu-se à apreciação dos financiamentos, nas vertentes nacional e comunitária, por um lado, e nas perspectivas pública e privada, por outro, incluindo as verbas do PIDDAC destinadas a assegurar a participação nacional e o circuito financeiro adoptado, e também, quanto à perspectiva privada, a verificação da efectiva realização do investimento proposto.

O trabalho de campo decorreu entre 02/10/02 e 30/12/02, tendo sido adoptada a data de referência de 30/09/02 para as análises realizadas.

A presente acção teve como objectivo estratégico a análise da qualidade do sistema de gestão de informação e do controlo financeiro instituídos no Programa Operacional da Saúde.

Como objectivos operacionais da presente auditoria foram definidos os seguintes:

- ◆ Determinar:
  - a) se o sistema informático corresponde às necessidades da gestão do Programa;
  - b) quais os desvios ao Plano financeiro aprovado;
  - c) a existência de aderência entre o modelo implementado e as normas legais e regulamentares;
  - d) a extensão e a qualidade do controlo exercido pelo 1º nível do SNC;
  - e) os constrangimentos à aprovação das candidaturas.

### 2.2 – Enquadramento normativo

O quadro normativo do Saúde XXI engloba, em sentido mais amplo, o Decreto-Lei n.º 54-A/00, de 7 de Abril, com as diversas alterações, a regulamentação do SNC, as normas específicas de cada fundo comunitário e também, a nível comunitário, os Regulamentos n.ºs 1260/99 e 438/01, entre um conjunto relativamente vasto de normas que é dispensável referenciar.

Pela sua relevância neste âmbito importa, contudo, fazer uma referência particular ao Despacho n.º 14381/01, de 10 de Julho, da então Ministra do Planeamento, nomeadamente no que concerne aos adiantamentos aos beneficiários e ao prazo para a respectiva regularização<sup>1</sup>.

Quanto às normas concretamente dirigidas ao Saúde XXI importa referir:

---

<sup>1</sup> Esta matéria acabou de receber consagração legal pelo Decreto-Lei n.º 54/03, de 28 de Março – Execução orçamental para 2003.

- ◆ Delegações de competência
  - ◇ Despacho n.º 12 376/02 (2.ª série) – Delegação de competências no SEAMS;
  - ◇ Despacho n.º 18 972/01 – Delegação de competências na SEAMS - ACTUALMENTE REVOGADO;
  - ◇ Despacho n.º 24 140/01 – Subdelegação de competências no gestor do Programa Operacional Saúde - ACTUALMENTE REVOGADO;
  - ◇ Despacho n.º 5091/01 (2.ª série) – Delegação de competência da Ministra na Gestora - ACTUALMENTE REVOGADO.
  
- ◆ Nomeações
  - ◇ Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/00, de 16 de Maio – Nomeia os titulares dos órgãos de gestão das intervenções operacionais sectoriais;
  - ◇ Resolução n.º 117/01 – Nomeia gestor, em substituição, do Saúde XXI - ACTUALMENTE REVOGADO;
  - ◇ Resolução n.º 134/01 – Nomeia coordenador do Eixo Prioritário II - ACTUALMENTE REVOGADO.
  
- ◆ Regulamentos das medidas
  - ◇ Despacho n.º 25 535/00 (2.ª série) – Aprova regulamentos de várias medidas:
    - ◆ Medida n.º 1.1 "Informação, promoção e defesa da saúde pública";
    - ◆ Medida n.º 1.2 "Áreas de actuação estratégica";
    - ◆ Medida n.º 2.1 "Rede de referenciação hospitalar";
    - ◆ Medida n.º 2.2 "Tecnologias de informação e comunicação";
    - ◆ Medida n.º 2.3 "Certificação e garantia da qualidade";
  - ◇ Despacho n.º 14 126/01 (2.ª série) – Alterações aos regulamentos aprovados pelo Despacho 25535/00;
  - ◇ Despacho n.º 18 711/01 – Prazo para os pareceres previstos no n.º 2 do art. 9º dos regulamentos das várias medidas;
  - ◇ Despacho conjunto n.º 626/01 – Aprova o regulamento de aplicação da Medida 2.4
    - ◆ Medida n.º 2.4 "Formação de apoio a projectos de modernização da saúde";
  - ◇ Despacho conjunto n.º 1096/01 – Define custos máximos e limites de financiamento para a Medida 2.4;
  - ◇ Decreto-Lei n.º 15/01 – Regime de incentivos para a criação e reorganização de unidades prestadoras de cuidados de saúde – Eixo III;
  - ◇ Portaria n.º 380/01 – Regulamentação do Decreto-Lei 15/01
    - ◆ Medida n.º 3.1 “Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde” – Empresas e cooperativas;
  - ◇ Portaria n.º 381/01 – Regulamentação do Decreto-Lei 15/01



## Tribunal de Contas

---

- ◆ Medida n.º 3.1 “Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde” – IPSS;
  - ◆ Despacho n.º 20 321/02 (2.ª série) – Regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/01 e das Portarias n.ºs 380 e 381/01;
  - ◆ Despacho n.º 9 396/01 – Regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/01 e das Portarias n.ºs 380 e 381/01 - ACTUALMENTE REVOGADO;
  - ◆ Despacho n.º 6848/02 (2.ª série) – Regulamentação do Decreto-Lei n.º 15/01 e das Portarias n.ºs 380 e 381/01 - ACTUALMENTE REVOGADO.
- 
- ◆ Outros documentos
    - ◆ Despacho n.º 9115/02 (2.ª série) – Formação dos dirigentes da saúde;
    - ◆ Despacho n.º 5685/01 (2.ª série) – Missão da Gestora em representação da Ministra;
    - ◆ Despacho n.º 19 204/01 (2.ª série) – Programa "Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde";
    - ◆ Despacho n.º 4173/02 (2.ª série) – Encargos com a formação de funcionários no activo;
    - ◆ Despacho n.º 4172/02 (2.ª série) – Sub-projecto para as tecnologias da saúde;
    - ◆ Despacho n.º 23 007/01 (2.ª série) – Projecto “Linha gripe”;
    - ◆ Listagem n.º 138/02 – Apoios concedidos pelo FSE – 2000/2001;
    - ◆ Listagem n.º 226/02 – Apoios concedidos pelo FSE – 1.º semestre de 2002.

### 2.3 – Entidades auditadas

A presente auditoria decorreu junto da Gestora do Saúde XXI e da sua estrutura de apoio técnico designada por “Gabinete de Gestão”. O cargo de gestor e as suas competências estão predominantemente definidos no Decreto-Lei n.º 54-A/00, de 7 de Abril. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/00, de 16 de Maio, criou o Gabinete de Gestão e detalhou as tarefas que lhe estão cometidas.

Para esclarecimento de vários pontos de auditoria foram também contactados o IGIF, a DGDR, o IGFSE, o IQS, a DGS, a IGS e a DGT.

Uma nota especial sobre o IGIF por virtude do especial relevo que lhe dão as normas aplicáveis ao Saúde XXI. Os regulamentos das várias medidas, com a excepção da medida 2.4, designam o IGIF como entidade competente para contratar com entidades beneficiárias sem natureza pública a concessão dos apoios. O Decreto-Lei n.º 15/01, de 27 de Janeiro, relativo à medida 3.1, comete ainda ao IGIF, para além da referida celebração dos contratos, o pagamento dos incentivos e também o cabimento orçamental da componente nacional do apoio concedido. É ainda o IGIF que, nos termos do Decreto-Lei n.º 282/97, de 18 de Outubro, assegura o suporte à medida 1.3 - Assistência Técnica, bem como o cabimento orçamental da componente nacional e ainda o apoio logístico, nomeadamente, quanto às ligações informáticas com a DGDR e IGFSE relativas à utilização e actualização das respectivas bases de dados.

## 2.4 – Síntese metodológica

A presente auditoria foi executada por áreas correspondentes a cada etapa do processo de concepção do programa, decisão, execução, acompanhamento, pagamento e fiscalização de um projecto e execução global do programa, que correspondem a um ou a vários dos seus objectivos operacionais, nos termos a seguir esquematizados:

	ÁREA	Objectivo operacional correspondente
A	Concepção/regulamentação;	a), c) e e)
B	Recepção/análise de candidaturas;	c) e e)
C	Acompanhamento;	c) e e)
D	Pedidos de pagamento/adiantamentos;	c) e e)
E	Processamento de pagamentos;	c) e e)
F	Controlo de 1º Nível;	d)
G	Execução financeira;	b)
H	Integração no sistema de informação do QCA III.	a) e e)

O programa de auditoria foi delineado com base nos elementos reunidos na fase preliminar e a intensidade das acções desenvolvidas resultou das conclusões preliminares sobre o sistema de controlo interno.

Foram definidas uma amostra geral (representativa, no mínimo, de 30% do investimento e com incidência obrigatória sobre a medida 3.1) e amostras específicas para os pontos de auditoria onde a amostra geral não era aplicável. A selecção da amostra consta do Anexo B.

Foram ainda efectuadas entrevistas com os responsáveis e intervenientes na gestão e acompanhamento do Programa e foi efectuada a recolha e o tratamento da informação financeira disponível no SIFEC, SIIFSE e sistemas complementares em ACCESS e EXCEL. Também foi recolhida informação de outras entidades com intervenção no processo de decisão, nomeadamente o IGIF, a DGS e o IQS.

Junto da Direcção-Geral do Tesouro foi recolhida a informação necessária para comprovar os movimentos relacionados com o Programa Operacional Saúde XXI.

## 2.5 – Condicionantes e limitações

A acção decorreu regularmente, tendo a equipa de auditoria sido dotada dos meios necessários ao seu desenvolvimento. Regista-se a boa vontade e colaboração dos técnicos e responsáveis envolvidos.

A única nota menos positiva que afectou o trabalho de auditoria, assim como afecta o trabalho de todos os intervenientes no seio do QCA III, é o estado dos sistemas de informação (SIFEC, SIIFSE, SIAC, etc.), com vários módulos importantes ainda por entrar em funcionamento, com a consequente necessidade de se obter a mesma informação por outros meios, mais dispersos e morosos.



## **Tribunal de Contas**

---

### **2.6 – Audição das entidades em cumprimento do princípio do contraditório**

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos art.<sup>os</sup> 13º e 87º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, o relato de auditoria foi enviado à Gestora do Programa Operacional da Saúde e ao Conselho de Administração do IGIF.

O auditado e o IGIF responderam dentro do prazo fixado pelo Tribunal, apresentando as suas alegações.

O Presidente do Conselho de Administração do IGIF apresentou em três pontos os esclarecimentos adequados quanto a outras tantas situações apuradas na auditoria, assegurando que estão em via de regularização ou de implementação as medidas tendentes ao suprimento das anomalias.

A Gestora do Programa Operacional da Saúde apresentou longas e fundamentadas Alegações, embora não ordenadas pelos pontos do Relato, esclarecendo as motivações e fundamentos dos actos praticados e que foram objecto de apreciação.

Na generalidade, não contesta as conclusões obtidas na presente auditoria e assevera já ter dado seguimento, ou ir dá-lo a breve trecho, às recomendações projectadas na Relato.

Apraz registar ainda que vários procedimentos foram alvo de imediata correcção, logo que as faltas ou deficiências foram detectados no decurso dos trabalhos da auditoria, o que corresponde a um dos objectivos primordiais de acções desta natureza. Por outro lado, o reconhecimento das irregularidades referidas e o pronto acatamento das alterações sugeridas no Relato, dispensam a formulação, por parte do Tribunal, de recomendações no mesmo sentido.

A fim de dar expressão plena ao exercício do contraditório, as respostas dos auditados são apresentadas no Anexo E do presente relatório, nos termos dos art.<sup>os</sup> 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97 e art. 60º, n.º 3, do Regulamento da 2ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 3/98-2ª S, de 19 de Junho, na redacção dada pela Resolução n.º 2/02-2ª S, de 17 de Janeiro e pela Resolução n.º 3/02-2ª S, de 23 de Maio.





## Tribunal de Contas

---

### 3 – ENQUADRAMENTO DO SAÚDE XXI

O Programa Operacional da Saúde (Saúde XXI) insere-se no Eixo Prioritário 1 do QCA III (2000/2006). No texto do programa aprovado pela Comissão Europeia, está concebido como um dos suportes do processo de reforma estrutural do sector<sup>1</sup> e surge na senda do Subprograma<sup>2</sup> “Saúde” do Programa Operacional da Saúde e Integração Social do QCA II (1994-1999).

#### 3.1 – Estrutura

O Saúde XXI é composto por três Eixos Prioritários e integra oito Medidas:

- ◆ Eixo Prioritário 1 – Promover a Saúde e Prevenir a Doença:
  - ◇ Medida 1.1 – Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública;
  - ◇ Medida 1.2 – Áreas de Actuação Estratégica;
  - ◇ Medida 1.3 – Assistência Técnica.
  
- ◆ Eixo Prioritário 2. - Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade:
  - ◇ Medida 2.1 – Rede de Referenciação Hospitalar;
  - ◇ Medida 2.2 – Tecnologias de Informação e Comunicação;
  - ◇ Medida 2.3 – Certificação e Garantia de Qualidade;
  - ◇ Medida 2.4 – Formação de Apoio a Projectos de Modernização do Sector.
  
- ◆ Eixo Prioritário 3. - Regime de Incentivos ao Sector Privado:
  - ◇ Medida 3.1 – Incentivos à Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde.

#### 3.2 - Objectivos e Linhas Estratégicas

Os objectivos operacionais definidos para o Saúde XXI são os seguintes:

- ◆ Obter ganhos em saúde;
- ◆ Assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde.

---

<sup>1</sup> Segundo o Programa Operacional da Saúde, a orientação global do processo de reforma do sector da saúde está consagrada na Estratégia da Saúde, constante do documento “Saúde, um compromisso”, de 1999, onde é analisada a situação do sistema, identificados os principais problemas e definidos os objectivos a atingir.

<sup>2</sup> Os Subprogramas do QCA II são designados por Eixos Prioritários, na terminologia do QCA III. O Programa Operacional da Saúde refere que se pretendeu integrar no Saúde XXI as principais recomendações produzidas na avaliação intercalar do referido Subprograma Saúde.

As quatro linhas estratégicas essenciais para a prossecução dos objectivos definidos são as seguintes:

- ◆ Promoção da saúde e prevenção da doença, através de um esforço de informação interna e externa ao SNS, da intervenção prioritária em áreas específicas e da implementação de políticas de saúde pública;
- ◆ Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, através da introdução de sistemas de qualidade e certificação, do incremento da capacidade de formação dos recursos humanos, da utilização das tecnologias de informação e comunicação e do reforço tecnológico e da capacidade de resposta dos serviços;
- ◆ A organização de programas de formação exigidos pelo desenvolvimento dos projectos estratégicos sectoriais;
- ◆ Abertura do sector a novas parcerias com os sectores social e privado.

### 3.3 – Caracterização financeira

O investimento total previsto é de 698.318 mil euros, dos quais, aproximadamente, 66% serão suportados pelo FEDER, 2% pelo FSE, 23% por recursos públicos nacionais e 9% por recursos privados.

### 3.4 – Beneficiários/Tipologia dos projectos

Podem candidatar-se ao Programa, de acordo com a área dos projectos e as medidas onde se inserem, beneficiários públicos e privados conforme quadro seguinte:

**Quadro 1 – Medidas, áreas dos projectos e potenciais beneficiários**

EIXO/MEDIDA	BENEFICIÁRIOS	PROJECTOS / ÁREAS	Distribuição do FEDER/FSE (%)
<b>EIXO 1</b>			
Medida 1.1 – Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismos do Ministério da Saúde, da Justiça e outros envolvidos em acções de promoção da saúde;</li> <li>• Instituto do consumidor;</li> <li>• ONG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rede de serviços de saúde pública;</li> <li>• Sistemas de vigilância;</li> <li>• Qualidade e segurança de bens e serviços oferecidos pelo mercado;</li> <li>• Gestão de resíduos sólidos hospitalares.</li> </ul>	9
Medida 1.2 – Áreas de actuação estratégica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismos do Min. Saúde, da Justiça e outros envolvidos em acções de promoção da saúde;</li> <li>• ONG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção ou adaptação de instalações e equipamento;</li> <li>• Criação de unidades especializadas de internamento para acolher doentes em risco de contágio;</li> <li>• Criação de unidades móveis para actuação em situações de emergência;</li> <li>• Criação ou remodelação de unidades especializadas na área do tratamento da toxicod dependência e alcoolismo.</li> </ul>	6,8



## Tribunal de Contas

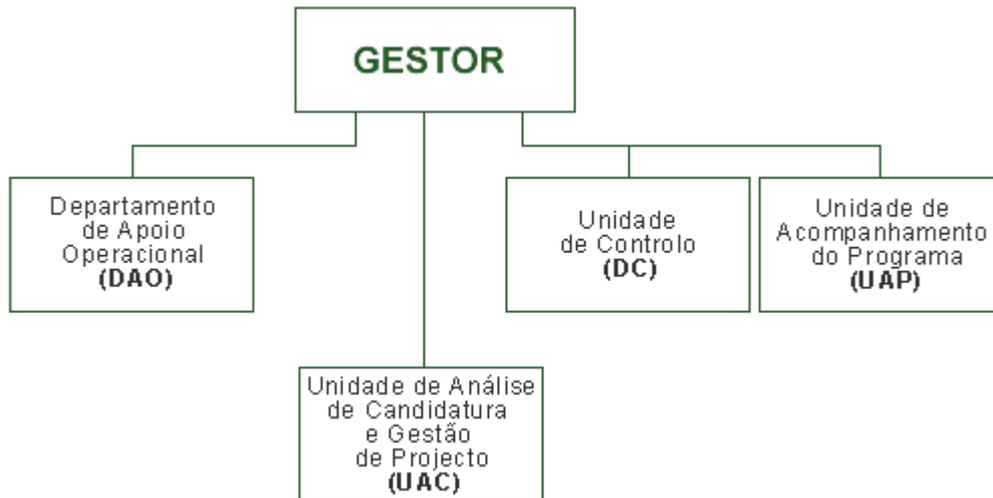
EIXO/MEDIDA	BENEFICIÁRIOS	PROJECTOS / ÁREAS	Distribuição do FEDER/FSE (%)
Medida 1.3 – Assistência técnica.	<ul style="list-style-type: none"><li>Gabinete de gestão do Programa Operacional e outros organismos do Ministério da Saúde envolvidos na sua gestão.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Estudos de acompanhamento e avaliação, consultadoria, acções de controlo de 1º nível, implementação de sistemas de informação;</li><li>Financiamento da estrutura responsável pela gestão do programa.</li></ul>	2,5
<b>EIXO 2</b>			
Medida 2.1 – Rede de Referência Hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"><li>Organismos centrais e desconcentrados do Ministério da Saúde e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Adaptação, remodelação de instalações hospitalares e equipamentos necessários às redes de urgência, emergência médica, oncologia, cardiologia, nefrologia, neurologia, traumatologia/ortopedia, saúde mental, materno-infantil e outras;</li><li>Redes informáticas internas das unidades especializadas.</li></ul>	46
Medida 2.2 – Tecnologias de informação e comunicação.	<ul style="list-style-type: none"><li>Organismos centrais e desconcentrados do Ministério da Saúde e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Expansão, aprofundamento ou evolução tecnológica de sistemas existentes – rede de informação da saúde, cartão do utente, sistema integrado de informatização hospitalar.</li></ul>	23
Medida 2.3 – Certificação e garantia da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"><li>Organismos do Ministério da Saúde e outras instituições públicas, dos sectores social e privado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Certificação/acreditação;</li><li>Processos de melhoria contínua da qualidade;</li><li>Construção, remodelação e ampliação de estruturas formativas de âmbito nacional.</li></ul>	5,5
Medida 2.4 – Formação de apoio a projectos de modernização da saúde.	<ul style="list-style-type: none"><li>Organismos do Ministério da saúde;</li><li>Entidades públicas e privadas com projectos de investimento apoiados no âmbito do programa operacional.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Realização de acções formativas directamente ligadas a projectos de reorganização e modernização dos serviços;</li><li>Apoio à realização de estudos no domínio da formação profissional sectorial;</li><li>Produção de recursos didácticos – pacotes formativos temáticos;</li><li>Apoio ao desenvolvimento do sistema de certificação e acreditação das unidades formativas da Saúde.</li></ul>	2,7
<b>EIXO 3</b>			
Medida 3.1 – Criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"><li>Beneficiário final – IGIF;</li><li>Os destinatários das ajudas são empresas, Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) e outras entidades sem fins lucrativos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Instalação de pequenas unidades de cuidados continuados (para apoio domiciliário a idosos por ex.);</li><li>Adaptação de unidades prestadoras de cuidados especializados;</li><li>Adaptação de instalações para prestação de cuidados em internamento de média e longa duração.</li></ul>	4,5 a 5

Fonte: PDR e relatório de execução do PO Saúde XXI, de 2001.

Os fundos atribuídos ao Programa deverão distribuir-se pelas medidas conforme consta do quadro, deles beneficiando especialmente as medidas 2.1 (46%) e 2.2 (23%).

### 3.5 – Organograma

#### Organização Interna do Gabinete de Gestão do Saúde XXI



### 3.6 – Processo de decisão

No esquema básico que se segue, pretende-se espelhar o processo de decisão a jusante do Complemento de Programação, englobando os regulamentos e directrizes internas que conformam o processo de decisão e as várias etapas deste, desde a candidatura até ao encerramento.



# Tribunal de Contas

## Processo de Decisão

### Fase de concepção/regulamentação

ACTO	INICIATIVA/COMPETÊNCIA	SUPERVISÃO/APROVAÇÃO
Elaboração de regulamentos	Gestor	Membro do Governo
Emissão de directrizes	Gestor	-
Emissão de directrizes	Gestor de Eixo Prioritário/Chefe de Projecto	Gestor

### Fase de recepção, análise e aprovação de candidaturas

ACTO	INICIATIVA/COMPETÊNCIA	SUPERVISÃO/APROVAÇÃO
Candidatura	Beneficiário	-
Análise da candidatura	Técnico do Eixo Prioritário analisa a candidatura e solicita elementos adicionais ou em falta	Gestor do Eixo Prioritário
Parecer técnico	Dependendo das características do projecto: <ul style="list-style-type: none"><li>• ARS;</li><li>• DG Saúde;</li><li>• IGIF;</li><li>• IQS;</li><li>• SPTT;</li><li>• ISSS;</li><li>• IAPMEI.</li></ul>	-
Parecer	Unidade de Gestão	-
Aprovação	Gestor	-
Homologação	Membro do Governo	-

### Fase de acompanhamento

ACTO	INICIATIVA/COMPETÊNCIA	SUPERVISÃO/APROVAÇÃO
Execução	Beneficiário	-
Acompanhamento	Técnicos do Eixo Prioritário	Gestor de Eixo

### Fase de pedidos de pagamento/adiantamentos

ACTO	INICIATIVA/COMPETÊNCIA	SUPERVISÃO/APROVAÇÃO
Pedido de pagamento	Beneficiário	-
Análise do pedido/definição dos componentes da despesa para cálculo da percentagem de apoio e de montantes máximos.	Técnicos do Eixo Prioritário	Gestor de Eixo

### Fase de processamento de pagamentos

ACTO	INICIATIVA/COMPETÊNCIA	SUPERVISÃO/APROVAÇÃO
Emissão de Ordem de Pagamento	Técnicos do Eixo Prioritário	Gestor de Eixo e pelo Gestor
Transferência bancária via "home banking" – Beneficiários públicos	Técnicos da Assistência Técnica	Chefe de projecto da Assistência Técnica
Transferência bancária via IGIF – Beneficiários privados	IGIF	IGIF





## **Tribunal de Contas**

---

### **4 – DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA**

#### **4.1 – Concepção/regulamentação no Saúde XXI**

##### **4.1.1 – Regulamentos das medidas e outros regulamentos internos**

Foram levantados e analisados os instrumentos elaborados no seio do Saúde XXI para regulamentar as medidas e também o funcionamento corrente do Gabinete de Gestão.

As oito medidas do Programa Operacional da Saúde foram objecto de regulamentação específica, com a excepção da medida 1.3 – “Assistência Técnica”.

Os regulamentos de cinco destas medidas foram aprovados ainda em 2000, através do Despacho n.º 25 535/00. A medida 3.1 – “Criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados de saúde” foi objecto do Decreto-Lei n.º 15/01, de 27 de Janeiro, e das Portarias n.ºs 380 e 381/01, publicadas a 11 de Abril. Finalmente o regulamento sobre a medida 2.4 – “Formação de apoio a projectos de modernização da saúde”, que é a única medida cujo financiamento provém exclusivamente do FSE, só foi publicado em Julho de 2001 (Despacho Conjunto n.º 626/01).

