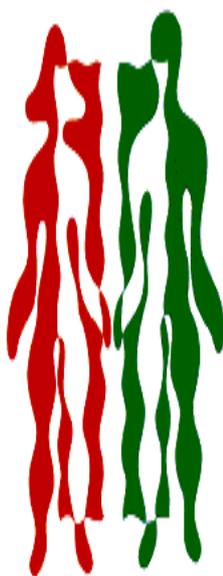




Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul



CMR Sul
São Brás de Alportel



Relatório n.º 39/2010- 2.ª S

Processo n.º 11/2010-Audit

Volume I



ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	4
RELAÇÃO DAS SIGLAS.....	5
GLOSSÁRIO.....	7
FICHA TÉCNICA	8
I. Sumário.....	9
1 Conclusões	9
2 Recomendações	18
II. Introdução	21
3 Âmbito e Objectivos da Auditoria	21
4 Metodologia e Procedimentos	21
5 Condicionantes e Limitações	22
6 Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório	23
III. Desenvolvimento da Auditoria.....	26
7 Origem e antecedentes do Contrato de Gestão do CMRSul	26
8 Perfil Assistencial e Modelo de Organização da Sociedade Gestora do CMRSul.....	29
9 Situação Económico-financeira da Sociedade Gestora do CMRSul	31
9.1 Situação económica	32
9.1.1 Resultados apurados.....	32
9.1.2 DR – Proveitos por natureza.....	32
9.1.3 DR – Custos por natureza.....	33
9.2 Situação financeira	34
9.2.1 Balanço - Activo.....	34
9.2.2 Balanço – Capital Próprio e Passivo	35
9.2.3 Análise dos Cash Flows.....	36
9.3 Indicadores Financeiros	37
9.4 Indicadores Macro-Económicos	38
9.5 Rendibilidade do projecto e sustentabilidade da empresa.....	38
10 Execução do Projecto do CMRSul.....	42
10.1 <i>Execução Física e Financeira do Projecto.....</i>	<i>42</i>
10.1.1 Execução Física: Produção Prevista vs Realizada	42
10.1.2 Execução financeira: Remuneração da SG do CMRSul	45



10.1.3	Principais Contingências na execução do Contrato	46
10.1.3.1	Início de funcionamento do CMR Sul	46
10.1.3.2	Níveis de referenciação para o CMRSul	46
10.1.3.3	Divergências sobre Conceitos e mecanismos de execução do Contrato	47
10.1.3.4	Desajustamentos na produção do CMRSul	48
10.2	Sustentabilidade do projecto	50
11	Equidade no Acesso: Referenciação de Utentes	51
11.1	Critérios de Admissão	51
11.1.1	Estatística da Referenciação	52
11.1.2	Ajustamento dos Protocolos às necessidades em saúde	55
12	Comparação do Desempenho Assistencial: CMRSul vs CMRALcoitão e CMRRC	56
12.1	Indicadores de Equidade	56
12.2	Eficiência	57
12.3	Qualidade e Segurança	59
13	Controlo e Avaliação da Execução do CG	61
13.1	Sistema de Controlo da EPC (ARS Algarve)	61
13.1.1	Avaliação do desempenho da SG do CMRSul nos termos do CG	64
13.2	Áreas críticas de controlo	67
IV.	Emolumentos	69
V.	Determinações Finais	69



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – CUSTO PÚBLICO COMPARÁVEL.....	26
Quadro 2 – PROPOSTA DA GPSAÚDE.....	27
Quadro 3 – RESULTADOS.....	32
Quadro 4 – ESTRUTURA DOS PROVEITOS E GANHOS.....	33
Quadro 5 – ESTRUTURA DOS CUSTOS E PERDAS.....	33
Quadro 6 – BALANÇO EM 31 DE DEZEMBRO - ACTIVO.....	34
Quadro 7 – DÍVIDAS DE CLIENTES C/ C.....	35
Quadro 8 – BALANÇO EM 31 DE DEZEMBRO - CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO.....	36
Quadro 9 – DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA.....	36
Quadro 10 – INDICADORES FINANCEIROS.....	37
Quadro 11 – VALOR ACRESCENTADO BRUTO – VAB.....	38
Quadro 12 – VAB <i>EX POST</i> vs <i>EX ANTE</i>	38
Quadro 13 – DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DOS ACCIONISTAS.....	39
Quadro 14 – DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DOS CAPITAIS PRÓPRIOS.....	39
Quadro 15 – DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS DOS EMPRÉSTIMOS.....	39
Quadro 16 – DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DO INVESTIMENTO.....	40
Quadro 17 – DETERMINAÇÃO DA RENDIBILIDADE CONTABILÍSTICA PERIÓDICA.....	40
Quadro 18 – TIR vs RENDIBILIDADE CONTABILÍSTICA PERIÓDICA.....	40
Quadro 19 – RENDIBILIDADE CONTABILÍSTICA PERIÓDICA.....	41
Quadro 20 – RESULTADOS – <i>EX ANTE</i>	41
Quadro 21 – PRODUÇÃO PREVISTA/REALIZADA - INTERNAMENTO.....	43
Quadro 22 – PRODUÇÃO PREVISTA/REALIZADA - AMBULATÓRIO.....	44
Quadro 23 – PREÇOS DE REFERÊNCIA.....	45
Quadro 24 – REMUNERAÇÃO.....	45
Quadro 25 – REFERENCIAÇÃO.....	46
Quadro 26 – UTENTES REFERENCIADOS PELO HOSPITAL DE FARO, EPE.....	53
Quadro 28 – INDICADORES DE EQUIDADE E ACESSO.....	56
Quadro 29 – CUSTOS UNITÁRIOS.....	57
Quadro 29 – DS, CE E TRATAMENTO POR PROFISSIONAL EQUIVALENTE A TEMPO COMPLETO (ETC).....	59
Quadro 30 – INDICADORES DE QUALIDADE.....	60
Quadro 31 – RECONCILIAÇÃO ANUAL: 2007-2009.....	63
Quadro 32 – VALORIZAÇÃO DAS PENALIZAÇÕES DA SG.....	66
Quadro 33 – SÍNTESE DA AVALIAÇÃO GLOBAL DA SG DO CMRSul.....	67



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – CPC vs CASO BASE.....	28
Gráfico 2 – RAJIAR <i>EX ANTE</i> vs RAJIAR <i>EX POST</i>	42
Gráfico 3 – RAJI <i>EX ANTE</i> vs RAJI <i>EX POST</i>	42
Gráfico 4 – RLE <i>EX ANTE</i> vs RLE <i>EX POST</i>	42
Gráfico 5 – DESTINO DOS DOENTES APÓS 1.ª CONSULTA	47
Gráfico 6 – INTERNAMENTO - CB vs PP e PR.....	48
Gráfico 7 – AMBULATÓRIO - CB vs PP e PR.....	48
Gráfico 8 – EVOLUÇÃO DO VAL/VALOR NOMINAL DO CG.....	50
Gráfico 9 – N.º UTENTES ADMITIDOS vs NÃO ADMITIDOS POR PATOLOGIA - 2009	52
Gráfico 10 – N.º UTENTES ADMITIDOS vs NÃO ADMITIDOS POR PATOLOGIA - 2008	52
Gráfico 11 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DE DOENTES - 2008	53
Gráfico 12 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DE DOENTES - 2009	53
Gráfico 13 – Nº UTENTES REFERENCIADOS/ PATOLOGIA	55
Gráfico 14 – PRINCIPAIS PATOLOGIAS.....	55
Gráfico 15 – EVOLUÇÃO DOS CUSTOS UNITÁRIOS	57
Gráfico 16 – TAXA DE OCUPAÇÃO	58
Gráfico 17 – DEMORA MÉDIA	58
Gráfico 18 – DOENTES SAÍDOS POR CAMA	58

Volume II – Anexos e Notas de Emolumentos

Volume III – Alegações



RELAÇÃO DAS SIGLAS

Sigla	Designação
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ADM	Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas
ADSE	Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
ARS Alentejo	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
ARS Algarve	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CB	Caso Base
CG	Contrato de Gestão
CMRA	Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão
CMRRC	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais
CMRSUL	Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul
CPC	Custo Público Comparável ou Comparador Público
DRIESAA	Direcção Regional de Instalações e Equipamentos de Saúde do Alentejo e Algarve
EPC	Entidade Pública Contratante
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
INE	Instituto Nacional de Estatística
INTOSAI	International Organisation of Supreme Audit Institutions
IQIP	International Quality Indicator Project
ISO	International Organization for Standardization
LM	Lesão Medular
N.º médicos ETC	Número de médicos equivalentes a tempo completo (n.º de horas semanais / 35 horas)
N.º terapeutas ETC	Número de terapeutas equivalentes a tempo completo (n.º de horas semanais / 35 horas)
PIE	Período Inicial de Exploração
PPP	Parceria Público Privada
RAJI	Resultado Antes de Juros e Impostos
RAJIAR	Resultado Antes de Juros, Impostos, Amortizações e Reintegrações
RLE	Resultado Líquido do Exercício
RRHMFR	Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação
SAD GNR	Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD PSP	Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SAGD	Sistema de Avaliação e Gestão de Desempenho
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas



SCI	Sistema de Controlo Interno
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SG	Sociedade Gestora
SGPS	Sociedade Gestora de Participações Sociais
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TC	Tribunal de Contas
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TIR	Taxa Interna de Rendibilidade
VAB	Valor Acrescentado Bruto
VAL	Valor Actualizado Líquido



GLOSSÁRIO

Terminologia	Significado
Caso Base	<i>Conjunto de pressupostos e projecções económico-financeiras, descritas no Anexo XXI do Contrato de Gestão.</i>
Consulta Externa	<i>Acto de assistência em ambulatório prestado no Centro onde os Utentes, com prévia marcação, são atendidos para observação clínica, diagnóstico, administração ou prescrição terapêutica, prescrição de sessões de Hospital de Dia e aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde (Cláusula 1.ª n.º 1 do Contrato de Gestão).</i>
CPC/Comparador Público	<i>Representa o custo que o projecto teria para o Estado, caso fosse desenvolvido pela via tradicional, ou seja, directamente pelo sector público. O CPC é utilizado como instrumento fundamental para aferir a existência, ou não, de Value for Money para o erário público (Valor Acrescentado) na contratação de uma parceria, funcionando como benchmark no processo de avaliação objectiva das propostas dos privados.</i>
Entrada em funcionamento do Centro	Momento em que é aberto ao público o Centro, verificados que estejam os requisitos de operacionalidade e desempenho para a realização da actividade clínica.
Falhas de desempenho	Não cumprimento dos Parâmetros de Desempenho (ANEXO XVI do Contrato de Gestão)
Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH)	Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracteriza, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes.
Período inicial de exploração(PIE)	Período que decorre entre a data de entrada em funcionamento do Centro e 31 de Dezembro de 2007.
Produção Efectiva	<i>Prestação de serviços clínicos efectivamente realizados pelo Centro em cada ano de execução do Contrato de Gestão.</i>
Produção Prevista	<i>Prestação de serviços clínicos a realizar pelo Centro em cada ano de execução do Contrato de Gestão. Para o período inicial de exploração, a produção prevista é a que como tal se encontra discriminada no Anexo XI (Cláusula 23.ª) e que, para os anos seguintes, a produção prevista é a que vier a ser determinada de acordo com as regras constantes do procedimento para a determinação da produção prevista (Cláusula 24.ª do Contrato de Gestão).</i>
Receitas Comerciais de Terceiros	Receitas obtidas pela Entidade Gestora em resultado do exercício das actividades desenvolvidas no contexto da cláusula 9.ª do CG.
Sessão de Hospital Dia	<i>Conjunto de procedimentos realizados em hospital de dia (estrutura organizacional com espaço físico próprio, onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório, em alternativa à hospitalização clássica, por um período não superior a 12 horas) e que constam de recomendações emanadas da Direcção Geral da Saúde (Cláusula 1.ª n.º 1 do Contrato de Gestão).</i>
Tabela de Preços do Serviço Nacional de Saúde (SNS)	Tabela de preços a cobrar pelas prestações de saúde realizadas pelas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, estabelecida por Portaria do Ministro da Saúde ao abrigo do art.º 25º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).
Terceiros Pagadores	Terceiro legal ou contratualmente responsáveis pelo pagamento de cuidados de saúde, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras.
TIR Accionista	Taxa interna de rentabilidade real dos fundos disponibilizados pelos accionistas e dos cash flows distribuídos aos mesmos na qualidade de accionistas até ao termo do prazo do Contrato, designadamente sob a forma de juros e reembolso de dívida subordinada subscrita, dividendos pagos ou reservas distribuídas - (Anexo XXI constante do Caso Base).
Valor Acrescentado Bruto (VAB)	O VAB permite medir a capacidade de criação de riqueza por parte da empresa através do cálculo do valor que se "acrescenta" no decurso do respectivo processo de produção/troca.



FICHA TÉCNICA

Coordenação e Controlo

Auditor-Coordenador

Abílio Pereira de Matos

(Licenciado em Economia)

Auditor-Chefe

José António Carpinteiro

(Licenciado em Direito)

Equipa de Auditoria

Maria João Libório

(Licenciada em Gestão)

José António Gomes

(Licenciado em Economia)



I. SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas para o ano de 2010, aprovado pela Resolução n.º 06/09 – 2.ª Secção, de 3 de Dezembro, realizou-se uma auditoria de resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMRSul), na óptica da execução do Contrato de Gestão e do desempenho da Sociedade Gestora entre 2006 e 2009.

1 CONCLUSÕES

1.1 Enquadramento do CMRSul (pontos 6 e 7)

O CMRSul **iniciou a sua exploração em 6 de Abril de 2007**, como centro especializado de medicina de reabilitação, integrado na Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação do Serviço Nacional de Saúde. Dispõe de uma capacidade instalada de **54 camas para internamento**, com meios e instalações para tratamento em ambulatório, disponibilizados a uma população de aproximadamente 550.000 habitantes, **na área geográfica dos distritos de Faro e de Beja**.

O Contrato de Gestão do CMRSul resultou de um Concurso Público Internacional, lançado em 2005, em regime de Parceria Público-Privada, em alternativa ao projecto de ampliação e remodelação que se encontrava em curso para integração deste Centro de Medicina Física e de Reabilitação no Hospital Distrital de Faro.

O **Contrato de Gestão** tem por entidade gestora a GPSaúde - Sociedade Gestora do CMRSul, SA e como Entidade Pública Contratante a Administração Regional de Saúde do Algarve, IP. Tem por objecto as prestações de saúde de medicina física e de reabilitação, instalação e exploração do Centro, envolvendo um **volume financeiro de cerca de € 43,6 milhões** ao longo do horizonte contratual de **sete anos**, cujo prazo termina em 2013.

O referido montante representou, em termos nominais¹, uma redução de **€ 8,3 milhões relativamente ao montante apurado no Custo Público Comparável (≈ -16%)** que serviu de fundamento ao lançamento do Concurso Público.

O **Contrato de Gestão** resultante do processo negocial confirmou uma transferência substancial dos riscos para o parceiro privado, designadamente o risco de instalação, o risco de procura, o risco operacional e o risco económico e financeiro, mantendo-se na esfera do Estado, aqueles que em regra lhe competem, isto é, o risco de modificações unilaterais ao Contrato pela Entidade Pública Contratante, o risco de inflação e o risco de alterações à legislação específica e regulamentar do sector².

O **Contrato de Gestão do CMRSul não foi publicitado**, bem como os relatórios sobre a sua execução anual não o têm sido, o que contraria manifestamente o que recomendam as boas práticas que promovem a transparência deste tipo de parcerias.

¹ Taxa de inflação de 2%.

² Note-se que, em princípio, não seria pelo facto de alguns tipos de riscos ficarem do lado do Estado que transformaria *de per se* a PPP num mau negócio para o Estado. Se, por exemplo, o risco de procura tivesse ficado do lado do Estado, o encargo financeiro de € 43,6 milhões teria que ser abatido do valor em euros do risco de procura (um activo como qualquer outro). Neste caso particular tudo dependeria do Estado dispor das necessárias proficiências para avaliar e negociar o risco de procura.



1.2 Situação Económico-financeira da Sociedade Gestora do CMRSul (ponto 9)

A situação económico-financeira da Sociedade Gestora reflecte as contingências que resultam de uma realidade diferente da que foi projectada no cenário inscrito no Caso Base constante do Contrato de Gestão.

Em 2006, o resultado líquido do exercício foi nulo dado respeitar ao período de instalação do Centro. Em 2007, atingiu os € -1.072,9 milhares, e em 2008, embora mantendo-se negativo, passou para os € -741,9 milhares. Contudo, **em 2009, já foi possível obter um resultado líquido positivo na ordem dos € 977,2 milhares.**

Para aquele resultado líquido concorreram os resultados positivos alcançados pelos resultados operacionais, embora os resultados extraordinários tenham contribuído, em cerca de 70%, decorrentes de ajustamentos efectuados no cálculo da remuneração da Sociedade Gestora, respeitantes aos anos de 2007 e 2008.

Os **proveitos por natureza evoluíram positivamente** de € 2.720,7 milhares, em 2007, para € 5.402,5 milhares, em 2008, alcançando, em 2009, os € 7.850 milhares, devido ao aumento progressivo da taxa de ocupação do Centro nos anos de 2008 e 2009.

Os custos operacionais representaram € 3.688,3 milhares, em 2007, € 6.230,8 milhares, em 2008, e € 6.912,9 milhares, em 2009. O aumento de 2008 para 2009 em cerca de 11% dos custos, justifica-se essencialmente pelo **aumento de produção realizada.**

Os **custos com o pessoal são a rubrica com maior peso**, representando, em 2007, 53,5%, em 2008, 49,9% e, em 2009, 52,9%, seguindo-se os fornecimentos e serviços externos com 34,9%, 37,7% e 32,9%.

O activo apresenta um total de € 6.655,8 milhares, em 2007, € 8.807,2 milhares, em 2008 e € 9.868,2 milhares, em 2009, sendo a rubrica mais representativa, os acréscimos e diferimentos (53,5%, em 2007, 70,9%, em 2008, e 83%, em 2009). Tal situação, resulta, principalmente, da reconciliação da facturação da Sociedade Gestora respeitante a cada ano ocorrer até 30 de Junho do ano seguinte, tal como o previsto no Contrato de Gestão.

Nas dívidas de terceiros – Curto prazo, referentes a 2009, € 586.646 respeitam a dívidas de Clientes c/c, dos quais € 270.816 de subsistemas públicos de saúde, € 156.400 do SAMS, sendo a restante, na sua maioria, de Companhias de Seguros.

A Sociedade Gestora do CMRSul iniciou a sua actividade com um capital social de € 50.000, que foi completamente absorvido em 2007. Em 2008, a situação agravou-se, dado que o resultado líquido do exercício se manteve negativo. Em 2009, apesar do reforço dos capitais próprios da sociedade em € 1 milhão, através de prestações acessórias, e do resultado líquido do exercício ser positivo, não foi suficiente para compensar os resultados negativos ocorridos nos



anos anteriores de € -2.356,5 milhares, mantendo-se a situação prevista no n.º 2 do artigo 35.º do Código das Sociedades Comerciais.

Ao longo do triénio (2007-2009) a Sociedade Gestora manteve-se com uma autonomia financeira negativa (em 2007 -15,4%; 2008 -26,2% e 2009 - 3,3%). O endividamento em 2008 atingiu os 126,2%, tendo em 2009 ocorrido uma redução para os 103,3%. Deste modo, os rácios de autonomia financeira e de endividamento confirmam a **total dependência de terceiros** (fornecedores/financiadores).

Quanto à **liquidez** verifica-se que o CMRSul se encontra, no curto prazo, com **dificuldades em cumprir os seus compromissos**, sendo a liquidez imediata praticamente nula.

A SG do CMRSul encontrava-se aparentemente em situação financeira errática, embora a continuidade do negócio não esteja em causa, dado o recurso a empréstimos concedidos pelo banco financiador do projecto, tal como resulta do modelo contratual desta parceria, os quais, a 31 de Dezembro de 2009, ascendiam a € 2,8 milhões.

Esta situação deverá, no entanto, ser precatada através do aumento dos níveis de produção ao longo do restante período de execução do Contrato de Gestão, tal como já se verificou no ano de 2009 no internamento, e da recuperação dos valores das dívidas de terceiros, de modo a que seja assegurada a sustentabilidade deste projecto de parceria, sem colocar em risco o serviço público de prestação de cuidados de medicina física e de reabilitação.

O facto de a execução do projecto ter ficado aquém do previsto no Caso Base provocou um **impacto no Produto Interno Bruto, ao custo dos factores**. Entre 2007 e 2009, verificou-se um desvio no Valor Acrescentado Bruto de cerca de € -2,9 milhões, que provocou um efeito negativo no crescimento PIB_{cf}. Tal situação traduziu-se na realização de menos cuidados de saúde ao Cidadão, face ao volume de produção que o Estado e o parceiro privado se comprometeram no Contrato de Gestão.