Não se encontram ainda adoptados enquadramentos internos que facultem a uniformidade na análise das candidaturas e, de uma forma geral, o funcionamento do Gabinete de Gestão, em complemento das normas aplicáveis. Com potencial uniformizador apenas há a referir o Despacho n.º 20321/02, relativo à medida 3.1, e a Informação de 3 de Janeiro de 2002 do Departamento de Controlo, que enumera algumas situações recorrentes a necessitarem de correcção.

Mesmo quanto à organização interna do Gabinete de Gestão, está por formalizar um documento que distribua as tarefas pelas várias unidades internas. Esta falta é notória, entre outros aspectos, no tocante ao processamento dos pagamentos pelo Gabinete de Gestão, tarefa a carecer de regulamentação em matéria de responsabilidades. A título de exemplo, observa-se que não estão claramente definidas soluções para situações de ausência temporária de um ou vários dos elementos que participam no processamento de pagamentos.

A elaboração de um manual de procedimentos está, aliás, encomendada desde 2000, mas ainda não existe um documento final adoptado.

Os regulamentos das medidas foram adoptados atempadamente, com a excepção do regulamento da medida 2.4, a que não será estranho o fraco nível de execução dessa medida. Os regulamentos sobre a medida 3.1 foram também publicados posteriormente à generalidade dos regulamentos, mas tal é de aceitar, dado o seu carácter inovador nos apoios relativos à área da saúde e dado o procedimento legislativo mais complexo que acarretaram.

Observou-se ainda uma lacuna de documentos orientadores internos, estando os procedimentos correntes baseados em “know-how” de vários elementos do Gabinete de Gestão cuja permanência não constitui um dado certo, como é natural em estruturas de projecto.

## 4.1.2 – Planos estratégicos e directores

Num âmbito mais lato, extravasando o Saúde XXI, mas com grande relevância na sua actividade, nota-se a falta de documentos estratégicos e orientadores em áreas temáticas a apoiar pelo Programa, que possibilitem aos técnicos do Gabinete de Gestão uma opção esclarecida sobre o enquadramento ou não enquadramento da candidatura que estão a analisar.

Se, nas áreas das redes de referência hospitalar, da gestão de resíduos hospitalares ou mesmo da certificação de unidades de saúde encontramos alguns documentos estratégicos orientadores, quanto às redes informáticas e sistemas de informação existe uma clara lacuna de orientação que pode conduzir a investimentos sem continuidade ou mesmo de todo perdidos.

Não é defensável que os técnicos do Gabinete de Gestão possam dar uma informação sobre o enquadramento das candidaturas sem um conjunto de orientações estratégicas aplicáveis a cada área temática com enquadramento no Programa Operacional da Saúde. Na área das redes informáticas e dos sistemas de informação é necessário o conhecimento da arquitectura do sistema de informação que responde às necessidades reais do sistema de saúde, de acordo com as estratégias definidas pelo Ministério da Saúde. Sem esta informação, a decisão sobre o enquadramento ou não da candidatura não assegura a sustentabilidade do conjunto dos investimentos realizados.

Permanecem, assim, lacunas na orientação estratégica dos investimentos na área da saúde, possibilitando um mau aproveitamento ou mesmo desperdício de recursos.

Relativamente a esta matéria o auditado, na sua Resposta, refere que “...tomou a iniciativa de solicitar um estudo a uma entidade externa tendo em vista avaliar os impactos/eficácia dos projectos aprovados e que visa também o apuramento de critérios de selecção de candidaturas...”.

## 4.2 – Análise de projectos

### 4.2.1 – Recepção e análise de candidaturas

#### 4.2.1.1 – Organização do processo e cumprimento dos prazos previstos para a análise

As candidaturas estão arquivadas em dossiers de projecto, nos quais vão sendo introduzidos os correspondentes documentos. A organização adoptada é aceitável e é genericamente seguida pelos técnicos, notando-se apenas, por vezes, uma inapropriada inserção no separador de carácter genérico e residual - “correspondência” - de documentos que deveriam estar arrumados noutros separadores onde a sua falta é notada, como, por exemplo, documentos relativos a pagamentos.

Em geral, o prazo para análise das candidaturas, desde a sua entrada até à homologação pelo membro do Governo competente, que é de 90 dias, é cumprido. É variável o prazo de resposta das entidades a quem o Gabinete de Gestão pede parecer sobre as candidaturas, verificando-se que é frequente o não cumprimento dos prazos previstos – 20 dias, no caso dos regulamentos aprovados pelo Despacho n.º 25 535/00, e 15 dias, no regulamento da medida 3.1 aprovado pela Portaria n.º 380/01 (P.M.E. e Cooperativas).

Na sua resposta o auditado confirma a observação feita, salientando que o problema ultrapassa a capacidade correctiva directa do Programa Operacional, e que, em muitos casos, tem feito a opção de



## Tribunal de Contas

---

aguardar a obtenção dos pareceres, mesmo que com algum prejuízo dos prazos estabelecidos, de modo a garantir uma análise mais consistente das candidaturas.

Dos dossiers de projecto não constam, igualmente, cópias dos contratos celebrados no âmbito dos projectos e que servem de base aos pagamentos efectuados.

O auditado assegura que “...procurará acautelar a existência de um exemplar do contrato escrito, a apresentar, no máximo, aquando da apresentação do primeiro pedido de pagamento, para suportar documentalmente a regularidade da despesa.”.

### 4.2.1.2 – Parametrização de custos e pareceres técnicos

Não há evidência de haver parametrização de custos à disposição dos técnicos que analisam as candidaturas. Para além disto, são poucos os casos em que existem no processo orçamentos detalhados justificativos das despesas a apoiar ou mesmo relatórios elaborados pelo candidato, em que se comparem os orçamentos de vários fornecedores consultados para a despesa a apoiar.

Sem parametrização de custos e sem orçamentos de várias entidades – ou relatórios que os detalhem – os técnicos que analisam a candidatura perdem capacidade de crítica em relação às despesas apresentadas na candidatura.

Confirmando as observações feitas, o auditado refere, porém, algumas dificuldades na aplicação de parâmetros, dado que estes “...pressupõem alguma homogeneidade dos projectos, o que, em regra, não acontece...”.

Na amostra seleccionada verificaram-se situações de parecer/opinião verbal, sem referência a aprovação fundamentada pela entidade consultada.

Não existe parecer técnico sobre as candidaturas apresentadas pelo IGIF, pelo IQS ou pela DGS, uma vez que estas são as entidades competentes para a emissão do respectivo parecer. Tal parecer só se revestiria de utilidade se fosse possível assegurar uma segregação estrita de funções neste âmbito, o que, tanto quanto foi possível apurar, não é o caso.

### 4.2.1.3 – Verificação da cabimentação da componente nacional

Alguns projectos, sobretudo os projectos com beneficiários privados, não referem a cabimentação da componente nacional.

A componente pública nacional relativa a medidas com beneficiários privados está sedeada no IGIF, que assegura a respectiva inscrição em PIDDAC, nos termos definidos pelo gestor.

### 4.2.1.4 – Candidaturas rejeitadas ou abandonadas

As candidaturas apresentadas ao PO Saúde são analisadas pelos Departamentos que gerem os Eixos respectivos. Dessa análise resultam muitas vezes incompatibilidades e dificuldades que levam ao abandono das candidaturas e que se espelham no quadro seguinte:

**Quadro 2 – Investimento das candidaturas rejeitadas / abandonadas**

(em euros)

ESTADO	INVESTº ELEGÍVEL	INVESTº FEDER	Inv. Eleg (%)	Nº Projectos
Arquivada	11.808.306,61	7.891.841,37	2,82	32
Cancelada	70.317.524,76	52.738.143,59	16,81	7
Anulada	4.245.632,79	3.184.224,60	1,01	4
Arquivada sem PIDDAC	7.394.123,21	5.545.592,42	1,77	44
Com parecer negativo da UG	35.010.828,96	14.979.328,92	8,37	93
Devolvida a pedido da entidade	1.898.959,15	1.424.219,36	0,45	3
Arquivada s/ enquadramento	282.457.966,93	211.843.476,43	67,51	76
Sem enquadramento	5.267.353,97	2.110.021,39	1,26	21
<b>TOTAL</b>	<b>418.400.696,38</b>	<b>299.716.848,08</b>	<b>100,00</b>	<b>280</b>

Fonte: Elementos do Gestor, em 30/09/02.

Os motivos que levaram ao abandono/rejeição das candidaturas prendem-se essencialmente com os seguintes aspectos:

- ◆ Grande número de candidaturas (44), embora de pequena dimensão (1,77% do investimento elegível), não conseguiram assegurar a componente pública nacional – PIDDAC, pelo que não puderam ser aceites;
- ◆ 76 candidaturas foram arquivadas por falta de enquadramento (67,51% do investimento elegível), o que pode significar um fraco conhecimento do Programa por parte dos potenciais beneficiários;
- ◆ A Unidade de Gestão, por seu turno, rejeitou 93 projectos que representavam 8,37% do investimento elegível.

A entidade auditada entende que a taxa de rejeição não apresenta valores anormais nem, muito menos, reflecte um fraco conhecimento do Programa por parte dos potenciais beneficiários, mas, sim, que existiram muitos promotores, sobretudo privados, que procuraram forçar o enquadramento na medida 3.1, sendo positiva a firmeza na rejeição de candidaturas sem enquadramento.

O quadro seguinte espelha as medidas mais atingidas em termos de investimento FEDER relativamente às candidaturas abandonadas/rejeitadas.



## Tribunal de Contas

Quadro 3 – Candidaturas recebidas / candidaturas abandonadas ou rejeitadas

(em euros)

Medidas	Investimento FEDER			Cand. aband. ou rejeit. / cand. recebidas (%)
	Candidaturas abandonadas ou rejeitadas	Candidaturas aprovadas	Total das cand. recebidas	
Med.1.1	5.106.075,35	20.717.149,59	25.823.224,94	19,77
Med.1.2	6.218.400,52	9.931.964,15	16.150.364,67	38,50
Med.2.1	64.890.703,44	94.292.926,92	159.183.630,36	40,76
Med.2.2	3.139.859,02	71.963.222,44	75.103.081,46	4,18
Med.2.3	6.138.178,44	6.849.775,45	12.987.953,89	47,26
Med.2.4	8.406,00	1.127.286,51	1.135.692,51	0,74
Med.3.1	2.963.861,81	4.377.415,40	7.341.277,21	40,37
<b>Sub-total</b>	<b>88.465.484,58</b>	<b>209.259.740,46</b>	<b>297.725.225,04</b>	<b>29,71</b>
<b>Sem enquadramento</b>	<b>211.251.363,50</b>		<b>211.251.363,50</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>299.716.848,08</b>	<b>209.259.740,46</b>	<b>806.701.813,58</b>	<b>37,50</b>

Fonte: Elementos do Gestor, em 30/09/02.

Em termos de investimento elegível FEDER, as candidaturas recebidas pelo PO Saúde representavam um total de 806.701.813,58 euros, tendo sido abandonadas ou rejeitadas 37,50% das mesmas a que corresponde um investimento elegível de 299.716.848,08 euros.

Destacam-se as medidas 2.2 – Sistemas de informação e 2.4 – Formação de apoio a projectos de modernização da saúde, com apenas 4,18% e 0,74%, respectivamente, do investimento abandonado ou rejeitado, em nítido destaque das restantes que atingiram taxas substancialmente mais elevadas.

Segundo a entidade auditada, “...a situação afigura-se natural dado que estas medidas têm um âmbito muito preciso, não induzindo nos beneficiários uma grande diversidade de possibilidades de interpretação sobre as possibilidades de financiamento...”

Com vista à análise dos casos em concreto e das circunstâncias que fundamentaram a rejeição/abandono foi seleccionada a amostra constante do Anexo B. Pela análise feita, apurou-se que o maior número de casos se concentra em dois tipos de fundamento: primeiro, o parecer técnico das entidades cuja intervenção está prevista para esse fim; e segundo, a retirada da candidatura pela própria entidade promotora. Note-se que alguns dos casos de retirada de projecto se ficaram a dever à falta de garantia da cobertura da componente pública nacional que, nos casos de beneficiários públicos, está a cargo destes (cf. *infra* ponto 4.4.1).

Apenas em um dos casos analisados existiu conflito entre os pareceres técnicos recolhidos: Com pareceres discordantes do serviço central do Ministério competente na matéria e da Administração Regional de Saúde envolvida, a deliberação da Unidade de Gestão seguiu o parecer do serviço central do Ministério.

Três dos casos analisados foram objecto de uma decisão de não-enquadramento sem recurso a parecer de outra entidade, tendo numa das situações sido sugerida a realocação da candidatura junto do Programa Operacional Regional respectivo.

Finalmente, uma candidatura foi rejeitada por não ter sido considerado elegível o beneficiário em causa.

## 4.2.2 – Acompanhamento

### 4.2.2.1 – Verificação do início da execução física

Os regulamentos das várias medidas – com a excepção da medida 2.4 e da medida 3.1, esta última apenas quando o beneficiário não é uma IPSS – prevêem um prazo máximo de 6 meses para o início da execução física.

A verificação deste prazo, importante para se evitar deslizes na execução do projecto, carece de um procedimento adequado por parte dos técnicos responsáveis pelo acompanhamento.

Não foi apurado nenhum procedimento específico de verificação do início da execução física. Esta lacuna contribuiu para situações de falta de execução financeira de muitos projectos. Em alguns casos a situação detectada justificaria o cancelamento do respectivo projecto (cf. ponto 4.4.7).

O facto de serem solicitados pelo Gabinete de Gestão aos executores os relatórios semestrais relativos aos projectos, onde constam indicadores de execução física, não impediu a falta de verificação do prazo para o início de execução física, em relação ao qual era imperioso obter uma declaração inequívoca dos executores.

A inexistência de um procedimento regular de verificação do início da execução física pode contribuir para um desfasamento entre a contabilização feita pelo Gabinete de Gestão relativamente a apoios concedidos e os apoios que serão contabilizados a final, após o necessário cancelamento dos apoios a projectos não cumpridores.

Na sua Resposta, o auditado confirma a inexistência de um procedimento específico para o efeito, mas garante existir *“um conjunto de iniciativas que procuram garantir, em tempo útil, o seu cumprimento”*.

As “iniciativas” apontadas não garantem, porém, o cumprimento das exigências regulamentares de que o início da execução física ocorra no prazo de 6 meses, pelo que se mantém a necessidade de um procedimento específico de verificação.

### 4.2.2.2 – Alteração e reprogramação de projectos

Nas situações analisadas, a maioria das reprogramações só abrangeu o prazo de conclusão do projecto. Não foram aceites, por informação do Gabinete de Gestão, propostas de reprogramação que envolvessem alteração do investimento elegível, nomeadamente, relativas à alteração da taxa de I.V.A. incidente sobre as despesas a apoiar.

### 4.2.2.3 – Verificação do cumprimento dos normativos aplicáveis nos domínios da concorrência, dos concursos públicos, do ambiente e da igualdade de oportunidades

Em regra, os contratos e respectivos antecedentes que justificam os documentos de despesa, não acompanham os pedidos de pagamento, o que inviabiliza a comprovação destes elementos pelos



## Tribunal de Contas

---

técnicos do Gabinete de Gestão, no exercício de funções de acompanhamento das candidaturas. De qualquer forma, esta é uma matéria sobre a qual deve incidir, predominantemente, a acção do Departamento de Controlo, dada a componente de fiscalização que comporta.

### 4.2.3 – Pagamentos e adiantamentos

#### 4.2.3.1 – Mapas de despesa e outros mapas de acompanhamento de pagamentos

Não foram detectadas irregularidades nos mapas de despesa dos projectos incluídos na amostra, embora por vezes o critério de arquivo adoptado tenha levado a que documentos justificativos do mesmo fossem arquivados noutra separador, sem relação directa com o mapa em causa.

Em anexo à ordem de pagamento, o Gabinete de Gestão inclui um mapa de controlo do plano financeiro, por componente, do projecto em causa. O nível de detalhe deste mapa, contudo, não permite, por si só, verificar a não repetição de documentos de suporte, pois não inclui elementos mínimos destes últimos, como o número e data.

Na sua resposta, o auditado refere que a não repetição de documentos de suporte está assegurada por um “...*mapa descritivo de documentos de despesa com número e data...*”.

Na amostra seleccionada constatou-se que todos os documentos de despesa se encontravam devidamente carimbados pelo Gabinete de Gestão com a indicação “FEDER”. Por outro lado, foi notória, na maior parte dos processos analisados, a ausência dos contratos celebrados pelos beneficiários no âmbito do projecto, inviabilizando a análise dos documentos de despesa à luz dos mesmos, o que, mesmo relativamente a beneficiários públicos, se revelaria desejável.

O auditado assegura, neste aspecto, que *‘procurará acautelar a existência de um exemplar’* dos contratos escritos.

#### 4.2.3.2 – Pedidos de adiantamento

Não se verificaram adiantamentos iniciais aos beneficiários, ao contrário do que ocorria no âmbito dos quadros comunitários anteriores, dada a lógica de reembolso que vem sendo assumida na intervenção dos fundos comunitários desde o Regulamento n.º 1685/00, nos termos da Regra n.º 1 do respectivo Anexo.

Verificaram-se, contudo, alguns adiantamentos relativos a mapas de despesas justificados com facturas, com regularização por recibo, no prazo de 20 dias a contar da emissão da transferência para o beneficiário, nos termos do Despacho n.º 14 381/01, da Ministra do Planeamento, que admitiu este procedimento em relação a algumas despesas a apoiar no âmbito do FEDER.

#### 4.2.3.3 – Procedimentos de emissão de ordens de pagamento

Nos processos analisados, as ordens de pagamento encontravam-se devidamente formalizadas, detalhando o ou os mapas de despesas a que se referiam e incluindo, em anexo, um mapa de controlo do plano financeiro, por componente, do projecto em causa.

A ordem de pagamento é proposta pelo gestor do Eixo prioritário e é emitida pelo gestor do programa operacional.

#### **4.2.3.4 – Emissão e validação da transferência bancária – segregação de funções**

O cumprimento das ordens de pagamento, com a excepção dos casos em que o IGIF intervém como organismo intermédio, é da responsabilidade do Gabinete de Gestão, o qual, através de um terminal de “*Home Banking*”, movimentas as contas que o Gestor possui na Direcção-Geral do Tesouro: Uma para o FEDER, outra para o FSE.

O procedimento inclui um pedido de transferência lançado no terminal por um operador do Gabinete de Gestão com uma “*password*” própria. Este pedido de transferência cativa a verba na conta bancária, que passa a constar como saldo indisponível, após o que, por um segundo interveniente dotado de uma “*password*” de nível diferente e com poder de autorizar a transferência, é dada a ordem de transferência para o NIB indicado. A data-valor das duas operações é a data do movimento da ordem de transferência.

Esta emissão de transferência é documentada por um relatório impresso que contém os elementos que identificam a transferência feita, referindo a ordem de pagamento que lhe deu origem, e que é arquivado na pasta do projecto depois de rubricado pelo chefe de projecto do departamento de apoio operacional.

Como foi referido no ponto 4.1.1, está por formalizar um documento interno que defina responsabilidades nesta matéria e que preveja, nomeadamente, as situações de ausência temporária de um ou vários dos elementos que participam no processamento de pagamentos acima descrito.

#### **4.2.3.5 – Procedimentos de pagamento através do IGIF como organismo intermédio**

A intervenção do IGIF como organismo intermédio, sobretudo no caso da medida 3.1, mas também sempre que a entidade beneficiária não tenha natureza pública, está relacionada com o facto de ser o IGIF a parte pública contratante no contrato de concessão de incentivos.

No entanto e neste âmbito, a sua missão limita-se ao suprimento de constrangimentos da autoridade de gestão (impossibilidade de orçamentar e pagar a componente nacional, sobretudo) e não inclui a análise de mapas e documentos de despesa relativas aos projectos. A ordem de pagamento é sempre da responsabilidade do gestor, o que acarreta para o Gabinete de Gestão a necessidade de se certificar que o IGIF transfere a verba prevista na ordem de pagamento para o beneficiário.

Relativamente à generalidade dos projectos analisados não se encontravam em arquivo documentos que comprovassem a fase final do procedimento de pagamento, a cargo do IGIF. No arquivo encontravam-se as ordens de pagamento, as emissões de transferência a favor do IGIF e os ofícios para o IGIF, a informar da transferência e a solicitar o pagamento aos beneficiários, mas não existiam documentos comprovativos da efectiva transferência para os beneficiários.

Ainda no decurso da auditoria e a instância da equipa de auditoria foram pedidos do IGIF comprovativos relativos às transferências para os beneficiários com vista ao seu correcto arquivo nos projectos analisados.



## Tribunal de Contas

---

Na sua resposta o auditado confirma que “...na sequência do Processo de Auditoria desse Tribunal, acordou-se com o IGIF um procedimento que assegura que os pagamentos a uma entidade beneficiária dos apoios do Saúde XXI, são comunicados a este Gabinete de Gestão, por documento escrito.”.

O IGIF confirma igualmente que “ a situação foi alterada a partir do início do corrente ano”.

### 4.3 – Assistência técnica

#### 4.3.1 – Despesas com vencimentos e encargos com a segurança social

Foram analisadas as despesas com vencimentos nos meses de Julho de 2001 e Julho de 2002 e os correspondentes encargos com a segurança social.

Os encargos com a segurança social foram pagos pelo IGIF juntamente com encargos da própria instituição. Tal implicou um esforço de identificação das pessoas afectas ao Saúde XXI, mas não se apuraram erros ou irregularidades nos meses analisados.

Os vencimentos pagos no mês de Julho de 2002 incluíam uma coordenadora de componente ainda não nomeada para o cargo. Apurou-se que, desde o regresso do coordenador de componente, em cujo lugar a referida coordenadora se encontrava em regime de substituição, e, em virtude de não ter sido reocupado o lugar de um outro coordenador de componente, a referida coordenadora passou a assegurar este último cargo, na pendência da sua nomeação entretanto proposta.

Não se verificando a nomeação<sup>1</sup> e tendo continuado, desde o fim da sua nomeação em regime de substituição, a auferir a remuneração de coordenador, verifica-se uma situação de pagamentos sem suporte legal, pois desde a cessação da comissão de serviço em regime de substituição deixou de haver justificação para a remuneração de coordenador de componente.

A violação das normas sobre autorização de despesas públicas é passível de responsabilidade sancionatória nos termos do n.º 1, alínea b) do art. 65º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Na sua resposta o auditado dá conta de que a situação está em vias de ser regularizada, informando que “já foi solicitado ao IGIF que procedesse ao cálculo das competentes guias de reposição”.

#### 4.3.2 – Fornecimentos

Foram analisadas os documentos relativos a seis fornecedores. Em dois casos a análise foi aprofundada para esclarecimento de questões detectadas.

A primeira situação prendeu-se com o pagamento, pela Assistência Técnica do QCA III, de fornecimentos relativos ao encerramento da Intervenção Operacional da Saúde do QCA II, sendo a questão dirimida por um extracto das actas da Comissão de Acompanhamento do QCA III, onde se considerava aceitável tal procedimento.

---

<sup>1</sup> Pela Resolução n.º 30/2003 (2.ª Série), publicada no DR II Série, n.º 80, de 4 de Abril de 2003, foi nomeada a coordenadora de componente em causa, sem, contudo sanar a situação anterior à data da referida resolução (19/03/2003).

A segunda situação referida foi a não inscrição na conta-corrente relativa a um fornecedor de uma nota de crédito devida na sequência de uma facturação incorrecta, que foi detectada pelo Gabinete de Gestão já após o respectivo pagamento. Tal situação encontra-se já devidamente regularizada.

### 4.3.3 – Consultadoria

No âmbito da Assistência Técnica ao Programa foram celebrados com a empresa Fundeuropa – Gestão e Consultadoria S.A. os seguintes contratos de prestação de serviços:

**Quadro 4 – Contratos celebrados com a Fundeuropa**

DATA	OBRIGAÇÕES DA FUNDEUROPA	VALOR	PRAZO	PAGAMENTOS
30/11/00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar apoio técnico de acordo com os seguintes termos de referência:</li> <li>• Estabelecimento de um modelo de controlo de 1º nível e definição dos respectivos procedimentos;</li> <li>• Preparação de manual de procedimentos FEDER para apoio das entidades executoras;</li> <li>• Preparação do lançamento do sistema de incentivos à criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados;</li> <li>• Elaboração do guia do utilizador do sistema de incentivos.</li> </ul>	5.000.000\$00 + IVA	1 ano	1.000.000\$00 + IVA – F/R 199 – 01/02/01 1.000.000\$00 + IVA – F 204 – 19/04/01 1.000.000\$00 + IVA – F211 – 05/07/01 1.000.000\$00 + IVA – F215-04/10/01 4.987,98 € + IVA – F/R 220 – 10/01/02 <b>TOTAL = 5.000.000\$00 + IVA</b>
10/01/02	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepção e apoio à preparação do Manual de Procedimentos do Saúde XXI, contendo os circuitos e regras a cumprir em todo o processo de instrução, selecção, aprovação, pagamento e controlo dos financiamentos dos fundos comunitários;</li> <li>• Apoio permanente ao Gestor do Saúde XXI nas tarefas de gestão, acompanhamento e avaliação do Programa Operacional;</li> <li>• Apreciação periódica dos resultados da gestão do Saúde XXI face aos objectivos definidos;</li> <li>• Produção de contributos para melhoria das realizações do Saúde XXI, designadamente tendo em conta a necessidade de garantir reservas de programação e de eficiência;</li> <li>• Apoio à elaboração do relatório anual de execução do Programa.</li> </ul>	30.000 € + IVA	1 ano	5.000 € + IVA – F/R 224 – 01/03/02 5.000 € + IVA – F/R 228 – 10/05/02 5.000 € + IVA – F/R 231 – 11/07/02 5.000 € + IVA – F/R 235 – 02/09/02 5.000 € + IVA – F/R 237 – 04/11/02 5.000 € + IVA – F 242 – 15/01/03 <b>TOTAL = 30.000 € + IVA</b>
12/06/02	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio técnico e administrativo às tarefas do Coordenador do Grupo Trabalho Temático da Saúde;</li> <li>• Apoio ao acompanhamento e análise de resultados das acções desenvolvidas no sector da saúde contempladas nos diversos Programas Operacionais do QCA III;</li> <li>• Manutenção de uma base de dados actualizada dos financiamentos do QCA à Saúde;</li> <li>• Preparação e apoio administrativo às reuniões do Grupo Temático da Saúde e das respectivas equipas técnicas;</li> <li>• Apoio à elaboração dos relatórios semestrais e anuais do Grupo de Trabalho Temático da Saúde.</li> </ul>	41.000 € + IVA	1 ano	10.250 € + IVA – F/R 232 – 01/08/02 585,67 + IVA F/R 233 02/08/02 (desloc) 10.250 € + IVA – F/R 238 – 04/11/02 <b>TOTAL = 20.500 € + IVA</b>

Fonte: Contratos e documentos de despesa constantes do dossier organizado pelo Gestor.



## Tribunal de Contas

---

Estes contratos foram precedidos de consultas a 5 entidades, nos termos do Decreto-Lei n.º 197/99, das quais resultou a selecção da Fundeuropa.

### 4.3.3.1 – Consultadoria ao Saúde XXI

Os 2 primeiros contratos referidos no quadro acima apresentado foram celebrados no âmbito da consultadoria ao Saúde XXI.

A sua análise individual permite referir o seguinte:

#### ◆ Contrato celebrado em 30/11/00

O objecto do contrato, tal como consta na Cláusula 1.<sup>a</sup>, é o apoio à fase inicial de implementação do Programa Operacional da Saúde (Saúde XXI).

Este objecto, definido em termos genéricos, foi devidamente concretizado num conjunto de obrigações referidas na Cláusula 2.<sup>a</sup>. Estas apenas em parte se podem considerar cumpridas, pois, com efeito, só as duas últimas obrigações indicadas, relativas ao sistema de incentivos adoptado na medida 3.1, foram concretizadas. As duas outras obrigações – modelo de controlo de 1.º nível e seus procedimentos e Manual de Procedimentos FEDER – não foram, dentro do prazo do contrato, concretizadas em nenhum documento formal.

Da proposta da Fundeuropa constava um calendário indicativo de realização das diversas obrigações contratuais, englobando os doze meses de duração do contrato. O Manual de Procedimentos FEDER estaria pronto ao fim de 6 meses de contrato e o modelo de controlo de 1.º nível e respectivos procedimentos até ao final do contrato (12 meses).

Nenhum destes prazos foi cumprido e, todavia, os pagamentos previstos no contrato foram realizados na íntegra.

#### ◆ Contrato celebrado em 10/01/02

O objecto do contrato, tal como consta na Cláusula 1.<sup>a</sup>, é o do apoio ao Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI).

Este objecto, definido em termos genéricos, foi concretizado num conjunto de obrigações referidas na Cláusula 2.<sup>a</sup>. Tal como no anterior contrato, estas apenas em parte se podem considerar cumpridas, verificando-se ainda alguma sobreposição nas obrigações referidas num e no outro contrato.

É o caso do manual de procedimentos, incluindo ou não os procedimentos do controlo de 1.º nível. O cumprimento integral do primeiro contrato já acarretava a elaboração de um manual ou guia de procedimentos sobre o controlo de 1.º nível que incluiria, naturalmente, uma descrição clara dos procedimentos em vigor em todo o Gabinete de Gestão. Aliás, não é clara a razão porque só no segundo contrato se prevê a elaboração de um manual de procedimentos interno para uso do Gabinete de Gestão, necessidade premente logo no início do programa operacional. Seria lógico que estes manuais fossem ambos objecto do primeiro contrato.

Por outro lado, o conjunto de obrigações específicas previstas no segundo contrato parecem sobrepor-se à cláusula do mesmo contrato que prevê o apoio genérico e permanente, sem especificação das efectivas contraprestações pretendidas. Também as obrigações de “apreciação periódica” e de “produção de contributos” são pouco claras sobre o “*output*” a produzir e em que datas.

Terminado este segundo contrato e integralmente pagas as respectivas prestações, verifica-se que também o mesmo não se encontra cumprido no que se refere à elaboração do Manual de Procedimentos do Saúde XXI, apesar de, na proposta da Fundeuropa, constar do calendário indicativo apresentado, como prazo de concretização do manual, os primeiros seis meses de execução do contrato. Também se constata que a “apreciação periódica” e a “produção de contributos” se encontram por demonstrar.

Ambos os contratos previam a elaboração de manuais de procedimentos relativos ao Saúde XXI, que nunca chegaram a ser fornecidos. Note-se que, a 26 de Março de 2002, foi fornecido à Fundeuropa, um conjunto de documentos, incluindo versões bastante detalhadas e avançadas de manuais de procedimentos (Manual FEDER, Manual de Controlo Interno e várias listagens e modelos em utilização no Gabinete de Gestão) elaborados internamente pelos meios próprios do Saúde XXI. Na mesma data foi a Fundeuropa informada da necessidade urgente de cumprimento do contrato em vigor, no tocante aos manuais de procedimentos e de controlo, assim como as demais obrigações que integram os contratos.

A necessidade de ser dada rápida conclusão aos referidos manuais foi reiterada a 17 de Abril do mesmo ano, por novo ofício do Saúde XXI. Até à data, nenhum documento final foi entregue pela Fundeuropa para cumprimento das obrigações em falta.

Existiu, assim, incumprimento parcial dos dois contratos celebrados entre o Gestor e a Fundeuropa.

De resto, não foi isenta de crítica a inclusão do mesmo fornecedor no lote de empresas a convidar para o segundo contrato quando já se verificava incumprimento, ainda que parcial, do primeiro contrato.

Assim, deverá diligenciar-se no sentido do cumprimento integral e urgente dos contratos sob pena de, não sendo cumpridos, se exigir a reposição das prestações já realizadas.

Na sua resposta o auditado assume que irá renegociar o contrato de prestação de serviços de consultadoria, de forma a expressar o seu objecto de forma mais correcta, e que determinará um prazo improrrogável para a conclusão das partes incumpridas dos contratos o que se revela imprescindível.

#### **4.3.3.2 – Consultadoria ao Grupo de Trabalho Temático da Saúde**

O contrato foi celebrado em 12/06/02, havendo a referir o seguinte:

O Grupo de Trabalho Temático da Saúde, também referido como Grupo Temático da Saúde, funciona no âmbito do Programa Operacional de Assistência Técnica do QCA III.

O sócio e administrador único da Fundeuropa foi convidado para o cargo de coordenador do Grupo de Trabalho Temático da Saúde, pelo Presidente da Comissão de Gestão do QCA III, por carta de 29 de Novembro de 2001.

Por carta-convite de 28 de Maio de 2002, a firma Fundeuropa foi incluída no conjunto de 5 empresas convidadas a apresentar proposta para “Aquisição de Serviços de Apoio Técnico e Administrativo para o Grupo de Trabalho Temático da Saúde”.



## Tribunal de Contas

---

Com efeito, o Saúde XXI apresentou junto do Programa Operacional de Assistência Técnica um projecto relativo a esta matéria e, no âmbito desse projecto, foi feito o convite acima referido.

O contrato no valor de 41.000 euros, mais IVA, tem um prazo de 12 meses, podendo ser prorrogado por mais um ano e tem como objecto o apoio ao coordenador do Grupo de Trabalho Temático da Saúde.

Analisando o contrato e as circunstâncias que o envolveram, apurou-se:

### A) Assessoria pelo assessorado

A proposta da Fundeuropa que, de acordo com a apreciação feita na Informação n.º 142/POS/2002 (Relatório de apreciação das respostas recebidas), é “a que melhor responde ao solicitado na carta-convite”, refere expressamente que a equipa a mobilizar para esta prestação de serviços inclui, como consultor sénior, o referido sócio e administrador único da Fundeuropa que se constata ser o coordenador do Grupo de Trabalho Temático da Saúde.

Encontramo-nos, assim, perante uma situação “*sui generis*”, potencialmente geradora de conflitos de interesse, em que o administrador único da Fundeuropa, celebrou, em nome desta, um contrato para fazer assessoria técnica e administrativa ao coordenador do Grupo de Trabalho Temático da Saúde, que é ele próprio.

### B) Remuneração indirecta do coordenador do GTTS

O apoio ao GTTS constitui competência da estrutura de apoio técnico da comissão de gestão do QCA III, à qual, nos termos do n.º 3 do ANEXO VI à Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/00, de 16 de Maio, tal responsabilidade está confiada. É aceitável que um apoio alargado e especializado se revele necessário e nada obsta a que seja apresentado ao Programa Operacional de Assistência Técnica um projecto que inclua esse apoio, se se enquadrar nos apoios a conceder por este programa.

Porém, este apoio não se pode traduzir na remuneração indirecta das funções de coordenador do Grupo de Trabalho Temático da Saúde para as quais não estão previstas compensações, nem no Decreto-Lei n.º 54-A/00, nem no Regulamento da Comissão de Acompanhamento do QCA III, nem no regulamento do GTTS.

Ora, a coexistência nas funções de coordenador do GTTS e nas funções de “consultor sénior” da firma Fundeuropa da mesma pessoa possibilita esta indesejável leitura.

### C) “*Insider contracting*”

Outro aspecto passível de crítica é a intervenção num processo de contratação pública de uma empresa administrada e, pelo menos em parte, propriedade de alguém investido em funções que lhe facultam o acesso a um conjunto de informação vital para o bom sucesso de uma proposta comercial no âmbito das citadas funções em que se encontra investido. Tem-se vulgarizado a expressão “*Insider contracting*”, nos artigos da especialidade da imprensa anglo-saxónica, para referir esta mesma realidade de intervenção em contratação pública de pessoas afectas ao serviço público contratante, embora sem uma posição decisória que os afastasse legalmente do procedimento contratual.

O “*Insider contracting*” viola o princípio da igualdade, tal como está expresso no art. 9º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho. Sai clara e desigualmente beneficiado o administrado que, em virtude das suas funções públicas, conhece em detalhe e até determina as exigências e requisitos das tarefas que são objecto de um procedimento de contratação pública.

Não estando prevista na lei outra sanção, a adjudicação feita à firma Fundeuropa da “prestação de serviços de apoio técnico e administrativo às tarefas de coordenador do Grupo de Trabalho Temático da Saúde”, é anulável nos termos do art. 135º do Código do Procedimento Administrativo.

Assim, pelos motivos referidos nesta alínea e nas duas anteriores, o contrato não deve manter-se.

É de registar que o auditado, na sua Resposta, demonstra ter procedido já à rescisão do contrato em causa.

#### D) Despesas com deslocações e estadias

Financeiramente, até final de 2002, foram pagas 3 facturas que correspondem a 20.500 euros mais IVA (cerca de metade do valor do contrato) e ainda uma factura no valor de 585,67 euros mais IVA correspondente a despesas com agência de viagens/hotel e ajudas de custo.

De acordo com o previsto nas cláusulas 6ª e 7ª deste contrato o pagamento das deslocações obedece às normas em vigor para a função pública e o pagamento das deslocações deveria ser regularizado mediante a apresentação de facturas pela Fundeuropa.

Acontece porém que a Fundeuropa apresenta uma factura da própria empresa com um anexo onde indica as cidades e os dias em que se deslocou, não apresentando, no entanto, qualquer factura de agência de viagens, transportadora ou hotel como seria suposto para cumprimento dos termos do contrato.

## **4.4 – Execução financeira**

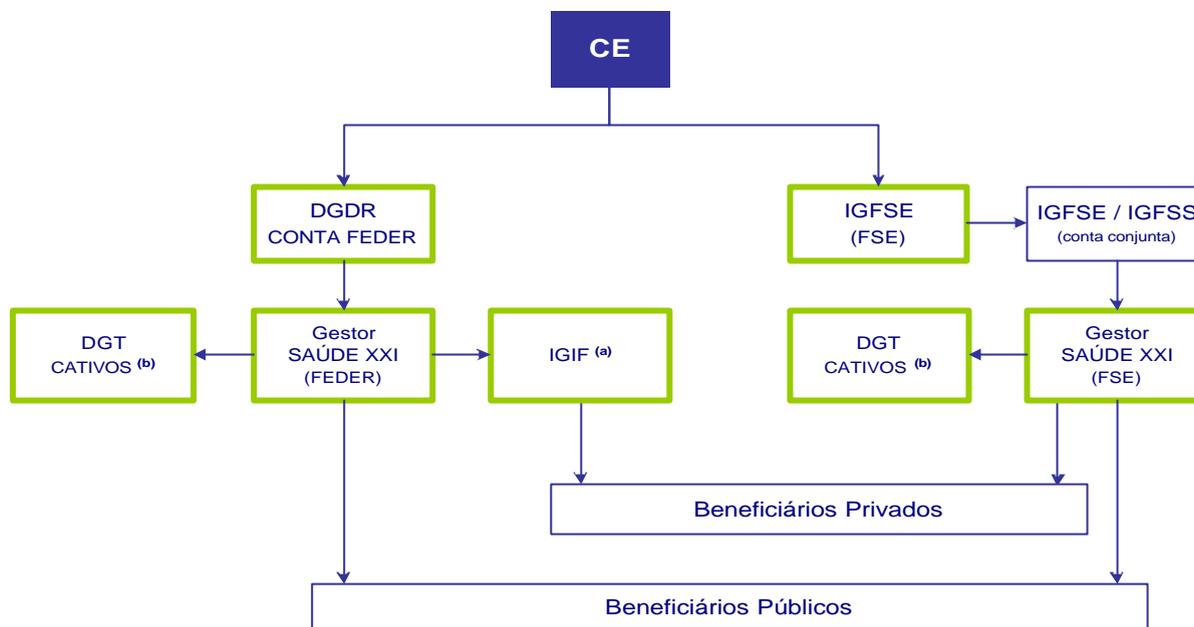
### **4.4.1 – Circuito financeiro**

O circuito financeiro de origem e destino das verbas comunitárias pode ser observado no organograma seguinte:



# Tribunal de Contas

## CIRCUITO FEDER E FSE



<sup>(a)</sup> Para os beneficiários privados das medidas 1.3 e 3.1

<sup>(b)</sup> Conta utilizada para cativar as verbas destinadas a organismos públicos sem autonomia financeira que recebem através da DGO, procedendo a DGT ao balanceamento da mesma conta no final do ano. Das verbas utilizadas é efectuada uma puxada ao Orçamento de Estado.

As verbas comunitárias oriundas da CE têm como entidade receptora a DGT que de acordo com o fundo em questão (FEDER ou FSE) as transfere para as contas da DGDR ou do IGFSE, autoridades de pagamento dos referidos fundos.

As transferências para as contas do Gestor são efectuadas da seguinte forma:

- ◆ No caso do FEDER são efectuadas pela DGDR com base em despesa realizada e em estimativas dos pedidos de pagamento ainda não validados.

Os pagamentos aos beneficiários públicos são feitos directamente pelo Gestor. No caso dos beneficiários privados as transferências são efectuadas para a conta do IGIF (medidas 1.3 e 3.1).

- ◆ As verbas destinadas a satisfazer os pedidos de pagamento feitos ao IGFSE são transferidas para a conta do Gestor pelo IGFSS, com base nas ordens de pagamento emitidas por aquele primeiro instituto. O Gestor paga directamente aos beneficiários, quer sejam públicos ou privados.

Caso os beneficiários sejam entidades públicas sem autonomia financeira, é utilizada uma conta de “cativos”, ou seja, as verbas não são transferidas para a conta do beneficiário mas sim para uma conta na DGT denominada “cativos”.

A componente nacional dos projectos é da responsabilidade dos próprios beneficiários com as seguintes excepções:

- ◆ No FEDER, a componente nacional é orçamentada e transferida pelo IGIF para os beneficiários privados.
- ◆ No FSE, a componente nacional é transferida pelo IGFSS para o Gestor que posteriormente a transfere, conjuntamente com a comparticipação comunitária, para as entidades beneficiárias (públicas e privadas).

#### 4.4.2 – A inscrição orçamental da componente nacional do investimento

Várias candidaturas não foram admitidas por virtude de o beneficiário público em causa não conseguir assegurar a componente nacional. Esta situação resulta do facto de a componente nacional do investimento público, no tocante a medidas com beneficiários públicos, não se encontrar orçamentada por um organismo intermédio que, a nível de cada ministério, assegure essa inscrição para utilização do programa operacional respectivo, como acontece com a componente pública nacional necessária para as medidas com beneficiários privados, em que as verbas necessárias são inscritas no Orçamento de Estado por um organismo intermédio, de acordo com orientações do gestor do programa operacional a que dá apoio.

O beneficiário privado tem, portanto, a componente pública nacional do investimento assegurada. Já o beneficiário público, se não orçamenta o projecto no seu próprio plano de investimentos, vê a sua candidatura rejeitada por falta da componente nacional. O caso ainda mais se agrava em entidades sem autonomia administrativa e financeira que não têm qualquer flexibilidade na utilização do seu orçamento de investimentos.

#### 4.4.3 – Fontes de Financiamento

De um total de 42.199.703 mil euros que constitui a programação financeira do QCA III para Portugal, foi aprovado para o PO Saúde XXI um total de 698.318 mil euros (cerca de 2%).

Este financiamento será assegurado por fundos comunitários e nacionais conforme demonstra o quadro seguinte:

**Quadro 5 – Fontes de financiamento do PO Saúde XXI**

(em euros)

SAÚDE XXI	CUSTO TOTAL	DESPEAS PÚBLICAS					SECTOR PRIVADO
		TOTAL	APOIO COMUNITÁRIO			FINANC. PÚBLICO NACIONAL	
			TOTAL	FEDER	FSE	Administ. Central	
EIXO 1	116.838.000	116.838.000	87.628.000	87.628.000		29.210.000	
EIXO 2	487.251.000	487.251.000	365.450.000	352.318.000	13.132.000	121.801.000	
EIXO 3	94.229.000	29.994.000	22.496.000	22.496.000		7.498.000	64.235.000
<b>TOTAL</b>	<b>698.318.000</b>	<b>634.083.000</b>	<b>475.574.000</b>	<b>462.442.000</b>	<b>13.132.000</b>	<b>158.509.000</b>	<b>64.235.000</b>

Fonte: PO Saúde XXI aprovado pela Decisão da Comissão C(2000) 1780, de 28/07/00.

Os dois fundos comunitários que suportam o PO Saúde – FEDER e FSE – representam respectivamente, 66% e 2% do total do investimento, sendo o restante suportado por financiamento público nacional, 23% pela administração central, e por uma parcela de 9% do sector privado.



## Tribunal de Contas

Dividido em 3 Eixos com pesos financeiros diferentes, destaca-se neste PO o Eixo 2, vocacionado para melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, o qual absorve cerca de 70% do custo total do PO. Consideravelmente menos favorecidos, o Eixo 1 – promover a saúde e prevenir a doença e o Eixo 3 – Regime de incentivos ao sector privado, detêm um peso de apenas 17% e 13% respectivamente.

### 4.4.4 – Execução Financeira Acumulada

Desde o início do QCA III e até à data de referência da presente auditoria (30/09/02), o PO Saúde programou, aprovou e executou investimentos relativos a um conjunto de projectos repartidos pelas diferentes medidas e cujo quadro financeiro é o seguinte:

**Quadro 6 – Situação financeira em 30/09/02**

(em euros)

Eixo/ Medida	Nº Proj.	Programado		Aprovado		Executado			Taxa de realização – DP – exec/prog (%)		Taxa de aprovação – DP – apov/prog (%)		Peso relativo
		Desp. Púb. 2000-2002	Desp. Púb. 2000-2006	Despesa Pública	Financiamento Comunitário	Despesa Pública	Comunitário	Taxa de execução –DP – exec/aprov (%)	2000-2002	2000-2006	2000-2002	2000-2006	Despesa comunitária execução (%)
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)=(5)/(3)	(8)=(5)/(1)	(9)=(5)/(2)	(10)=(3)/(1)	(11)=(3)/(2)	
<b>Eixo 1</b>	<b>103</b>	<b>54.154.000,00</b>	<b>116.838.000,00</b>	<b>43.960.934,29</b>	<b>32.772.113,74</b>	<b>19.107.463,30</b>	<b>14.135.687,14</b>	<b>43,46</b>	<b>35,28</b>	<b>16,35</b>	<b>81,18</b>	<b>37,63</b>	<b>24,89</b>
Medida 1.1	68	27.288.000,00	57.622.000,00	27.622.866,18	20.717.149,59	9.066.031,08	6.799.523,31	32,82	33,22	15,73	101,23	47,94	11,97
Medida 1.2	35	20.466.000,00	43.216.000,00	13.507.068,11	9.931.964,15	7.210.432,22	5.213.163,83	53,38	35,23	16,68	66,00	31,25	9,18
Medida 1.3	-	6.400.000,00	16.000.000,00	2.831.000,00	2.123.000,00	2.831.000,00	2.123.000,00	100,00	44,23	17,69	44,23	17,69	3,74
<b>Eixo 2</b>	<b>283</b>	<b>229.378.000,00</b>	<b>487.251.000,00</b>	<b>236.810.832,11</b>	<b>174.233.211,32</b>	<b>57.217.897,42</b>	<b>42.509.236,02</b>	<b>24,16</b>	<b>24,94</b>	<b>11,74</b>	<b>103,24</b>	<b>48,60</b>	<b>74,84</b>
Medida 2.1	89	136.456.000,00	290.177.000,00	130.223.786,30	94.292.926,92	29.253.265,85	21.535.762,33	22,46	21,44	10,08	95,43	44,88	37,91
Medida 2.2	102	68.022.000,00	144.650.000,00	95.950.963,23	71.963.222,44	25.344.465,69	19.008.349,27	26,41	37,26	17,52	141,06	66,33	33,46
Medida 2.3	49	16.418.000,00	34.915.000,00	9.133.033,90	6.849.775,45	2.415.938,70	1.811.954,02	26,45	14,72	6,92	55,63	26,16	3,19
Medida 2.4(*)	43	8.482.000,00	17.509.000,00	1.503.048,68	1.127.266,51	204.227,18	153.170,40	13,59	2,41	1,17	17,72	8,58	0,27
<b>Eixo 3</b>	<b>37</b>	<b>13.841.000,00</b>	<b>29.994.000,00</b>	<b>5.836.553,27</b>	<b>4.377.415,40</b>	<b>211.558,04</b>	<b>158.668,57</b>	<b>3,62</b>	<b>1,53</b>	<b>0,71</b>	<b>42,17</b>	<b>19,46</b>	<b>0,28</b>
Medida 3.1	37	13.841.000,00	29.994.000,00	5.836.553,27	4.377.415,40	211.558,04	158.668,57	3,62	1,53	0,71	42,17	19,46	0,28
<b>TOTAL</b>	<b>423</b>	<b>297.373.000,00</b>	<b>634.083.000,00</b>	<b>286.608.319,67</b>	<b>211.382.740,46</b>	<b>76.536.918,76</b>	<b>56.803.591,73</b>	<b>26,70</b>	<b>25,74</b>	<b>12,07</b>	<b>96,38</b>	<b>45,20</b>	<b>100,00</b>

(\*) FSE

Fonte: Dados do PO Saúde XXI e do Gestor, em 30/09/02.

O PO Saúde realizou, até à data de referência da presente auditoria, uma despesa pública de 76.536.918,76 € o que corresponde a 25,74% do valor programado para o período de 2000/2002 e a apenas 12,07% do programado para o período de duração do Programa (2000/2006).