A TIR *ex ante* do projecto de instalação e gestão do CMRSul é $\approx 11\%$ ³ a que correspondem as seguintes rendibilidades contabilísticas semestrais:

Itens	Semestres									
	Jan-05	Jun-05	Dez-05	Jun-06	Dez-06	Jun-07	Dez-07	Jun-08	Dez-08	
RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido (t-1)*					-32,0%	-1,0%	-2,1%	1,0%	1,5%	

Itens	Semestres									
	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13
RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido (t-1)*	-0,3%	14,7%	14,5%	44,3%	34,2%	34,6%	48,6%	47,1%	32,1%	

³ Taxa anual calculada através da seguinte equação/modelo:

$$TIR = \sum_{t=1}^n \pi_t \times c_t$$

$$\pi_t = \frac{I_{t-1} \times (1 + TIR)^{-(t-1)}}{\sum_{t=1}^n I_{t-1} \times (1 + TIR)^{-(t-1)}}$$

$$c_t = \frac{RAJI_t}{I_{t-1}}$$

t = 1, 2, ... n

Ct = Rendibilidade Económica;
I = Investimento em Capital Fixo (ICF) + Investimento em Capital Circulante Líquido (ICCL);
RAJI = Resultado Antes de Juros e Impostos;
TIR = Taxa Interna de Rendibilidade.

* Activo Fixo Líquido + Necessidades em Fundo de Maneio.



Assim, para se atingirem estas rendibilidades *ex ante* a Sociedade Gestora do CMRSul teria que alcançar, a partir de 2010, rendibilidades, em alguns anos, de três ou mais dígitos, uma vez que até ao ano de 2008 as rendibilidades foram inexpressivas e/ou inconclusivas:

Itens	Anos				
	2005	2006	2007	2008	2009
RAJ*(1-Tc)/Activo Líquido (t-1)*			-2007,6%	(-)	+2363,6%

(-) Sem significado económico.

Este cenário está ao alcance da Sociedade Gestora, tal como indicia a rendibilidade já alcançada em 2009, considerando que ainda restam cerca de quatro anos de execução deste Contrato de Gestão.

1.3 Execução do Projecto do CMRSul (ponto 10)

O cenário inscrito no **Caso Base** constante do Contrato de Gestão **revelou-se optimista face à sua execução física e financeira ocorrida nos anos de 2007 a 2009.**

Relativamente ao acerto anual da facturação de **2007**, devido ao facto de o Centro só ter iniciado a actividade em Abril desse ano, a **Sociedade Gestora teve que devolver à Entidade Pública Contratante, no ano seguinte, cerca de € 2,1 milhões**, dado que a produção prevista ficou muito aquém do previamente estabelecido no Contrato de Gestão (Anexo XI), em virtude da insuficiente referenciação de utentes. No internamento a taxa de execução medida em dias de internamento foi de 58%, enquanto no ambulatório a taxa de execução das consultas ficou-se pelos 13%.

Em 2008 e em 2009 verificou-se uma aproximação entre a produção realizada e a produção prevista anualmente, na linha de produção do internamento, situando-se, a taxa de execução na ordem dos 97% e 98% respectivamente. No ambulatório verificou-se uma melhoria significativa da execução nas duas unidades de medida (consultas externas e sessões de hospital de dia), sendo que em 2009 foram realizadas 92% das consultas previstas para esse ano e 102% das sessões de hospital de dia previstas para esse ano.

No triénio (2007-2009), a Entidade Pública Contratante, após as deduções previstas no Contrato de Gestão, apurou a parcela a cargo do SNS como contrapartida dos cuidados de saúde prestados pelo Centro a importância de cerca de € 12.000 milhares (€ 1.503,9 milhares, em 2007; € 4.930,5 milhares, em 2008 e € 5.565,9 milhares, em 2009).

As **principais contingências** que têm provocado impactos na execução do Contrato de Gestão são as seguintes:

- **Atraso na data de entrada em funcionamento do Centro:** de 1 de Outubro de 2006 para 6 de Abril de 2007, o que provocou uma redução do designado como Período Inicial de Exploração de 457 dias para 270 dias, que traduziu o **risco de concepção, construção e de instalação do Centro** assumido pela Sociedade Gestora do CMRSul;
- **O modelo de referenciação de utentes** não correspondeu à quantidade de utentes necessária para alcançar a produção projectada no Caso Base e **constituiu um risco de procura** que foi assumido pela Sociedade Gestora do CMRSul;



Acresce que após a primeira consulta de avaliação no Centro, não foram admitidos no Centro, em 2007, 23% dos doentes referenciados, 39%, em 2008, e 45%, em 2009, o que também contribuiu para a diminuição da produção realizada pelo CMRSul.

- Em 2007 e ao longo de 2008, as partes debateram **divergências de interpretação quanto aos conceitos** (demora média e sessão de hospital dia) e à **aplicação do mecanismo de cálculo da remuneração** da Entidade Gestora, que só foram sanadas em Junho de 2009.
- A **produção estabelecida anualmente entre as partes tem sido inferior àquela que consta do Caso Base** constante do Contrato de Gestão do CMRSul, considerando o desajuste da infra-estrutura (espaço terapêutico disponível; número de gabinetes de consulta e área de ginásio) e a evolução da capacidade produtiva do Centro relativos à realização de sessões de hospital de dia e de consultas.

O volume de produção inscrito no Caso Base terá sido sobrevalorizado face à capacidade instalada resultante das obras de adaptação do Centro e à referenciação de utentes para o CMRSul que determinou os níveis de produção efectiva em 2007, 2008 e 2009.

No final do triénio, as **assimetrias de produção anual prevista**, em relação ao projectado no Caso Base, representaram cerca de **13% para o internamento e 35% para as consultas externas**.

Estes desajustamentos reflectem a **falta de rigor na avaliação das necessidades de cuidados de saúde** que determinaram a projecção da produção e as **deficiências de concepção e construção** das obras de adaptação realizadas pelo Estado que condicionaram a capacidade de utilização do Centro pela Sociedade Gestora, apesar das melhorias por esta introduzidas em fase de instalação.

Estes erros têm **origem na fase de lançamento desta parceria** com a elaboração do Custo Público Comparável, não foram corrigidos **na fase do Concurso Público** e o único concorrente não os terá considerado na proposta que apresentou, nem na fase de negociação final que determinou o Caso Base do Contrato de Gestão.

Se as contingências acima referidas se mantiverem até final da execução do contrato, por hipótese, **o Estado**, através da Entidade Pública Contratante **irá pagar** por esta parceria um montante que poderá rondar os **€ 36 milhões⁴**, **montante que ficará abaixo em € 6,8 milhões do previsto no Contrato de Gestão**.

A confirmar-se essa realidade, apesar de em 2009 já se verificar uma melhoria significativa do volume de produção no internamento, **os objectivos desta parceria não serão integralmente alcançados**, uma vez que não serão realizados os tratamentos em ambulatório que deviam satisfazer as necessidades de saúde dos utentes do SNS, de acordo com o volume de produção previsto no Contrato de Gestão.

Este cenário explica o facto de, em 2010, a Sociedade Gestora ter apresentado à Entidade Pública Contratante uma proposta de investimento para ampliação do espaço terapêutico, por considerar não ser possível aumentar a produção e melhorar o desempenho clínico sem alteração do espaço existente no Centro. **Tal situação poderá conduzir, eventualmente, a uma renegociação do Contrato de Gestão**.

⁴ Vd. Anexo 15.



1.4 Desempenho do CMRSul (ponto 11)

- **Equidade no acesso**

Entre 2008 e 2009, o CMRSul recebeu **1702 pedidos de referênciação**, dos quais foram **aceites 1365 a 1.ª consulta de avaliação** e após esta consulta foram **recusados 583**. Os utentes não admitidos não têm a alternativa de serem referenciados para unidades de cuidados continuados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, enquanto aguardam por uma segunda avaliação, uma vez que a referênciação pressupõe uma alta hospitalar e a não admissão no Centro não justifica um reinternamento em hospital de agudos.

As **principais causas de recusa de doentes** decorrentes da avaliação efectuada pelo CMRSul respeitam ao não cumprimento dos critérios de estabilidade clínica, potencial de reabilitação e capacidade de participar no programa de reabilitação.

O CMRSul tem sido exigente na aplicação dos critérios constantes dos protocolos de referênciação, visto que **a admissão de doentes que não reúnam as condições acordadas reflecte-se nos indicadores de desempenho exigidos pelo Contrato de Gestão** podendo traduzir-se em penalizações da remuneração que diminuem os pagamentos à Sociedade Gestora.

Não foram realizadas auditorias clínicas independentes que esclarecessem a aplicação dos critérios de avaliação clínica que determinam a referênciação, bem como a selecção dos doentes (recusados ou admitidos) pelo CMRSul, em conformidade com os protocolos de referênciação estabelecidos com os hospitais da área de influência do CMRSul. Estas auditorias que reforçam a garantia de acesso equitativo ao Centro deviam ter sido promovidas pela ARS Algarve.

Apesar de não se verificarem **listas de espera** para ingresso no CMRSul, caso todos os utentes referenciados cumprissem os critérios de admissão, já se verificariam listas de espera em 2009, uma vez que a taxa de ocupação, nesse ano, já tinha alcançado os 83%, à qual correspondem 413 utentes admitidos a tratamento do total de 757 utentes referenciados nesse ano.

Os **tempos médios** de espera para primeira consulta no CMRSul têm vindo a aumentar ao longo do período 2007-2009, culminando, em 2009, com um tempo médio de espera de 24 dias para a ocorrência da primeira consulta. No entanto, são significativamente inferiores aos tempos máximos de resposta garantidos para consulta de especialidade, previstos na Portaria do Ministério da Saúde, que vão de 30 a 150 dias para consultas de especialidade (Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro).

Enquanto não se realizarem auditorias clínicas **a avaliação clínica realizada no Centro também poderá constituir um instrumento de gestão de listas e tempos de espera** orientado pelo cumprimento das regras estabelecidas pelo Contrato de Gestão.

A **Rede de Referênciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação (RRHMFR)** foi instituída em 2002 e, desde então, não foram efectuados estudos que actualizassem as necessidades em saúde, em função das incidências, capacidade instalada e perfil assistencial dos centros de reabilitação em funcionamento ou projectados. Tal actualização poderia contribuir para uma revisão fundamentada dos protocolos de referênciação existentes no CMRSul adequando-os às efectivas necessidades de saúde da sua área de influência.



➤ **Comparação do CMRSul com o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro – Rovisco Pais e Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão**

○ **Capacidade e utilização**

A **ocupação do CMRSul cresceu de 2007 a 2009**, a par do aumento do número de referenciados, registando taxas de ocupação de 75%, em 2008, e 83%, em 2009, aproximando-se dos níveis de ocupação dos restantes Centros com mais anos de funcionamento (Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro – Rovisco Pais e Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão).

No mesmo período, o CMRSul **registou as melhores demoras médias no internamento** (de 56 passou para 45 dias), a par do melhor rácio de doentes saídos por cama (6,7), comparativamente com os restantes Centros⁵. Estes resultados poderão ser explicados pelo interesse do Centro em obter os melhores resultados terapêuticos e de cumprir a disciplina do Contrato de Gestão que penaliza as demoras médias acima dos padrões de referência.

○ **Produtividade**

Considerando a afectação por médico ou terapeuta, do número de horas dispendidas no exercício daquelas actividades o CMRSul foi mais eficiente, em 2008 e 2009, em todos os indicadores⁶.

○ **Qualidade e Segurança**

O CMRSul revela o **melhor desempenho ao longo do triénio**, quanto a úlceras de pressão e quedas e ainda se destaca pelo reduzido número de reclamações: nove reclamações em 2008 e três em 2009.

O CMRSul é o único Centro que **realiza inquéritos de satisfação dos utentes e profissionais**, com consequências na sua remuneração anual.

O **modelo de gestão do CMRSul oferece mais garantias aos utilizadores** quanto à evidência proporcionada pelos indicadores de qualidade e segurança, considerando a falta de informação que os outros Centros revelaram neste domínio.

O **Contrato de Gestão do CMRSul impõe o acompanhamento regular de padrões de desempenho**, cujo incumprimento implica penalizações na sua remuneração. O mesmo não sucede no contrato-programa do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro – Rovisco Pais ou no Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e o Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão.

Além disso, o CMRSul é o único dos Centros que **reúne cumulativamente a certificação pelas normas ISO 9001:2008** (Sistema de Gestão da Qualidade) e **ISO 14001:2005** (Sistema de Gestão Ambiental) e com programa acreditado pela *Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF)*.

⁵ **Demora Média:** 56 dias (2007), 47 dias (2008) e 45 dias (2009) no Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro – Rovisco Pais; 95 dias (2007), 96 dias (2008) e 84 (2009) no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão. **Rácio de doentes saídos por cama:** 4 (2007), 3 (2008), 3 (2009) no Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro – Rovisco Pais; 3 (2007), 3 (2008), 3 (2009) no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão.

⁶ CMRSul: **Doentes saídos por médico ETC** = 36 doentes saídos (2008), 40 (2009); **Consulta Externa por médico ETC** = 1.308 consultas (2008), 1.847 (2009); **Tratamento por terapeuta ETC** = 5.651 tratamentos (2008), 7.047 (2009).



1.5 Controlo e Avaliação da Execução do CG pela Entidade Pública Contratante (ponto 13)

O **Gestor do Contrato não foi nomeado pela ARS Algarve**, considerando as orientações resultantes de um despacho⁷ que o Ministro da Saúde emitiu em 2006, tendo as funções e os procedimentos que seriam atribuídos ao gestor do contrato, sido desempenhadas pelo Director do Departamento de Contratualização da ARS Algarve.

A Comissão Conjunta só reuniu duas vezes (Fevereiro de 2008 e Agosto de 2010) ao contrário do que é previsto no Contrato de Gestão que determina que essa Comissão deve reunir ordinariamente de seis em seis meses.

Os procedimentos de controlo executados pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve **são sistemáticos, efectivos e fiáveis**, garantindo que os pagamentos realizados correspondem à quantidade dos serviços prestados pela Entidade Gestora, em cumprimento do Contrato de Gestão.

Os procedimentos de validação realizados pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve, relativos aos exercícios de 2008 e 2009, **geraram cerca de € 280 milhares em correcções**, que representam 34 % do valor de reconciliação apresentado pela Entidade Gestora nas facturas-acerto iniciais.

O sistema de monitorização e avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Centro previsto no Contrato de Gestão é complexo e exigente, quer pelo número de parâmetros a observar (cerca de 200) quer pelos procedimentos de monitorização que suscitam certas falhas de desempenho (80 parâmetros), que por nele estarem previstas e por serem controladas, desencadeiam indícios de incumprimento, ao menor desvio dos padrões de referência.

Em 2008 e 2009 **foram aplicadas penalizações** por incumprimento de parâmetros de desempenho relacionados com as áreas de serviço e resultados, no montante **total de € 78.496,57**.

Nos primeiros dois anos completos de actividade (2008 e 2009), o resultado da **avaliação global do desempenho do Centro foi satisfatório**, isto é, obteve menos de 800 pontos de penalização e índices de satisfação dos utentes superiores a 75%, mas não reuniu as condições para obter as classificações de Bom ou Muito Bom, sobretudo, devido à circunstância dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação dos utentes não atingirem, pelo menos, os 90% de satisfação, o que evidência o elevado grau de exigência colocado no Contrato de Gestão.

O Contrato de Gestão do CMR é controlável e controlado efectivamente, considerando que dispõe de uma carteira de serviços menos complexa, não dispõe de serviços de urgência, nem de actividade cirúrgica e concentra-se apenas em determinadas patologias no âmbito da especialidade da medicina física e de reabilitação.

Contudo, sem prejuízo do que precede, especificam-se os **pontos críticos** no controlo da execução do CG que devem ser superados:

- i. A falta de realização de **auditorias informáticas** às aplicações que integram o sistema de informação da Entidade Gestora do CMRSul;

⁷ Despacho do Ministro da Saúde de 27 de Setembro de 2006.



- ii. A necessidade da aplicação informática de monitorização do Contrato de Gestão, o SIAD, conter uma funcionalidade de **fechos de período coincidentes com a emissão de facturas acerto mensais**, de modo a garantir o registo histórico de todos os dados sujeitos a validação pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve;
- iii. O facto de o Departamento de Contratualização não contar com a **colaboração de médicos especialistas em medicina física e de reabilitação** impede que a análise dos parâmetros de desempenho incida sobre a actividade clínica realizada no CMRSul;
- iv. O **número elevado de indicadores de monitorização** previstos no Contrato de Gestão (cerca de 200) dificulta o enfoque nos controlos essenciais, considerando o alinhamento com os objectivos e riscos inerentes à execução do Contrato de Gestão;
- v. A **não verificação física do inventário** dos bens da Sociedade Gestora afectos à exploração do Centro, considerando a confirmação dos *itens* contidos no Anexo I ao Contrato de Gestão;
- vi. **A falta de integração de todos os dados sobre a referenciação**, incluindo destaque das referenciações com origem em localidades fora da área de influência do Centro, bem como da avaliação clínica de cada doente referenciado e não admitido;
- vii. A **não promoção de auditorias clínicas** por entidades externas à avaliação clínica que determina a admissão ou recusa de doentes no CMRSul, bem como aos procedimentos dos hospitais referenciadores;
- viii. A **necessidade de elaborar estudos que antecipem eventuais impactos económico-financeiros das alterações legais/normativas**, prevenindo as consequências daquelas alterações face a eventuais pedidos de reposição do equilíbrio financeiro do Contrato de Gestão por parte do parceiro privado⁸;
- ix. **A necessidade de restabelecer as reuniões semestrais da Comissão Conjunta**, tal como prevê o Contrato de Gestão.

O Contrato de Gestão do CMRSul revela-se um instrumento que contribui para a eficiência, eficácia e qualidade da prestação de cuidados de medicina física e reabilitação pelo CMRSul, não só devido à exigência que coloca na avaliação de desempenho e nos mecanismos de remuneração, mas também por que as partes procuram cumpri-lo.

⁸ Vg. Alteração das regras de relacionamento entre os subsistemas públicos e o CMRSul e avaliar os respectivos impactos económico-financeiros no âmbito da execução deste Contrato de Gestão.



2 RECOMENDAÇÕES

Face às conclusões que antecedem, formulam-se as seguintes recomendações:

À Ministra da Saúde

- **Zelar pelo cumprimento dos objectivos do Contrato de Gestão do CMRSul:**
 - Providenciando pela actualização urgente da Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação (RRHMFR), instituída em 2002, considerando um levantamento actual das necessidades de saúde, da capacidade instalada e do perfil assistencial dos centros de medicina física e reabilitação em funcionamento ou projectados para cada região de saúde;
 - Providenciando pela redução das assimetrias entre o projectado no Caso Base do Contrato de Gestão e a produção prevista anualmente, tendo em conta a satisfação das necessidades em saúde e a continuidade do serviço público prestado pelo CMRSul, de um modo financeiramente sustentável;
 - Promovendo a clarificação da alteração das regras de relacionamento entre os subsistemas públicos e o CMRSul e avaliar os respectivos impactos económico-financeiros no âmbito da execução deste Contrato de Gestão.

- Considerando o aumento do número de camas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na Região do Algarve, previsto para 2011, garantir o acesso aos utentes da área de influência do CMRSul que tenham sido referenciados e não admitidos no Centro e que não se encontrem em condições de readmissão a internamento hospitalar;
- Garantir os meios necessários para que a ARS Algarve realize auditorias clínicas ao CMRSul e aos hospitais que se obrigaram a cumprir os protocolos de referênciação;
- Promover a elaboração de manuais/guias de procedimentos a elaborar pela ARS Algarve, no sentido de reter e disseminar a experiência adquirida no controlo deste Contrato de Gestão;
- Diligenciar para que os padrões de qualidade, eficiência e satisfação dos utentes sejam exigidos aos restantes centros que integram a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação, independentemente dos instrumentos contratuais utilizados (contratos-programa ou acordos de cooperação), de modo a garantir que os utentes do Serviço Nacional de Saúde acedam a informação sobre qualidade, segurança e resultados e a cuidados de saúde em condições equitativas;
- Determinar que os restantes centros que integram a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação sejam remunerados pelos serviços prestados ao SNS, não só pela produção, mas também em função do desempenho evidenciado em indicadores de eficiência, eficácia, qualidade e segurança, de acordo com metas e padrões a estabelecer nos contratos-programa ou acordos de cooperação;



- Zelar pela transparência das relações contratuais relativas aos contratos de gestão em sede de parcerias público-privadas em saúde ou nos outros acordos de cooperação ou convenções, publicitando os diversos instrumentos contratuais e a informação relativa ao acompanhamento e avaliação do desempenho dos respectivos centros de medicina física e de reabilitação.
- Tomar em consideração nas unidades de saúde da rede do SNS o modelo de governação adoptado no CMRSul, atendendo, em especial, ao número reduzido de membros do Conselho de Administração (3 Administradores - Presidente e 2 Vogais – em que apenas um administrador é residente).

Ao Ministro de Estado e das Finanças

- Diligenciar, junto da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública, para que esta instituição proceda ao pagamento dos valores em dívida ao CMRSul, relativos ao ano de 2009.