Ao nível das medidas, a mais baixa taxa de realização foi registada na medida 3.1, destinada à iniciativa privada (1,53% para o período 2000/2002 e 0,71% para o período 2000/2006), que fez aprovar um reduzido número de projectos (de notar ainda a elevada taxa de rejeição - cf. ponto 4.2.1.4).

Importa aqui recordar que o investimento feito com a contratação, em 2000, de um consultor especializado, tinha em vista, entre os seus objectivos, o lançamento do sistema de incentivos à criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados contemplados nesta medida (cf. ponto 4.3.3), não se tendo, assim, feito sentir a mais valia do mesmo.

A medida 2.4 – apresenta também uma baixa taxa de realização (2,41% do valor programado para o período 2000/2002 e 1,17% do programado no período 2000/2006), prevendo-se que seja difícil a sua recuperação uma vez que a taxa de aprovações é igualmente muito baixa.

Para esta situação, para além do atraso na publicação do respectivo regulamento (cf. ponto 4.1.1) contribuíram, segundo esclarece a entidade auditada, na sua Resposta, ainda outros factores relevantes: “...o modelo de gestão adoptado no QCAIII para o financiamento da formação dos activos da saúde...”, “...a descontinuidade QCAII/QCAIII quanto ao modelo de gestão do Fundo Social Europeu...” e “...dificuldades na gestão da formação associada a projectos de investimento...”.

A mesma entidade acrescenta ainda estarem a ser desenvolvidos esforços no sentido da recuperação da execução desta medida através da sua reprogramação e do incremento das actividades de informação e publicidade sobre a mesma.

Mesmo assim, esta situação terá conduzido, por via da aplicação da regra “n+2”, à perda das verbas do FSE programadas e não utilizadas nesta medida.

Além disso, a sua execução deverá continuar a apresentar problemas, nomeadamente por aplicação desta regra no ano 2001, dado que as acções de formação financiadas por esta medida têm como pressuposto um adiantado nível de execução, em especial da medida 2.1 que lhe está associada, facto que não acontece.

A medida 2.3 apresenta também uma baixa taxa de realização (14,72% para 2000/2002 e 6,92% para 2000/2006).

No campo do investimento executado (face ao aprovado), apurou-se uma taxa global de 26,70%. Salienta-se aqui a medida 3.1, com uma taxa de apenas 3,62 %, e a medida 2.4, com 13,59%, como as que apresentam maiores atrasos. Estas medidas são as que apresentam igualmente maior investimento em projectos sem execução (cf. ponto 4.4.7).

O PO apresenta, na sua globalidade, para o período 2000/2002, uma taxa de aprovação próxima das expectativas (96,38%). Uma análise por medida permite destacar as medidas 1.1 e 2.2, com taxas superiores a 100%, e que compensam as restantes medidas, nomeadamente a 2.4 com apenas 17,72% de investimento aprovado.

Conclui-se, assim, que para o período 2000/2002, as aprovações apontam no sentido de, em termos globais, estarem garantidos os valores programados. No entanto há medidas, nomeadamente a 1.3, 2.3, 2.4 e 3.1, que apresentam taxas muito baixas de aprovação e que requerem especial atenção para não comprometerem a programação.

Quanto à medida 1.3, a entidade auditada refere que a situação se deve a “cortes” no PIDDAC, “...a que crescem os congelamentos e as cativações.”. Refere ainda a mesma entidade que o problema é extensivo à Medida 3.1 .

Face à programação para o período 2000/2006, a taxa de aprovações é de 45,20% , o que significa que se encontram comprometidas menos de metade das verbas.

Por outro lado, os projectos aprovados não atingiram ainda um bom ritmo de execução, havendo grande número de projectos ainda sem qualquer execução (vide quantidade de projectos sem execução – ponto 4.4.7). Destacam-se em especial as medidas 2.4 e 3.1, já anteriormente referidas, que apresentam taxas de execução preocupantes (13,59% e 3,62%).



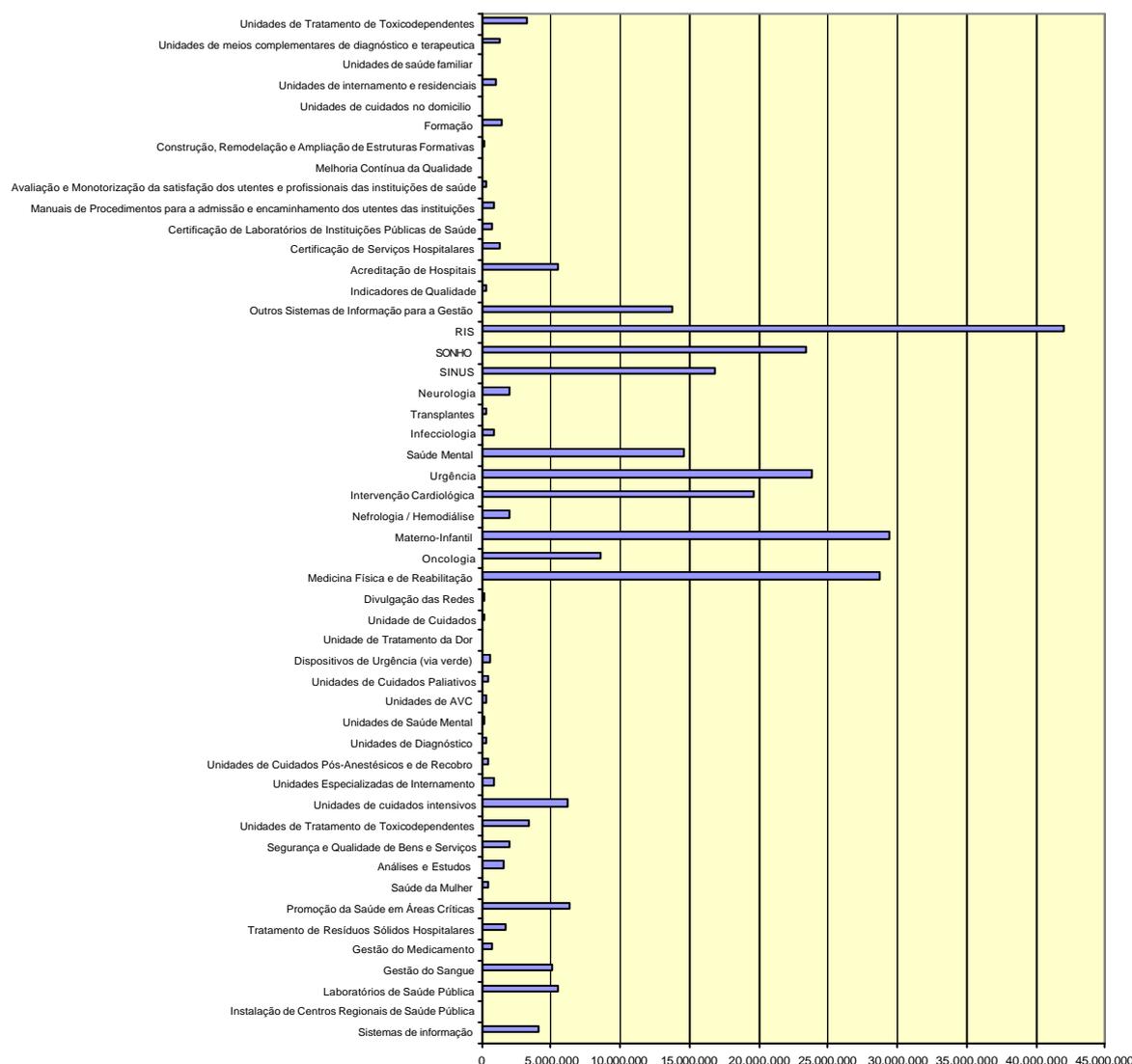
# Tribunal de Contas

Uma análise ao peso relativo da despesa comunitária em cada medida, face à que deverá representar no final do Programa (constante do ponto 3.4), permite referir que as medidas do Eixo 1 e a medida 2.2 se encontram acima das percentagens previstas, enquanto que as restantes se encontram bastante abaixo. Será necessário um esforço para que esta distribuição dos fundos seja tendencialmente mais próxima da perspectivada no Programa Operacional tal como foi aprovado pela decisão da CE.

## 4.4.5 – Tipologia dos Projectos

Os projectos aprovados pelo Saúde XXI enquadram-se numa tipologia variada, de acordo com o seguinte gráfico e o quadro constante do Anexo C:

**Gráfico 1 – Tipologia dos projectos do Saúde XXI**



Fonte: Base de dados do Gestor, em 30/09/02.

Em termos de investimento público aprovado, é bem notória a preponderância do investimento na área dos sistemas de informação, nomeadamente na tipologia “RIS” – rede informática da saúde, que fez aprovar para 16 projectos um investimento de 41.917.483 euros, o que levou a que este seja o tipo de projectos com maior despesa pública aprovada.

Destaca-se ainda a aprovação de elevados investimentos nos projectos destinados às áreas “Materno-Infantil” (29.434.496 euros), “Medicina Física e de Reabilitação” (28.741.134 euros), “Urgência” (23.831.915 euros), “Sonho” (23.473.721 euros), “Intervenção Cardiológica” (19.624.211 euros) e SINUS (16.829.242 euros).

Podemos ainda observar pelo quadro anexo C, que a tipologia de projectos relativa aos sistemas de informação, nomeadamente o “SONHO”, detém o maior n.º de projectos aprovados (69).

#### 4.4.6 – LVT – Regime de “phasing out”

As regiões que no anterior período de programação foram consideradas elegíveis no âmbito do objectivo 1, mas que deixaram de preencher os requisitos de elegibilidade no período de 2000/2006, passaram, nos termos do art. 6º do Regulamento (CE) n.º 1260/99, a beneficiar de apoio transitório entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2005, não obstante terem ultrapassado o limiar de convergência. O art. 6º prevê ainda a possibilidade das regiões beneficiarem de apoio transitório até 31 de Dezembro de 2006.

A Região de Lisboa e Vale do Tejo enquadra-se neste grupo e foi, assim, considerada beneficiária do apoio transitório, no âmbito do objectivo 1, até 31 de Dezembro de 2006, pelo que lhe são aplicadas as consequências financeiras do regime de “phasing out”.

Neste contexto, o quadro seguinte mostra a execução financeira regionalizada, com especial destaque para a região de Lisboa e Vale do Tejo (com apoio transitório), sendo as restantes agrupadas como regiões sem apoio transitório:

**Quadro 7 – O regime de “phasing out” no FEDER**

(em mil euros)

Tipo de Região	Despesa Pública Programada (2000/2006)	FEDER Aprovado	FEDER Executado	Taxa realização exec/prog (%)	Taxa aprovação aprov/prog (%)
Com apoio transitório - LVT	92.377	77.203	23.125	25,03	83,57
Sem apoio transitório	524.197	205.071	53.208	10,15	39,12
<b>TOTAL</b>	<b>616.574</b>	<b>282.274</b>	<b>76.333</b>	<b>12,38</b>	<b>45,78</b>

Fonte: Dados do Gestor, em 30/09/02.

A análise do quadro anterior permite referir que a Região de Lisboa e Vale do Tejo, com apoio transitório, realizou 25% do valor programado, tendo no entanto já comprometido 83,57% do programado, o que significa que estão quase esgotadas as hipóteses de aprovação de candidaturas.

As restantes regiões, sem apoio transitório, apresentam taxas de realização (10,15%) e de aprovação (39,12%) substancialmente mais baixas, denotando uma menor apetência por parte dos beneficiários.



## Tribunal de Contas

Esta situação, segundo o auditado, fica a dever-se ao facto da Região de Lisboa e Vale do Tejo ter a menor dotação programada e nela se verificar a maior concentração de unidades hospitalares, a maior parte delas a carecer de intervenção de grande envergadura.

Relativamente ao FSE, em virtude de apenas ser possível a regionalização dos projectos depois de executados, não foi possível proceder a esta análise.

### 4.4.7 – Projectos sem execução

No total de 423 projectos aprovados no âmbito do PO Saúde, existiam 203 projectos (cerca de 48%) sem execução.

Alguns destes projectos encontravam-se aprovados desde finais de 2001 e, passados 9 meses, não apresentavam qualquer registo de execução financeira, tendo-se constatado não existir nenhum procedimento instituído com vista a confirmar o início ou não início da execução física no prazo de 6 meses estabelecido nos regulamentos da generalidade das medidas.

O quadro seguinte mostra os projectos que ainda não tiveram execução e o respectivo investimento neles envolvido:

**Quadro 8 – Projectos sem execução**

(em euros)

Medidas	Projectos sem execução			Proj. Aprovados	% da Desp. Pública Total Aprovada
	Nº Proj.	Despesa Pública Aprovada	Financiamento Comunitário	Despesa Pública Aprovada	
1.1	20	5.538.802,25	4.154.101,68	27.622.866,18	20,05
1.2	7	677.668,02	440.769,40	13.507.068,11	5,02
2.1	44	43.513.274,07	32.634.955,57	130.223.786,30	33,41
2.2	35	10.031.288,78	7.523.466,59	95.950.963,23	10,45
2.3	16	2.905.436,00	2.179.077,02	9.133.033,90	31,81
2.4	40	1.129.610,97	847.208,23	1.503.000,00	75,16
3.1	41	5.333.006,62	3.999.755,41	5.836.553,27	91,37
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>69.129.086,71</b>	<b>51.779.333,9</b>	<b>283.777.270,99</b>	<b>24,36</b>

Fonte: Dados do Gestor, em 30/09/02.

Pode observar-se que cerca de 24% da despesa pública aprovada refere-se a projectos que não tinham qualquer execução financeira à data de referência.

Ressaltam nesta análise as medidas 3.1 e 2.4 nas quais os projectos sem execução representam, respectivamente, 91,37% e 75,16% do investimento. Estas medidas são as que registam as mais baixas taxas de execução, não tendo até à data atingido ainda a velocidade de cruzeiro, devido a atrasos na aprovação e, consequentemente, no início da sua execução (cf. ponto 4.1.1 – Regulamentos das medidas).

Relativamente às situações analisadas e objecto da amostra realizada, há a que referir o seguinte:

- ◆ Várias situações de não execução ficaram a dever-se à não actualização de registos no sistema informático, pois já existia comprovadamente execução, até mesmo financeira, mas a base de dados de projectos não reflectia ainda tal situação;
- ◆ Outro caso analisado prendeu-se com a necessidade de lançamento de um concurso público internacional, o que provocou atrasos significativos no projecto;
- ◆ Finalmente, noutra situação, há a relatar a falta de procedimento de verificação do início físico do projecto e a falta de registo sistemático das diligências desenvolvidas para se obter alguma resposta do beneficiário em falta.

#### 4.4.8 – Taxa de Absorção – ano n+2

A regra “n+2”, também conhecida pela “regra da guilhotina”, encontra-se consubstanciada no art. 31º do regulamento comunitário 1260/99, de 21 de Junho, o qual estabelece que “...Será automaticamente anulada pela Comissão a parte de uma autorização que não tiver sido liquidada com um adiantamento ou em relação à qual não tiver sido apresentado à Comissão nenhum pedido de pagamento admissível, nos termos do n.º 3 do art. 32º, no final do 2º ano subsequente ao ano da autorização...”.

A sua aplicação determinará perdas de fundos comunitários para os PO que não atinjam os níveis mínimos de execução exigidos.

Assim, o ponto da situação no PO Saúde XXI, por fundo comunitário, no tocante à aplicação desta regra, a 31/12/02<sup>1</sup>, é o seguinte:

**Quadro 9 – Aplicação da regra “n+2” ao FEDER**

(em euros)

FEDER Programado para 2000 (1)	Adiantamento (**) (2)	Despesas declaradas à CE (*) (3)	Total (4)=(2)+(3)	Taxa de absorção 2000 (%) (5)=(4)/(1)
76.116.000	32.370.940	49.919.389	82.290.329	108,11

(\*) À data de 31/12/02.

(\*\*) Não recebido na íntegra pelo Gestor.

**Quadro 10 – Aplicação da regra “n+2” ao FSE**

(em euros)

FSE Programado para 2000 (1)	Adiantamento (**) (2)	Despesas declaradas à CE (*) (3)	Total (4)=(2)+(3)	Taxa de absorção 2000 (%) (5)=(4)/(1)
2190000	919.240	201.646,48	1.120.886,48	51,18

(\*) À data de 31/12/02.

(\*\*) Não recebido na íntegra pelo Gestor.

Conclui-se, assim, que, relativamente ao FEDER, aplicando-se a regra “n+2”, atinge uma taxa de absorção de 108,11%, o que significa que não haverá perda de verbas relativamente a este fundo, restando 8,11% para a aplicação da regra ao ano de 2001.

<sup>1</sup> Foi possível recolher estes dados a 31 de Dezembro, já após o encerramento do trabalho de campo.



## **Tribunal de Contas**

---

No que concerne ao FSE, que financia este PO apenas na medida 2.4, a taxa de absorção apurada foi de apenas 51,18%, o que significa que as despesas declaradas e o adiantamento atingiram pouco mais de metade do FSE programado. Esta situação determinará, nos termos do n.º 3 do art. 32º do Regulamento 1260/99, de 21 de Junho, perdas de 1.069.113,52 euros para o PO Saúde.

Fica, assim, demonstrada a necessidade de se prever cuidadosamente, na concepção e concretização de um Programa Operacional, a necessária dilatação entre os investimentos estruturais e a intervenção de formação profissional a que esta está associada. Se uma medida apoiada pelo FSE se destina na sua quase globalidade a suportar a formação profissional associada a um conjunto de investimento em infra-estruturas e equipamento, é imperioso reservar um prazo alargado entre a conclusão prevista para os investimentos e o início das acções de formação. Apesar do apoio de consultadoria especializada, esta dilatação não foi devidamente acautelada no Programa Operacional da Saúde.

### **4.4.9 – Execução financeira por registar**

Perspectivando-se a existência de uma dilatação significativa na remessa das facturas e recibos pelos beneficiários, com o conseqüente atraso nos registos da execução financeira do programa operacional, procedeu-se à comparação entre as datas dos mapas de despesa e as datas das facturas e dos recibos neles registados. Pretendeu-se, deste modo, apurar a existência de execução financeira real mas não declarada ao Gabinete de Gestão e, conseqüentemente, não registada nem contabilizada nos pontos de situação do programa operacional.

Nos casos analisados encontraram-se poucos recibos com data anterior ao mapa de despesas, o que significa que os pagamentos terão sido processados como adiantamento. Dado que cada mapa de despesas incluía vários documentos de despesa, apuraram-se valores mínimos e máximos para as diferenças de datas, tendo-se concluído que apenas num caso todos os documentos de despesa já datavam de há mais de seis meses quando foi elaborado o mapa de despesas. Em dois outros mapas as diferenças máximas entre a data da factura e a data do mapa eram também superiores a seis meses mas, nas restantes situações, as diferenças mínimas cifravam-se em menos de um mês e as máximas em 2 ou 3 meses.

### **4.5 – Balanço dos fluxos financeiros do programa**

O PO Saúde foi financiado por um conjunto de verbas com origem em fundos Comunitários (FEDER e FSE) e Nacionais (O.E. e privados). Estes fundos destinam-se a uma heterogeneidade de beneficiários desses mesmos investimentos.

O balanço dos fluxos financeiros comunitários acumulados no PO Saúde, no âmbito do QCA III, à data de 30 de Setembro de 2002, é o seguinte:

**Quadro 11 – Balanço dos fluxos financeiros acumulados com a CE**

(em euros)

FUNDOS	Transferências da CE p/ DGDR/IGFSE (1)	Transferências da DGDR/IGFSE p/ Gestor (2)	Saldo na DGDR/IGFSE (3)=(1)-(2)	Transferências p/ os beneficiários (4)	Saldo na conta do Gestor (5)=(2)-(4)
FEDER	77.015.000,00	68.657.213,00	8.357.787,00	62.019.503,91	6.637.709,09
FSE	925.018,42	859.391,85	65.626,57	284.512,63	574.879,22
<b>TOTAL</b>	<b>77.940.018,42</b>	<b>69.516.604,85</b>	<b>8.423.413,57</b>	<b>62.304.016,54</b>	<b>7.212.588,31</b>

Fonte: Dados da DGDR, do IGFSE e do Gestor do PO Saúde, em 30/09/02.

Até à data de referência da auditoria foram recebidos da UE 77.940.018,42 euros (99% FEDER e 1% FSE) dos quais foram transferidos para os beneficiários cerca de 80%, encontrando-se o restante nas contas da DGDR e IGFSE (11%) e Gestor (9%).

**4.6 – Sistema de Controlo****4.6.1 – Controlo Interno – 1.º Nível**

Nos termos da Portaria n.º 684/01, de 5 de Julho, que estabelece as modalidades de articulação entre os diferentes níveis de controlo do SNC do QCA III, é da responsabilidade do gestor do PO Saúde XXI o controlo de 1.º nível do PO Saúde.

Dando cumprimento a esta disposição legal, a gestão do PO instituiu um sistema de controlo interno corporizado num departamento próprio, com funções segregadas e que realiza auditorias aos projectos financiados pelo PO.

A este departamento responsável pelo controlo de 1º nível compete assegurar, nos termos do n.º 7 do anexo III da Resolução 172/01, de 26 de Dezembro, entre outras, as seguintes funções:

*“a) realizar acções de natureza concomitante ou à posteriori das candidaturas, dos projectos ou acções co-financiadas, nas suas vertentes material, financeira, contabilística, factual e tecnico-pedagógica, ou seja a verificação física e financeira...”;*

*“f) introduzir e manter actualizada a informação decorrente das acções de controlo no Sistema de Informação de Apoio ao Controlo (SIAC);*

*g) Transmitir as irregularidades detectadas em cada fundo comunitário à correspondente entidade coordenadora de 2º nível, imediatamente após a elaboração dos relatórios de controlo;*

*h) Desenvolver as acções consideradas necessárias no âmbito do Sistema Nacional de Controlo (SNC) para regularização das anomalias detectadas em sede de controlo”.*

A Portaria 684/01, de 5 de Julho, prevê ainda que o controlo de 1º nível seja também (com excepção da medida 1.3 – Assistência técnica) exercido pela Inspeção Geral da Saúde. Constatou-se, no entanto, que este organismo não exerceu qualquer acção de controlo sobre o PO Saúde.

O controlo de 1º nível exercido pelo Saúde XXI, no âmbito do QCA III, até 30/09/02, espelha-se no quadro seguinte:



# Tribunal de Contas

**Quadro 12 – Acções de controlo realizadas pelo 1º nível**

(em euros)

Eixo/ Medida	Nº Proj.	Na medida				Na amostra				Apuramentos			
		Despesa Pública aprovada		Despesa Pública executada		Despesa Pública aprovada		Despesa Pública verificada		Desp. Púb. controlada (%)		Desp. Púb. executada e verificada (%)	
		Total	FEDER/FSE	Total	FEDER/FSE	Total	FEDER/FSE	Total	FEDER/FSE	Total	FEDER/FSE	Total	FEDER/FSE
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)=(5/1)	(10)=(6/2)	(11)=(7/3)	(12)=(8/4)
<b>Eixo 1</b>	<b>41</b>	<b>41.129.934,29</b>	<b>30.649.113,79</b>	<b>16.276.463,30</b>	<b>12.012.687,14</b>	<b>14.401.574,34</b>	<b>10.670.324,63</b>	<b>9.117.166,84</b>	<b>6.723.304,61</b>	<b>35,01</b>	<b>34,81</b>	<b>56,01</b>	<b>55,97</b>
med 1.1	23	27.622.866,18	20.717.149,64	9.066.031,08	6.799.523,31	8.137.343,67	6.103.007,72	4.749.203,92	3.561.902,93	29,46	29,46	52,38	52,38
med 1.2	18	13.507.068,11	9.931.964,15	7.210.432,22	5.213.163,83	6.264.230,67	4.567.316,91	4.367.962,92	3.161.401,68	46,38	45,99	60,58	60,64
med. 1.3													
<b>Eixo 2</b>	<b>60</b>	<b>235.307.783,43</b>	<b>173.105.924,81</b>	<b>57.013.670,24</b>	<b>42.356.065,62</b>	<b>27.044.237,73</b>	<b>20.283.178,25</b>	<b>22.908.611,98</b>	<b>17.175.343,26</b>	<b>11,49</b>	<b>11,72</b>	<b>40,18</b>	<b>40,55</b>
med. 2.1	15	130.223.786,30	94.292.926,92	29.253.265,85	21.535.762,33	14.375.077,47	10.781.308,08	12.749.957,50	9.556.350,92	11,04	11,43	43,58	44,37
med. 2.2	32	95.950.963,23	71.963.222,44	25.344.465,69	19.008.349,27	10.485.058,25	7.863.793,67	8.610.273,09	6.457.706,30	10,93	10,93	33,97	33,97
med. 2.3	13	9.133.033,90	6.849.775,45	2.415.938,70	1.811.954,02	2.184.102,01	1.638.076,50	1.548.381,39	1.161.286,04	23,91	23,91	64,09	64,09
med. 2.4	8	1.503.048,68	1.127.286,51	204.227,18	153.170,40	1.503.048,68	1.127.286,51	70.621,55	51.148,79	100,00	100,00	34,58	33,39
<b>Eixo 3</b>													
med. 3.1													
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>276.437.717,72</b>	<b>203.755.038,60</b>	<b>73.290.133,54</b>	<b>54.368.752,76</b>	<b>41.445.812,07</b>	<b>30.953.502,88</b>	<b>32.025.778,82</b>	<b>23.898.647,87</b>	<b>14,99</b>	<b>15,19</b>	<b>43,70</b>	<b>43,96</b>

Fonte: Base de dados do Gestor.