Ao Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP

- Identificar as necessidades reais de saúde no sentido de “optimizar” a produção anual prevista à projecção constante do Caso Base do Contrato de Gestão do CMRSul;
- Ponderar a formulação de objectivos regionais nos contratos-programa que realiza com os hospitais da região que referenciam para o CMRSul contemplando metas quantitativas e qualitativas para referenciação de utentes para o CMRSul;
- Projectar, em colaboração com o CMRSul, uma plataforma Web que suporte o registo e processamento dos pedidos de referenciação;
- Elaborar o relatório de avaliação do desempenho relativo à actividade do primeiro semestre, de modo a serem aprovados e notificados à Sociedade Gestora do CMRSul, até 31 de Julho de cada ano;
- Elaborar o relatório de avaliação global anual até Junho do ano n+1 e cumprir com o prazo estabelecido no Contrato de Gestão até 30 de Junho do ano seguinte;
- Promover a realização de reuniões periódicas da Comissão Conjunta, de acordo com o estabelecido no Contrato de Gestão.
- **Resolver os seguintes pontos críticos de controlo:**
 - i. Realizar auditorias clínicas ao CMRSul e aos hospitais referenciadores, até ao final do primeiro semestre de 2011;
 - ii. Realizar progressivamente, até ao final de 2011, auditorias informáticas às aplicações que integram o sistema de informação da Entidade Gestora do CMRSul;
 - iii. Realizar uma verificação física do inventário dos bens da Sociedade Gestora afectos à exploração do Centro, considerando a confirmação dos *itens* contidos no Anexo I ao Contrato de Gestão, até ao final do primeiro semestre de 2011;



- iv. Ponderar a revisão do número de indicadores de monitorização previstos no Contrato de Gestão, através da selecção de “indicadores-chave”, com vista à melhoria da efectividade e utilidade do sistema de controlo interno;
- v. Publicitar o Contrato de Gestão e os relatórios de avaliação do desempenho do CMRSul.

Ao Presidente do Conselho de Administração da Sociedade Gestora do CMRSul

- Optimizar os níveis de produção realizada garantindo elevados padrões de qualidade;
- Sem prejuízo do projecto de ampliação do espaço terapêutico do Centro submetido à apreciação da Entidade Pública Contratante, elaborar um estudo/plano de viabilidade no sentido de assegurar a sustentabilidade da Sociedade Gestora para garantir a continuidade do projecto, sem quebras de qualidade ou interrupções de serviço e se for o caso enunciando cenários alternativos;
- Publicitar os relatórios de satisfação dos utentes e os resultados em saúde constantes de relatórios elaborados por entidades externas ao Centro;
- Incluir na monitorização e avaliação do desempenho do Contrato de Gestão dados sobre a avaliação dos doentes referenciados e não admitidos no Centro, de modo a que sejam auditáveis através de auditorias clínicas a promover pela Entidade Pública Contratante;
- Configurar a aplicação informática de monitorização e avaliação do desempenho do Contrato de Gestão, de modo a conter a funcionalidade de fechos de período coincidentes com a emissão de facturas acerto mensais e garantir o registo histórico de todos os dados sujeitos a validação pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve;
- Projectar, em colaboração com a ARS Algarve, e implementar uma plataforma Web que suporte o registo e processamento dos pedidos de referênciação;
- Promover a realização de reuniões periódicas da Comissão Conjunta, de acordo com o estabelecido no Contrato de Gestão.

À Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP

- Promover a referênciação de utentes do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE, ponderando, em função da satisfação das necessidades de saúde da região, a formulação de objectivos regionais no contrato-programa desse Centro Hospitalar que contemplem metas quantitativas e qualitativas para referênciação de utentes para o CMRSul.



II. INTRODUÇÃO

3 ÂMBITO E OBJECTIVOS DA AUDITORIA

Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas (TC) para o ano de 2010, aprovado pela Resolução n.º 06/09 – 2.ª Secção, de 3 de Dezembro, realizou-se uma auditoria de resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMRSul), na perspectiva da análise da execução do Contrato de Gestão (CG) e do desempenho da Sociedade Gestora (SG), entre 2006 e 2009.

Os objectivos gerais de controlo foram os seguintes:

- i. Análise da situação económico-financeira da SG do CMRSul;
- ii. Avaliação da rendibilidade do projecto de Parceria Público Privada (PPP) do CMRSul;
- iii. Apuramento da execução física e financeira do CG;
- iv. Avaliação do desempenho assistencial;
- v. Análise da fiabilidade e eficácia do acompanhamento e controlo do CG do CMRSul pela Entidade Pública Contratante (EPC).

4 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adoptadas pelo Tribunal de Contas e acolhidos no seu “Manual de Auditoria e de Procedimentos”, tendo igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da INTOSAI, de que o Tribunal de Contas é membro.

Foram realizadas entrevistas com os responsáveis das entidades intervenientes, nomeadamente, o Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (ARS Algarve), o Director da equipa de acompanhamento do CG, o Director Executivo e Directora clínica do CMRSul, e, também, com o Encarregado da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, com a Vogal do Conselho Directivo Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (ARS Alentejo) e com a Presidente e Directora Clínica do Conselho de Administração do Hospital de Faro, EPE.

Com base na informação recolhida foram realizados testes de conformidade, analíticos e substantivos ao modelo económico-financeiro da parceria, produção, remuneração (reconciliação e pagamentos), monitorização e controlo do CG pela ARS Algarve.

Através de questionários obteve-se informação sobre organização, funcionamento e indicadores económico-financeiros e assistenciais do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais – (CMRRC), do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMRA) e do Hospital de Faro, EPE.



Concorreram, também, para o desenvolvimento desta auditoria: o estudo estratégico e económico-financeiro, os documentos do concurso público, os relatórios de gestão, de acompanhamento, avaliação e de entidades externas⁹.

Auditou-se o modelo de Parceria Público Privada (PPP) do CMRSul constante do suporte informático que contém as projecções económico-financeiras plurianuais.

5 CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

As especificidades do perfil assistencial da prestação de cuidados de medicina física e reabilitação, limitado ao tratamento de determinadas patologias e o facto de se tratar do primeiro contrato de gestão de uma unidade de saúde em execução, resultante da primeira vaga de concursos de PPP lançados a partir de 2002¹⁰, condicionam e limitam as comparações com outros estabelecimentos de saúde congéneres, tais como o CMRRC ou o CMRA.

Neste contexto específico, a actividade do CMRSul apresenta especificidades que o distinguem dos hospitais de agudos:

- × Aos hospitais públicos que dispõem de serviços de medicina física e reabilitação ou ao CMRRC têm-se aplicado sistemas de financiamento e de avaliação que são próprios dos hospitais de agudos e que se encontram suportados em contratos-programa, de acordo com o modelo de financiamento do SNS aplicável ao universo de hospitais públicos;
- × Os sistemas de medição de desempenho diferem consoante os modelos de gestão e de financiamento das instituições prestadoras de cuidados de medicina física e reabilitação, pelo que o clausulado do CG do CMRSul contempla um vasto conjunto de indicadores próprios para medir o desempenho, qualidade e efectividade, cuja nomenclatura não é correspondida na integra pelas restantes instituições congéneres.
- × Por sua vez, os sistemas de medição da actividade hospitalar (GDH) não são utilizados na gestão deste tipo de entidades por se adaptarem mal às características e riscos das patologias de reabilitação.

A não disponibilidade dos dados¹¹ que fundamentaram o Caso Base final (CB), subjacente na Adenda Interpretativa do CG, constituiu uma limitação à precisão da análise integral do próprio modelo projectado e condicionou as análises de rendibilidade sustentadas nos dados de execução do Contrato.

⁹ Vg. Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar (2009); Relatórios de avaliação da qualidade - satisfação dos utentes e colaboradores – realizado pela empresa americana usPEQ (2009), Relatório de avaliação de resultados e *benchmark* da empresa IASIST Portugal (2010).

¹⁰ A 1.ª vaga do programa das PPP consagrava os seguintes projectos: os hospitais de Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira, bem como o Centro de Atendimento do SNS e o CMFR.

¹¹ Nomeadamente, os dados respeitantes ao Balanço, Demonstração de Resultados, Demonstração de Fluxos de Caixa e Mapa de Origem e Aplicação de Fundos não constam dos arquivos da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde nem da EPC/ARS Algarve, porque, à data, não foram fornecidos pelos consultores.



6 AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, o relato foi enviado às seguintes entidades:

- Ministro de Estado e das Finanças;
- Ministra da Saúde;
- GPSaúde - Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, SA;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais;
- Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão;
- Estrutura de Missão Parcerias.Saúde.

Foi definido como prazo limite para o exercício do contraditório, o dia 27 de Setembro do corrente ano. Todas as entidades notificadas apresentaram alegações, à excepção do Ministro de Estado e das Finanças, do Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde e do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão.

As alegações apresentadas constam, na íntegra, no volume III e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

Considerando que o teor das alegações apresentadas não contraditam, na generalidade, a avaliação efectuada nesta auditoria, mantêm-se substancialmente as conclusões e recomendações inicialmente formuladas, sem prejuízo de o resultado da implementação de algumas das medidas enunciadas virem a ser evidenciadas em sede de acolhimento de recomendações.

Sem prejuízo do que antecede, das alegações apresentadas destacam-se, desde já, os seguintes aspectos:

- **Ministra da Saúde**

Através do chefe de Gabinete, informa que *“(…) as redes de referência hospitalar das diferentes valências, incluindo a Medicina Física e de Reabilitação, serão objecto de estudo e actualização logo que esteja aprovado o trabalho realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização e a Governação dos Hospitais (...)”*.

Relativamente à recomendação respeitante à harmonização do mesmo grau de exigência a todos os centros que integram a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação, de modo a serem remunerados, não só, em função da produção, mas também de acordo com metas e padrões de eficiência, eficácia, qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados, informou



que *“Num quadro de forte limitação orçamental, como o que está decidido para 2011, não é possível equacionar qualquer alteração ao modelo de remuneração em vigor”*. O Tribunal mantém a recomendação, considerando que a mesma não visa o aumento da remuneração dos prestadores que integram a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação, mas sim a clarificação da relação custo-benefício, por via de uma maior exigência quanto à avaliação daquelas instituições, cujos modelos de remuneração devem conter incentivos e penalizações em função do desempenho e da qualidade evidenciados na prestação dos cuidados de saúde.

- **GPSaúde - Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, SA**

A SG do CMRSul expressa o seu reconhecimento sobre a oportunidade da realização desta auditoria, no sentido de que a mesma *“permitirá aperfeiçoar procedimentos, de forma a prestarmos melhores serviços às pessoas que servimos, prosseguindo os nossos objectivos de eficácia e eficiência, no cumprimento do contrato de gestão”*.

No que se refere a dívidas de terceiros a SG alega que a quase totalidade da dívida de clientes actual respeita a subsistemas públicos e que *“(…) o elevado montante destas dívidas poderá colocar em causa, a curto prazo, a operacionalidade aos níveis de qualidade exigidos (…)”*.

Relativamente à ampliação do espaço terapêutico do Centro, a SG do CMRSul refere que *“apresentou em reunião de comissão conjunta o pedido de ampliação do espaço terapêutico, disponibilizando-se também para, prorrogando o prazo do contrato, suportar o investimento (…)”*.

- **Administração Regional de Saúde do Algarve**

A ARS do Algarve salientou que *“(…) Após 3 anos completos de funcionamento do Centro, verifica-se que a produção anual prevista para o internamento já está de acordo com a projecção do Caso Base (superando-a inclusivamente no número de doentes saídos), enquanto no ambulatório a produção prevista anual contratada entre as Partes, ainda abaixo da projecção constante no Caso Base, considera a capacidade instalada do Centro, (…)”*.

No que concerne à recomendação alusiva à formulação de objectivos regionais nos contratos-programa, a ARS refere que *“(…) incorporou nos contratos-programa celebrados com os hospitais do SNS da Região no ano de 2008 (Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE e Hospital de Faro, EPE), um objectivo regional relacionado com o número de utentes referenciados por aquelas entidades hospitalares para o CMRSul. No ano de 2009, foi igualmente incluído no contrato-programa celebrado com o Hospital de Faro, principal entidade referenciadora de utentes para o Centro, um objectivo regional relacionado com o número de utentes referenciados para o CMRSul, bem como a respectiva taxa de admissão.”*

No que respeita à relevância da parceria e à prossecução dos objectivos inicialmente traçados, a ARS refere que *“(…) o volume de utentes referenciados em 2008 e 2009 era suficiente para cumprir a Produção Prevista para esses anos, desde que o nível de admissão fosse melhor (…)”*. A ARS tem efectuado recomendações à SG do Centro de forma a melhorar a efectividade do modelo de referência de utentes.

A ARS refere também que a principal actividade do Centro *“(…) é o tratamento em regime de internamento, e neste caso, é possível que a Parceria venha a atingir integralmente os objectivos previstos no Caso Base. Quanto ao ambulatório, (…), constata-se que as projecções incluídas no Caso Base não se ajustam à realidade operacional do CMRSul, designadamente, tendo em conta o modelo clínico de reabilitação adoptado, que determinou inclusive a contratação de mais técnicos de saúde por parte da Entidade Gestora do Centro, do*



que o previsto contratualmente, e a adaptação realizada nos espaços terapêuticos para esse efeito, isto é, admite-se que as projecções assistenciais para o ambulatório incluído no Caso Base assentassem num modelo clínico de reabilitação que não foi adoptado.”

- **Administração Regional de Saúde do Alentejo**

A ARS do Alentejo manifesta a sua concordância com o teor do relato e informa que relativamente à recomendação que lhes é dirigida, “(...) vamos dar cumprimento, como determinado, através do Departamento de Contratualização desta ARS que, em conjunto com a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (ULSBA), procederá à revisão do Contrato-Programa da ULSBA através da criação de um indicador a constar na Adenda ao Contrato para 2011, para permitir uma mais adequada referenciação dos utentes para o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul.”

- **Estrutura de Missão Parcerias.Saúde**

A Estrutura de Missão Parcerias.Saúde salienta que “(...) este relatório resulta de uma análise cuidada, objectiva e com elevada qualidade, merecendo as conclusões do relato a nossa concordância na generalidade.” “(...) O Tribunal constata, correctamente, que existe uma aderência insuficiente do cenário previsto no «Caso Base» que se encontra anexo ao Contrato de Gestão, relativamente à sua execução ao longo do período analisado, sobretudo ao nível das projecções de actividade da prestação de cuidados de saúde”.

No que se refere à qualidade dos dados utilizados para a elaboração do comparador público e do Caso Base do parceiro privado, refere que “(...), quer o Estado na elaboração do comparador público e dos documentos concursais, quer o parceiro privado na estruturação do Caso Base não tinham à sua disposição informação histórica que permitisse com rigor a elaboração de um cenário de procura para a actividade futura do CMFRS, o que contribuiu para que as estimativas de procura fossem sobreavaliadas.”

- **Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais**

O Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais informa que “atento o teor das respectivas conclusões e recomendações, não pretende este órgão de gestão produzir quaisquer alegações, no âmbito do mesmo.”



III. DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

7 ORIGEM E ANTECEDENTES DO CONTRATO DE GESTÃO DO CMRSUL

O Sanatório Carlos Vasconcelos Porto, situado no concelho de São Brás de Alportel, a cerca de 25 km do Hospital de Faro, foi inaugurado em 1918 com o objectivo de receber os funcionários dos caminhos-de-ferro do Estado que sofriam da doença da Tuberculose. Em 1991, veio a ser integrado no Hospital Distrital de Faro, operando-se, nessa data, a extinção legal do referido Sanatório.

Face à insuficiente oferta de cuidados de reabilitação na região do Algarve e do Baixo Alentejo e a utilização descontinuada e pouco rentável das instalações do antigo sanatório pelo Hospital Distrital de Faro, considerou-se vantajoso aproveitar as referidas instalações para criar um Centro de Reabilitação, que se dedicasse aos casos mais graves da Medicina Física e de Reabilitação.

Para o efeito, a comissão designada pelo Ministério da Saúde para a elaboração do Plano Director do Hospital Distrital de Faro propôs a transformação do antigo Sanatório num Centro de Medicina Física e de Reabilitação e, com esse intuito, apresentou um programa funcional, aprovado em Abril de 1998.

No referido programa funcional estava subjacente o desenvolvimento do projecto de ampliação e remodelação do antigo Sanatório, no qual se previa que o futuro Centro de MFR do Sul disporia de duas unidades de internamento, com 27 camas cada, bem como de áreas técnicas para Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional.

O concurso público de construção, adaptação e apetrechamento com algum equipamento geral do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul foi lançado em Setembro de 2001, pela Direcção Regional de Instalações e Equipamentos de Saúde do Alentejo e Algarve (DRIESAA) e adjudicado, em Julho de 2002, à Teixeira Duarte – Engenharia e Construção S.A., pelo prazo de 24 meses. Esta empreitada não chegou a ser totalmente realizada¹².

Em 2005, o Banco BPI realizou, para a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, um estudo estratégico e económico-financeiro¹³, onde concluiu existirem mais-valias para o Estado na opção pela instalação e gestão do CMRSul em regime de PPP, face ao custo que o Estado teria que suportar caso o projecto fosse implementado directamente pelo sector público, o Custo Público Comparável (CPC)¹⁴, o qual se evidencia no quadro seguinte¹⁵:

Quadro 1 – CUSTO PÚBLICO COMPARÁVEL

Unidade: Milhares de euros

CUSTO PÚBLICO COMPARÁVEL	INICIAL	REVISTO	VARIAÇÃO %
CPC (valor nominal)	50.289	51.863	3,1
CPC (actualizado a Janeiro de 2005)*	38.755	38.673	-0,2

Fonte: Estudo Estratégico e Económico-Financeiro – Janeiro de 2005 e respectivo aditamento de Fevereiro de 2006.

* Actualização efectuada através da aplicação da taxa de desconto nominal de 6,08%, resultante da aplicação do despacho n.º 13208/2003 (2.ª série) da Ministra de Estado e das Finanças.

¹² Informação fornecida pela Parcerias.Saúde, Março de 2010.

¹³ Estudo Estratégico e Económico-Financeiro elaborado em Janeiro de 2005 e respectivo aditamento de Fevereiro de 2006.

¹⁴ O CPC é utilizado como instrumento fundamental para aferir a existência, ou não, de *Value for Money* para o erário público (valor acrescentado/adição de valor) na contratação de uma parceria, funcionando como benchmark no processo de avaliação objectiva das propostas dos privados. Havendo valor acrescentado, ou seja, sendo o custo do projecto em parceria inferior ao CPC, justifica-se a contratação da parceria; caso contrário, o projecto deverá ser promovido directamente pela entidade pública.

¹⁵ Vd. Anexo 1.



Apurou-se um valor nominal para o CPC revisto de € 51.863 milhares e um valor actualizado, a Janeiro de 2005, de € 38.673 milhares que, face ao montante do CPC inicial, sofreu um aumento de 3,1%, em termos nominais. Contudo, verifica-se que em termos actualizados houve uma redução de 0,2%.

A revisão do CPC, efectuada em Fevereiro de 2006, não provocou qualquer alteração nos pressupostos de projecção da actividade, em termos globais, para os sete anos da parceria. Apenas se verificou uma alteração na calendarização do desenvolvimento do projecto que provocou um ajustamento na repartição dessa actividade pelos diferentes anos de exploração, resultante do adiamento do início da exploração em 7 meses¹⁶.

O Despacho n.º 3567/2005, de 17 de Janeiro, do Ministro da Saúde aprovou as condições de lançamento da parceria relativa à instalação e gestão do CMRSul¹⁷.

No concurso público foi admitido o **único concorrente** - GPSaúde, SGPS, SA - por deliberação da Comissão de Avaliação de 2 de Maio de 2005, tendo o procedimento prosseguido com a fase de negociação da proposta, a qual terminou no final do 1.º trimestre de 2006.

A proposta inicial do GPSaúde, SGPS, SA, e o resultado das negociações apresentam-se no quadro seguinte¹⁸:

Quadro 2 – PROPOSTA DA GPSAÚDE

Unidade: Milhares de euros

PROPOSTA DA GPSAÚDE	INICIAL	APOS NEGOCIAÇÕES	VARIAÇÃO %
Pagamentos do Estado (valor nominal)	45.260	43.493	-3,9
VAL dos pagamentos do Estado (actualizado a Janeiro de 2005)*	34.377	31.912	-7,2

Fonte: Relatório Final da Comissão de Avaliação de 27 de Abril de 2006.

* Actualização efectuada através da aplicação da taxa de desconto nominal de 6,08%, resultante da aplicação do despacho n.º 13208/2003 (2.ª série) da Ministra de Estado e das Finanças.

Do resultado das negociações até ao apuramento do encargo máximo previsto para a execução do contrato de parceria que constitui a Adenda¹⁹ ao Contrato celebrado entre a ARS Algarve e o GPSaúde, SGPS, SA, houve ajustamentos, tendo em conta, nomeadamente, a actualização do início da exploração para 1 de Dezembro de 2006. Assim, o encargo máximo total previsto para a execução do Contrato foi fixado em € 43.566 milhares, correspondendo a um valor actualizado líquido de € 31.788 milhares²⁰.

¹⁶ Estava inicialmente previsto o início da exploração do CMRSul para 1 de Abril de 2006, tendo sido revisto esse prazo para 1 de Novembro de 2006, passando a terminar a 30 de Abril de 2013, e não em 30 de Setembro do ano anterior.

¹⁷ Concurso Público Internacional n.º 01/2005, para a celebração do Contrato de Instalação e Gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul em regime de Parceria Público-Privada, foi lançado por anúncio publicado no Diário da República, III Série, n.º 29, de 10 de Fevereiro de 2005, e no Jornal Oficial da União Europeia, Suplemento n.º 22, de 1 de Fevereiro de 2005, concurso que foi regulado pelo Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, e pelo Programa do Procedimento e Caderno de Encargos aprovados pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º 3567/2005, de 17 de Janeiro de 2005, publicados no Diário da República, II Série, n.º 34, de 17 de Fevereiro de 2005.