A análise deste quadro permite referir o seguinte:

Foram efectuadas acções de controlo a projectos dos Eixos 1 e 2, representando a despesa pública controlada no PO cerca de 43,96% da despesa pública executada o que pode considerar-se uma boa taxa, tendo em conta a taxa mínima de 5% prevista no art. 10º do Regulamento n.º 438/01, de 2 de Março, e no art. 3º do Decreto-Lei n.º 168/01, de 25 de Maio.

Considerando cada medida individualmente, constata-se que as taxas de controlo se mantêm elevadas, sendo a medida 2.2 – Tecnologias de informação, a menos controlada (33,97%).

Importa, porém, salientar o facto de não ter sido efectuado qualquer controlo às medidas 1.3 – “assistência técnica”, que por este motivo foi seleccionada para amostra no seio desta auditoria (vide ponto 4.3), e 3.1 – “Criação e adaptação de unidades de cuidados de saúde”, falta, neste último caso, de algum modo justificada pelo facto de uma muito baixa execução (apenas 4 projectos na data de referência).

Se considerarmos a despesa pública aprovada, na amostra controlada, face à aprovada no programa, o peso daquela é de apenas 14,99%. Porém esta taxa tem de ser considerada no âmbito da execução do programa.

Se considerarmos a despesa pública verificada na mesma amostra, face à executada, apuramos taxas bastante mais elevadas (de 43,70% para o total da despesa e 43,96% para a despesa comunitária).

Considera-se, assim, que a taxa de controlo da despesa comunitária está consideravelmente acima do exigido, sendo apenas de referir como ponto negativo a ausência de controlo interno na medida 1.3 – Assistência técnica. Não se encontra fundamento para a falta de actividade do controlo no âmbito desta medida.

O auditado confirma, na sua Resposta, que não existem razões de princípio para que o controlo de primeiro nível não contemple a medida 1.3, pelo que a referida medida passará a “...integrar o elenco de projectos que, trimestralmente, são seleccionados para o controlo de 1º nível.”.

Quanto à medida 3.1, já se iniciaram as acções de controlo.

Na medida 2.4 – Formação de apoio a projectos de modernização da saúde (FSE), a despesa pública verificada, face à executada, representa 34,58%, ficando, assim, abaixo do controlo exercido sobre as restantes medidas (FEDER).

Para definição da amostra das entidades a controlar deve, tal como refere o relatório de execução do PO Saúde, ser tido em conta o risco das entidades beneficiárias e o peso relativo dos projectos que candidatam. Os principais beneficiários do Programa (a DGIES, o IGIF, o Instituto Português do Sangue e a Direcção Geral da Saúde) representam 57,76% dos pagamentos efectuados aos beneficiários e 17% do financiamento comunitário aprovado no período em análise.

Sobre estes quatro beneficiários recaiu um esforço de controlo que representa cerca de 39% da despesa pública controlada, quando, só a DGIES e o IGIF, em conjunto, representam quase metade do total dos pagamentos efectuados pelo PO Saúde. Neste contexto deveria ter sido reforçado o esforço de controlo sobre estas entidades.

Nas suas Alegações o auditado confirma este ponto referindo que “...tem sido também intenção do Saúde XXI, através do seu Departamento de Controlo, atribuir particular incidência aos projectos da DGIES e do IGIF, dado tratar-se de grandes executores. Não obstante, a observação do Tribunal de Contas não deixará de ser tida em conta nos próximos planos trimestrais de controlo.”.

Uma análise dos relatórios que representam a amostra seleccionada permite referir o seguinte:

- ◆ As acções de controlo realizadas contemplam a análise dos procedimentos, a organização processual e a execução material e financeira;
- ◆ Os relatórios das acções de controlo mencionam procedimentos de verificação física, o que dá resposta a uma preocupação patente nas normas comunitárias nesta matéria, nomeadamente o Regulamento n.º 438/00, e também objecto de detalhe na Resolução do Conselho de Ministros n.º 172/01, de 26 de Dezembro, no n.º 7 do Anexo III. Importa, no entanto, referir que, a nível da execução física, os relatórios não fazem referência ao grau de execução do projecto;
- ◆ O conteúdo dos relatórios é transmitido às entidades cujos projectos foram objecto de controlo e aos Gestores dos respectivos Eixos, após despacho do Gestor. As irregularidades detectadas são ainda transmitidas ao controlo de 2º nível, da responsabilidade da DGDR e do IGFSE;
- ◆ As recomendações produzidas, nos casos analisados, são pertinentes. Porém também se verificaram alguns pedidos de justificação, no âmbito das recomendações, que, porque relevantes para as próprias conclusões, deveriam, ter sido formulados previamente;
- ◆ Na amostra seleccionada constatou-se uma situação em que a recomendação formulada pelo controlo interno no sentido do cancelamento do projecto não foi seguida, tendo-se, no entanto, optado no sentido da reprogramação do projecto;
- ◆ A análise do ponto de situação, de 09/12/02, elaborado pelo departamento de controlo sobre as acções realizadas revela um elevado número de acções nas quais as entidades objecto de controlo não deram resposta ao relatório enviado e/ou a situação actual do projecto é desconhecida.



## Tribunal de Contas

---

O auditado confirma igualmente este último aspecto, nos seguintes termos: “...O Departamento de Controlo não verifica sistematicamente a resposta dada ao Relatório de Controlo por parte das entidades que dele foram objecto. É questão a que dará de imediato resposta, mantendo um registo actualizado das entidades em falta.”.

Finalmente, é de referir que o departamento de controlo não tem um manual interno definitivo, pese embora o facto de a sua realização ter sido adjudicada em 2000 (vide ponto 4.3.3.1) mas ainda não concluído, com prejuízo para a actividade do departamento.

Como suporte informático, para as acções de controlo sobre projectos financiados pelo FEDER está previsto um sistema denominado SIAC, o qual não tinha sido ainda implementado. Para ultrapassar esta lacuna foi implementado um sistema de informação, de contingência, o qual permite dar resposta à IGF, nos termos do disposto nos art<sup>os</sup> 12º a 14º da Portaria n.º 684/01, de 5 de Julho. O controlo de projectos financiados pelo FSE será suportado por um módulo do SIIFSE, cuja implementação está em curso, segundo informação do IGFSE.

### 4.6.2 – Controlo Interno – 2.º Nível

Nos termos da Portaria n.º 684/01, de 5 de Julho, a DGDR é a entidade responsável pelo controlo de 2.º nível do PO Saúde no que concerne às medidas financiadas pelo FEDER. Relativamente à medida 2.4, financiada pelo FSE, a responsabilidade é do IGFSE.

Nenhuma destas entidades realizou acções de controlo ao PO Saúde, dentro das respectivas atribuições, no período de referência da presente auditoria.

## 4.7 – Sistemas de informação

### 4.7.1 – Integração no sistema de informação relativo ao FEDER

O sistema de informação relativo ao FEDER, no âmbito do QCA III, designa-se SIFEC. Trata-se de uma aplicação com vários módulos e através da qual a Autoridade de Pagamento, e, também, Entidade Nacional Responsável pelo FEDER, a DGDR, pretende assegurar o acompanhamento global da vertente FEDER do QCA.

O funcionamento do SIFEC pressupõe um acesso via INTERNET. O Ministério da Saúde, através da RIS – Rede Informática da Saúde – disponibilizou a todos os serviços dele dependentes o acesso à INTERNET. O IGIF, que gere a RIS, instalou no Saúde XXI meios de comunicação para proporcionar tal acesso, mas a “performance” tem-se revelado pouco eficaz.

Constata-se que o acesso ao SIFEC é problemático, com frequentes bloqueios e quebras provocando perdas de informação e alguma insegurança sobre o que está ou não está efectivamente registado.

Na sua Resposta, o IGIF informa que já procedeu a um teste à ligação, fora da RIS, tendo-se concluído que não podia ser imputada a esta qualquer tipo de anomalia.

#### **4.7.2 – Integração no sistema de informação relativo ao FSE**

O sistema de informação relativo ao FSE, no âmbito do QCA III, designa-se SIIFSE. Trata-se de uma aplicação com vários módulos e através da qual a Autoridade de Pagamento e, também, Entidade Nacional Responsável pelo FSE, o IGFSE, pretende assegurar o acompanhamento global da vertente FSE do QCA. Nem todos os módulos referidos se encontram finalizados, o que tem afectado o funcionamento do sistema.

Valem neste ponto os comentários acima referidos sobre a aplicação SIFEC e as dúvidas geradas pela fraca “performance” obtida com o acesso via RIS.

#### **4.7.3 – Integração no sistema de informação relativo ao controlo do QCA III**

Ainda não se encontrava disponibilizada, à data de realização da auditoria, a aplicação de suporte ao designado SIAC – Sistema de Informação de Apoio ao Controlo – previsto no âmbito da estrutura de apoio técnico ao controlo de 2.º nível do SNC assegurado pela DGDR quanto ao FEDER.

A informação tem sido prestada pelo Departamento de Controlo do Saúde XXI mas sem a utilização da aplicação informática para tal prevista. Como foi referido no ponto 4.6.1, foi criada pela IGF uma aplicação designada “de contingência” para recolha de elementos a fornecer pelo Departamento de Controlo até que os modelos informáticos definitivos sejam instalados.

No âmbito do FSE está previsto um módulo dedicado ao controlo no SIIFSE, que tem sido afectado pelo atraso na entrada em funcionamento dos vários módulos do SIIFSE.

#### **4.7.4 – Sistemas de informação complementares implantados internamente**

O funcionamento do Gabinete de Gestão foi apoiado em várias bases de dados e folhas de cálculo informáticas. Destas salientam-se a base de dados de projectos e a folha de cálculo de pagamentos.

A base de dados de projectos recolhe os elementos relativos a cada projecto: datas de entrada, aprovação e homologação, identificação do beneficiário, incluindo o respectivo NIB, etc.

A folha de cálculo de pagamentos reúne os elementos de cada pedido de pagamento e gera a ordem de pagamento a emitir pelo Gestor. Inclui o mapa que resume os diversos pedidos de pagamento do projecto, por componentes da despesa.

Os sistemas complementares implementados são bases de recolha de informação. A sua utilidade como ferramenta de gestão e controlo implicaria a adopção de um conjunto de mecanismos informáticos de validação e bloqueio da informação, de forma a criar uma base de informação fiável e não facilmente manipulável.



## Tribunal de Contas

---

### 5 – EMOLUMENTOS

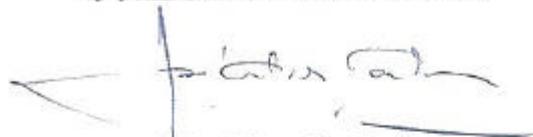
Nos termos dos art<sup>os</sup> 1º, 2º, 10º e 11º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/00, de 4 de Abril, e em conformidade com a nota de emolumentos constante do Anexo D, são devidos emolumentos no montante de 1 551,65 €, a suportar pelo Gestor do Programa Operacional da Saúde.

### 6 – DETERMINAÇÕES FINAIS

- 6.1. O presente relatório deverá ser remetido:
  - a) Ao Governo, mais concretamente, aos Ministros da Saúde e de Estado e das Finanças;
  - b) À Assembleia da República, mais concretamente, ao seu Presidente e às Comissões Parlamentares de Economia e Finanças e de Execução Orçamental;
  - c) À Gestora do Programa Operacional da Saúde;
  - d) Ao Presidente do Conselho de Administração do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.
- 6.2. Após a entrega do relatório às entidades referidas, poderá o mesmo ser divulgado pelos meios de Comunicação Social e no *site* do Tribunal.
- 6.3. Uma síntese deste relatório deverá ser integrada no anteprojecto de parecer sobre a Conta Geral do Estado de 2001.
- 6.4. Expressa-se à Gestora do Programa Operacional da Saúde e às demais entidades onde também decorreu a auditoria, bem como aos seus responsáveis e funcionários, o apreço do Tribunal pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada ao longo do desenvolvimento desta acção.
- 6.5. Um exemplar do presente relatório e o respectivo processo deverão ser remetidos ao Magistrado do Ministério Público junto deste Tribunal, para os efeitos do art. 57º, n.º 1, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, e também nos termos dos art.ºs 29º, n.º 4, e 54º, n.º 4, este último aplicável por força do disposto no art. 55º, n.º 2, todos da mesma lei.
- 6.6. A Gestora do Programa Operacional da Saúde deverá comunicar ao Tribunal de Contas, no prazo de seis meses a contar da data da recepção deste relatório, as medidas tomadas na sequência das recomendações sugeridas no Relato, a que asseverou ir dar seguimento, bem como das agora formuladas.

Aprovado em Subsecção da 2.ª Secção do Tribunal de Contas, em 22 de Maio de 2003

**O JUIZ CONSELHEIRO RELATOR**



(José Alves Cardoso)

**OS JUÍZES CONSELHEIROS ADJUNTOS**



(António José Avérous Mira Crespo)



(Manuel Henrique de Freitas Pereira)



## **Tribunal de Contas**

---

### **ANEXO A – APÊNDICE SOBRE EVENTUAIS INFRAÇÕES FINANCEIRAS**

#### **A.1 – Eventuais infrações financeiras**

Da presente auditoria resultaram indiciadas as seguintes infrações financeiras:

##### **A.1.1 – Ponto 4.3.1 – Despesas da Assistência Técnica com vencimentos**

###### **A.1.1.1 – Autorização de pagamento sem suporte legal –**

Conduta – Pagamento de vencimento de coordenador de componente, sem prévia nomeação, desde 11/04/02 até à data de referência da presente auditoria (30/09/02).

Norma violada – art<sup>os</sup> 22º e 29º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Julho, aplicáveis nos termos do art. 52º do mesmo diploma.

Infração financeira – art. 65º n.º 1, alínea b) da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

##### **A.1.2 – Ponto 4.3.3 - Despesas da Assistência Técnica com consultadoria.**

###### **A.1.2.1 – Autorização de pagamento sem cumprimento integral do contrato.**

Conduta – Pagamentos parciais até ao valor total do contrato quando existiu incumprimento de cláusulas contratuais que previam uma contraprestação concreta.

Norma violada – art<sup>os</sup> 75º e 15º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho.

Infração financeira – art. 65º n.º 1, alínea b), da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto; art. 59º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

**A.1.2.2 – Violação do princípio da igualdade na contratação pública através de convite ilegítimo a fornecedor com informações privilegiadas sobre o objecto do contrato e até com capacidade para determinar esse objecto.**

Conduta – Convite ilegítimo a fornecedor com informações privilegiadas sobre o objecto do contrato e até com capacidade para determinar esse objecto.

Norma violada – art<sup>os</sup> 9º e 15º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho.

Infração financeira – art. 65º n.º 1, alínea b) da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

#### **A.2 – Imputação da responsabilidade**

##### **A.2.1 – Ponto 4.3.1 – Despesas da Assistência Técnica com vencimentos.**

A eventual infração financeira descrita em A.1.1.1 – Autorização de pagamento sem suporte legal – foi praticada, de 11/04/02 até à data de referência da presente auditoria (30/09/02) – pelos dirigentes do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde que autorizaram, mensalmente, o pagamento do vencimento de coordenadora de componente à licenciada Natércia Miranda.

Os dirigentes em causa autorizaram a referida despesa em conjunto com a lista de remunerações do seu próprio instituto que inclui também todas as remunerações do Saúde XXI.

As alterações mensais a essa lista de remunerações são comunicadas mensalmente pelo Saúde XXI ao IGIF.

O fim da nomeação em substituição da licenciada Natércia Miranda não carecia de publicação no Diário da República, pelo que não houve publicitação desse facto.

É assim configurável que os dirigentes em causa tenham actuado sem culpa, devido a não terem sido devidamente informados pelos responsáveis do Saúde XXI.

Nas suas Respostas, o IGIF e a Gestora do Programa Operacional da Saúde informam que já estão em curso os procedimentos de reembolso das quantias recebidas sem suporte legal pela funcionária em causa.

#### **A.2.2 – Ponto 4.3.3.1 - Despesas da Assistência Técnica com consultadoria**

A eventual infracção financeira descrita em A.1.2.1 – Autorização de pagamento sem cumprimento integral dos contratos – foi praticada, pelo menos na data do pagamento da última prestação de ambos os contratos, por ordem da Gestora do Saúde XXI.

A dirigente em causa parece considerar que a falta de cumprimento parcial do contrato foi compensada por trabalhos a mais relevantes no apoio ao Saúde XXI. Porém, os ofícios de 26 de Março e de 17 de Abril de 2002, do Gestor do Saúde XXI, dirigidos à Fundeuropa, referem, expressamente, as prestações em falta.

Na Resposta, o auditado afirmou que fixará um prazo improrrogável para o cumprimento integral do contrato.

#### **A.2.3 – Ponto 4.3.3.2 - Despesas da Assistência Técnica com consultadoria**

A eventual infracção financeira descrita em A.1.2.2 – Violação do princípio da igualdade na contratação pública através de convite ilegítimo a fornecedor com informações privilegiadas sobre o objecto do contrato e até com capacidade para determinar esse objecto – foi praticada pela Gestora do Saúde XXI.

O titular do cargo a apoiar nos termos do processo de contratação em causa estava numa posição privilegiada para elaborar a melhor proposta em apreço.

Este simples facto, que era do conhecimento da Gestora já que a empresa Fundeuropa já tinha prestado serviços ao Saúde XXI previamente, deveria ter motivado a exclusão da firma Fundeuropa do grupo de empresas a convidar neste âmbito.

O auditado, na sua resposta, informou ter já rescindido o contrato.



## **Tribunal de Contas**

---

### **A.3 – Evidência e prova**

#### **A.3.1 – Ponto 4.3.1 – Despesas da Assistência Técnica com vencimentos**

Situação descrita em A.2.1 – Listas de remunerações dos meses de Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto e Setembro de 2002.

#### **A.3.2 – Ponto 4.3.2 - Despesas da Assistência Técnica com consultadoria**

Situação descrita em A.2.2 – Contratos assinados, ofícios de 26 de Março e de 17 de Abril de 2002, do Gestor do Saúde XXI, dirigidos à Fundeuropa.

Situação descrita em A.2.3 – Proposta da Fundeuropa, Contrato assinado, Convite ao Dr.Luís Madureira Pires para o cargo de Coordenador do Grupo de Trabalho Temático da Saúde.





## Tribunal de Contas

---

### ANEXO B – AMOSTRA ADOPTADA

As amostras, extraídas por processo aleatório, foram balizadas pelos seguintes critérios, que presidiram à definição dos universos a considerar em cada amostra:

Grandes beneficiários (Total de apoios recebidos por uma entidade – 1,5 M€);

Grande volume financeiro do projecto (Maior que 0,5 M€);

Projectos em zona de “Phasing out” (projectos sedeados na região LVT);

Execução financeira nula (projectos sem execução financeira);

Não incidência do controlo de 1.º nível (projectos ou despesas não sujeitos a controlo interno);

Com base nestes critérios foi apurada pela equipa a necessidade de realizar um conjunto de 7 amostragens, a primeira das quais incluindo uma escolha aleatória e uma escolha não-aleatória.

Especificamente em relação a cada amostra:

**Amostra geral** – 8 projectos de grande volume financeiro, incluindo grandes beneficiários, e 4 projectos de menor porte da Medida 3.1. Em relação a estes últimos a escolha não foi aleatória pois apenas os 4 projectos seleccionados apresentavam execução financeira a 30/09/02, o que era imprescindível para grande parte dos testes programados.

Os 8 projectos de grande volume foram extraídos com recurso à função “()ALEATORIO” da folha de cálculo EXCEL, em tiragens sucessivas até que a soma dos totais de despesa pública atingisse uma percentagem superior 30% em relação ao total da despesa pública dos 391 projectos aprovados a 30/09/02.

**Amostra de projectos da medida 2.4** – 6 projectos (10% do total de 59 aprovados na medida) extraídos com recurso à função “()ALEATORIO” da folha de cálculo EXCEL.

**Amostra de projectos das medidas 1.1, 1.2 e 3.1 com beneficiários privados** – 5 projectos (10% do total de 52 aprovados nas três medidas com beneficiários privados) extraídos com recurso à função “()ALEATORIO” da folha de cálculo EXCEL.

**Amostra de candidaturas abandonadas** – 14 projectos (5% do total de 279) extraídos com recurso à função “()ALEATORIO” da folha de cálculo EXCEL, em tiragens sucessivas até conseguir um leque representativo dos vários tipos de decisão (“sem enquadramento”, “sem PIDDAC”, “parecer negativo da UG”).

**Amostra de projectos sem execução há mais de seis meses** – 6 projectos (10% do total de 57 sem execução e com aprovação anterior a 31/12/01) extraídos com recurso à função “()ALEATORIO” da folha de cálculo EXCEL.

**Amostra de relatórios de controlo** – 6 projectos (5% do total de 120) extraídos com recurso à função “()ALEATORIO” da folha de cálculo EXCEL, em tiragens sucessivas até conseguir um leque representativo das várias medidas onde incidiu o controlo interno.

**Amostra de despesas da Assistência Técnica** – Despesas com 9 fornecedores com despesa paga superior a 5000 € no período 2000/2002, extraídos com recurso à função “()ALEATORIO” da folha de cálculo EXCEL, em tiragens sucessivas até que a soma dos totais de despesa paga aos 9 fornecedores atingisse uma percentagem superior a 30% em relação ao total da despesa paga ao total de fornecedores, excluindo-se desse montante as despesas mensais com vencimentos, cujo peso distorceria a amostragem.

Foi seleccionado com recurso à mesma função “()ALEATORIO” da folha de cálculo EXCEL um dos doze meses de vencimentos.



## Tribunal de Contas

### ANEXO C – TIPOLOGIA DOS PROJECTOS

#### Tipologia dos Projectos do PO Saúde XXI

(em euros)

Medida	Designação do Projecto	Nº Proj.	Desp. Púb. Aprovada	Financ. Comunitº Aprovado	Desp. Pub. Executada	Financ. Comunitº Executado	Taxa de Execução (%)
1.1	Sistemas de informação	12	4.112.827	3.084.620	1.436.915	1.077.686	34,94
1.1	Instalação de Centros Regionais de Saúde Pública	2	144.093	108.070	25.861	19.396	17,95
1.1	Laboratórios de Saúde Pública	5	5.484.228	4.113.171	509.123	381.842	9,28
1.1	Gestão do Sangue	7	5.055.815	3.791.862	3.638.387	2.728.790	71,96
1.1	Gestão do Medicamento	4	808.265	606.199	755.742	566.806	93,50
1.1	Tratamento de Resíduos Sólidos Hospitalares	4	1.778.733	1.334.049	0	0	0,00
1.1	Promoção da Saúde em Áreas Críticas	23	6.324.149	4.743.112	1.461.623	1.096.217	23,11
1.1	Saúde da Mulher	4	454.295	340.721	130.673	98.005	28,76
1.1	Análises e Estudos	5	1.530.118	1.147.588	569.907	427.430	37,25
1.1	Segurança e Qualidade de Bens e Serviços	2	1.930.343	1.447.757	537.801	403.350	27,86
1.2	Unidades de Tratamento de Toxicodependentes	6	3.387.692	2.540.769	1.504.127	1.128.095	44,40
1.2	Unidades de cuidados intensivos	4	6.199.769	4.649.826	2.905.278	2.091.704	46,86
1.2	Unidades Especializadas de Internamento	2	896.558	672.418	771.377	578.532	86,04
1.2	Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos e de Recobro	4	510.368	363.603	330.725	201.822	64,80
1.2	Unidades de Diagnóstico	3	411.838	282.033	286.377	195.562	69,54
1.2	Unidades de Saúde Mental	2	202.971	152.228	91.537	68.653	45,10
1.2	Unidades de AVC	3	407.503	228.691	193.139	108.049	47,40%
1.2	Unidades de Cuidados Paliativos	2	533.215	399.911	498.956	374.217	93,58
1.2	Dispositivos de Urgência (via verde)	5	690.278	442.326	409.240	301.771	59,29

(em euros)

Medida	Designação do Projecto	Nº Proj.	Desp. Púb. Aprovada	Financ. Comunitº Aprovado	Desp. Pub. Executada	Financ. Comunitº Executado	Taxa de Execução (%)
1.2	Unidade de Tratamento da Dor	1	94.772	71.079	94.174	70.630	99,37
1.2	Unidade de Cuidados	3	172.105	129.079	125.503	94.127	72,92
2.1	Divulgação das Redes	1	214.483	160.862	31.555	23.666	14,71
2.1	Medicina Física e de Reabilitação	6	28.741.134	21.251.983	259.887	158.576	0,90
2.1	Oncologia	10	8.533.824	6.400.368	824.243	618.182	9,66
2.1	Materno-Infantil	29	29.434.496	19.845.494	9.885.903	7.147.693	33,59
2.1	Nefrologia / Hemodiálise	2	1.912.890	1.434.667	51.165	38.374	2,67
2.1	Intervenção Cardiológica	8	19.624.211	14.718.159	6.596.085	4.947.064	33,61
2.1	Urgência	13	23.831.915	17.033.270	6.381.493	4.685.007	26,78
2.1	Saúde Mental	17	14.560.196	10.920.147	4.701.855	3.526.392	32,29%
2.1	Infeciologia	1	847.956	635.967	423.089	317.317	49,90
2.1	Transplantes	1	417.753	313.315	0	0	0,00%
2.1	Neurologia	2	2.104.927	1.578.695	97.990	73.493	4,66
2.2	SINUS	2	16.829.242	12.621.931	1.589.930	1.192.447	9,45
2.2	SONHO	69	23.473.721	17.605.290	8.113.874	6.085.406	34,57
2.2	RIS	16	41.917.483	31.438.112	9.279.691	6.959.768	22,14
2.2	Outros Sistemas de Informação para a Gestão	16	13.730.518	10.297.888	6.360.970	4.770.728	46,33
2.3	Indicadores de Qualidade	7	247.903	185.927	121.313	90.985	48,94
2.3	Acreditação de Hospitais	21	5.594.100	4.195.575	1.819.562	1.364.671	32,53
2.3	Certificação de Serviços Hospitalares	11	1.243.184	932.388	130.420	97.815	10,49
2.3	Certificação de Laboratórios de Instituições Públicas de Saúde	4	746.848	560.136	97.123	72.842	13,00
2.3	Manuais de Procedimentos para a admissão e encaminhamento dos utentes das instituições	2	852.156	639.117	150.821	113.115	17,70
2.3	Avaliação e Monitorização da satisfação dos utentes e profissionais das instituições de saúde	2	263.365	197.524	77.314	57.985	29,36
2.3	Melhoria Contínua da Qualidade	2	35.839	26.879	19.387	14.541	54,09
2.3	Construção, Remodelação e Ampliação de Estruturas Formativas	1	149.639	112.230	0	0	0,00
2.4	Formação	59	1.503.049	112.7.286,51	204.227,18	1531.704	13,59



## Tribunal de Contas

(em euros)

Medida	Designação do Projecto	Nº Proj.	Desp. Púb. Aprovada	Financ. Comunitº Aprovado	Desp. Pub. Executada	Financ. Comunitº Executado	Taxa de Execução (%)
3.1	Unidades de cuidados no domicílio	3	104.990	78.743	0	0	0,00
3.1	Unidades de internamento e residenciais	2	931.646	698.735	0	0	0,00
3.1	Unidades de saúde familiar	1	59.436	44.577	0	0	0,00
3.1	Unidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	26	1.366.465	1.024.849	74.362	55.771	5,44
3.1	Unidades de Tratamento de Toxicodependentes	13	3374.016	2.530.512	137.196	102.897	4,07
<b>TOTAL</b>		<b>450</b>	<b>283.777.320</b>	<b>209.259.739</b>	<b>73.705.920,2</b>	<b>546.80.589,4</b>	<b>25,97</b>





# Tribunal de Contas

## ANEXO D – NOTA DE EMOLUMENTOS

(Nos termos do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas (RJETC), aprovado pelo Dec. Lei n.º 66/96, de 31/5, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28/8 e 3-B/2000, de 4/4).

Departamento de Auditoria III – DA III

Proc.º n.º 31/02 AUDIT

Relatório n.º /03 – 2ª Secção

Entidade fiscalizada: Gestor do Programa Operacional da Saúde

Entidade devedora: Gestor do Programa Operacional da Saúde

Regime jurídico : AA <sup>e)</sup>

AAF

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
Acções fora da área da residência oficial .....	-	-		-
Acções na área da residência oficial .....	88,29	214		18 894,06
- 1% s/ Receitas Próprias .....				-
- 1% s/ Lucros .....				-
<b>Emolumentos calculados....</b>				18 894,06
<b>Limite máximo (VR) <sup>b)</sup> .....</b>				15 516,50
<b>Limite mínimo (VR) <sup>c)</sup> .....</b>				1 551,65
<b>Emolumentos a pagar <sup>d)</sup> ...</b>				1 551,65

a) Cf. Resolução n.º 4/98-2ªS e Resolução n.º 3/2001-2ª S.

b) Art. 10º, n.º 1 – do RJETC.

c) Art. 10º, n.º 2 – do RJETC.

d) Entidade abrangida pelo limite mínimo nos termos do art. 10, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 66/96.

e) O regime jurídico aplicável a esta entidade é o do Decret-Lei 54-A/2000, de 7 de Abril.

O Coordenador da Equipa de Auditoria





# Tribunal de Contas

## ANEXO E – RESPOSTAS DAS ENTIDADES AUDITADAS



Ministério da Saúde  
**IGIF**  
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

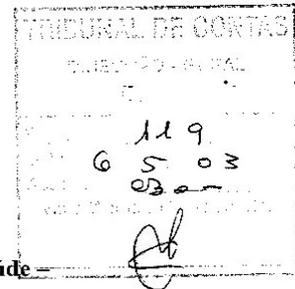
Sua referência:

*Resposta*

Exmo. Senhor  
Director Geral do Tribunal de  
Contas  
Av. Barbosa do Bocage  
1064-808 Lisboa

Nossa referência:

*- Pesquisa fl. 12 cont. 10/16  
- original fl. 10/16  
- exp. fl. 10/16  
6/05/03  
[Signature]*



DSA

03357 20005102

ASSUNTO: **Auditoria à Gestão Financeira do Programa Operacional de Saúde - QCA III**

Dando cumprimento ao solicitado, através do ofício nº 3651 de 10/04/03, Proc. Nº 31/02 Auditoria Da III.1, para audiência prévia deste Instituto sobre o relato da auditoria levada a efeito sobre a *Gestão Financeira do Programa Operacional de Saúde - QCA III*, cumpre-nos prestar os seguintes esclarecimentos:

1. O IGIF presta apoio logístico à Saúde XXI tendo suporte para tal o D.L 282/97 de 18 de Outubro. Inclui-se no âmbito deste apoio proceder às autorizações de pagamento e concretizá-las, relevando contabilisticamente toda a assistência técnica. Para tal, tem a colaboração ainda que em tempo não completo, dum técnico daquela estrutura. Nesta medida, apenas procede a pagamentos na sequência de instruções vindas da Sra. Gestora da Saúde XXI. A situação referida a folhas 15 no ponto 11.3.1- **Despesa com vencimentos** e a folhas 39 em que se conclui, que se verificou uma situação de pagamento sem suporte legal que consubstancia uma eventual infracção financeira referenciada a folhas 61 e 62 imputável aos dirigentes do IGIF, importa esclarecer, corroborando aliás a conclusão dos Srs. Auditores que “*É assim configurável que os dirigentes em causa tenham actuado sem culpa, devido a não terem sido devidamente informados pelos responsáveis da Saúde XXI*”, que só foi dado conhecimento oficial ao IGIF da situação em 11/04/03 através do ofício nº 2917 - Anexo I.





Ministério da Saúde

**IGIF**

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Mais se esclarece que já se procedeu ao pedido de reembolso à funcionária em causa.

2. Relativamente ao referenciado a folhas 15 no ponto 1.1.2.3.3 - **Procedimento de pagamento através do IGIF como organismo intermédio** e a folhas 38 em que se concluiu pela não existência nos processos de contratos de incentivos de documentos comprovativos da efectiva transferência para os beneficiários, esclarece-se que esta situação foi alterada a partir do início do corrente ano, e só não foi iniciada mais cedo porque a Saúde XXI nunca solicitou ao IGIF tais comprovativos, mas tinha conhecimento obviamente dessas transferências, através do técnico que colabora na contabilidade.

Aliás nunca houve qualquer reclamação sobre esta matéria.

3. Quanto à sugestão de um teste a uma ligação alternativa, fora da RIS, para se apurar quais os obstáculos imputáveis ao próprio SIFEC e ao SIFSE e quais os que se devem à utilização da RIS, referenciada a folhas 20 ponto 1.2.10, importa esclarecer que tal teste já foi efectuado em 05/09/03 tendo-se concluído na altura que não poderia ser imputado à RIS qualquer tipo de anomalia - Anexo II.

Nestes termos, considera-se terem sido prestados os esclarecimentos necessários ao cabal esclarecimento dos pontos eventualmente imputáveis ao IGIF.

Com os melhores cumprimentos

**O Conselho de Administração**

José Tabor da Farinha  
Presidente



# Tribunal de Contas



Ministério da Saúde

Exmo. Senhor.  
Director-Geral do Tribunal de Contas  
Av. Barbosa do Bocage, 61  
1069-045 LISBOA

05.05.2003 03187

**Data/N.º Of.:**

**V/Ref.ª:** ofício n.º 3650 de 10.04.03

**ASSUNTO:** Auditoria à Gestão Financeira do Programa Operacional Saúde – QCA  
III

Reportando-me ao ofício acima mencionado relativo à auditoria financeira realizada neste Programa, junto tenho a honra de enviar as devidas alegações.

As alegações são constituídas por 31 páginas devidamente rubricadas, a que se juntam anexos sequencialmente numerados de 1 a 23.

Com os melhores cumprimentos

A Gestora do Saúde XXI

(Carmen Pignatelli)



VM/JVC



Comissão Europeia  
Financiamento

Gabinete de Gestão do Saúde XXI **05TC 05 05 03 11207**  
Av. da República, 50 - 5.ª Esq. - 1050-190 LISBOA • Tel.º: 21 781 20 10 • Fax: 21 781 20 40  
E-mail: saudexxi@tdc.tcc.mn-saude.pt • Internet: anexo.saudexxi.tcc.mn-saude.pt  
K:\secretariado\jula2003\dr. Vargas monitor\oficial\tribunal de contas\oficio.doc



Proc. N° 31/02 – Audit  
DA III.1

Excelentíssimo Senhor Conselheiro

Atento o disposto nos artigos 13° e 87° da Lei n° 98/97, de 26 de Agosto, e o artigo 24° n° 4 da Lei n° 6/91, de 20 de Fevereiro, ainda aplicável nos termos do artigo 94° n° 1 da Lei n° 91/2001, de 20 de Agosto, na redacção da Lei Orgânica n° 2/2002, de 28 de Agosto, a Gestora do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI) vem produzir alegações nos termos que seguem:

## I. PLANOS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA

O Programa Operacional (Saúde XXI) foi negociado entre o Governo Português e a Comissão Europeia como instrumento para a transformação e modernização do sistema de saúde, com especial atenção para o seu núcleo estruturante e largamente predominante: o Serviço Nacional de Saúde. A sua implementação requer um trabalho complexo e prolongado de definições estratégicas e técnicas, da competência de diversos organismos do Ministério da Saúde que já vinha sendo e continua a ser feito desde a fase de preparação e negociação do Programa em 1998/1999.

Foi já produzida **mais de meia centena de Planos e de documentos de orientação estratégica**, cuja lista é apresentada no doc. anex01, tendo a sua elaboração sido frequentemente suscitada por este Gabinete de Gestão e impulsionada pelas oportunidades de investimento criadas pelo Saúde XXI; admite-se, contudo, que em certas áreas, como as redes informáticas e sistemas de informação possa existir alguma fluidez, que torna mais complexa a apreciação das candidaturas com eventuais reflexos menos positivos na qualidade dos investimentos.





Aliás, a preocupação de medir o valor acrescentado dos financiamentos no âmbito das tecnologias de informação e comunicação, levou a Gestora do Saúde XXI a solicitar um estudo a uma entidade externa, como adiante (Parte IV) se desenvolverá.

No entanto, e apesar da importância de que algumas áreas temáticas podem revestir (como é o caso, aliás, da que se cita como exemplo), importa referir que a elasticidade intrínseca do Saúde XXI, a orientação imprimida pela tutela e o profundo conhecimento da realidade da saúde por parte dos responsáveis dos Eixos Prioritários tem permitido minorar uma dificuldade que é de todos os serviços.

Trata-se de processos muito laboriosos, que requerem muito estudo e ponderação e que, com frequência são temporariamente afectados pelas mudanças de equipa ministerial da Saúde (no caso, o Ministério da Saúde conheceu, desde 1998-1999, quatro equipas ministeriais diferentes).

Não obstante, e mesmo considerando a sistemática solicitação à tutela de orientação estratégica, **não se verificou qualquer paragem no processo de execução do Programa.**

A execução do Saúde XXI vem sendo apoiada nos Regulamentos das diversas medidas, publicados no Diário da República, e no Complemento de Programação; esses instrumentos têm-se revelado adequados e suficientes para a análise de enquadramento das candidaturas nos seus aspectos de condições de elegibilidade formal e de requisitos técnicos.

Como se refere no Relatório Intermédio da Avaliação Intercalar do Programa Operacional Saúde, elaborado pela CESO – I&D Consultoria e Estudos, a páginas 42 (doc. anexo 2):

“O POS mantém elevado grau de coerência interna. Apesar da verificação de algumas incoerências ao nível da hierarquização dos objectivos, a coerência interna do POS não resulta comprometida.

(...)

O POS é um Programa equilibrado e bem estruturado no que se refere à coerência dos Eixos e as Medidas que o integram, sendo igualmente consistente e coerente quando se

analisa a coerência entre as diversas medidas que integram os Eixos Prioritários. Todas elas são complementares e/ou sinérgicas, não existindo relações de duplicação ou conflito entre as Medidas”.

Quanto aos aspectos de conteúdo, é de sublinhar que o Saúde XXI foi delineado para possibilitar **grande abertura, criatividade e inovação na elaboração de projectos por parte das entidades proponentes**. Previu-se, desde logo uma enorme e desejável variedade de projectos susceptíveis de ser apoiados o que, felizmente, tem vindo a confirmar-se.

Para além dos instrumentos referidos, a análise de enquadramento estratégico assenta nos Planos listados no documento anexo 1, nas orientações estratégicas definidas pela tutela e é sempre realizada pelos respectivos Coordenadores; este facto requer dos Coordenadores dos três Eixos Prioritários um conhecimento profundo do percurso do sistema de saúde português e capacidade técnico-científica para integrar as sucessivas orientações políticas e estratégicas da tutela política nos enquadramentos internos para análise de candidaturas, o que é visível nos respectivos currículos profissionais e, por todos, incontestado.

Acresce que, para garantir harmonização de interpretação estratégica e homogeneidade na acção em todo o Gabinete de Gestão, realizam-se reuniões semanais entre o Gestor, os três coordenadores de componente e os dois chefes de projecto, para além das reuniões regulares dos coordenadores com os técnicos que deles dependem.

## II. ORGANIZAÇÃO INTERNA

O que antecede, reflecte-se no plano estritamente interno, no que respeita à **clareza da divisão de tarefas entre as várias unidades do Gabinete de Gestão**; trata-se de matéria que consta de diversos documentos em vigor na organização, incluindo o Manual de Procedimentos (em fase de ultimação) e o *site* do Programa.

**O Gabinete de Gestão constitui, na prática, uma verdadeira estrutura de missão**, muito enxuta, com apenas 4 subunidades orgânicas - a Unidade de Análise de Candidaturas e Gestão de Projectos, a Unidade de Acompanhamento e Avaliação, o Departamento de Apoio Operacional e o Departamento de Controlo (documento anexo 3) - e 34 trabalhadores, sendo que a maioria tem formação de nível superior. Com uma estrutura tão reduzida, o elevado número de candidaturas que são tratadas neste



Mais e melhor saúde



Programa e o não menos elevado número de projectos em curso ou já concluídos é explicável pela existência de regras claras quanto a competências e procedimentos, que têm vindo a integrar um acervo documental avulso, cuja agregação num Manual de Procedimentos está na fase final de consolidação/validação.

**As competências das diversas subunidades orgânicas** são claras, como clara é a actividade procedimental; não é o facto de as normas e instruções internas de funcionamento não corporizarem um Manual de Procedimentos no sentido tradicional do termo que obsta à existência de um elenco dinâmico de competências das subunidades orgânicas (porque sempre aberto a correcções e clarificações) e a um circuito procedimental normalizado e não menos dinâmico. Por outras palavras, os trabalhadores do Saúde XXI sabem o que lhes compete fazer e o processo de o concretizar.

Diga-se, a propósito, que, tal como acontece noutros programas, **é exigido aos técnicos um grande e diversificado volume de tarefas**, as quais devem ser priorizadas com carácter quase diário. Constituem prioridades a introdução de dados nos sistemas de informação, o pagamento às entidades beneficiárias, o acompanhamento da execução dos projectos e a preparação de processos de candidatura para a apreciação da Unidade de Gestão; acrescem as solicitações do exterior, designadamente da tutela, dos organismos responsáveis pela gestão dos fundos a nível nacional e das entidades beneficiárias. Estas actividades, pelo seu volume e carga de trabalho podem explicar menor monitorização pontual de outros aspectos (como o arquivo de um ou outro documento, por exemplo).

Aliás, no Relatório Intermédio de Avaliação Intercalar do Programa Operacional Saúde, já antes citado, pode ler-se a dado passo “Os procedimentos internos e os circuitos de tramitação dos projectos encontram-se bem definidos e documentados (...) sendo do conhecimento geral da estrutura...” (doc. anexo 4).

Vem a propósito referir a questão da **existência/adopção do Manual de Procedimentos e da sua articulação com os dois contratos de prestação de serviços celebrados com a Fundeuropa**. Em ambos os contratos, a concepção/elaboração do Manual de Procedimentos constituía uma parte do objecto contratual; no primeiro acentuava-se também o estabelecimento do modelo de controlo de 1º nível e, em especial, o lançamento do sistema de incentivos; no segundo contrato, o objecto foi complementado com o apoio à gestão, a melhoria das realizações, tendo em conta a

necessidade de conseguir reservas de programação e eficiência e o apoio à elaboração do relatório anual de execução do Programa.

Para a execução destes contratos foi prevista uma prestação de serviço anual durante uma média de 4 dias por mês. A definição interna das prioridades, o muito elevado número de candidaturas em apreciação deste o início do Programa e a absoluta ausência de experiência no desenvolvimento do regime de incentivos estão na origem de um cumprimento contratual que, por um lado, levou a uma relativa secundarização da elaboração do Manual de Procedimentos e, por outro, a um significativo acréscimo do período mensal de prestação de serviços por parte da Fundeuropa.

Apesar das considerações anteriores, não deixamos de afirmar a existência de um projecto de Manual de Procedimentos, elaborado em conformidade com o clausulado nos contratos, e que é hoje objecto de análise crítica dos responsáveis e técnicos do Gabinete de Gestão para validação/consolidação (doc. anexo 5).

Parece-nos, por isso, e em conclusão, que está em vias de ser dada plena satisfação à recomendação 1.2.1, no sentido da rápida adopção de um Manual de Procedimentos em sentido formal.

Finalmente, **em matéria de pagamentos, afigura-se estar salvaguardada a possibilidade de repetição de documentos de despesa.** Na verdade, foi concebido um mapa descritivo dos documentos de despesa com número e data, que não só assegura não haver repetição dos mesmos, como permite a sua ligação às componentes aprovadas (doc. anexo 6). Este mapa, está “ligado” por fórmulas a um outro em que se encontra o montante global de cada uma das componentes, o que permite que os valores correspondentes não sejam excedidos.

Sempre que persistem dúvidas (o que, obviamente, não pode deixar de se admitir, ao menos em tese) são solicitados às entidades os elementos necessários, o que inclui, eventualmente, os contratos a que se referem os mesmos documentos.

Por outro lado, importa referir que, **em circunstância alguma se verifica a ausência de qualquer membro do Saúde XXI que intervém no processo de pagamentos** sem que esteja assegurada a sua substituição, ou por aplicação das regras legais em vigor sobre a substituição de funcionários (v.g. ausência da Gestora), ou por designação expressa, (como se infere do doc. anexo 7). Conforme se constata dessas comunicações com a Direcção Geral do Tesouro, na sequência de contactos prévios, foi indicado àquele



organismo quais os funcionários do Saúde XXI que teriam acesso ao Sistema “HomeBanking”, com os respectivos perfis, designadamente, o Administrador e os restantes utilizadores.

A propósito, transcreve-se o prescrito no “Manual do Utilizador do *HomeBanking*”, a páginas 6 (versão de Janeiro de 2003), *on line*:

“O controlo de acessos é efectuado por via aplicacional, através da afectação de cada utilizador do Organismo a um perfil de acesso que lhe permite aceder ao conjunto de opções disponíveis para esse perfil. O acesso básico à aplicação é efectuado através de *password*, podendo existir adicionalmente *passwords* distintas para realização de determinado tipo de operações (ex.: emissões, depósitos, pedidos de cancelamento, etc.).

Cada organismo deve solicitar à DGT, entidade gestora do Sistema HomeBanking, o registo de utilizadores, de acordo com os perfis pretendidos.

Os utilizadores têm um acesso restrito às contas do Organismo. Esse acesso é feito ao nível da visualização e movimentação das contas.”

Pode, assim, dizer-se que, também nesta matéria, as responsabilidades são claras e respeitam escrupulosamente o princípio da segregação de funções.

### III. INSTRUÇÃO PROCEDIMENTAL

Em matéria de instrução processual, parece-nos dever começar por mencionar a questão do **enquadramento interno para uniformização da análise de candidaturas**. Quer do ponto de vista formal, quer substancial, o Complemento de Programação e o Regulamento das diversas Medidas têm vindo a mostrar-se adequados para o efeito; por outro lado, e como já antes se referiu, o modelo de funcionamento do Saúde XXI, com forte envolvimento dos Coordenadores dos Eixos e a interacção dos responsáveis, tem permitido responder adequadamente a este objectivo; acresce que, sempre que necessário, são explicitados por escrito, critérios de caracterização do projectos, sobretudo quando existe um tipo específico fixo de projectos susceptíveis de apoio (documentos. 8 e 9).

No que respeita à questão dos **prazos de resposta aos pedidos de parecer**, de 15 e 20 dias, consoante os casos, verifica-se que, efectivamente, nem sempre lhes é dado o devido cumprimento. No entanto, importa fazer três considerações. Em primeiro lugar, é possível, no plano estritamente formal, submeter à apreciação da Unidade de Gestão os pedidos de financiamento sem a inclusão dos pareceres, por esgotamento do prazo legalmente previsto; porém, em muitos casos, tem-se feito a opção de aguardar a sua elaboração com a preocupação de garantir uma análise mais consistente que permita, em particular, assegurar o melhor enquadramento estratégico dos projectos em causa.

Com esta opção o Saúde XXI fica melhor habilitado a realizar uma selecção mais criteriosa dos projectos no sentido de aplicar o financiamento disponível de forma a servir os objectivos estratégicos consagrados no Programa.

Em segundo lugar, a opção do Saúde XXI não invalida, nem tem impedido, o desenvolvimento das diligências adequadas a pressionar as entidades para apresentarem rapidamente os pareceres solicitados.

Em terceiro e último lugar, não pode deixar de se referir que, em todo o caso, a questão do cumprimento dos prazos que obrigam outras entidades está para além da capacidade correctiva directa do Programa; e, mantendo-se a opção de privilegiar a obtenção dos pareceres, ainda que com algum prejuízo do prazo, para melhorar as garantias da qualidade da decisão (como nos parece ser a opção mais equilibrada) não resta outra alternativa que não seja a da prudente ponderação do benefício do parecer e do inconveniente da dilatação do prazo.

Ainda em matéria de pareceres cabe referir e reconhecer, como mera constatação de facto, a impossibilidade de obter pareceres técnicos sobre as candidaturas apresentadas pelo IGIF, IQS e DGS em matérias da sua competência própria, dada a ausência de uma entidade funcionalmente segregada que os pudesse emitir.