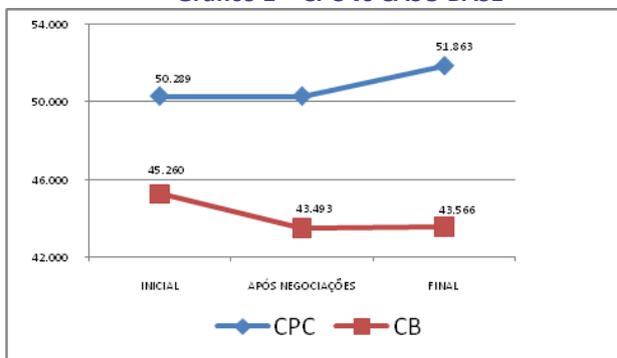
¹⁸ A proposta inicial do GPSaúde previa que o CMRSul entrasse em funcionamento a 1 de Abril de 2006, tendo sido revista, para 1 de Novembro de 2006, dado as alterações verificadas ao nível dos prazos previstos para a concretização do projecto.

¹⁹ Adenda interpretativa ao CG assinada em 31 de Agosto de 2006 – Vd. Anexo 3.

²⁰ A actualização foi efectuada através da aplicação da taxa de desconto nominal de 6,08% (resultante da taxa de inflação de 2% e da taxa de desconto real de 4%, fixadas pelo despacho n.º 13 208/2003 (2ª série) da Ministra de Estado e das Finanças, publicado no dia 7 de Julho).



Gráfico 1 – CPC vs CASO BASE



Fonte: Estudo Estratégico e Económico-Financeiro – Janeiro de 2005 e respectivo aditamento de Fevereiro de 2006, Relatório Final da Comissão de Avaliação de 27 de Abril de 2006, Anexo XXI ao CG e ficheiro remetido pela ARS Algarve em 13-04-2010.

Comparando o CPC com o Caso Base²¹ verifica-se que da fase de negociações e dos ajustamentos efectuados resultou uma redução dos pagamentos do Estado, em termos nominais, de cerca de 16%.

O CG foi submetido a Visto do TC em 19 de Julho de 2006 e Visado em 26 de Outubro de 2006, após uma Adenda interpretativa ao Contrato, na qual passou a constar o encargo total previsto para a totalidade da sua vigência (€ 43,6 milhões)²².

O modelo de parceria subjacente ao CG do CMRSul distingue-se daquele que foi adoptado para os hospitais de agudos do SNS, cujos concursos já foram lançados, no âmbito da primeira vaga do programa de PPP em Saúde iniciado em 2001²³.

No caso dos referidos hospitais em PPP optou-se pelo modelo - *Design, Built, Finance, Operate* (DBFO)²⁴. No caso do CMRSul, a concepção e construção foi iniciada pelo Estado em 2002 com as obras de adaptação do Centro de Medicina Física e Reabilitação que iria ser integrado no Hospital Distrital de Faro e que, posteriormente foram entregues à SG, tendo em vista a instalação do Centro e exploração da actividade clínica.

O CG resultante do processo negocial confirmou uma transferência substancial dos riscos para o parceiro privado, designadamente o risco de instalação, o risco de procura, o risco operacional e o risco económico e financeiro, mantendo-se na esfera do Estado, aqueles que em regra lhe competem, isto é, o risco de modificações unilaterais ao Contrato pela Entidade Pública Contratante, o risco de inflação e o risco de alterações à legislação específica e regulamentar do sector²⁵.

²¹ Proposta da GPSaúde, SGPS, SA.

²² A título meramente ilustrativo (até por que não é aplicável a esta PPP), vamos pressupor que os encargos anuais previstos são assimiláveis a uma renda de termos normais decomponíveis em duas parcelas, uma correspondente à exploração e outra ao investimento. A parcela do termo da renda correspondente ao investimento previsto no Caso Base pode obter-se calculando a respectiva anuidade, ou seja: € 3.424 milhares/ $an \cdot i$ em que i é a taxa de juro das obrigações do Estado a longo prazo (10 anos) e n é o número de anos da parceria. Neste caso considerou-se $i=5\%$ e $n=7$.

Elaborando o mapa de amortização do empréstimo mediante anuidades constantes surge que o compromisso fixo assumido em 2007 para cada um dos anos do horizonte temporal da PPP seria € 592 milhares.

Assim, o compromisso no fim de cada um dos anos de 2007 a 2012 será de € 3.003 milhares (2007); € 2.562 milhares (2008); € 2.098 milhares (2009); € 1.611 milhares (2010); € 1.100 milhares (2011); € 564 milhares (2012).

Nesta parceria os encargos anuais (renda), estão contidos no intervalo $[0xP, Qxp]$ em que Q corresponde à produção em quantidade inscrita no Caso Base Anexo ao Contrato de Gestão Visado pelo Tribunal de Contas pelo valor global de € 43,6 milhões. Sendo, por isso, que este exemplo ilustrativo não se aplica a esta PPP.

$$an \cdot i = \frac{(1+i)^n - 1}{i(1+i)^n}$$

²³ No âmbito do anúncio pelo XIV Governo do desenvolvimento da rede hospitalar mediante recurso a PPP, incluíram-se na denominada Primeira Vaga os hospitais de Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira – Vd. Anexo 4.

²⁴ O modelo DBFO, cuja tradução assenta nas actividades de concepção, construção, financiamento e gestão desdobra-se nas componentes operacionais da conservação e exploração dos edifícios e na gestão hospitalar, na qual se inclui a prestação de serviços clínicos e respectivos equipamentos a cargo dos parceiros privados.

²⁵ Quanto ao modelo contratual e respectiva matriz de alocação de riscos - Vd. Anexo 5.



Ao contrário dos outros projectos, o CMRSul não é um hospital de “porta aberta”, pois o acesso ao Centro faz-se, em regra, por referênciação dos hospitais do SNS nos quais os doentes foram tratados na fase aguda, sendo a admissão determinada por critérios e prioridades de saúde estabelecidos em norma interna, aprovada pela EPC/ARS Algarve²⁶.

Além disto, o CMRSul dispõe de uma estrutura organizacional mais simples, uma carteira de serviços menos complexa, uma vez que não tem serviços de urgência, nem de actividade cirúrgica e concentra-se apenas em determinadas patologias no âmbito da especialidade da medicina física e de reabilitação. Em ambos os modelos, no termo da parceria verifica-se a reversão da universalidade de bens e direitos que integram o estabelecimento para a EPC.

O **Contrato de Gestão do CMRSul não foi publicitado**, bem como os relatórios sobre a sua execução anual não o têm sido, ao contrário do que recomendam as boas práticas que salvaguardam a transparência deste tipo de parcerias²⁷.

8 PERFIL ASSISTENCIAL E MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE GESTORA DO CMRSUL

8.1 Especificidades da actividade de Reabilitação

O CMRSul é um centro especializado em cuidados de medicina física e de reabilitação integrado na Rede de Referênciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação do Serviço Nacional de Saúde²⁸.

O CMRSul iniciou a sua actividade/ fase de exploração em 6 de Abril de 2007, nas áreas do internamento, com uma capacidade instalada de 54 camas, e do ambulatório, para uma população de aproximadamente 550.000 habitantes.

Tem como **área geográfica de influência** directa os distritos de Faro e de Beja, podendo ainda prestar cuidados à população de outros distritos do país, desde que tenha capacidade disponível e não ocorram listas de espera.

O **perfil assistencial do CMRSul**²⁹ caracteriza-se pelas seguintes patologias assistidas:

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Lesões medulares (LM); | 7. Politrauma major; |
| 2. Traumatismos crânio-encefálicos (TCE); | 8. <i>Guillian barre</i> ; |
| 3. Acidentes vasculares cerebrais (AVC); | 9. Diversos. |
| 4. Lesões cranianas não traumáticas; | |
| 5. Lesões medulares não-traumáticas; | |
| 6. Doenças neurológicas; | |

As seis primeiras patologias são prioritárias no processo de internamento, pelo que a prestação de cuidados nas restantes patologias apenas deverá ocorrer caso não existam listas de espera relativamente ao internamento nas primeiras seis patologias.

²⁶ Cfr. N.º 4 da Cláusula 7.ª do CG e art.º 73.º n.º 3 do Regulamento Interno do CMRSul.

²⁷ Vd. Anexo 5.

²⁸ Vd. Anexo 6.

²⁹ O perfil assistencial do CMRSul respeita a configuração determinada no estudo estratégico da parceria e no Caderno de Encargos.

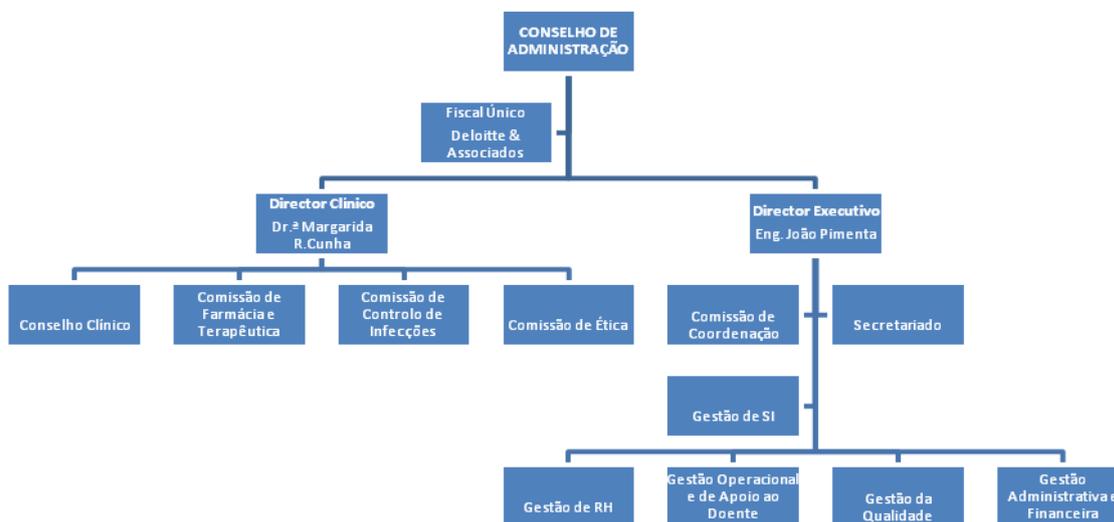


8.2 Organização, Governação e Instrumentos de Gestão

Nos termos do respectivo Regulamento Interno³⁰, a **missão** do CMRSul é “prestar, na sua área de influência, cuidados diferenciados de reabilitação a pessoas portadoras de grande limitação funcional, nos regimes de internamento, hospital de dia e ambulatório, com carácter intensivo e cumprindo padrões de excelência com vista à maximização do potencial de reabilitação de cada doente e ao pleno exercício da cidadania, tendo o Centro funções apropriadas de ensino e de investigação”³¹.

O CMRSul orienta-se pelo cumprimento de **objectivos estratégicos**³² enunciados no seu **Regulamento Interno**.

A estrutura orgânica da SG do Centro apresenta-se no seguinte organograma:



O Nível Estratégico é exercido pelo **Conselho de Administração**, composto por 3 membros: o Presidente e dois Vogais³³. Destes apenas um administrador é residente, designadamente o que acumula a Direcção Clínica do Centro.

O Nível de Gestão encontra-se alicerçado em dois centros de decisão funcionalmente distintos, embora articulados, que são protagonizados pela Directora Clínica (que também é Vogal do Conselho

³⁰ Este Regulamento Interno encontra-se disponível em suporte electrónico na intranet do Centro e, em suporte papel, nos designados dossiers de “Práticas Internas de Conduta e Segurança” de cada departamento.

³¹ Cfr. Art.º 6.º do Regulamento Interno.

³² Os sete Objectivos Estratégicos: 1. Resposta plena à procura pública de cuidados de reabilitação definidos nos termos da parceria com o Ministério da Saúde e maximização da parte complementar privada, com preservação do património público afecto. 2. Inovação e melhoria contínua dos processos de cuidados e da tecnologia utilizada, de acordo com as ciências médicas e de gestão. 3. Elevada satisfação das pessoas servidas e obtenção de resultados clínicos excelentes e serviço de nível superior, maximizando o potencial de reabilitação de cada doente. 4. Desenvolvimento, motivação, envolvimento, reconhecimento do mérito e satisfação profissional de elevado nível. 5. Gestão eficiente e eficaz dos recursos, balanceando a sua organização e uso para a obtenção dos melhores resultados. 6. Serviço e satisfação da comunidade e respeito e preservação do meio ambiente. 7. Minimização dos erros e do desperdício, aumentando o valor produtivo e optimizando os resultados financeiros” (art.º 10.º do Regulamento Interno do CMRSul).

³³ Os membros do Conselho de Administração desempenham funções executivas. As deliberações do Conselho são tomadas por maioria simples dos membros presentes ou representados e em caso de empate nas votações o Presidente ou quem o substituir, terá voto de qualidade – vd. Art.º 18.º do Regulamento Interno do CMRSul.



de Administração) e, pelo Director Executivo que dirigem as unidades operativas, conforme se detalha em organograma em anexo³⁴.

Para actuação em matérias de interesses comum, o Centro dispõe de comissões técnicas permanentes ou eventuais. São comissões técnicas permanentes a Comissão de Coordenação (Humanização, Segurança e Qualidade), o Conselho Clínico; Comissão de Ética, a Comissão de Farmácia e terapêutica e a Comissão de Controlo de Infecções³⁵.

O **Conselho Clínico** é presidido pelo director clínico e integrado pelos directores de cada uma das unidades especializadas, inclui, também, o enfermeiro coordenador, o farmacêutico, o assistente social, o psicólogo clínico e o coordenador da unidade terapêutica, com funções expressas de assessoria do director clínico. A hierarquia técnica da prestação de cuidados é expressamente atribuída ao director clínico, a quem incumbe a coordenação dos recursos e dos processos de trabalho, assessorado pelo Conselho Clínico.

O **modelo de organização da prestação de cuidados** do CMRSul encontra-se estruturado em programas de cuidados especializados, cabendo a cada programa uma equipa interdisciplinar de trabalho, cuja composição depende do perfil de necessidades de cada doente e que é sempre coordenada por um fisiatra.

O CMRSul dispõe de um **Sistema de Informação** constituído por várias aplicações que integram as componentes de gestão clínica, administrativa, financeira e estratégica³⁶. Quanto à comunicação e divulgação da informação o CMRSul dispõe de uma *intranet* que suporta as aplicações de gestão e monitorização da actividade e dispõe de um **sítio na internet** com informação institucional e informação útil para os utentes.

9 SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DA SOCIEDADE GESTORA DO CMRSUL

Considerando que a fase de exploração do CMRSul só teve início em 6 de Abril de 2007, as comparações efectuadas respeitam apenas aos anos de 2008 e 2009, dado tratarem-se de anos completos de actividade.

Tal como decorre do CG³⁷, a SG do CMRSul tinha cinco meses para proceder à instalação e abertura do Centro após a entrada em vigor do contrato. Como consequência desse facto, as actividades realizadas em 2006 centraram-se na preparação da instalação do Centro, motivo pelo qual procederam à capitalização de todos os custos incorridos em custos diferidos.

A SG do CMRSul procede ao encerramento mensal das contas para efeitos de reporte ao accionista e a 30 de Novembro de cada ano procede ao encerramento provisório, para efeitos de preparação das contas consolidadas do Grupo Português de Saúde.

³⁴ *Vd.* Anexo 7 – Modelo de Governação.

³⁵ *Cfr.* Art.º 20.º do Regulamento Interno do CMRSul.

³⁶ *Vd.* Anexo 8.

³⁷ Cláusula 19.ª.



9.1 Situação económica

9.1.1 Resultados apurados

No quadro seguinte evidenciam-se os resultados obtidos pelo Centro entre 2006 e 2009.

Quadro 3 – RESULTADOS

Unidade: Euros

Resultados	2006	2007	2008	2009	Variação % 08/09
Resultados operacionais	-146.119	-985.285	-853.992	262.934	130,79
Resultados financeiros	-47	-86.237	-162.851	-124.659	23,45
Resultados correntes	-146.166	-1.071.522	-1.016.843	138.275	113,60
Resultados extraordinários	0	363	-21.283	668.274	3.239,99
Resultados antes de impostos	-146.166	-1.071.159	-1.038.126	806.549	177,69
Resultado líquido do exercício	0	-1.072.853	-741.871	977.157	231,72

Fonte: Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.

Em 2006, o resultado líquido do exercício foi nulo, dado respeitar ao período de instalação do Centro, tendo os custos incorridos sido capitalizados³⁸. Em 2007, 2008 e 2009, o resultado líquido foi de € -1.072,9 milhares, € -741,9 milhares e **€ 977,2 milhares**, respectivamente.

O Resultado líquido alcançado em 2009 ficou a dever-se, na sua maioria (cerca de 70%), aos resultados extraordinários, embora os resultados operacionais, também tenham contribuído para esse efeito, evidenciando-se o facto de serem positivos nesse ano.

A SG do Centro, no seu relatório de gestão, justifica o resultado acima referido da seguinte forma:

“ (...) constata-se que o resultado líquido de 2009 se apresenta positivo no valor de 977.157,35 €, fortemente influenciado pelo efeito do reconhecimento de resultados extraordinários que resultam da aplicação do modelo de cálculo acordado entre as partes em Junho de 2009 aos anos de 2008 e 2007, respectivamente, e que havia penalizado os exercícios anteriores.” Além disso, “Os resultados financeiros negativos correspondem aos encargos de juros com financiamentos bancários contratados no arranque do projecto, destinados então ao Investimento inicial e à estruturação da tesouraria. Estes resultados financeiros, por sua vez, poderiam ser menos penalizadores caso a situação da tesouraria actual do CMRSul tivesse permitido uma amortização mais célere da Dívida Financeira do CMRSul. Esta situação foi motivada, fundamentalmente, pelo atraso na recepção dos valores devidos pela aplicação do método de cálculo revisto ao ano de 2007 estimado em 211.000€ e à falta de resposta da ACSS em relação à situação das prestações a doentes beneficiários dos SAMS nos anos de 2007 e 2008 que ascendem a 156.000€, perfazendo o montante total de 367.000 €”.

9.1.2 DR – Proveitos por natureza

No quadro seguinte evidenciam-se os proveitos por natureza que, em 2007, atingem € 2.720,7 milhares, em 2008, € 5.402,5 milhares e em 2009, € 7.850 milhares.

³⁸ Contabilizados como custos diferidos.



Quadro 4 – ESTRUTURA DOS PROVEITOS E GANHOS

Unidade: Euros

Proveitos e Ganhos	2006	2007		2008		2009		Variação % 08/09
	Valor	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Prestações de serviços	0	2.683.424	98,63	5.371.235	99,42	7.072.462	90,10	31,67
Proveitos suplementares	0	19.610	0,72	5.524	0,10	0	0,00	-100,00
Outros proveitos e ganhos operacionais	0	0	0,00	0	0,00	103.405	1,32	-
Total dos Proveitos Operacionais	0	2.703.034	99,35	5.376.759	99,52	7.175.866	91,41	33,46
Proveitos e ganhos financeiros	0	15.830	0,58	21.643	0,40	2.560	0,03	-88,17
Proveitos e ganhos extraordinários	0	1.885	0,07	4.142	0,08	671.526	8,55	16.114,24
Total	0	2.720.749	100,00	5.402.544	100,00	7.849.951	100,00	45,30

Fonte: Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.

O ano de 2007 corresponde ao ano de início da actividade do Centro, designado no CG por Período Inicial de Exploração (PIE), correspondendo, sensivelmente, a 9 meses de CG.

As prestações de serviço constituem a principal fonte de proveitos do Centro, representando 98,6% em 2007, 99,4% em 2008 e 90,1% em 2009.

Em 2007, a taxa de ocupação situou-se nos 44% muito abaixo dos 77% previstos no CB. Segundo o Centro *“Este baixo nível de actividade está relacionado exclusivamente com a performance da referenciação dos hospitais para o CMRSul que esteve abaixo dos valores previstos devido a algum desconhecimento inicial dos Hospitais referenciadores. Esta situação foi ultrapassada no último trimestre de 2007 onde a taxa de ocupação esteve dentro dos valores previstos”*.

A taxa de ocupação foi de cerca de, 75%, em 2008, e de 83%, em 2009, ficando, em ambos os anos, cerca de 2% abaixo do previsto nos termos do CG³⁹.