Quanto a **custos - parametrização e orçamentação** – importa ter em conta que a sua parametrização pressupõe uma certa homogeneidade dos projectos, o que, em regra, não acontece.

Mesmo em projectos da mesma natureza, como por exemplo as unidades de acidentes vasculares cerebrais, há variedade na tipologia dos equipamentos a adquirir em função das necessidades existentes e das características dos respectivos serviços.



Mais e melhor saúde



Apesar de tudo, considera-se que independentemente da necessidade de se aprofundar esta questão, se dispõe já de alguns elementos neste sentido, de que se citam, a título meramente exemplificativo, os seguintes:

- Medida 2.1. – rede materno-infantil: o tipo de equipamento para Centros de Diagnóstico Pré-natal e para Centros de Diagnóstico e Terapêutica Pré-natal está definido no Despacho nº 18 335/2000 (2ª Série) do Director Geral de Saúde, de 9 de Setembro (doc. anexo 10), o qual serve de base aos pareceres da DGS. Relativamente a estes equipamentos, a Comissão Técnica de Diagnóstico Pré-natal da Região Norte emitiu orientações sobre os valores indicativos, que têm também vindo a servir de referência na apreciação das candidaturas (doc. anexo 11);
- Medida 2.2 – o IGIF menciona nos pareceres que elabora sobre as candidaturas relativas às aplicações que promove (SONHO, RIS, SINUS, EIS), na maior parte dos casos, os valores indicados para os diversos equipamentos e estudos previstos; o mesmo se pode dizer da DGIES quanto às candidaturas de digitalização e arquivo de imagem;
- Medida 2.3 – existem memorandos elaborados pelo Gabinete de Gestão do PO Saúde e pelo IQS com valores indicativos para a apreciação das diversas componentes/rubricas inerentes aos projectos de Acreditação de Hospitais, os quais, em termos relativos, são os que abrangem a maior quota de financiamento nesta Medida (docs. 8 e 9).

Em **matéria de orçamentação**, confirma-se que nem sempre existem no processo orçamentos detalhados justificativos das despesas a apoiar (todavia, no formulário de candidatura existe um campo próprio para indicação dos procedimentos administrativos previstos para a execução do projecto), ou seja, em diversos casos, as candidaturas são apresentadas mas só são executadas se houver financiamento. Tal fica a dever-se ao facto de, com frequência, a candidatura ser apresentada antes de iniciados os procedimentos adequados à realização das diversas despesas, o que inviabiliza, em absoluto a emissão de um juízo crítico prévio documentalmente sustentado, o qual só pode ser expresso *a posteriori*.

Na hipótese inversa, isto é, quando o projecto já se iniciou antes da entrega da candidatura, é por ocasião da comunicação à entidade de que o projecto mereceu aprovação da tutela que são solicitados outros documentos e elementos informativos adicionais, entre os quais os que se referem a contratos, documentos comprovativos dos

actos de adjudicação e lista de documentos justificativos de despesa. Muitas vezes, nesta fase é verificada a necessidade de reprogramação temporal do projecto.

**O Saúde XXI procura atenuar estas limitações por duas vias:** primeiro, a montante, não dispensa a capacidade crítica dos coordenadores e técnicos resultante da sua *expertise* e da experiência acumulada ao longo dos últimos anos; segundo, a jusante, realiza acções de controlo de 1º nível que ultrapassam muito largamente a percentagem de 5% legalmente exigível e nas quais também é apreciada a correcção formal e a elegibilidade e razoabilidade substancial das despesas realizadas.

As considerações anteriores, em particular no que se refere ao momento do início do procedimento, explicam também **a razão pela qual, em alguns dossiers de candidatura não constam os contratos celebrados**, que só são integrados em momento posterior.

Apesar de todas as entidades promotoras ou beneficiárias possuírem obrigatoriamente *dossiers* de projecto com toda a documentação processual que lhes diga respeito, designadamente a referente aos concursos públicos e aos contratos celebrados, **o Saúde XXI procurará acautelar a existência de um exemplar do contrato escrito, a apresentar, no máximo, aquando da apresentação do primeiro pedido de pagamento, para suportar documentalmente a regularidade da despesa.**

Quanto à **verificação do início da execução física do projecto**, não existe um procedimento específico que o acautele, mas antes um conjunto de iniciativas que procuram garantir, em tempo útil, o seu cumprimento; a saber:

- quando o Gabinete de Gestão elabora o seu parecer para a submissão das candidaturas à Unidade de Gestão, é solicitado às entidades candidatas a confirmação das datas de início e fim do projecto, com as alterações a que possa, eventualmente, haver lugar;
- se a Unidade de Gestão emite proposta favorável à aprovação do pedido de financiamento (fase prévia à aprovação pela tutela), é feita comunicação à entidade candidata, sendo a mesma alertada para a necessidade de ser dado início físico ao projecto no prazo de 6 meses, sob pena de ser cancelado o financiamento;
- periodicamente, é efectuado um levantamento dos projectos sem execução ou com fraca execução, com referência à data de aprovação pela tutela, sendo alertadas as entidades para a necessidade de apresentarem um pedido de pagamento ou para justificarem a situação, considerando, se necessário, a reprogramação temporal do projecto.



Para além do que antecede, cabe ainda referir dois aspectos: primeiro, a análise do 1º relatório de execução apresentado pelas entidades permite aferir do início físico de execução; segundo, os registos (ou a falta deles) do sistema de informação sobre a execução do projecto, em particular no que respeita aos pedidos de pagamentos, constitui um dos critérios adoptados para a programação trimestral das acções de controlo de 1º nível.

Para encerrar as considerações relativas à instrução processual cabe ainda uma última referência à questão da **existência de documentos comprovativos do pagamento por parte do IGIF**.

Trata-se de uma questão que vem ao encontro de uma das preocupações já existentes neste Gabinete de Gestão e relativamente à qual se havia já dado início a um procedimento de recolha regular e sistemática junto do IGIF.

Entretanto, e na sequência do Processo de Auditoria desse Tribunal, acordou-se com o IGIF um procedimento que assegura que os pagamentos a uma entidade beneficiária dos apoios do Saúde XXI, são comunicados a este Gabinete de Gestão, por documento escrito.

#### IV. CONCEPÇÃO E EXECUÇÃO DO PROGRAMA

Abordam-se, de seguida diversas questões suscitadas que se prendem com a concepção e execução do Programa.

Conforme se pode ler na carta enviada pela Comissão Europeia na sequência da recepção da proposta do Ministério da Saúde para o QCA III (o que veio a ser o Saúde XXI):

« La stratégie de l'intervention dans le secteur de la santé constitue une nouveauté importante par rapport aux interventions précédentes dans ce domaine, surtout axées sur les infrastructures lourdes (construction d'hôpitaux et de centres de santé) et formation traditionnelle pour les professionnels du secteur. Le PDR se propose de rompre avec ce type d'actions et se concentre, aux niveaux des objectifs, sur l'amélioration de la qualité du service de santé. Cette stratégie est mieux adaptée aux besoins du secteur et plus conforme aux objectifs de la réforme structurelle de la santé déjà entamée au Portugal» (doc. anexo 12).



Mais e melhor saúde



Trata-se, assim, de um **Programa elaborado numa perspectiva inovadora de modernização e transformação do sector da saúde, o que só por si justifica a necessidade de recorrer a apoio de consultoria especializada**; mas, para além desse dado objectivo, verificou-se o concurso de um circunstancialismo específico, que não é despendendo recordar.

Na verdade, contrariamente ao que aconteceu nos restantes ministérios, a tutela entendeu dever concentrar na actual gestora do PO Saúde as responsabilidades de, em simultâneo, gerir a Intervenção Operacional da Saúde (IOS) 1994-1999, coordenar a equipa técnica que preparou o POS 2000-2006 e ainda, entre de Dezembro de 1999 e Julho de 2000, representar o Ministério da Saúde no Comité de Negociação do QCA III; esta decisão terá ficado a dever-se ao facto de se entender que, no Ministério da Saúde, não havia outro organismo com mais experiência na matéria; ou seja, entre meados de 1998 e meados de 2000, a mesma equipa (reduzida) responsabilizou-se por 2 programas operacionais. A Intervenção Operacional do anterior Quadro ficou encerrada apenas há cerca de um mês.

Para além do que antecede, todos os projectos de legislação/regulamentação específica do Saúde XXI foram preparados exclusivamente pela referida equipa, sem apoio de serviços jurídicos do Ministério da Saúde que, para o efeito, se não tinham por vocacionados.

Acresce que, quando se quer “conter” o crescimento da Administração - preocupação reiterada por todos os Governos -, o *outsourcing* aumenta: o que não existe dentro tem que se comprar fora.

Em síntese: o *know-how* que não existia dentro do Ministério da Saúde teve que ser encontrado fora dele, tanto mais que a mudança brusca dos regulamentos comunitários, em 1999, se traduziu em exigências acrescidas, designadamente na criação da necessária legislação à luz das novas directivas comunitárias.

**Este Programa considera, por isso, que a conjugação dos dois aspectos antes referidos, a saber, o carácter inovador do Programa e as condições históricas do seu lançamento, não só explicam e justificam o recurso aos serviços de consultoria como a sua dimensão, apesar de tudo, assaz contida.**





Antes de abordar os aspectos ligados à execução das Medidas, cabe referir dois aspectos.

O primeiro reporta-se à **cabimentação da componente nacional dos projectos**. Em boa verdade, existe alguma disparidade entre os projectos oriundos de entidades públicas ou de entidades privadas no tocante à garantia da existência da contrapartida nacional em PIDDAC; no entanto, essa disparidade não penaliza o sector público.

De facto, o Despacho da Ministra da Saúde, de 28 de Dezembro de 2000, que prescrevia a obrigatoriedade dessa contrapartida nacional estar inscrita em PIDDAC, terá provavelmente limitado a candidatura de algumas entidades públicas a co-financiamentos FEDER, facto esse que foi prontamente corrigido, pelo que através do Despacho nº. 21/SEAMS/2001, de 4 de Fevereiro, da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, o anterior despacho foi revogado, permitindo assim que qualquer entidade do Ministério da Saúde se candidatasse a co-financiamentos FEDER, sem dispor da contrapartida nacional inscrita no capº. 5º - PIDDAC do respectivo orçamento, utilizando antes, ou apenas, verbas do seu orçamento de exploração, o que se tem aliás verificado quando a importância dos projectos o justifica.

É completamente diferente a situação dos projectos candidatos a financiamento, através da Medida 3.1 (IPSS ou entidades privadas). Neste caso, como é óbvio, a contrapartida nacional, terá que estar inscrita no PIDDAC de um organismo do Ministério da Saúde, - o IGIF -, que tem como funções coordenar a feitura do conjunto de PIDDAC do Ministério. De salientar, a propósito, a enorme discrepância e em termos de valores, entre dos Eixos I e II (componente FEDER) e a reduzida dimensão do Eixo III (Medida 3.1), não se podendo efectuar comparações como as explicitadas no ponto em análise.

**Será, doravante, garantida a prestação da informação de cabimento prévio por parte do IGIF.**

Em segundo lugar, a **necessidade de abertura de créditos especiais para os organismos sem autonomia financeira** cria acrescidas dificuldades para as entidades proponentes.

Para mobilizarem as verbas, relativas a projectos em execução, transferidas pelo Saúde XXI para a Direcção-Geral do Tesouro, as referidas entidades, necessitam de solicitar a abertura de créditos especiais cujo processo é, normalmente, demorado.



*Mais e melhor saúde*



Quando as verbas transferidas correspondem a pagamento contra factura, essas entidades não conseguem cumprir o prazo estabelecido (20 dias úteis) para processar o pagamento aos beneficiários finais e apresentar ao Saúde XXI o respectivo documento de quitação.

A flexibilização da utilização destas verbas constituiria uma medida muito importante para uma melhor gestão dos projectos financiados mas, crê-se que o problema justifica tratamento global o que, naturalmente, extravasa o Saúde XXI.

Num outro plano situa-se a alegada **pouca apatência dos promotores das Regiões Norte, Centro, Alentejo e Algarve.**

Este tipo de análise é feito por referência ao período de 2000-2002, e baseia-se na dotação programada para esse período; acontece que, uma tal análise não pode deixar de conduzir a resultados menos rigorosos, já que o período de referência há-de necessariamente ser o período de duração do Programa de 2000-2006, baseado na dotação global prevista para esse período.

Não obstante esta precisão metodológica, é um facto que a taxa de aprovações em Lisboa e Vale do Tejo (LVT) é bastante superior, mas tal fica a dever-se, essencialmente, a dois factores, sendo um interno e outro exógeno.

Em primeiro lugar, a Região de Lisboa e Vale do Tejo é a que tem a menor dotação programada (cerca de 15%) para o actual período de programação, ou seja, para o cálculo da taxa de aprovações é a que tem em denominador o valor mais baixo; em segundo lugar, é na região de LVT que se verifica a maior concentração de unidades hospitalares, a maior parte delas a carecer de intervenção de grande envergadura (remodelação, equipamento), porque estão instaladas em edificios obsoletos, sem condições para responderem aos desafios que se põem actualmente.

Além disso, a partir do início da década de 80, as unidades hospitalares de nível distrital das restantes regiões, têm vindo a ser substituídas e modernizadas, carecendo, assim, de investimentos menores.





Em resumo: a taxa de aprovações é mais elevada na região de Lisboa e Vale do Tejo porque a dotação programada é 15% do total do POS

$$\text{Taxa de Aprovações} = \frac{\text{Despesa Aprovada}}{\text{Despesa Programada}} \times 100$$

**Globalmente, a taxa de aprovação de 96,38% não corresponde, realmente, à expectativa do Programa**, por duas ordens de razões: primeiro, porque como já antes se referiu, a taxa de aprovação apenas tem verdadeiro sentido se respeitar à totalidade da execução do Programa (2000-2006) e, depois, porque a expectativa da Gestão do Saúde XXI é de, no final, alcançar uma taxa de aprovação superior aos 100%, com um *overbooking* controlado.

**A programação financeira plurianual do Saúde XXI não dependeu de uma opção alicerçada numa previsão do desenvolvimento do programa em que se admitia uma evolução crescente dos projectos**, mas resultou das decisões tomadas na Cimeira de Berlim - referimo-nos à chamada “curva de Berlim” (documento 13) que incluíram a repartição anual dos recursos dos Fundos Comunitários.

O perfil financeiro temporal do Saúde XXI, como do Quadro Comunitário de Apoio, foi ainda determinado pelas decisões tomadas em relação à NUTS II de Lisboa e Vale do Tejo cuja programação foi estabelecida de uma forma rígida num sistema de *phasing out*, em consequência do regime de apoio transitório estabelecido para esta Região.

**A programação financeira do Saúde XXI obedece, assim, às decisões tomadas pela Comissão Europeia e às orientações estabelecidas pelo Governo**, através do Ministério do Planeamento, durante a preparação do QCA III.

**Esta orientação condicionou também e particularmente a programação financeira da Medida 2.4.** Sendo a única medida FSE do Saúde XXI, a rigidez estabelecida pela chamada “curva de Berlim” penalizou gravemente esta Medida; por isso, embora se presumisse algum desenvolvimento crescente da formação ao longo do desenvolvimento do Programa não foi possível estabelecer uma programação alternativa.

Por outro lado, ao abordar a execução do Programa, começaríamos por abordar a questão do peso financeiro das diversas medidas.

**Uma boa programação** não era, seguramente, a que resultaria da divisão da dotação global por 3 eixos e, depois, em cada um deles, da divisão dos montantes apurados pelo número de medidas de cada Eixo.

As dotações FEDER e FSE que foram fixadas globalmente para cada Medida/Eixo resultaram de orçamentos indicativos apresentados na fase de preparação do POS, em 1999, por áreas de intervenção (os documentos estão disponíveis no Gabinete de Gestão do Saúde XXI), a partir das propostas de acções e de estimativas efectuadas pela DGS, IQS, IGIF, IPS, INFARMED, DRH (hoje DRMS), SPTT (agora IDT), Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, Instituto do Consumidor e outros.

**Por isso, é ilusório e inconclusivo considerar que o Eixo I (Promover a Saúde e Prevenir a Doença) e o Eixo III (Regime de Incentivos ao Sector Privado) representam apenas 17% e 13% do investimento, respectivamente; não porque as percentagens não estejam correctas, mas antes porque a sua explicação está para além do mero cálculo aritmético.**

Com efeito, a programação financeira inicialmente prevista no Programa teve em linha de conta os custos relativos dos investimentos em certos domínios do Sector da Saúde que, por exemplo, nas áreas de alta tecnologia avançada de grande complexidade se sabe serem muitíssimo elevados. **É o caso da Medida 2.1. – Redes de Referência Hospitalar.**

**Noutros casos onde se previa baixa incorporação tecnológica como no caso das Medidas do Eixo I** ou onde não havia qualquer experiência anterior no Ministério da Saúde, como no caso da Medida 3.1. – Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde / “Regime de Incentivos Saúde XXI”, optou-se por previsões orçamentais mais prudentes.

**Existe, pois, uma explicação que se afigura lógica e adequada para a diferença de peso financeiro das diversas Medidas;** mas, como é evidente, não fica precludida a possibilidade de, na sequência da Avaliação Intercalar em curso, poder ser feita uma reprogramação financeira do PO.



Mais e melhor saúde



Afigurando-se-nos adequado o peso financeiro dos Eixos I e III, importa tecer **algumas considerações sobre o peso financeiro do Eixo II.**

**A dimensão financeira atribuída ao Eixo II resulta do carácter eminentemente estruturante das suas Medidas FEDER:**

- **A Rede de Referenciação Hospitalar (Medida 2.1)** que apoia a modernização e reorganização dos serviços hospitalares numa lógica de articulação funcional entre hospitais procurando introduzir uma maior racionalidade na oferta de cuidados aos cidadãos;
- **As Tecnologias de Informação e Comunicação (Medida 2.2)** onde se pretende o desenvolvimento de uma rede de sistemas de informação que possibilitem a elaboração de dados que expressem os desenvolvimentos do sector, nomeadamente, os indicadores sobre a prestação de cuidados, o encaminhamento e gestão de utentes, o estado de saúde e doença dos portugueses, associados ao financiamento das instituições e ao acompanhamento das prescrições constituindo, assim, um elemento fundamental para a tomada de decisões;
- **A Certificação e Garantia da Qualidade (Medida 2.3)** com vista a apoiar o desenvolvimento de um sistema nacional de qualidade na saúde que permita instalar nos serviços instrumentos de qualificação e de acreditação com o objectivo de corrigir erros do sistema e de reduzir a variabilidade existente.

Naturalmente que, pela sua natureza, as referidas Medidas mereceram um financiamento compatível com os seus objectivos.

Como já referido na Parte I, a necessidade de **medir o valor acrescentado dos financiamentos no âmbito das tecnologias de informação e comunicação**, no quadro global de referência para esta área, a Gestora do Programa tomou a iniciativa de solicitar um estudo a uma entidade externa tendo em vista avaliar os impactos/eficácia dos projectos aprovados e que visa também o apuramento de critérios de selecção de candidaturas; esta informação foi disponibilizada aos Auditores, que tiveram acesso aos respectivos documentos (docs. anexos 14 e 15). São alvo de avaliação os diversos níveis da Administração da Saúde bem como as instituições prestadoras de cuidados, hospitais e centros de saúde.



Mais e melhor saúde



**Quanto à medida 2.4 (Formação de Apoio a Projectos de Modernização da Saúde),** a relativamente baixa taxa de execução não está (ao menos, só) ligada à demora da publicação do respectivo regulamento.

De facto, embora a publicação tardia do Regulamento da Medida 2.4 possa ter contribuído para a fraca execução desta Medida, existem outros factores com uma influência mais significativa que, aliás, já foram reconhecidos no Relatório Intermédio de Avaliação Intercalar do PO.

Entre estes factores é importante referir os seguintes:

**Primeiro, o modelo de gestão adoptado no QCA III para o financiamento da formação dos activos da saúde.**

O modelo estabelecido para o acesso aos financiamentos FSE para os activos da saúde no QCA III cria nas entidades promotoras do sector da saúde a obrigação de recorrer a diferentes programas operacionais: o POEFDS, o Saúde XXI e, ainda, o PORLVT.

Acresce que, relativamente ao POEFDS, poderão ser apresentados pedidos de financiamento distintos, uns dirigidos à Linha de Acção “*Acções destinadas aos profissionais da saúde*” e outros à Medida 3.1 – “*Formação e Valorização dos Recursos da Administração Pública*”.

Ou seja: uma mesma entidade, para conseguir o financiamento para a execução dos seus planos de formação, pode ter de recorrer a 3 “guichets”; esta circunstância torna o seu trabalho mais complexo e pesado, induzindo, por razões de simplificação, a tendência para integrar todas as acções programadas numa única candidatura e apresentá-la ao programa com mais recursos e âmbito de financiamento mais amplo (o POEFDS ou o PORLVT).

**Em segundo lugar, a descontinuidade QCA II/QCA III quanto ao modelo de gestão do Fundo Social Europeu.**

O modelo de sectorização da formação adoptado durante o QCA II (1994-1999) permitiu, no sector da saúde, um trabalho que ultrapassou a mera função de atribuição de financiamentos FSE e se afirmou como um processo de dinamização das estruturas formativas da saúde, mobilizando os serviços centrais, enquanto detentores de competências específicas em diversos domínios, para o aconselhamento da concepção e planeamento da formação, sobretudo no que respeita aos conteúdos programáticos, duração e metodologias a adoptar.



Mais e melhor saúde



A opção, no QCA III, por um modelo de concentração da formação num programa operacional (POEFDS), traduziu-se na quebra do dispositivo e ambiente de trabalho que tinha sido instituído no Quadro anterior, produzindo-se um distanciamento entre o processo de concepção, organização e execução da formação e o processo do seu financiamento.

Esta descontinuidade poderá ser responsável por uma quebra na dinâmica formativa das instituições e por uma perda na qualidade e pertinência da formação desenvolvida pelas estruturas formativas da saúde.

### **Finalmente, dificuldades na gestão da formação associada a projectos de investimento**

Diferentemente do Subprograma Saúde que vigorou entre 1994 e 1999, o Saúde XXI admite o apoio comunitário a uma grande variedade de projectos de investimento, muitos dos quais circunscritos a diferentes serviços do mesmo estabelecimento de saúde.

Tendo em conta as características e dimensão dos organismos da saúde e a complexidade das situações, toda esta grande diversidade de projectos, com tipologias muito variadas, veio aumentar as dificuldades de planeamento da formação que lhe deve estar associada.

De um modo geral, as entidades do sector da saúde revelam uma reduzida experiência de práticas de gestão integrada dos investimentos e da formação, o que dificulta o lançamento de projectos formativos efectivamente associados.

**Como consequência, as estruturas formativas desses organismos tendem a programar a formação de uma forma autónoma, privilegiando a construção de planos de formação anuais, mais frequentemente baseados nas necessidades formativas identificadas pelos profissionais do que nas exigências decorrentes dos processos de modernização, ou seja, das necessidades das organizações, nomeadamente das instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS).**

A referida diversidade dos investimentos em curso, característica do Saúde XXI, obriga a uma individualização de cada projecto formativo, exigindo, por isso, uma actuação inovadora por parte dos serviços de formação e uma forte articulação com os vários agentes responsáveis pela gestão desses investimentos.

Naturalmente que a ligação estreita da formação aos projectos de investimento cria uma situação de dependência na medida em que a sua efectivação resulta do desenvolvimento desses investimentos, cujo processamento é complexo porque integra diversas operações (concurso, adjudicações, obras, etc.), com ritmos de realização variados e em que a formação dos profissionais deve ser concretizada quando se atinge uma fase avançada em relação à sua implementação.

Vale a pena salientar que se tem conhecimento de que esta dificuldade de desenvolver uma formação ligada ao investimento tem sido sentida noutros programas operacionais, o que parece indicar a existência de uma questão de fundo no âmbito mais global da formação profissional no nosso País.

Em qualquer caso, desenvolvem-se **esforços no sentido da recuperação da execução desta Medida 2.4, e foram já tomadas algumas iniciativas, de que se destacam:**

- **Reprogramação da Medida 2.4**

No âmbito do processo de reprogramação aberto pela Comissão Europeia em Outubro de 2002, a par de outras propostas de modificação no Saúde XXI, foram propostas diversas alterações à Medida 2.4 (documento anexo 16), alargando o seu âmbito, sendo possível apoiar as seguintes modalidades:

- i) a formação dos dirigentes do sector, cuja importância é, aliás, reconhecida pela Comissão Europeia no “mandato negocial” apresentado antes do início da negociação do Programa;
- ii) a formação contínua dos restantes profissionais de saúde;
- iii) a formação para a cidadania em saúde;
- iv) a realização de estudos sobre as profissões e a formação no sector da saúde, já contemplada na Medida 2.4 tal como está definida actualmente;
- v) a produção de recursos didácticos.