9.1.3 DR – Custos por natureza

A estrutura de custos é a que se evidencia no quadro seguinte:

Quadro 5 – ESTRUTURA DOS CUSTOS E PERDAS

Unidade: Euros

Custos e Perdas	2006	2007		2008		2009		Variação % 08/09
	Valor	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Custo merc. vend. e matérias consumidas	0	116.614	3,07	408.308	6,65	548.008	7,97	34,21
Fornecimentos e serviços externos	82.269	1.324.160	34,91	2.313.926	37,66	2.261.044	32,90	-2,29
Custos com o pessoal	45.973	2.028.805	53,48	3.066.691	49,91	3.635.117	52,89	18,54
Amortizações do imob. corpóreo e incorpóreo	17.873	204.075	5,38	438.280	7,13	461.270	6,71	5,25
Impostos	4	14.665	0,39	2.895	0,05	7.493	0,11	158,79
Outros custos e perdas operacionais	0	0	0,00	650	0,01	0	0,00	-100,00
Total dos Custos Operacionais	146.119	3.688.319	97,22	6.230.751	101,41	6.912.932	100,58	10,95
Custos e perdas financeiras	47	102.067	2,69	184.494	3,00	127.218	1,85	-31,04
Custos e perdas extraordinárias	0	1.522	0,04	25.424	0,41	3.252	0,05	-87,21
Imposto sobre o rendimento do exercício	0	1.694	0,04	5.091	0,08	4.664	0,07	-8,39
Custos capitalizados	-146.166	0	0,00	0	0,00	0	0,00	-
Impostos diferidos	0	0	0,00	-301.346	-4,90	-175.273	-2,55	-41,84
Total	0	3.793.602	100,00	6.144.415	100,00	6.872.794	100,00	11,85

Fonte: Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.

³⁹ Vd. ponto 12.2.



Os custos com o pessoal são a rubrica com maior peso: 53,5%, em 2007, 49,9%, em 2008 e, 52,9%, em 2009, seguindo-se os fornecimentos e serviços externos com 34,9%, 37,7% e 32,9%, respectivamente.

Da análise dos relatórios de gestão de 2007 e 2008 destaca-se que “No âmbito dos Fornecimentos e Serviços Externos, destaca-se serviços subcontratos a entidades externas, nomeadamente os relacionados com a manutenção do edifício, vigilância e segurança, catering, serviços de limpeza, honorários médicos, seguros e outros trabalhos especializados. Os custos com o pessoal são fundamentalmente justificados com a admissão de novos profissionais, especialmente no âmbito da prestação de cuidados de saúde (Enfermeiros, Fisioterapeutas e Pessoal Auxiliar de Acção Médica).” Já no relatório de 2009, a SG do Centro justifica o aumento dos custos com pessoal com o aumento da produção.

9.2 Situação financeira

9.2.1 Balanço - Activo

A situação financeira e patrimonial do CMRSul no quadriénio 2006 – 2009 é a que se observa no Quadro 6 e no Quadro 8.

Quadro 6 – BALANÇO EM 31 DE DEZEMBRO - ACTIVO

Unidade: Euros

Activo	2006		2007		2008		2009		Variação % 08/09
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
IMOBILIZADO									
Imobilizações incorpóreas	43.982	18,43	42.633	0,64	84.660	0,96	50.613	0,57	-40,22
Imobilizações corpóreas	38.586	16,17	1.603.026	24,08	1.422.702	16,15	1.022.881	11,61	-28,10
Sub-total	82.568	34,60	1.645.659	24,73	1.507.362	17,12	1.073.494	12,19	-28,78
CIRCULANTE									
Existências	0	0,00	81.084	1,22	110.573	1,26	111.289	1,26	0,65
Dívidas de terceiros - Curto prazo	9.000	3,77	134.071	2,01	410.286	4,66	657.864	7,47	60,34
Depósitos bancários e caixa	922	0,39	1.234.321	18,55	532.100	6,04	719.941	8,17	35,30
Acréscimos e diferimentos	146.166	61,25	3.560.628	53,50	6.246.923	70,93	7.305.647	82,95	16,95
Sub-Total	156.088	65,40	5.010.104	75,27	7.299.883	82,88	8.794.741	99,86	20,48
Total Activo Líquido	238.656	100,00	6.655.764	100,00	8.807.245	100,00	9.868.234	100,00	12,05

nte: Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.

O activo apresenta um total de € 6.655,8 milhares, em 2007, € 8.807,2 milhares, em 2008 e € 9.868,2 milhares, em 2009 sendo as rubricas que mais contribuíram para esses montantes, os acréscimos e diferimentos (53,5%, 70,9%, e 83%), o imobilizado corpóreo (24,1%, 16,2% e 11,6%) e os depósitos bancários e caixa (18,6%, 6% e 8,2%).

Do montante reflectido na conta de acréscimos e diferimentos, cerca de 70% em 2007, 81% em 2008 e 84% em 2009, respeitam a acréscimos de proveitos, visto que a reconciliação da facturação de cada ano respeitante à produção realizada pelo Centro no âmbito do CG apenas se efectiva em Junho do ano seguinte.

De referir que nas dívidas de terceiros – curto prazo, referentes a 2009, € 586.646 respeitam a dívidas de clientes c/c, dos quais € 270.816⁴⁰ são dívidas de subsistemas públicos de saúde, € 156.400 são dívidas do SAMS, sendo a restante dívida, na sua maioria, de companhias de seguros, tal como resulta do quadro seguinte⁴¹:

⁴⁰ Em sede de contraditório, a SG do Centro veio fornecer dados actualizados sobre o montante em dívida referente aos subsistemas públicos, reportado a Dezembro de 2009, que passou para €365.159,15.

⁴¹ Segundo informação da SG do Centro de 29-06-2010, a dívida de subsistemas públicos de saúde + SAMS totalizava, em Maio de 2010, cerca de € 802 milhares, sendo que cerca de € 156 milhares respeitavam a dívidas do SAMS relativas a 2007 e 2008 – Vd. Anexo 9.



Quadro 7 – DÍVIDAS DE CLIENTES C/ C

Unidade: Euros

ENTIDADES	2009
Hospital de Faro, EPE	406
Ministério da Justiça	2.661
ADSE	203.042
SAD-PSP	196
GNR	26.377
IASFA	38.540
SAMS	156.400
Companhias de Seguros	158.953
Outras	72
TOTAL	586.646

Fonte: Balancete do CMRSul de 31-12-2009.

Relativamente à dívida do SAMS, a ACSS emitiu três circulares⁴² dando instruções às entidades que integram o SNS que, a partir de Janeiro de 2009, os beneficiários do SAMS passariam a ser beneficiários do SNS. Porém, as dívidas contraídas pelo SAMS, respeitantes a cuidados de saúde prestados pelo Centro aos seus beneficiários, em 2007 e 2008, não foram regularizadas. Além disso, tendo em conta o mecanismo de remuneração da SG previsto no CG⁴³, esses montantes já estariam incluídos na *Parcela a Cargo de Terceiros Pagadores*⁴⁴ e portanto, deduzido no montante da *Parcela a Cargo do SNS*⁴⁵.

Em 2010, a ACSS, através da Circular Normativa n.º 1/2010/CD⁴⁶, vem determinar, a todos os estabelecimentos do SNS, a suspensão da facturação aos subsistemas públicos de saúde da ADSE, da SAD PSP e GNR e da ADM das Forças Armadas, de todas as prestações de saúde realizadas a partir de 1 de Janeiro de 2010, ou cuja assistência termine depois dessa data.

Essa determinação não acautela a especificidade do CG do CMRSul em regime de PPP, no qual os subsistemas são considerados *Terceiros Pagadores*, auferindo a SG para além da remuneração anual uma parte da diferença positiva entre a *Receita devida por Terceiros Pagadores*⁴⁷ e a *Parcela a cargo de Terceiros Pagadores*, em resultado do facto de os preços a praticar no que respeita ao internamento, por aplicação da tabela dos subsistemas, serem superiores aos estipulados no CG⁴⁸.

Em sede de contraditório, a SG do CMR Sul veio actualizar o “montante da dívida” dos subsistemas públicos de saúde, reportada ao período entre 1 de Janeiro e 31 de Agosto de 2010, para os € 554.412⁴⁹. Esse montante resulta do apuramento efectuado pelo Centro no seguimento dos serviços prestados aos beneficiários dos subsistemas públicos de saúde, embora não tenham sido facturados.

9.2.2 Balanço – Capital Próprio e Passivo

O capital próprio da SG do CMRSul era de € -1.022,9 milhares, em 2007, de € -2.306,5 milhares, em 2008 e de € -328 milhares, em 2009, conforme se constata no quadro seguinte.

⁴² Circular Informativa n.º 8, de 12-12-2008, circular informativa n.º 6, de 28-04-2009 e circular informativa n.º 8, de 06-05-2009.

⁴³ Cláusula 45.ª e 47.ª do CG e Anexo XV.

⁴⁴ Montante devido pela produção relativa a utentes registados como beneficiários de *Terceiros Pagadores*, ou seja, *Terceiros* legalmente ou contratualmente responsáveis pelo pagamento de cuidados de saúde, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras.

⁴⁵ Montante da remuneração anual da SG do Centro após dedução da parcela a cargo de terceiros pagadores, do montante das receitas devidas por terceiros pagadores efectivamente cobradas a atribuir à EPC, da receita correspondente à cobrança efectiva de taxas moderadoras e do montante das receitas comerciais de terceiros que cabem à EPC – Anexo XV do CG.

⁴⁶ De 26-01-2010.

⁴⁷ Corresponde à soma dos preços devidos pelas prestações de saúde realizadas a favor de utentes beneficiários de Terceiros Pagadores. A receita devida por terceiros pagadores efectivamente cobrada é repartida com a EPC/ARS Algarve, segundo as regras estabelecidas no ponto 9.4 da Secção III do Anexo XV do CG.

⁴⁸ Nos termos do n.º 4 do artigo 10.º da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro. O preço da diária de internamento em 2009 era de € 408, segundo a tabela dos subsistemas e de € 397,32 segundo o CG. Em 2010 manteve-se o preço da tabela dos subsistemas e o preço estabelecido no âmbito do CG passou para € 390,17.

⁴⁹ Informação remetida pela SG do CMRSul em sede de contraditório.



Quadro 8 – BALANÇO EM 31 DE DEZEMBRO - CAPITAL PRÓPRIO E PASSIVO

Unidade: Euros

Capital Próprio e Passivo	2006		2007		2008		2009		Variação % 08/09
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Fundos próprios									
Património	50.000	20,95	50.000	0,75	50.000	0,57	50.000	0,51	0,00
Prestações acessórias	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1.000.000	10,13	-
Doações	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1.309	0,01	-
Resultados transitados	0	0,00	0	0,00	-1.614.595	-18,33	-2.356.466	-23,88	45,95
Resultado Líquido do exercício	0	0,00	-1.072.853	-16,12	-741.871	-8,42	977.157	9,90	-231,72
Sub-total	50.000	20,95	-1.022.853	-15,37	-2.306.466	-26,19	-327.999	-3,32	-85,78
Passivo									
Dívidas a terceiros - Médio/longo prazo	0	0,00	2.000.000	30,05	3.150.972	35,78	1.000.499	10,14	-68,25
Dívidas a terceiros - Curto prazo	118.108	49,49	5.370.575	80,69	7.016.888	79,67	8.725.459	88,42	24,35
Acréscimos e diferimentos	70.548	29,56	308.042	4,63	945.850	10,74	470.276	4,77	-50,28
Sub-Total	188.656	79,05	7.678.617	115,37	11.113.711	126,19	10.196.234	103,32	-8,26
Total	238.656	100,00	6.655.764	100,00	8.807.245	100,00	9.868.234	100,00	12,05

Fonte: Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.

O CMRSul iniciou a sua actividade com um capital social de € 50.000, que foi completamente absorvido em 2007, dado que o resultado líquido do exercício foi negativo. Em 2008, não inverteu a situação, agravando-se o resultado líquido do exercício. Só em 2009, a SG do CMRSul procedeu ao reforço dos capitais próprios daquela sociedade em € 1 milhão, através de prestações acessórias. Contudo, esse montante não foi suficiente para compensar os resultados negativos ocorridos nos anos anteriores, mantendo-se a situação prevista no n.º 2 do artigo 35.º do Código das Sociedades Comerciais, isto é, encontra-se perdida metade do capital social.

A SG do CMRSul admite no seu Relatório de Gestão de 2009 que os seus capitais próprios "(...) serão progressivamente repostos com a perspectiva de manutenção de resultados positivos nos próximos exercícios".

O resultado líquido do exercício de 2009 foi aplicado em Reserva legal (€ 195.431,47) e em Resultado Transitado (€ 781.725,88).

As ênfases e reservas produzidas pelas Sociedades de Revisores Oficiais de Contas, incluídas na Certificação Legal das Contas, encontram-se especificadas no Anexo 10.

9.2.3 Análise dos Cash Flows

Quadro 9 – DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA

Unidade: Euros

ORIGENS	2006	2007	2008	2009
Resultado Líquido do Exercício	0	-1.072.853	-741.871	977.157
Custos "non cash"	17.873	231.393	440.182	460.613
cash-flow potencial	17.873	-841.460	-301.689	1.437.770
Δ Capital Circulante Líquido	-33.490	-1.869.343	706.905	1.889.495
cash-flow ajustado	51.363	1.027.882	-1.008.594	-451.724
Capital Social	50.000	0	0	0
Prestações Acessórias	0	0	0	1.000.000
Δ Resultados transitados	0	0	-541.742	0
Empréstimos bancários	0	2.000.000	1.150.000	165.000
Doações	0	0	0	1.309
Outras origens de fundos	50.000	2.000.000	608.258	1.166.309
Total das origens	101.363	3.027.882	-400.336	714.585
APLICAÇÕES				
Inv. Capital Fixo	100.441	1.794.484	301.884	26.744
Reembolsos empréstimos	0	0	0	500.000
Total das aplicações	100.441	1.794.484	301.884	526.744
Excedente	922	1.233.399	-702.220	187.841
Caixa e seus equivalentes no início do período	0	922	1.234.321	532.100
Caixa e seus equivalentes no fim do período	922	1.234.321	532.100	719.941

Fonte: Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.



Verifica-se que em 2007, a SG beneficiou de um adiantamento de € 3,6 milhões, mediante pagamentos mensais por conta da produção desse ano⁵⁰, que extravasou largamente a capacidade produtiva que a SG dispunha na data em que iniciou a exploração ao que acresceu a insuficiente referenciação de doentes para o Centro.

O referido adiantamento e o financiamento no montante de € 2 milhões contribuíram decisivamente para o excedente verificado em 2007, no valor de cerca de € 1,2 milhões. Em 2008, apesar do financiamento de cerca de € 1,2 milhões, não houve excedente, devido ao acerto de contas relativo ao adiantamento de 2007, que determinou que a SG devolvesse à ARS Algarve o montante de cerca de € 2,1 milhões.

9.3 Indicadores Financeiros

Quadro 10 – INDICADORES FINANCEIROS

Rádios de solvabilidade e Autonomia	2006	2007	2008	2009
Autonomia Financeira	20,95%	-15,37%	-26,19%	-3,32%
Solvabilidade	26,50%	-13,32%	-20,75%	-3,22%
Endividamento	79,05%	115,37%	126,19%	103,32%
Rádios de Liquidez	2006	2007	2008	2009
Liquidez Geral	0,83	0,88	0,88	0,90
Liquidez Reduzida	0,83	0,87	0,87	0,89
Liquidez Imediata	0,00	0,22	0,07	0,08

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras do CMRSul.

Nota: No cálculo dos rácios de liquidez não foram incluídos os activos por impostos diferidos.

A **autonomia financeira** do CMRSul tem vindo a degradar-se ao longo do período em análise, apesar de se verificar uma tendência de inversão em 2009. Entre 2007 e 2009 a autonomia financeira foi negativa, situação que se agravou em 2008, atingindo os -26,2%. Essa situação levou a que fosse necessário recorrer a capitais alheios, atingindo o endividamento, em 2008, os 126,2%. Já em 2009, fruto do reforço dos capitais próprios (€ 1.000.000), e do resultado líquido do exercício positivo, no montante de € 977.157, o endividamento baixou para 103,3%.

Quanto à **liquidez**, verifica-se que o CMRSul se encontra, no curto prazo com **dificuldades em cumprir os seus compromissos**, sendo a liquidez imediata praticamente nula. No Relatório de Gestão de 2007, o Centro refere que “Os indicadores financeiros foram todos influenciados pelo baixo nível de actividade que se verificou e pelo elevado nível de investimento realizado para garantir o arranque da unidade em Abril”. Situação que se agravou em 2008 com a devolução de € 2.095.434,16 à ARS do Algarve, referente ao pagamento da reconciliação de 2007.

No Relatório de Gestão de 2008 do CMRSul admite-se que a autonomia financeira negativa se deve, sobretudo, aos resultados transitados e ao acerto da estimativa de proveitos do SNS, de 2007.

A SG do CMRSul encontra-se aparentemente em situação financeira errática, embora a continuidade do negócio se mantenha por via do recurso a empréstimos concedidos pelo banco financiador do projecto, tal como resulta do modelo contratual desta parceria⁵¹ que, a 31 de Dezembro de 2009, ascendiam a € 2,8 milhões.

⁵⁰ Conforme o estabelecido nas cláusulas 23.ª, 45.ª e 48.ª do CG.

⁵¹ Vd. Anexo VIII do CG. O Banco financiador do projecto obrigou-se à concessão de um empréstimo de longo prazo, no montante de € 2 milhões e uma abertura de crédito destinada a apoiar a tesouraria, até ao montante máximo de € 1,5 milhões.



9.4 Indicadores Macro-Económicos

O facto de a execução do projecto de parceria ter ficado aquém do previsto no CB provocou um impacto no Produto Interno Bruto, ao Custo dos Factores (PIB_{cf})⁵², impacto esse que pode ser medido através do Valor Acrescentado Bruto (VAB).

Conforme se pode constatar da análise do quadro seguinte, entre 2007 e 2009, o VAB tem vindo a aumentar atingindo, em 2009, o montante de € 5.027,6 milhares, representando um acréscimo de 91% face ao ano anterior⁵³.

Quadro 11 – VALOR ACRESCENTADO BRUTO – VAB

Unidade: Euros

VALOR ACRESCENTADO BRUTO	2007	2008	2009
Output	2.704.919	5.380.901	7.847.392
Input	1.456.961	2.751.204	2.819.797
VAB	1.247.958	2.629.697	5.027.595

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras do CMRSul.

Assim, o facto de não ter sido alcançado o VAB *ex ante*⁵⁴ provocou um impacto negativo de € 2,9 milhões no Produto Interno Bruto, ao longo dos três anos em análise, conforme se pode constatar da análise do quadro seguinte:

Quadro 12 – VAB EX POST vs EX ANTE

Unidade: Euros

VAB	2007	2008	2009
VAB <i>ex-post</i>	1.247.958	2.629.697	5.027.595
VAB <i>ex-ante</i>	3.473.092	3.963.309	4.409.889
Diferença	-2.225.134	-1.333.612	617.706

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras do CMRSul e as constantes do Anexo XXI ao CG.

Nota: VAB *ex-post* - VAB implícito nas demonstrações financeiras do CMRSul; VAB *ex-ante* - VAB implícito nas demonstrações financeiras constantes do Caso Base - Anexo XXI do CG.

O efeito negativo no crescimento da Economia Nacional, de cerca de € 2,9 milhões, traduziu-se na prestação de menos cuidados de saúde ao Cidadão, face ao volume de produção que o Estado e o parceiro privado se comprometeram no CG.

9.5 Rendibilidade do projecto e sustentabilidade da empresa

O projecto de parceria⁵⁵ previa que o montante máximo disponibilizado pelo Grupo Português de Saúde ascendesse a € 1.533 milhares⁵⁶, distribuídos entre capital social (€ 50.000) e prestações

⁵² Segundo a óptica da produção o Produto Interno Bruto ao custo dos factores pelo método dos valores acrescentados é igual ao somatório do valor acrescentado bruto de cada unidade produtora de bens ou serviços do país.

⁵³ Vd. Anexo 11.

⁵⁴ Vd. Anexo 12.

⁵⁵ Caso Base na versão considerada no Relatório Final da Comissão de Avaliação de 27 de Abril de 2006 e que constitui o Anexo XXI do CG.

⁵⁶ Conforme o estipulado nas alíneas a) e b) do n.º 3.1 do Anexo IX ao CG, a GPSaúde obriga-se a realizar na SG do Centro, através de capital social e de prestações acessórias e/ou suprimentos, o montante de fundos próprios base, necessários para cobrir as necessidades de financiamento do projecto, durante os primeiros doze meses de vigência do CG, até um montante total de € 1.533.000 e um montante adicional máximo de € 1.000.000 a título de fundos próprios adicionais, os quais serão realizados pelo GPSaúde para suprir necessidades de financiamento pontuais.



accessórias (€ 1.483 milhares), sendo a taxa de rendibilidade accionista real de 9,36%, correspondendo em termos nominais a 11,73%.

Assim, de acordo com a auditoria efectuada ao Modelo Financeiro (Caso Base) que suportou o plano de negócios desta PPP, determinaram-se os seguintes *cash flows* que permitiriam aos accionistas atingir uma TIR de 11,73%:

Quadro 13 – DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DOS ACCIONISTAS

Unidade: Milhares de euros

Semestres	Jun-05	Dez-05	Jun-06	Dez-06	Jun-07	Dez-07	Jun-08	Dez-08		
Itens										
- Capital Social	0	0	50	0	0	0	0	0		
- Prestações Acessórias	0	0	336	1.147	0	0	0	0		
+ Reemb. Prestações Acessórias	0	0	0	0	0	0	278	0		
+Dividendos e liquidação da sociedade	0	0	0	0	0	0	0	0		
=Cash Flow dos Accionistas	0	0	-386	-1.147	0	0	278	0		
Semestres	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13
Itens										
- Capital Social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Prestações Acessórias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+ Reemb. Prestações Acessórias	443	0	163	0	252	0	315	0	32	0
+Dividendos e liquidação da sociedade	0	0	0	0	0	0	0	0	1.097	0
=Cash Flow dos Accionistas	443	0	163	0	252	0	315	0	1.130	0

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG (Caso Base).

No quadro seguinte apuraram-se os *cash flows*, na óptica dos capitais próprios, que permitiriam alcançar uma TIR de 15,74%, se forem acrescidos aos *cash flows* accionistas o excedente gerado ao longo do projecto.

Quadro 14 – DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DOS CAPITALS PRÓPRIOS

Unidade: Milhares de euros

Semestres	Jun-05	Dez-05	Jun-06	Dez-06	Jun-07	Dez-07	Jun-08	Dez-08		
Itens										
Cash Flow dos Accionistas	0	0	-386	-1.147	0	0	278	0		
+Surplus	0	0	0	0	281	11	349	-170		
=Free Cash Flow dos Capitais Próprios	0	0	-386	-1.147	281	11	627	-170		
Semestres	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13
Itens										
Cash Flow dos Accionistas	443	0	163	0	252	0	315	0	376	0
+Surplus	-51	-215	296	-192	239	-234	82	-21	405	0
=Free Cash Flow dos Capitais Próprios	392	-215	459	-192	492	-234	397	-21	781	0

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG (Caso Base).

O projecto de parceria também previa o recurso a capitais alheios na ordem dos € 1.935 milhares (empréstimo bancário), vencendo o empréstimo juros à taxa indexada à EURIBOR a seis meses, arredondada para o 1/8 de ponto percentual superior, acrescida de um “*spread*” de 1,5% ao ano.

Assim, de acordo com essa previsão, apuraram-se os *cash flows* dos empréstimos, para uma TIR de 7,28%.

Quadro 15 – DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS DOS EMPRÉSTIMOS

Unidade: Milhares de euros

Semestres	Jun-05	Dez-05	Jun-06	Dez-06	Jun-07	Dez-07	Jun-08	Dez-08		
Itens										
-Empréstimos	0	0	487	1.448	0	0	0	0		
+Reembolsos	0	0	0	0	0	0	0	242		
+Juros	0	0	60	43	55	57	58	54		
=Cash Flow dos Empréstimos	0	0	-426	-1.405	55	57	58	296		
Semestres	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13
Itens										
-Empréstimos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
+Reembolsos	242	242	242	242	242	242	242	0	0	0
+Juros	46	41	34	28	21	14	7	0	0	0
=Cash Flow dos Empréstimos	288	283	276	270	263	256	249	0	0	0

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG (Caso Base).



No quadro seguinte apuraram-se os *cash flows*, segundo a óptica do investimento, que permitiriam atingir uma TIR do projecto de 11,27%⁵⁷.

Quadro 16 – DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DO INVESTIMENTO

Unidade: Milhares de euros

Itens	Semestres		Jun-05		Dez-05		Jun-06		Dez-06		Jun-07		Dez-07		Jun-08		Dez-08	
	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13								
Cash Flow dos Capitais Próprios	0	0	-386	-1.147	281	11	627	-170										
+C. Flow dos Emprést.	0	0	-426	-1.405	55	57	58	296										
Free Cash Flow	0	0	-812	-2.552	336	68	685	125										

Itens	Semestres		Jun-09		Dez-09		Jun-10		Dez-10		Jun-11		Dez-11		Jun-12		Dez-12		Jun-13		Dez-13	
	Cash Flow dos Capitais Próprios	392	-215	459	-192	492	-234	397	-21	781	0											
+C. Flow dos Emprést.	288	283	276	270	263	256	249	0	0	0												
Free Cash Flow	680	69	735	77	754	22	646	-21	781	0												

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG (Caso Base).

Para que o projecto atingisse uma TIR de $\approx 11\%$ ⁵⁸ teriam que se obter as rendibilidades contabilísticas semestrais que se evidenciam no quadro seguinte:

Quadro 17 – DETERMINAÇÃO DA RENDIBILIDADE CONTABILÍSTICA PERIÓDICA

Unidade: Milhares de euros

Itens	Semestres		Jan-05		Jun-05		Dez-05		Jun-06		Dez-06		Jun-07		Dez-07		Jun-08		Dez-08	
	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13										
Períodos	0	1	2	3	4	5	6	7	8											
RAJI*(1-Tc)	0	0	0	-22	-253	-29	-57	27	30											
Activo líquido no fim do período	0	0	0	790	3.089	2.724	2.598	1.940	1.845											
RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido (t-1)						-32,0%	-1,0%	-2,1%	1,0%	1,5%										

Itens	Semestres		Jun-09		Dez-09		Jun-10		Dez-10		Jun-11		Dez-11		Jun-12		Dez-12		Jun-13		Dez-13	
	Períodos	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18											
RAJI*(1-Tc)	-6	170	183	314	324	178	326	165	172	0												
Activo líquido no fim do período	1.158	1.260	708	945	515	671	351	538	0	0												
RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido (t-1)	-0,3%	14,7%	14,5%	44,3%	34,2%	34,6%	48,6%	47,1%	32,1%													

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG (Caso Base).

Quadro 18 – TIR vs RENDIBILIDADE CONTABILÍSTICA PERIÓDICA

Itens	Semestres		Jan-05		Jun-05		Dez-05		Jun-06		Dez-06		Jun-07		Dez-07		Jun-08		Dez-08	
	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13										
Períodos	0	1	2	3	4	5	6	7	8											
Produto dos "pesos" pelas redibilidades cont.						-1,7%	-0,2%	-0,3%	0,2%	0,2%										

Itens	Semestres		Jun-09		Dez-09		Jun-10		Dez-10		Jun-11		Dez-11		Jun-12		Dez-12		Jun-13		Dez-13	
	Períodos	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18											
Produto dos "pesos" pelas redibilidades cont.	0,0%	0,8%	0,8%	1,3%	1,3%	0,7%	1,2%	0,6%	0,6%													
TIR = \sum linha anterior (média pesada/ponderada)	5%		Semestral																			
	11%		Anual																			

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG (Caso Base).

⁵⁷ Vd. Anexo 13.

⁵⁸
$$TIR = \sum_{t=1}^n \pi_t \times c_t$$

$$\pi_t = \frac{I_{t-1} \times (1 + TIR)^{-(t-1)}}{\sum_{t=1}^n I_{t-1} \times (1 + TIR)^{-(t-1)}}$$

$$c_t = \frac{RAJI_t}{I_{t-1}}$$

$$t = 1, 2, \dots, n$$

Ct = Rendibilidade Económica;
 I = Investimento em Capital Fixo (ICF) + Investimento em Capital Circulante Líquido (ICCL);
 RAJI = Resultado Antes de Juros e Impostos;
 TIR = Taxa Interna de Rendibilidade.



Face ao que precede teria que se verificar rendibilidades anuais até 49% para se atingir uma TIR do projecto de \approx 11%.

Considerando o período de execução do contrato já decorrido, verifica-se que a SG não conseguiu obter as rendibilidades previstas, tal como se evidencia no quadro seguinte:

Quadro 19 – RENDIBILIDADE CONTABILÍSTICA PERIÓDICA

Unidade: Euros

Itens	Anos				
	2005	2006	2007	2008	2009
Periodos	0	1	2	3	4
RAJI*(1-Tc)	0	-146.119	-985.285	-853.992	261.413
Activo líquido no fim do período	0	49.078	-257.174	11.060	-825.405
RAJI*(1-Tc)/Activo Líquido (t-1)			-2007,6%	(-)	+2363,6%

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras do CMRSul.

(-) Sem significado económico-financeiro.

A ausência de rendibilidade explica-se, fundamentalmente, pelo facto de a SG ter assumido o risco da procura e não ter realizado a produção prevista naquele período⁵⁹. No entanto, dado que em 2009 a SG alcançou uma rendibilidade positiva, resultante, fundamentalmente, do aumento da produção, o cenário considerado *ex ante* está ao alcance da SG, considerando o período restante de execução do CG.

Para se atingirem as rendibilidades referidas no Quadro 17 a SG do CMRSul teria que alcançar, a partir de 2010, rendibilidades de três ou quatro dígitos, uma vez que até 2008 as rendibilidades foram inexpressivas.

Relativamente aos resultados esperados pela SG do CMRSul, ao longo do período de vigência do CG, estes seriam, de acordo com o CB, os que a seguir se indicam:

Quadro 20 – RESULTADOS – EX ANTE

Unidade: Milhares de Euros

Resultados	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Resultados Operacionais	-274	-89	50	158	492	627	647	227
Resultados Financeiros	-60	-110	-105	-82	-57	-29	-1	3
Resultados antes de impostos	-334	-199	-55	76	436	597	646	230
Resultado Líquido do Exercício	-251	-149	-41	57	327	448	484	172

Fonte: Anexo XXI ao CG (Caso Base).

Contudo, considerando as contingências referidas no ponto 10.1.3, constata-se que os resultados *ex ante* divergem dos resultados alcançados pela SG no período de 2006-2009, sem prejuízo da entrada em funcionamento do Centro ter ocorrido em período diferente do que foi inicialmente previsto no CB.

Nos gráficos seguintes é possível observar as divergências que se verificaram no RAJI⁶⁰, no RAJIAR⁶¹ e no RLE⁶².

⁵⁹ *Vd.* ponto 10.1.3.4 e sem prejuízo de outras contingências referidas em 10.1.3.

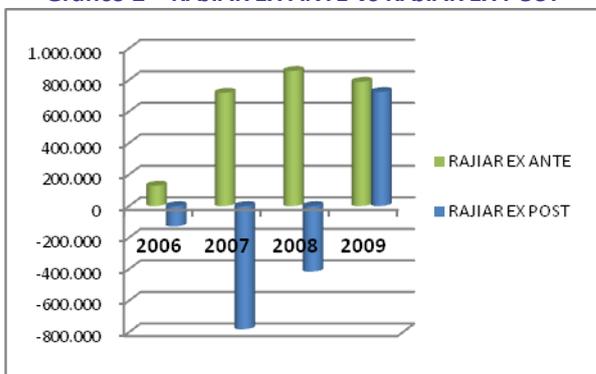
⁶⁰ Resultado antes de juros e impostos.

⁶¹ Resultado antes de juros, impostos, amortizações e reintegrações.

⁶² Resultado Líquido do Exercício.

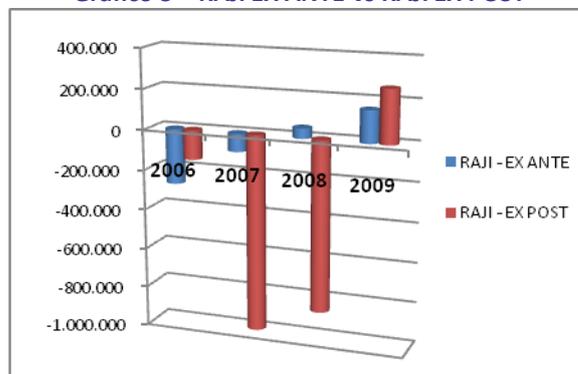


Gráfico 2 – RAJIAR EX ANTE vs RAJIAR EX POST



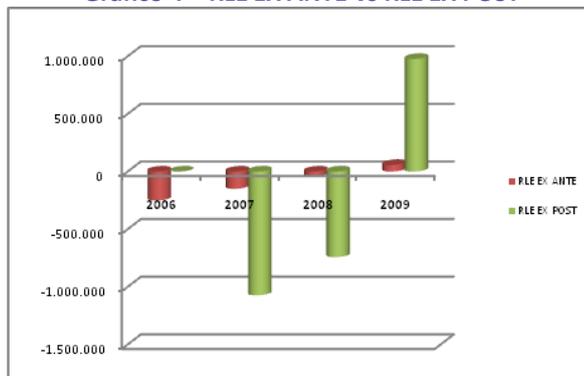
Fonte: Anexo XXI ao CG e Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.

Gráfico 3 – RAJI EX ANTE vs RAJI EX POST



Fonte: Anexo XXI ao CG e Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.

Gráfico 4 – RLE EX ANTE vs RLE EX POST



Fonte: Anexo XXI ao CG e Relatórios de Gestão do CMRSul de 2006, 2007, 2008 e 2009.

O cenário inscrito no CB revelou-se optimista face ao realmente verificado devido a uma incorrecta avaliação dos pressupostos⁶³ que fundamentaram a proposta apresentada e a negociação final pelo único concorrente, o que terá condicionado as opções gestonárias da SG na fase de execução do contrato entre 2007 e 2009 e afectado a rendibilidade esperada nesses anos.

10 EXECUÇÃO DO PROJECTO DO CMRSUL

10.1 Execução Física e Financeira do Projecto

10.1.1 Execução Física: Produção Prevista vs Realizada

O CG veio prever a existência de um PIE⁶⁴ com a duração de 457 dias pressupondo a entrada em funcionamento do CMRSul em 1 de Outubro de 2006. Na realidade o Centro entrou em funcionamento em 6 de Abril de 2007 e o PIE acabou por ficar reduzido a 270 dias, o que implicou

⁶³ Nomeadamente ao nível da capacidade instalada com reflexos na produção prevista, com origem na elaboração do CPC, na fase de lançamento desta parceria, que não foram corrigidos na fase do Concurso Público, uma vez que o único concorrente não terá considerado na proposta que apresentou alterações, nem na fase de negociação final que determinou o CB do CG; *Vd.* Ponto 10.1.3.

⁶⁴ De acordo com o n.º1 da cláusula 1.ª do CG, o PIE é o período que decorre entre a data de entrada em funcionamento do Centro e 31 de Dezembro de 2007 - *Cfr.* Cláusulas 1.ª, 19.ª e 90.ª do CG.



que a determinação da produção prevista para esse ano resultasse da aplicação da regra de proporcionalidade prevista no n.º 2 do Anexo XI do CG⁶⁵.

Nos anos seguintes, no âmbito das negociações anuais para determinação da produção prevista⁶⁶, as partes reconheceram que não era possível cumprir os volumes de produção previstos no CB, pelo que acordaram reajustar os respectivos volumes de produção em 2008 e 2009⁶⁷.

Quadro 21 – PRODUÇÃO PREVISTA/REALIZADA - INTERNAMENTO⁶⁸

INTERNAMENTO	2007			2008			2009		
	PP	PR	Grau Execução (%)	PP	PR	Grau Execução (%)	PP	PR	Grau Execução (%)
Episódios de Internamento	250	115	45,93	305	319	104,59	337	360	106,82
Lesões medulares	15	22	148,98	40	55	137,50	58	80	137,93
Traumatismos crânio-encefálicos	37	11	29,79	30	25	83,33	35	52	148,57
Acidentes vasculares cerebrais	199	67	33,72	200	191	95,50	210	173	82,38
Outras patologias	0	15	-	35	48	137,14	34	55	161,76
Dias de Internamento	11.208	6.452	57,57	15.250	14.778	96,90	16.754	16.370	97,71
Lesões medulares	1.329	1.575	118,51	2.400	3.875	161,46	3.480	4.795	137,79
Traumatismos crânio-encefálicos	3.323	747	22,48	1.800	1.615	89,72	2.100	2.619	124,71
Acidentes vasculares cerebrais	6.556	3.319	50,63	10.000	7.090	70,90	9.450	6.838	72,36
Outras patologias	0	811	-	1.050	2.198	-	1.724	2.118	122,85
Demora Média	-	56	-	-	46	-	-	45	-
Lesões medulares	90	72	79,55	60	70	117,42	60	60	99,90
Traumatismos crânio-encefálicos	90	68	75,45	60	65	107,67	60	50	83,94
Acidentes vasculares cerebrais	33	50	150,11	50	37	74,24	45	40	87,84
Outras patologias	30	54	180,22	30	46	152,64	50	39	77,02

Fonte: Elaborado com base nos dados remetidos pela ARS Algarve em 11-02-2010.

OBS: PP – Produção Prevista; PR – Produção Realizada.

Em 2007, a produção realizada ficou muito abaixo da prevista, sendo a taxa de execução de 58%. Contudo, verificou-se que a patologia de lesões medulares superou a produção prevista em cerca de 19%. Esta situação reflectiu-se na taxa de ocupação do Centro que alcançou cerca de 44%, muito aquém dos 77% previstos. Tal situação ficou a dever-se, essencialmente, à entrada em funcionamento do Centro apenas em Abril desse ano e às dificuldades ocorridas na referenciação de doentes para o CMRSul devidas à falta de conhecimento dos médicos referenciadores do início da actividade do Centro⁶⁹.

Em 2008, a execução melhorou atingindo uma taxa de 97% que se reflectiu na melhoria da taxa de ocupação para 75%.

Em 2009, a taxa de execução subiu para os 98% e a taxa de ocupação ascendeu a 83%. De referir que a produção prevista para 2009 de 16.754 dias de internamento foi superior à produção prevista em 2008 (15.250 dias de internamento).

⁶⁵ Vd. Anexo 14.

⁶⁶ Cfr. Cláusula 23.ª do CG.

⁶⁷ Vd. pontos 10.1.3.4.

⁶⁸ A Produção Prevista em internamento exprime-se em número de dias de internamento, determinados com base no número de episódios de internamento por patologia e na respectiva demora média de referência, e engloba o conjunto dos cuidados de saúde e outros serviços acessórios prestados a todos aqueles utentes admitidos no Centro que ocupam camas para diagnóstico ou tratamento e permanecem, no mínimo, vinte e quatro horas no Centro.

⁶⁹ Vd. pontos 10.1.3.2 e 11.1.1.



Tanto em 2008 como em 2009 a taxa de ocupação ficou cerca de 2% abaixo do previamente contratado, o que se traduziu numa significativa recuperação da utilização da capacidade instalada face a 2007.

A produção prevista para o ambulatório, no triénio 2007 – 2009, assim como, a produção realizada, nos termos definidos pelo CG, foi a seguinte:

Quadro 22 – PRODUÇÃO PREVISTA/REALIZADA - AMBULATÓRIO⁷⁰

AMBULATÓRIO	2007			2008			2009		
	PP	PR	Grau Execução (%)	PP	PR	Grau Execução (%)	PP	PR	Grau Execução (%)
Consultas Externas	2.158	281	13,02	1.200	1.938	161,50	2.500	2.277	91,08
Lesões medulares	88	38	43,18	66	223	337,88	375	229	61,07
Traumatismos crânio-encefálicos	331	36	10,88	156	157	100,64	200	114	57,00
Acidentes vasculares cerebrais	1.739	152	8,74	930	1.058	113,76	1.500	1.136	75,73
Outras patologias	0	55	-	48	500	1.041,67	425	798	187,76
Sessões de Hospital de Dia	29.432	1.207	4,10	12.000	7.547	62,89	9.800	10.014	102,18
Lesões medulares	1.767	136	7,70	660	1.010	153,03	1.470	675	45,92
Traumatismos crânio-encefálicos	5.962	164	2,75	1.560	897	57,50	1.274	591	46,39
Acidentes vasculares cerebrais	21.703	695	3,20	9.300	3.443	37,02	4.900	4.054	82,73
Outras patologias	0	212	-	480	2.197	457,71	2.156	4.694	217,72
N.º Médio SHD/CE	-	4	-	-	4	-	-	4	-
Lesões Medulares	20	4	17,89	10	5	45,29	10	3	29,48
Traumatismos Crânio-encefálicos	18	5	25,31	10	6	57,13	10	5	51,84
Acidentes Vasculares Cerebrais	12	5	38,10	10	3	32,54	10	4	35,69
Outras Patologias	18	4	21,41	10	4	43,94	10	6	58,82

Fonte: Elaborado com base nos dados remetidos pela ARS do Algarve em 11-02-2010.

Nota: PP – Produção Prevista; PR – Produção Realizada. Nas consultas externas não se encontram reflectidas as consultas efectuadas aos doentes admitidos no internamento.

Em 2007, o Centro realizou um total de 281 consultas e 1207 sessões de hospital de dia que se traduziram numa execução de cerca de 13% e 14%, respectivamente.

No que se refere à execução da Produção Prevista para o ano 2008 realizaram-se 1938 consultas superando o número de consultas previstas em 62%. Já o número de sessões de hospital de dia realizadas representou apenas 63% das sessões previstas. Refira-se ainda que os ratios, por patologia, do número de sessões de hospital de dia por consulta ficaram muito abaixo dos fixados para o ano de 2008.

Em 2009 verificou-se um maior equilíbrio entre a produção prevista e a produção realizada sendo que taxa de execução das consultas externas foi de 91% e a execução das sessões de hospital de dia superou a produção prevista em cerca de 2%. Todavia, os ratios por patologia, do número de sessões de hospital de dia por consulta continuaram muito abaixo dos fixados.

⁷⁰ A produção prevista em ambulatório é expressa em número de consultas externas e de sessões de hospital de dia, por patologia, tendo em consideração os indicadores de referência relativamente ao número de sessões de hospital de dia por consulta externa, por patologia.



10.1.2 Execução financeira: Remuneração da SG do CMRSul

No CG encontram-se previstos os preços de referência a praticar durante o PIE, sendo os mesmos anual e automaticamente actualizados, de acordo com o estabelecido no anexo XV ao referido contrato. Assim, no período 2007 - 2009, foram praticados os seguintes preços de referência:

Quadro 23 – PREÇOS DE REFERÊNCIA

Unidade: euros

Preços de Referência	Escalação de Produção 1			Escalação de Produção 2		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Internamento	377,45	385,00	397,32	94,65	96,55	99,64
Ambulatório	264,21	269,49	278,12	54,28	55,36	57,13

Fonte: Elaborado de acordo com o estipulado no artigo 45.º do CG e nº 5 do Anexo XV.