Na sequência da reprogramação da Medida 2.4, por acordo entre a Comissão Europeia, o Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu e os Ministérios que tutelam o POEFDS e o Saúde XXI, foi decidida a concentração neste Programa Operacional dos apoios para o ano de 2003 solicitados pelas entidades do Ministério da Saúde, associada à transferência das candidaturas apresentadas por entidades do Ministério da Saúde ao Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social (POEFDS) para este PO.



Esta mudança irá permitir, crê-se, um aumento muito significativo da execução desta Medida.

- **Incremento das actividades de informação e publicidade sobre a Medida 2.4.**

Com o objectivo de aumentar a apresentação de pedidos de financiamento FSE à Medida 2.4, o Gabinete de Gestão tem procurado implementar a informação acerca das possibilidades oferecidas por componente FSE do Saúde XXI; entre as principais iniciativas contam-se a realização durante o ano de 2002 e 2003 de diversas sessões de informação nas Regiões de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo (com a participação da Região do Algarve), a reedição e distribuição da brochura informativa da Medida 2.4 e a publicidade em periódicos, em particular, nas revistas das organizações profissionais da saúde.

No que respeita ao elenco da tipologia dos projectos cabe apenas referir que o elencado pela Auditoria de Gestão, embora indique como fonte o PDR e Relatório de Execução do PO Saúde XXI de 2001, fica muito aquém da exaustão. Antes de tudo, basta referir, para cotejo, o Complemento de Programação; para além desse, relevam outros documentos, como o Despacho nº 25 535/2000 (2ª série) da Ministra da Saúde, publicado no Diário da República de 14 de Dezembro, o Decreto Lei nº 15/2001, de 27 de Janeiro e o Despacho nº 20 321 (2ª série), de 17 de Setembro.

A relação entre candidaturas recebidas e candidaturas abandonadas ou rejeitadas mostra percentagens significativamente mais baixas para as Medidas 2.2 e 2.4 (4,18% e 0,74%) em relação às restantes Medidas; a situação afigura-se natural dado que estas medidas têm um âmbito muito preciso, não induzindo nos beneficiários uma grande diversidade de possibilidades de interpretação sobre as possibilidades de financiamento; pelo contrário, as restantes medidas, por admitirem um leque variado de tipologias de projectos, cuja aceitação é condicionada por diversos parâmetros, aumentam necessariamente as possibilidades de rejeição, em particular no que respeita ao seu enquadramento.

A taxa de aprovações da Medida 1.3 – Assistência Técnica, que é a medida que suporta financeiramente a gestão do Programa na sua globalidade, em 31 de Março do corrente, era de 59 % .

Em bom rigor, a taxa de aprovações acumulada (2000+2001+2002) deveria ser pelo menos igual a 100%, isto é, igual ao somatório das dotações programadas para a Medida para estes 3 anos e que são:



Mais e melhor saúde



Ministério da Saúde

unidade: milhares de euros

Ano	Financiamento Comunitário Programado	Contrapartida Nacional Programada	Contrapartida Nacional Aprovada*	"Corte"	
				Valor	%
2000	1.320	440	429	11	2
2001	1.800	600	600	0	0
2002	1.680	560	500	60	11
Total	4.800	1.600	1.530	70	4

\* Dotações iniciais inscritas no Orçamento do Estado

O valor de 1 530, a que corresponde a um corte de 4% reporta-se aos montantes previstos no início dos exercícios; se se tiver em conta o seu final, verifica-se que o "corte" é, realmente, de 41%, a que corresponde um valor de 948.

Com efeito, as dotações aprovadas desde o início, em 2000, têm sido sempre inferiores às programadas devido aos "cortes" no PIDDAC, a que acrescem os congelamentos e as cativações; ou seja, todos os anos o que é nele inscrito é inferior àquilo que era necessário para se chegar aos 100%. Se se passar do "aprovado" (inscrito inicialmente em PIDDAC) para o executado, facilmente se concluirá que é exactamente aqui que reside um problema: os sucessivos cortes que lhe são feitos ao longo do ano vão reduzindo ainda mais o que estava programado.

Esta situação já foi apresentada à tutela (doc. 17), chamando-se a atenção para a necessidade de compensar nos anos seguintes, a fim de não prejudicar a execução financeira do Programa, o cumprimento da regra "n+2" da componente FEDER e, também, o normal funcionamento deste Gabinete de Gestão.

Este problema, embora não seja mencionado no relatório de auditoria do TC, é extensivo à Medida 3.1 – Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde, conforme se pode verificar no já referido documento.

Nesta medida, também o seu arranque em 2001 prejudicou, na realidade, a execução.

A este propósito deve assinalar-se que esta contenção no orçamento do Gabinete de Gestão, associada à falta de pessoal técnico dos organismos do Ministério, inviabiliza saldos qualitativos que poderiam ser concretizados, com apoios externos, se o contexto orçamental fosse diferente.



## V. CONHECIMENTO E DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA

Salvo melhor opinião, **não se afigura que a taxa de rejeição apresente valores anormais, e muito menos que reflectam um deficiente conhecimento do Programa.**

**A taxa de rejeição mencionada no relatório, para além das situações em que as entidades não foram capazes de assegurar a contrapartida pública nacional, deverá ser interpretada como um aspecto positivo da disciplina e rigor de gestão que tem sido utilizado na execução do PO. De resto, é este significado positivo que é habitualmente atribuído pela Comissão Europeia a uma taxa de rejeição elevada.**

Na verdade, o Saúde XXI visa contribuir para a transformação do sistema de saúde e não para substituir o esforço habitual de investimento das instituições de saúde. Visa apoiar um “fazer novo e diferente”. Não se destina a perpetuar “mais do mesmo”. Assim, a elevada selectividade verificada, pode em nosso entender ser interpretada como um sinal do procedimento criterioso que tem sido seguido tanto pela equipa técnica do Gabinete de Gestão como pelos representantes institucionais que integram a Unidade de Gestão, procurando interpretar e aplicar o espírito e a letra do Programa, do Complemento de Programação e dos Regulamentos em vigor.

**Um exemplo ilustrativo é o da Medida 3.1., ou Regime de Incentivos Saúde XXI** onde, inicialmente, houve muitas candidaturas não elegíveis e não seleccionadas; este facto não pode ser ligado à (aparente) ausência de mais-valia na contratação de um consultor especializado. Com efeito, o apoio do consultor especializado mostrou-se decisivo para a implementação da Medida 3.1 dada a total ausência de *know how* sobre regimes de incentivos; bastará referir que, sem esse apoio, não se vislumbra como teria sido possível preparar os textos normativos que o sustentam. Por outras palavras, não há, nem poderia haver conexão entre o binómio realização/rejeição e a existência de consultoria especializada, pela simples razão de que uma coisa não tem que ver com a outra.

Pelo contrário, o binómio realização/rejeição encontra outra causa. Os promotores, sobretudo as empresas privadas, apresentavam candidaturas de todo o tipo de consultórios, clínicas e laboratórios em grandes cidades e zonas do litoral, procurando forçar artificialmente o seu enquadramento num dos 6 tipos de projectos previstos no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 15/2001, de 27 de Janeiro. Em muitos casos foi decisivo o parecer das Administrações Regionais de Saúde, uma vez que três dos critérios para

selecção e apoio financeiro aos projectos eram a consonância com as prioridades estratégicas regionais, a adequada satisfação de necessidades e carências locais e a complementaridade com os serviços públicos de saúde. Por isso, a taxa de rejeição chegou a ser superior a 50 %. Esta situação tem vindo a melhorar, para o que contribui o melhor enquadramento dos projectos nos objectivos legalmente previstos para a Medida.

**Sendo que a taxa de rejeição traduz, a nosso ver, maior rigor e exigência na execução do Programa, também não nos parece que haja um fraco conhecimento do PO.**

Com efeito, desde o seu lançamento, em 2000, e até ao momento presente, tem sido executado um **Plano de Comunicação** que mereceu aprovação na 1ª reunião da Comissão de Acompanhamento do Programa, em meados de 2000. O Plano de Comunicação previa uma 1ª fase, que começou a ser realizada em Junho daquele ano (divulgação do Programa) e que foi sendo desenvolvida até ao final do 1º semestre de 2001. A fase de execução propriamente dita sucedeu-se imediatamente, tendo-se procedido, **no início de 2002, a uma reanálise da estratégia de Comunicação que mereceu, aliás, referências elogiosas da Comissão Europeia e serviu de estudo de caso num Seminário realizado em Lisboa por aquele órgão comunitário.**

O documento anexo 18 apresenta-se um resumo do que foi feito neste domínio, até à presente data.

A título meramente exemplificativo, referem-se aqui as seguintes iniciativas:

- a) Reuniões públicas de divulgação do Programa realizadas com âmbito nacional e regional, cujo 2.º ciclo teve lugar recentemente no final de 2002 e no primeiro trimestre de 2003, as últimas das quais se realizaram em Chaves e em Évora;
- b) Publicação de anúncios adequadamente dimensionados e com conteúdo bastante detalhado nos principais jornais da imprensa diária e semanal;
- c) Publicação de anúncios em revistas especializadas cujos públicos-alvo são constituídos pelos principais promotores;
- d) Numerosas reuniões de trabalho com órgãos e instituições do Ministério da Saúde, bem como com entidades dos sectores social e privado sobre as possibilidades do Programa e de como instruir os processos de candidatura;



Programa Operacional Saúde

Mais e melhor saúde

Ministério da Saúde

- e) Edição e divulgação de brochuras, folhetos, “Newsletter” e “Folha-flash”;
- f) Resposta individualizada e personalizada a milhares de pedidos de informação por via telefónica (existe um número Linha Azul, para além dos telefones normais), correio electrónico, fax, correio normal e presencialmente nas instalações do Saúde XXI.

Por outro lado, **existem projectos aprovados em todo o território nacional**, incluindo pequenos concelhos do interior do país, abrangendo várias dezenas de tipos diferentes de projectos; por isso, reconhecendo-se que a divulgação é um processo contínuo que pode, e deve ser reforçado, **não nos parece poder concluir-se pela existência de um deficiente conhecimento do Saúde XXI.**

Antes de concluir os aspectos ligados à execução do Programa, há ainda que referir a **aparente existência de projectos aprovados em 2001, sem execução em 2002.** Já acima se fez referência a este assunto, e também aos procedimentos que se adoptam tendentes a obstar à demora no início da execução física dos projectos.

Cabe agora apenas referir que a Auditoria de Gestão do Tribunal de Contas analisa o cumprimento do início físico dos projectos em função do registo da execução dos projectos e que este tipo de análise pode não determinar o incumprimento do prazo estabelecido, visto que o seu início pode ser justificado por factura que não constitui despesa certificada como execução.

É por isso de pressupor que os 203 projectos assinalados como sem execução não corresponda ao número de projectos não iniciados.

**Para concluir, um palavra sobre o esforço a desenvolver para atingir as dotações programadas por Medida.**

**Para o Saúde XXI, o grande esforço a fazer tem essencialmente a ver com o cumprimento das metas de execução financeira (regra “n+2” e reserva de eficiência) e com a realização dos indicadores de acompanhamento, particularmente dos que foram seleccionados para a atribuição da reserva de eficiência.**

A realização das dotações programadas por medida não é, portanto, a preocupação maior até porque, em 2004, após a avaliação intercalar, é possível fazer reprogramação



Comissão Europeia  
Fundo Estrutural

financeira entre eixos e medidas, o que é perfeitamente justificável se se tiver presente que a actual orientação política é diferente da que existia aquando da programação e aprovação do Programa.

**A título meramente ilustrativo, refira-se apenas o caso da Medida 3.1.**

No final de 2002 e durante o primeiro trimestre de 2003 foram desenvolvidas várias iniciativas para procurar atingir as dotações financeiras das diversas medidas.

Em relação à Medida 3.1., intensificaram-se as acções de divulgação e publicidade, os processos de análise e decisão de candidaturas e de processamento de pedidos de pagamento. **Em resultado, o número de projectos aprovados, que era de 78 em 30/09/2002, é actualmente de 110, com uma execução financeira/incentivos pagos de 2.168.048 €, quando era de 211.558 € na data mencionada.**

## VI. CONTROLO DE 1º NÍVEL

Relativamente Controlo de 1º nível, o Saúde XXI considera que a Medida 1.3 não está excluída das acções de controlo, apesar de não ter sido efectuada nenhuma, até à presente data. Para o facto, concorreram duas ordens de razões: **em primeiro lugar, o arranque do Programa** e da própria função, que levou à necessidade de conceber instrumentos de apoio e metodologias de trabalho e, **em segundo, a intenção de privilegiar o controlo dos projectos apresentados por beneficiários externos**, o que se reflecte na elevada percentagem de despesa pública controlada (43,96%). A conjugação das duas motivações levou à não inclusão da Medida 1.3 no plano anual de controlo.

Assumindo-se, contudo, como já antes referido, que não existem razões de princípio para não contemplar a Medida 1.3, **passará a referida medida a integrar o elenco de projectos que, trimestralmente, são seleccionados para controlo de 1º nível.**

**Tem sido também intenção do Saúde XXI, através do seu Departamento de Controlo, atribuir particular incidência aos projectos da DGIES e do IGIF, dado tratar-se de grandes executores. Não obstante, a observação do Tribunal de Contas não deixará de ser tida em conta nos próximos planos trimestrais de controlo.**



**Na fase inicial da realização das acções de controlo eram sistematicamente considerados os aspectos ligados à execução física do projecto mas nem sempre essa verificação era traduzida nos relatórios num grau de execução física.** Essa situação tem vindo a ser progressivamente corrigida sendo que, nas acções que decorrem a partir do segundo trimestre do corrente, o grau de execução do projecto é de menção obrigatória.

Cabe ao Departamento de Controlo apresentar recomendações internas, na sequência das acções de controlo que realiza, e como resultado da avaliação que faz dos procedimentos e critérios adoptados na apreciação das candidaturas. Mas essas recomendações internas são, como o próprio nome indicia, meras recomendações; a Gestora não pode ficar amarrada a essas recomendações, sob pena de se inverter a pirâmide de responsabilidades.

**Vem esta consideração a propósito de um caso em que se regista o facto de o Departamento de Controlo ter recomendado o cancelamento do projecto e ter-se optado pela reprogramação.**

No caso concreto, foram detectadas irregularidades que, no essencial, respeitavam a equipamentos que não se encontravam afectos aos projectos para que tinham sido aprovados.

Tendo havido mudanças na gestão da entidade em causa, mostrou-se prudente aguardar a análise dos novos responsáveis sobre as possibilidades de corrigir as situações existentes. Em função dos elementos fornecidos foi decidido propor o cancelamento de 4 projectos e a reprogramação de um outro; os processos de cancelamento encontram-se em fase de audição na Unidade de Gestão através de consulta escrita, para posterior decisão do membro do Governo da tutela.

**O Departamento de Controlo não verifica sistematicamente a resposta dada ao Relatório de Controlo por parte das entidades que dele foram objecto. É questão a que dará de imediato resposta, mantendo um registo actualizado das entidades em falta.**



Mais e melhor saúde



**Relativamente ao Manual de Controlo**, a situação é próxima da já referida anteriormente a propósito do Manual de Procedimentos; o documento está ultimado, carecendo apenas de apreciação crítica e validação.

## VII. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Quanto ao sistema de informação há a referir o seguinte:

**No que respeita ao FEDER**, o sistema de informação (SIFEC), mostrou cedo algumas insuficiências, designadamente ao nível do desenvolvimento de campos que interessavam ao sector da Saúde; anteviu-se que, só por si, o SIFEC teria alguma dificuldade em funcionar como ferramenta de gestão.

Não obstante essas limitações, optou-se por aderir ao sistema, dadas as potencialidades que apresentava; a primeira versão da aplicação viria a entrar em funcionamento em 23 de Outubro de 2000, verificando-se grande morosidade no acesso.

Tornou-se imprescindível melhorar o sistema de comunicações - o que foi sendo amplamente melhorado, em boa parte devido ao trabalho de colaboração do Saúde XXI com os responsáveis pela aplicação (DGDR) – com as transmissões de dados a serem feitas através de um servidor instalado no IGIF, com *firewall* VPN entre as instalações do Saúde XXI e aquele organismo; as comunicações fiáveis com a DGDR alcançaram-se em Março de 2002.

**Na componente FSE**, o Saúde XXI optou pela figura de “gestor não integrado”, o que significa que dispõe de uma aplicação própria para a gestão da Medida 2.4, devendo, no entanto, fornecer ao SIIFSE os dados exigidos por este sistema.

Numa 1ª fase, estes dados foram fornecidos ao IGFSE em suporte de papel através do preenchimento dos respectivos modelos.

Actualmente, a referida informação é introduzida directamente no SIIFSE pelos técnicos do Gabinete de Gestão do Saúde XXI que, para tal, têm acesso ao Sistema.

Embora, tenham surgido alguns problemas neste acesso, os mesmos têm vindo a ser progressivamente resolvidos.

Entretanto, encontra-se em fase de ultimateção um módulo a introduzir na aplicação FSE do Saúde XXI que permitirá a exportação automática dos dados para o SIIFSE.





Quanto aos problemas da RIS, SIIFSE e SIFEC (este da responsabilidade da DGDR) cabe recordar que foi realizado um teste em 5 de Setembro do ano findo, por iniciativa do Gabinete de Gestão do Saúde XXI e no âmbito dos trabalhos que se vão desenvolvendo com a DGDR. As conclusões do teste, que se apresentam no documento anexo 19, foram no sentido negativo, ou seja, de que as dificuldades não têm a ver com a RIS.

A necessidade da produção de dados e relatórios para a gestão do Programa, (tarefa que se tem que efectuar diariamente), bem como o acompanhamento da execução e a própria avaliação do PO Saúde XXI, levaram a que paralelamente ao registo em SIFEC, os técnicos que procedem à análise das candidaturas, desenvolvessem ficheiros em Excel e uma aplicação em Access para manter actualizado o registo cronológico dos pedidos de pagamento e dos documentos de despesa de cada projecto. De facto, só durante o ano de 2002 é que o SIFEC viria a obter a funcionalidade e estabilidade suficientes para se poderem extrair alguns relatórios sobre os projectos inseridos. A maioria dos relatórios não está, porém, totalmente operacional e outros nem sequer estão disponíveis, dado a não completa definição dos indicadores relevantes para a Saúde. O mesmo se passa com as funcionalidades de importação e exportação de dados, que são ainda limitadas, constituindo um campo em que o PO Saúde XXI necessitará investir a curto prazo, prevendo-se a marcação de uma reunião com a DGDR sobre este assunto. Internamente e dado serem imprescindíveis os dados para a gestão e para o acompanhamento, procede-se de momento a melhoramentos da base de dados em Access, com o objectivo de ser esta a fonte para a exportação futura para SIFEC.

## VIII. CONTRATOS DE CONSULTORIA EXTERNA e PAGAMENTO DE REMUNERAÇÕES

As notas finais respeitam aos dois contratos celebrados com a Fundeuropa para, *inter alia*, prestar assessoria ao Programa, ao contrato celebrado com a Fundeuropa para prestar assessoria ao coordenador do GTTS e aos vencimentos pagos sem suporte legal.

Quanto aos contratos de assessoria ao Programa, já se fizeram anteriormente largas referências que mostram, no entender do Saúde XXI, para além da inexistência de incumprimento contratual, a importância de que os mesmos se revestiram, designadamente, para o lançamento do Programa, para a definição e estabilização de procedimentos, para a definição e implementação do Regime de Incentivos.



Mais e melhor saúde



**Quanto ao contrato celebrado com a mesma empresa para prestação de apoio ao coordenador do GTTS**, entende o Saúde XXI, em face das Recomendações do Tribunal de Contas, dever rescindir o referido contrato (documento anexo 20).

Finalmente, **no que respeita ao processamento de vencimentos sem suporte legal** há que esclarecer o seguinte: a existência de um lugar vago de Coordenador - que, como se mostrou, é um elemento crucial no funcionamento da estrutura – levou à proposta da nomeação de um elemento que já desempenhava essas funções em regime de substituição num outro Eixo, uma vez que cessavam os pressupostos legais que permitiam o desempenho de funções naquele regime; a proposta de nomeação, por Resolução do Conselho de Ministros foi apresentada à tutela, com produção de efeitos a 1 de Junho de 2002, por forma a não criar um hiato na continuidade do serviço (documento anexo 21).

O projecto de Resolução do Conselho de Ministros só veio a ser aprovado em 19 de Março do corrente (Resolução do Conselho de Ministros nº 30/2003), tendo sido eliminada a retroactividade (documento anexo 22); ficou, assim, comprometida a regularização superveniente de uma situação que se sabia irregular por carecer de suporte legal, mas cuja sanção seria assegurada pela produção de efeitos retroactivos.

Perante esta situação, já foi solicitado ao IGIF que procedesse ao cálculo dos montantes a repor, mediante a emissão das competentes guias de reposição. É o que se mostra no documento anexo 23.

## IX. NOTA FINAL

É necessária uma nota final sobre a capa da Auditoria e o *slogan* escolhido para inserir na contracapa. Se a capa se afigura infeliz, por proceder a uma associação de símbolos (do Ministério da Saúde e do euro) que mostra incompreensão quanto aos objectivos do Programa, o *slogan* da contracapa (“Pouco dinheiro para gastar bem, demasiado para gastar mal”) merece o nosso veemente protesto; em primeiro lugar, porque é panfletário, e logo gratuito e demagógico; segundo, porque não traduz (bem pelo contrário), conclusão legítima do teor da auditoria; terceiro, porque a auditoria não estabeleceu as premissas adequadas para a insólita afirmação; e, finalmente, porque a aparente gratuidade da frase não é compaginável com a credibilidade, o prestígio e a responsabilidade de uma instituição como o Tribunal de Contas.





## X. RESPOSTA ÀS RECOMENDAÇÕES

Relativamente às dez Recomendações concretas, a posição do Saúde XXI é a seguinte

**1.2.1** - Como se mostra no documento anexo 5, existe um Manual de Procedimentos; o facto de se recolherem comentários para validação não obsta a que se entenda cumprida esta Recomendação do Tribunal de Contas; aliás, o Manual de Procedimentos não poderá deixar de estar sempre aberto à introdução de novos procedimentos ou à correcção de outros que a prática mostre poderem ser aperfeiçoados.

**1.2.2** - A existência de documentos estratégicos não depende, só, do Saúde XXI. No caso da área dos sistemas de informação, mostram-se nos documentos anexos 14e 15 as diligências desenvolvidas por iniciativa deste PO; nas matérias que transcendem o Saúde XXI, não deixará este Programa de colaborar na sua preparação e solicitar a sua aprovação, dentro das suas competências.

**1.2.3** - A Recomendação subsume-se na anterior, no que respeita aos sistemas de informação; o estudo deverá estar concluído até Setembro do corrente ano.

**1.2.4** - Não se vislumbra um sistema viável de confirmação do início da execução física dos projectos, dado o muito relevado número de projectos existente. Afigura-se, por isso, dever manter a avaliação do início da execução física através dos indicadores que foram referidos, sem prejuízo de se passar a fazer sistematicamente esse controlo, por amostragem.

**1.2.5** - O Saúde XXI procurará acautelar a existência de um exemplar dos contratos escritos para suportar documentalmente a regularidade da despesa.

**1.2.6** - O Saúde XXI já recebe os comprovativos das transferências efectuadas pelo IGIF para os beneficiários, o que acontece sistematicamente desde a realização da Auditoria pelo Tribunal de Contas.

**1.2.7** - Será criado um suporte, a introduzir em todos os processos, que permita registar todas as diligências desenvolvidas no acompanhamento dos projectos.

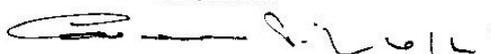
**1.2.8** - Renegociação do contrato de prestação de serviços de consultoria celebrado com a Fundeuropa por forma a expressar o seu objecto de forma mais correcta, mantendo as obrigações do 2º outorgante que persistem como necessidade do Programa e determinando um prazo improrrogável para conclusão da parte ainda incumprida.

**1.2.9** - Rescisão do contrato celebrado com a Fundeuropa relativo ao apoio ao coordenador do GTTS.

**1.2.10** - Tendo já sido realizados os testes, e verificando-se que algumas das máquinas existentes no PO Saúde, não dispunham da configuração considerada adequada pela DGDR em termos de memória RAM, foram efectuados “upgrades” daquelas máquinas. No entanto, a versão actualmente em utilização (a versão 4.0.0) não está ainda completamente estabilizada e é previsível que surjam novas actualizações e é previsível que surjam novas dificuldades no tocante à optimização da utilização do SIFEC.

Lisboa, aos 5 de Maio de 2003

A Gestora



(Carmen Pignatelli)