Em resultado do CG e das negociações realizadas para o período de 2007 – 2009 chegou-se aos seguintes montantes de remuneração:

Quadro 24 – REMUNERAÇÃO

Unidade: euros

	2007	2008	2009	Total
Remuneração Base Anual da SG	2.004.551	5.892.914	6.783.695	14.681.159
Deduções	0	74.336	4.161	78.497
*RASG	2.004.551	5.818.578	6.779.534	14.602.663
Parcela a cargo do SNS	1.503.853	4.930.449	5.565.942	12.000.244
Adiantamentos mensais por conta	3.599.287	4.660.498	5.298.853	13.558.638
Reconciliação	-2.095.434	269.951	267.089	-1.558.393

Fonte: Relatórios elaborados pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve “Contrato de Gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul – Relatório Anual (2007)”, “Pagamento de Reconciliação – Ano 2008” e “Pagamentos de Reconciliação Ano 2009”.

* Remuneração Anual da Sociedade Gestora

De referir que, relativamente ao ano de 2007, a SG do CMRSul teve que devolver à EPC cerca de € 2,1 milhões, dado que a produção prevista ficou muito aquém do previamente contratado, situação que se inverteu nos anos subsequentes. Em 2007 e ao longo de 2008, verificaram-se divergências no entendimento de conceitos e de aplicação dos critérios de apuramento de remuneração do CG que vieram a ser sanadas por acordo entre as partes em Junho de 2009, no qual também foi acordada a reabertura posterior do processo de reconciliação de 2007, previsivelmente até ao final de 2010⁷¹.

Segundo, uma hipótese de trabalho, a reconciliação do pagamento do ano de 2007 poderá rondar os € 215.000, tendo a ARS Algarve que devolver à SG do Centro essa importância, situação que ainda não ocorreu.

⁷¹ Vd. ponto 10.1.3.3.



10.1.3 Principais Contingências na execução do Contrato

10.1.3.1 Início de funcionamento do CMR Sul

O CMRSul entrou em funcionamento em Abril de 2007 cumprindo o disposto na cláusula 19.^a do CG, uma vez que o Visto do TC foi concedido em Outubro de 2006⁷². Contudo, verificou-se uma falha de concordância entre as previsões do início da entrada em funcionamento do Centro constantes no Anexo XI do CG (Produção Prevista para o PIE - Outubro de 2006), no CB anexo XXI ao CG (Novembro de 2006) e na Adenda ao CG (Dezembro de 2006)⁷³.

Estes atrasos repercutiram-se na redução do PIE de 457 dias para 270, considerando que o mesmo se iniciou em Abril de 2007 e terminou em 31 de Dezembro desse ano.

Os atrasos na implementação dos sistemas de informação do CMRSul constituíram o constrangimento mais significativo para a gestão operacional do Centro e para o acompanhamento efectivo da execução do CG. Ao contrário do que tinha sido planeado, verificou-se que todo o processo de instalação, configuração e parametrização do SAP e do Trakcare às especificidades do Centro revestiu-se de uma complexidade inesperada que provocou um arrastar de todo o processo ao longo do PIE, com o conseqüente atraso da entrada em exploração destas aplicações e respectiva estabilização dos dados.

10.1.3.2 Níveis de referência para o CMRSul

Em 2007, o ano de entrada em funcionamento do Centro verificou-se "(...) um desconhecimento inicial da actividade do Centro por parte dos médicos referenciadores (...) "⁷⁴.

Quadro 25 – REFERENCIAÇÃO

Anos	2007	2008	2009
N.º Utentes referenciados para o Centro	245	608	757
Distrito de Faro	216	519	625
Distrito de Beja	14	31	51
Outros Distritos	15	45	80

Fonte: Relatório de Avaliação Global do Desempenho da Entidade Gestora do Centro de 2007 e 2008 elaborado pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve.

Entre 2007 e 2009, foram admitidos à 1.^a consulta de avaliação no CMRSul o total de 1.610 utentes. Nos dois primeiros anos completos de actividade 2008-2009, o número de utentes admitidos a consulta de avaliação aumentou significativamente alcançando os 1.365. Na sua maioria, estes utentes provêm do distrito de Faro.

No entanto, nem todos os utentes que tiveram acesso a uma 1.^a consulta de avaliação foram admitidos para tratamento no Centro.

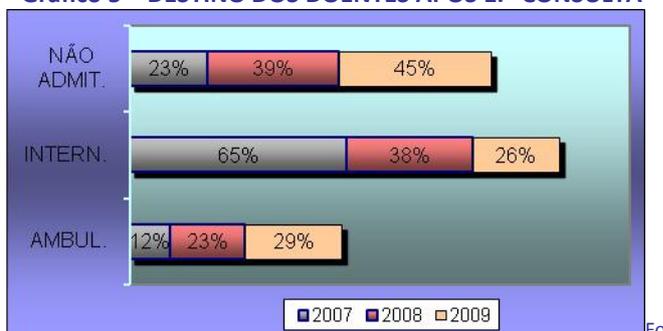
⁷² O Contrato submetido a Visto considerava as seguintes datas: (i) produção de efeitos 01 de Maio de 2006 (após obtenção de visto do Tribunal de Contas); (ii) um período de instalação de 6 meses a iniciar-se com a produção de efeitos e (iii) a abertura do CMRSul a 01 de Novembro de 2006. Na realidade, em 27 de Abril de 2006 foi elaborado o "Relatório Final da Comissão de Avaliação" relativamente ao Concurso Público desta parceria e previa-se que o CG fosse submetido a Visto do TC em Maio desse ano. De facto, o Contrato só foi submetido a Visto do TC em 19 de Julho de 2006. Em Agosto de 2006, o TC efectuou um pedido de esclarecimento no âmbito do processo de Visto determinando que se fizesse constar do texto do contrato o encargo máximo anual que se prevê vir a ser atingido com a celebração do Contrato. Deste esclarecimento resultou a celebração de Adenda ao Contrato pelas partes em 31 de Agosto. O Visto do TC foi concedido em 26 de Outubro de 2006.

⁷³ Vd. ponto 10.1.3.4.

⁷⁴ Relatório de Gestão do CMRSul – 2007.



Gráfico 5 – DESTINO DOS DOENTES APÓS 1.ª CONSULTA



Fonte: Relatório de Avaliação Global do Desempenho da Entidade Gestora de 2007 e 2008 - ARS Algarve.

Após a 1.ª consulta, cerca de 23%, em 2007, 39%, em 2008, e 45% dos doentes, em 2009, não foram admitidos para tratamento no Centro, o que revela constrangimentos que afectam o acesso ao Centro, resultante da aplicação dos protocolos⁷⁵ de referência existentes entre o CMRSul e os hospitais da sua área de influência⁷⁶.

Tal como indica a SG no Relatório de Gestão de 2009 do CMRSul "(...) para concretizar o aumento da produção previsto para 2010 será necessário reforçar o esforço de melhoria da referência existente e também o de operacionalização da referência do CH Barlavento Algarvio e do CH Baixo Alentejo que continuam em níveis muito baixos"⁷⁷.

10.1.3.3 Divergências sobre Conceitos e mecanismos de execução do Contrato

Em 2007 e ao longo de 2008, as partes apresentaram divergências de interpretação quanto à aplicação do mecanismo de cálculo da remuneração da SG estabelecido no Anexo XV do Contrato e, ainda, quanto a determinados conceitos relacionados com a produção.

Neste contexto, a SG do CMRSul solicitou formalmente⁷⁸ uma renegociação do Contrato, no que respeitava à revisão dos seguintes itens:

- Periodicidade da aplicação do mecanismo de cálculo da remuneração previsto no CG – alteração do n.º 8 da cláusula 48.ª do CG que prevê a emissão da factura-acerto com referência ao **período mensal** a que respeitam os serviços clínicos efectivamente prestados, para o **período anual**;
- Ajustamento do número de sessões de hospital de dia no âmbito da produção prevista;
- Conceitos de demora média, sessão de hospital de dia e, episódio de internamento e respectiva contabilização no momento da cessão do contrato.

Em reunião ocorrida no dia 4 de Junho de 2009, e nos termos da acta assinada pelas partes, a ARS Algarve considerou não existirem fundamentos legais que sustentassem a renegociação do Contrato⁷⁹. No entanto, foram acordados os aspectos metodológicos com incidência directa na aplicação do mecanismo de cálculo da remuneração da SG do CMRSul e na validação das facturas-acerto mensais, de acordo com as seguintes premissas:

- ✓ Garantir a aplicação do mecanismo de cálculo anual nos termos definidos no Anexo XV do Contrato mantendo a obrigatoriedade de envio das facturas-acerto mensais por parte da SG, conforme dispõe o n.º 8 da Cláusula 48.ª;

⁷⁵ Cfr. Protocolos estabelecidos com o Hospital Distrital de Faro, o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo.

⁷⁶ Vd. ponto 11.1.1.

⁷⁷ Quanto à repartição dos riscos resultante do CG, Vd. Anexo 5.

⁷⁸ Em 16 de Fevereiro de 2009.

⁷⁹ A ARS Algarve sustentou a sua posição com base nas questões que colocou à Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, que por sua vez a habilitou com os pareceres dos consultores do BPI e da sociedade de advogados Barrocas, Sarmento, Neves.



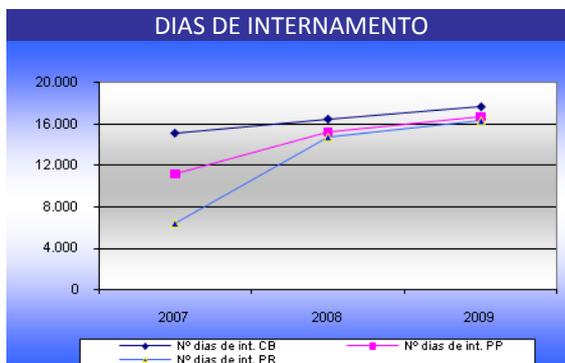
- ✓ Garantir que eventuais diferenças entre o valor que resulta do somatório das facturas-acerto mensais aceites pela ARS Algarve, conforme o disposto no n.º 12 da Cláusula supracitada, e o valor que resulta da aplicação anual do mecanismo de remuneração da SG do Centro serão corrigidas em sede de pagamento de reconciliação que deve ocorrer até 30 de Junho do ano seguinte, tendo este último por valor de referência;
- ✓ Utilizar o conceito de demora média de internamento definido pelo Conselho Superior de Estatística e em utilização pelo INE⁸⁰.

A partir daí o Departamento de Contratualização da ARS Algarve iniciou o processo de validação das facturas-acerto⁸¹ (2008-2009) e o consequente apuramento do valor relativo ao pagamento de reconciliação com base nos dados obtidos no sistema de informação do CMRSul, cuja implementação e estabilização dos dados só ocorreu a partir do segundo semestre de 2008. Foi também estabelecida a reabertura do processo de reconciliação de pagamentos do ano de 2007, previsivelmente até ao final de 2010, após a reconciliação do ano de 2009.

10.1.3.4 Desajustamentos na produção do CMRSul

Tal como a seguir se evidencia, nos anos de 2007 a 2009, verificaram-se desajustamentos entre a produção inscrita no CB e subjacente na Adenda interpretativa do CG, e a produção anualmente prevista⁸² e respectiva execução.

Gráfico 6 – INTERNAMENTO - CB vs PP e PR



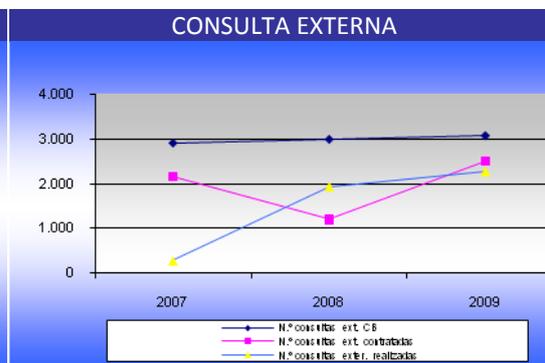
Dias Internamento	2007	2008	2009
Caso Base*	15.159	16.512	17.698
Produção Prevista (anual)	11.208	15.250	16.754
Produção Realizada	6.452	14.778	16.370

Fonte: Elaboração própria com base nos ficheiros remetidos pela ARS Algarve em 11-02-2010 e 13-04-2010.

* Produção subjacente na Adenda interpretativa ao CG.

Nota: PP – Produção Prevista; PR – Produção Realizada.

Gráfico 7 – AMBULATÓRIO - CB vs PP e PR



Consulta Externa	2007	2008	2009
Caso Base*	2.920	3.004	3.085
Produção Prevista (anual)	2158	1200	2500
Produção Realizada	281	1938	2277

Fonte: Elaboração própria com base nos ficheiros remetidos pela ARS Algarve em 11-02-2010 e 13-04-2010.

* Produção subjacente na Adenda interpretativa ao CG.

Nota: PP – Produção Prevista; PR – Produção Realizada.

O volume de produção no internamento e no ambulatório, inscrito no CB (Adenda Interpretativa), terão sido sobrevalorizados face à capacidade instalada resultante das obras de adaptação do Centro

⁸⁰ Conceito do INE: $\frac{\text{Dias de internamento}}{\text{n.º doentes saídos}}$.

A SG considerava em vez de dias de internamento, os dias de internamento dos doentes saídos, provocando uma redução da demora média, com efeitos no mecanismo de remuneração.

⁸¹ Tendo em vista a validação no SIAD de toda a informação de produção constante nas facturas-acerto, a verificação no Trakcare (aplicação informática de suporte à gestão clínica) da consistência da informação disponibilizada no SIAD e verificação no SAP Business One (aplicação informática de suporte aos serviços gerais e financeiros) dos montantes financeiros incluídos nas facturas-acerto.

⁸² Cfr. Cláusula 22.ª do CG.



e à referenciação possível de utentes para o CMRSul no triénio (2007-2009). Assim, em média, verificou-se o seguinte:

- No internamento, a produção inscrita no CB é superior em cerca de 13% à produção prevista anualmente e cerca de 24% superior à produção realizada;
- O número total de consultas externas inscritas no CB é significativamente superior, em cerca de 35%, ao número de consultas previstas anualmente, e superior em cerca de 50% ao efectivamente realizado.

Apesar de as obras de adaptação do Centro terem sido realizadas de acordo com o projectado e com a incorporação das melhorias introduzidas pela EG em fase de instalação, decorrido o primeiro ano de funcionamento, verificou-se que o mesmo não dispunha de capacidade instalada para tratar em ambulatório as quantidades previstas no CB⁸³.

Note-se que a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde salientou na fase de contraditório que *“(...) o Tribunal constata, correctamente, que existe uma aderência insuficiente do cenário previsto no “Caso Base” que se encontra anexo ao Contrato de Gestão, relativamente à sua execução ao longo do período analisado, sobretudo ao nível das projecções de actividade da prestação de cuidados de saúde”*. A Estrutura de Missão refere que existe informação histórica disponível relativamente aos concursos em PPP respeitantes aos hospitais que permitem elaborar projecções nas linhas de actividade hospitalar⁸⁴ e utilizar a codificação por Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH). No caso do CMRSul, *“(...) a projecção da actividade foi realizada com base em indicadores de referência, na medida em que não existia informação histórica sobre procura associada à área de influência e ao perfil assistencial do CMFRS”*, e que no período que mediou entre a realização das estimativas e a entrada em vigor do CG, o SNS *“(...) dispunha apenas de uma unidade hospitalar específica para Medicina Física e de Reabilitação, o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais e acordos com o Centro do Alcoitão da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). A informação disponível era assim muito mais escassa do que para hospitais gerais e consequentemente as estimativas e projecções de actividade teriam que ter um grau de incerteza muito superior.”*

Por outro lado, refira-se que a capacidade produtiva do Centro esteve condicionada desde o início da entrada em funcionamento, em Abril de 2007, até meados de 2008. Importará destacar que: *“Desde o início da sua actividade que a Entidade Gestora manifestou dificuldades em ter os recursos humanos médicos, de forma a cumprir o estipulado nos Anexos III (Perfil Assistencial) e XII (Recursos Humanos) do Contrato de Gestão. De facto, no final do PIE o Centro devia contar com 7 fisiatras no seu quadro de pessoal (4 durante o PIE), enquanto que na realidade durante esse período dispôs de apenas um médico fisiatra no quadro, tendo ainda outra médica no quadro, a aguardar inscrição no Colégio da Especialidade de Medicina Física e Reabilitação pela Ordem dos Médicos”*⁸⁵. Esta situação veio a ser regularizada ao longo do ano de 2008, embora ainda se tenha reflectido na fraca realização de sessões de hospital de dia e de consultas no primeiro semestre de 2008.

Considerando o espaço terapêutico disponível e a evolução da capacidade produtiva do Centro, a ARS Algarve acordou na redução do número de consultas externas⁸⁶ e na alteração do valor de referência de sessões de hospital dia por consulta externa, no âmbito da negociação anual para determinação da produção prevista para 2008 e 2009.⁸⁷

⁸³ Quanto à repartição dos riscos resultante do CG, Vd. Anexo 5.

⁸⁴ Internamento, cirurgia, consulta externa, urgência e hospital de dia.

⁸⁵ Vd. Relatório de Avaliação Anual do CMRSul realizado pela EPC/ARS Algarve, pp. 8.

⁸⁶ Cfr. Acta da reunião de determinação de produção prevista do CMRSul para o ano de 2008, realizada em 16/1/2008.

⁸⁷ Quanto à repartição dos riscos resultante do CG, Vd. Anexo 5.



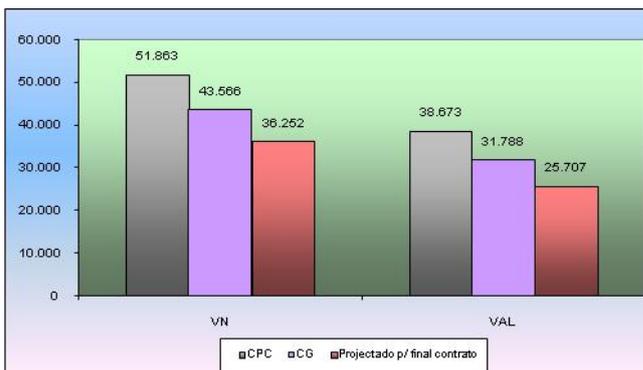
10.2 Sustentabilidade do projecto

A sustentabilidade do projecto depende da capacidade da SG atingir os níveis de produção contratada o que está totalmente dependente da qualidade da referenciação de doentes⁸⁸.

Decorridos 3 anos de actividade, verifica-se que o Centro ainda não conseguiu atingir os níveis de produção previstos no CB, embora no internamento já se encontre próximo dessa realidade. Relativamente ao ambulatório, e fruto de interpretações diversas dos conceitos subjacentes ao CG, houve a necessidade de reduzir os níveis de produção, ficando muito abaixo do que se encontrava previsto no CB.

Assim, caso se mantenham as mesmas circunstâncias até final do contrato, o Estado, através da EPC/ARS Algarve irá pagar por esta parceria um montante que irá rondar os € 36 milhões⁸⁹, montante que ficará abaixo do previsto no CG em € 6,8 milhões.

Gráfico 8 – EVOLUÇÃO DO VAL/VALOR NOMINAL DO CG



Fonte: Elaboração própria tendo por base o Estudo Estratégico e Económico Financeiro – Janeiro de 2005 e respectivo aditamento de Fevereiro de 2006, Anexo XXI ao CG com alterações resultantes da Adenda Interpretativa ao CG e previsões para os anos de 2010 a 2013.

Esta diferença a favor do Estado ficou a dever-se, por um lado, aos baixos níveis de referenciação verificados no PIE e, por outro, ao facto de, nos períodos subsequentes, a SG não ter conseguido atingir os níveis de produção previstos no CB.

A confirmar-se essa realidade significa que os objectivos desta parceria não serão alcançados, sacrificando-se a produção que deveria satisfazer as necessidades de saúde dos potenciais utentes do SNS que poderiam utilizar o serviço público prestado pelo CMRSul.

Em sede de contraditório, a ARS do Algarve referiu que “ (...) a principal actividade do CMRSul, (...), é o tratamento de utentes em regime de internamento e, neste caso, é possível que a Parceria venha a atingir integralmente os objectivos previstos no Caso Base. Quanto ao ambulatório, (...), constata-se que as projecções incluídas no Caso Base não se ajustam à realidade operacional do CMRSul, designadamente, tendo em conta o modelo clínico de reabilitação adoptado, que determinou inclusive a contratação de mais técnicos de saúde por parte da Entidade Gestora do Centro, do que o previsto contratualmente, e a adaptação realizada nos espaços terapêuticos para esse efeito, isto é, admite-se que as projecções assistenciais para o ambulatório incluído no Caso Base assentassem num modelo clínico de reabilitação que não foi adoptado”.

A SG argumenta não ser possível aumentar a produção, por causa dos constrangimentos de espaço físico existentes, pelo que elaborou o “Projecto de ampliação do espaço terapêutico do CMRSul” que apresentou em reunião da Comissão Conjunta ocorrida em Agosto de 2010.

⁸⁸ Vd. ponto 10.1.3.2 e 11.

⁸⁹ Vd. Anexo 15.



Salienta-se desse documento, que “Apesar das obras de adaptação realizadas pela EGC no âmbito deste contrato terem procurado maximizar a área de terapêutica disponível, foi sempre referido pela EGC que esta área era demasiado reduzida para suportar a produção prevista no Caso Base. O reconhecimento deste facto levou à redução significativa da produção prevista em ambulatório na negociação de 2008, 2009 e 2010 com efeitos significativos na diminuição da capacidade do CMRSul para responder a outras áreas de procura, na optimização da eficiência de resultados e na obtenção do nível de receitas contratualizado”⁹⁰.

Assim, “(...) consideramos que a falta de espaço terapêutico constitui um obstáculo à obtenção de maior eficiência de resultados clínicos e financeiros. De facto, o espaço actual limita de forma significativa o número de doentes em tratamento, tanto no ambulatório como no internamento. Com a taxa de ocupação referida não existe possibilidade de manter os doentes em simultâneo recebendo tratamento e realizando as actividades necessárias ao cumprimento do programa de reabilitação, em condições adequadas (tanto ambientais como físicas e terapêuticas). Estas condições, determinam, muitas vezes, a necessidade de realização de um programa mais “curto” com a decorrente limitação na obtenção de resultados funcionais, que poderiam ser alcançados de forma mais rápida, diminuindo os tempos de internamento e consequentemente aumentando o número de doentes tratados”.

A proposta refere ainda que a ampliação do espaço terapêutico poderá possibilitar a inclusão de cuidados de reabilitação pediátrica e de reabilitação cardíaca implícitos no vasto leque de patologias previstas no CG.

A proposta da SG considera em alternativa, a possibilidade de o projecto de ampliação ser financiado pelo Ministério da Saúde/ARS Algarve ou então assumindo o GPSaude esse custo com contrapartida na prorrogação do CG até 2020.

11 EQUIDADE NO ACESSO: REFERENCIAÇÃO DE UTENTES

11.1 Critérios de Admissão

A admissão para internamento ou tratamento no CMRSul pressupõe que o doente referenciado obtenha uma avaliação clínica positiva na 1.ª consulta realizada no Centro, considerando o enquadramento nas patologias definidas e o cumprimento de todos os critérios clínicos constantes dos protocolos de referenciação⁹¹, designadamente:

✓ Potencial de reabilitação presente;	✓ Medicamento estável;
✓ Benefício esperado;	✓ Diagnóstico principal e co-morbilidades estabelecidas;
✓ Objectivos estabelecíveis (smart);	✓ Alta dos cuidados agudos com resolução dos problemas médicos;
✓ Consentimento, motivação e colaboração (excepto alterações cognitivas decorrentes da patologia que motiva o internamento);	✓ Sinais vitais estáveis;
✓ Sem doença associada que impeça a progressão em terapêutica;	✓ Sem complicações médicas por estabelecer.

⁹⁰ EGC – Entidade Gestora do Centro.

⁹¹ Quanto ao circuito da referenciação - Vd. Anexo 16.



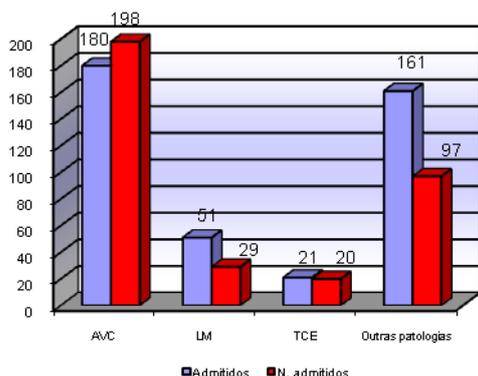
11.1.1 Estatística da Referência

No período 2008-2009, o CMRSul recebeu 1702 pedidos de referência, dos quais 1365 deram origem a uma 1.ª consulta de avaliação, já que os restantes 20% não reuniam no formulário as condições estabelecidas nos protocolos, pelo que foram liminarmente recusados no CMRSul.

Relativamente aos 1365 utentes submetidos a 1.ª consulta verificou-se que 583 não foram admitidos, após a avaliação da situação clínica realizada no CMRSul.

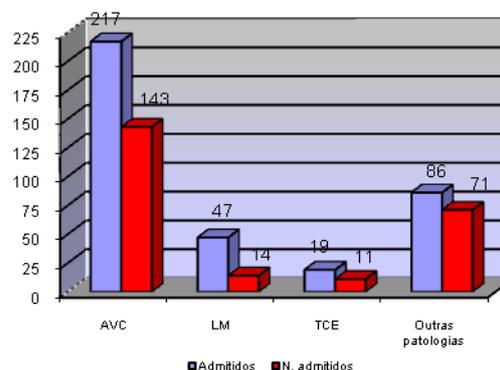
O número de utentes referenciados presentes na 1.ª consulta⁹², aumentou de 2008 para 2009, de 608 para 757. Destes 757 utentes, foram encaminhados para tratamento 413, correspondendo a cerca de mais 12% do que em 2008.

Gráfico 9 – N.º UTENTES ADMITIDOS vs NÃO ADMITIDOS POR PATOLOGIA - 2009



Fonte: Relatório de Avaliação Global do Desempenho da Entidade Gestora do Centro – 2009, da ARS Algarve.

Gráfico 10 – N.º UTENTES ADMITIDOS vs NÃO ADMITIDOS POR PATOLOGIA - 2008



Fonte: Relatório de Avaliação Global do Desempenho da Entidade Gestora do Centro – 2008, da ARS Algarve.

Em 2009, após 1.ª consulta de avaliação, o número de recusas de utentes a programas de reabilitação cresceu cerca de 44%, face a 2008⁹³, concluindo-se que o modelo de referência adoptado não reúne consenso na avaliação clínica realizada quer pelas entidades referenciadoras quer pelo CMRSul, o que prejudica a sua efectividade o que, por sua vez, se reflecte na produção realizada.

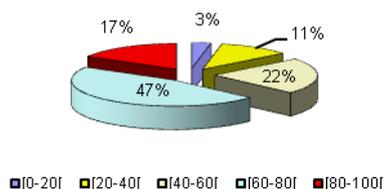
A faixa etária dos utentes referenciados e admitidos a primeira consulta apresentava a seguinte distribuição:

⁹² O número de utentes efectivamente atendidos no CMRSul para realização de uma 1.ª consulta de avaliação, em 2008 e 2009, foi de 1342, dos quais 595 em 2008 e 747 em 2009. A diferença para o total de referências presentes a 1.ª consulta ficou a dever-se a um número limitado de doentes ter sido referenciado mais que uma vez. Por isso, para não distorcer a análise, eliminaram-se as duplicações na análise por grupo etário.

⁹³ Não foram admitidos em 2008, 239 utentes e em 2009, 344 utentes – Vd. Anexo 17.

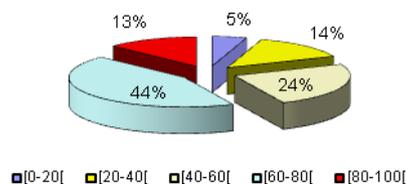


Gráfico 11 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DE DOENTES - 2008



Fonte: Relatório de Avaliação Global do Desempenho da Entidade Gestora do Centro – 2008, da ARS Algarve.

Gráfico 12 – DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DE DOENTES - 2009



Fonte: Relatório de Avaliação Global do Desempenho da Entidade Gestora do Centro – 2009, da ARS Algarve.

Verifica-se que os utentes com mais de 60 anos representaram cerca de 64%, em 2008, e cerca de 57%, em 2009.

Destaca-se que o número de utentes com idades superiores a 80 anos era, em 2008, cerca de 17% e, em 2009, cerca de 13%.

De acordo com os registos do CMRSul apurou-se que a recusa de admissão a programas de reabilitação deve-se, essencialmente, ao facto de os doentes não se apresentarem medicamente estáveis⁹⁴, ao seu potencial de reabilitação e à sua capacidade de participar no programa de reabilitação.

Estas situações indiciam a necessidade de realização de auditorias clínicas independentes que esclareçam a aplicação dos critérios de avaliação clínica que determina a selecção dos doentes admitidos ou recusados, em conformidade com os protocolos estabelecidos.

Em sede de contraditório, a ARS do Algarve informou que se encontra “(...) em fase de elaboração de um caderno de encargos tendo em vista a contratação, até final do corrente ano, de uma entidade externa para a realização de auditorias clínicas ao CMRSul, com incidência particular no processo clínico de admissão de utentes a programas de reabilitação no CMRSul, bem como na avaliação dos cuidados de saúde ali prestados em internamento e em ambulatório.”

No que respeita às entidades referenciadoras, como o Hospital de Faro é o principal referenciador para o CMRSul, a qualidade da referenciação por este realizada traduz-se em impactos relevantes na actividade do Centro, tal como a seguir se evidencia:

Quadro 26 – UTENTES REFERENCIADOS PELO HOSPITAL DE FARO, EPE

Ano	Admitidos	%	Não Admitidos	%
2007	86	80	22	20
2008	183	56	144	44
2009	192	47	216	53

Fonte: Ano 2007 - CMRSul, Maio de 2010; Ano 2008-2009 – CMRSul e ARS Junho de 2010.

Por sua vez, o CMRSul tem sido exigente na aplicação dos critérios e condições constantes dos protocolos de referenciação, visto que a admissão de doentes que não reúnam as condições acordadas reflecte-se nos seus indicadores de desempenho, podendo traduzir-se em penalizações e mudança de escalão da remuneração, tal como o CG o prevê.

⁹⁴ Ex: Úlcera de pressão.



O Hospital de Faro, apesar de procurar cumprir os critérios protocolados⁹⁵, sujeita-se às contingências inerentes às patologias predominantes e aos grupos etários que lhes estão associados na sua área geográfica de influência. Contudo, no que respeita à situação medicamente estável dos doentes que referencia, tem o domínio do processo clínico e, nessa medida tem responsabilidade no cumprimento efectivo do protocolo que passa pela melhoria dos processos internos de gestão de altas, de modo a assegurar que os utentes referenciados cheguem em condições de admissão no CMRSul.

A melhoria contínua deste modelo de referenciação exige dos parceiros uma articulação permanente, em especial da ARS Algarve na sua tripla qualidade de entidade referenciadora, de EPC (entidade pagadora do CG) e de entidade que estabelece com os hospitais da sua região (principais referenciadores para o CMRSul) contratos – programa.

A ARS Algarve tem procurado sensibilizar a direcção do Hospital de Faro e a SG do CMRSul, no sentido de tornar mais efectiva a referenciação, no entanto, os resultados não se reflectiram nas estatísticas, apesar de, em 2009, terem incluído no contrato-programa do Hospital de Faro o objectivo da referenciação⁹⁶, cujo cumprimento se traduziu no aumento do número de doentes referenciados em 25% e não na qualidade dessa referenciação.

Em sede de contraditório a ARS Algarve refere que *“(...) considerando a análise efectuada pela ARS do Algarve à efectividade do modelo, decidiu-se que seria oportuno centrar os esforços de melhoria da qualidade da referenciação apenas na principal entidade referenciadora – o Hospital de Faro, EPE.”*

Entre 2008 e 2009, não foram admitidos a tratamento no CMRSul 920 utentes, correspondendo a cerca de 55% do total de utentes referenciados. Esses utentes não têm a alternativa de serem referenciados para unidades pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, enquanto aguardam por uma segunda avaliação, uma vez que a referenciação pressupõe uma alta hospitalar e a não admissão no Centro não justifica um reinternamento em hospital de agudos.

No exercício do contraditório, a Ministra da Saúde, informou que *“Na região do Algarve, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) irá aumentar a oferta em 2011: mais 25 camas de convalescença (totalizando 75), mais 35 camas de média duração e reabilitação (totalizando 109), mais 115 camas de longa duração e manutenção (totalizando 298) e mais 14 camas de cuidados paliativos (totalizando 24)”*. O Tribunal entende que a satisfação das necessidades dos doentes supra referidos não se esgota no aumento do número de camas disponíveis da RNCCI, mas sim na articulação eficaz entre as instituições e a coordenação das Rede Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação e a RNCCI. Aliás, no mesmo sentido é referido no Relatório final do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, a propósito da Rede de Referenciação que deve *“prevaler o conceito de «rede» que garanta o assumir da responsabilidade integrada dos doentes, promovendo a acção coordenada, com finalidades comuns, assente em planos de cuidados partilhados, em que a intervenção dos diferentes estabelecimentos se daria na medida das respectivas especificidades, mas sempre partindo do mesmo objectivo claramente identificado e personalizado: a resolução dos problemas de saúde, a satisfação das necessidades de cada um dos doentes.”*⁹⁷

⁹⁵ Vd. Anexo 18.

⁹⁶ Cfr. Acordo modificativo ao Contrato Programa celebrado em 29 de Maio de 2007. Número de doentes referenciados ≥ a 450 doentes; tx de admissão ≥ a 75%.

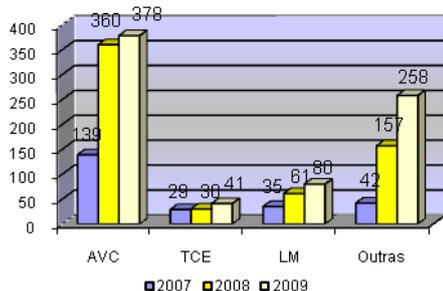
⁹⁷ Cfr. Ponto 4.2. do Relatório sobre “A Organização Interna e a Governação dos Hospitais”, de Junho de 2010.



11.1.2 Ajustamento dos Protocolos às necessidades em saúde

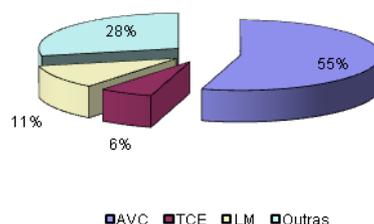
Considerando as percentagens previstas nos protocolos de referência para as patologias prioritárias verificou-se, ao longo do triénio (2007-2009), um desajustamento entre as quotas estabelecidas para cada patologia⁹⁸ e as ocorrências que motivaram as referências naquele período:

**Gráfico 13 – Nº UTENTES REFERENCIADOS/
PATOLOGIA**



Fonte: Relatórios de Avaliação Global do Desempenho da EG do Centro de 2008 e 2009, da ARS Algarve.

Gráfico 14 – PRINCIPAIS PATOLOGIAS



Fonte: Relatórios de Avaliação Global do Desempenho da EG do Centro de 2008 e 2009, da ARS Algarve.

Nas principais patologias para ingresso no CMRSul verifica-se que ao nível das referências admitidas a 1.ª consulta, no triénio 2007-2009, todas as patologias se situaram abaixo da percentagem de referência definidas nos protocolos, com destaque na patologia de TCE, cuja referência, no triénio, correspondeu a apenas 6,2%, contra os 30% indicados nos protocolos.

Tendo em conta os doentes admitidos a programa de reabilitação verifica-se que, em 2008, a percentagem de doentes admitidos a AVC representaram cerca de 59%, em LM cerca de 13% e TCE 5%. Em 2009, verifica-se uma redução de doentes admitidos com a patologia de AVC para cerca de 44%, mantendo-se as LM nos 12% e os TCE nos 5%, ao contrário das “outras patologias” que passaram de 23,3%, em 2008 para 39%, em 2009. Tal situação indicia que as patologias consideradas como prioritárias nos protocolos poderão estar desenquadradas face ao tipo de incidências que determinam a procura no CMRSul, pelo que importará avaliar à luz de critérios clínicos as referências realizadas pelos hospitais referenciadores.

Saliente-se que a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação (RRHMFR) foi instituída em 2002 e que no decurso dos oito anos da sua existência não foram efectuados estudos que actualizassem as necessidades de cuidados de medicina física e reabilitação no País, em função das incidências, capacidade instalada e perfil assistencial dos centros de reabilitação em funcionamento ou projectados⁹⁹. Tal actualização poderia contribuir para uma revisão fundamentada dos protocolos de referência existentes no CMRSul adequando-os às efectivas necessidades de saúde da sua área de influência.

No exercício do contraditório, a Ministra da Saúde informou que “as redes de referência hospitalar das diferentes valências, incluindo a Medicina Física e de Reabilitação, serão objecto de estudo e actualização

⁹⁸ Nos termos dos Protocolos de referência estabelecem-se as seguintes quotas: Lesão Medular (LM) 12%; Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) 30% e Acidente Vascular Cerebral (AVC) 58%.

⁹⁹ Vd. Anexo 6.



logo que esteja aprovado o trabalho realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização e a Governação dos Hospitais (...)", que esteve em consulta pública até 15 de Setembro p.p.. Sem prejuízo do que precede, o Tribunal seguirá a implementação das medidas enunciadas em sede de acolhimento de recomendações.

12 COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO ASSISTENCIAL: CMRSUL VS CMRALCOITÃO E CMRRC

Sem prejuízo da dimensão, capacidade instalada e perfil assistencial e, bem assim, dos instrumentos de gestão, confrontaram-se os indicadores de desempenho assistencial do CMRSul com o CMRRC e o CMRALcoitão. Tal como a seguir se evidenciará, verificaram-se diferentes níveis de produção de informação de gestão, que prejudicam a medição e a comparação do desempenho no CMRRC e no CMRALcoitão face ao CMRSul.

Relativamente ao CMRALcoitão destaca-se a falta de dados para determinação da generalidade dos indicadores utilizados. Situação que o CMRALcoitão justifica, com a aplicação informática de Gestão Hospitalar que não permite o registo de alguns dados necessários ao apuramento da totalidade dos indicadores solicitados¹⁰⁰.

12.1 Indicadores de Equidade

Quadro 27 – INDICADORES DE EQUIDADE E ACESSO

Indicadores	2007			2008			2009		
	CMRRC	CMRA	CMRSul	CMRRC	CMRA	CMRSul	CMRRC	CMRA	CMRSul
N.º de camas/1000 habitantes	0,01	0,04	0,1	0,02	0,04	0,1	0,02	0,04	0,1
N.º de doentes saídos/1000 habitantes	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,6	0,1	0,1	0,7
N.º de consultas externas/1000 habitantes	0,58	2,4	0,9	0,7	2,7	4,2	1,01	2,54	5,0
Tempo médio de espera para 1.ª consulta (dias)	-	ND	9	-	ND	11	30	ND	24
Tempo médio de espera para internamento (dias)	-	ND	0	-	ND	0	240	ND	0
Tempo médio de espera para tratamento-ambulatorio (dias)	-	ND	0	-	ND	0	345	ND	0
N.º de doentes em espera para internamento	0	ND	0	31	ND	0	56	ND	0
N.º de doentes em espera para consulta externa	0	ND	0	55	ND	0	14	ND	0

Fonte: Questionário Institucional respondido pelos Centros de Reabilitação, Maio de 2010.

No que respeita aos indicadores que reflectem o acesso aos cuidados verifica-se a falta de informação do CMRALcoitão, para os anos de 2007 a 2009, e do CMRRC relativamente aos tempos médios identificados no quadro.

Relativamente ao CMRSul os tempos médios de espera para 1.ª consulta têm vindo a aumentar ao longo do período 2007-2009, culminando, em 2009, com um tempo de espera de 24 dias para a ocorrência da 1.ª consulta. Refira-se que este tempo ainda se situa abaixo do padrão nacional para a 1.ª consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde que é de 30 dias (muito prioritária) a 150 dias (prioridade normal)¹⁰¹.

¹⁰⁰ Tal como foi informado pelo Conselho de Administração do CMRALcoitão. Esta situação poderá gerar dificuldades de controlo da execução do Acordo de Cooperação entre o CMRALcoitão e a ARSLVT.

¹⁰¹ Cfr. Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro; Anexo I - Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde: 2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde 30 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde.



O CMRSul não apresenta lista de espera para internamento e ambulatório, situação que resulta de o primeiro ano de actividade não ter sido completo e de não terem sido referenciados doentes em número suficiente.

A situação do ano de 2009 decorre da aplicação exigente dos critérios de admissão ao Centro, uma vez que nesse ano, das 898 referenciações realizadas foram admitidos a primeira consulta 757 e destes só 413 seguiram para tratamento. Caso fossem admitidos a tratamento todos os 757 doentes verificar-se-ia a hipótese de ocorrerem listas de espera, uma vez que, em 2009, a taxa de ocupação do Centro já tinha alcançado os 83%. Este cenário seria prejudicial à SG, uma vez que o CG penaliza¹⁰² a ocorrência de listas de espera e os aumentos da demora média de internamento acima dos padrões de referência. Reitera-se a necessidade de realização de auditorias clínicas independentes, de modo a prevenir a ocorrência de selecção adversa de doentes motivada pela racionalidade económica associada às regras estabelecidas no CG.

12.2 Eficiência

- Custos Unitários

Quadro 28 – CUSTOS UNITÁRIOS

Unidade: euros

Indicadores	2007			2008			2009		
	CMRRC	CMRA	CMRSul	CMRRC	CMRA	CMRSul	CMRRC	CMRA	CMRSul
Dia de internamento	337,7	469,0	545,3	300,2	392,0	396,5	286,9*	ND	381,1
Consulta externa	540,5	330,0	472,0	743,7	374,8	104,8	563,8*	ND	142,6
Tratamento	1,6	12,9	464,0	1,7	7,9	278,0	2,3*	ND	253,3

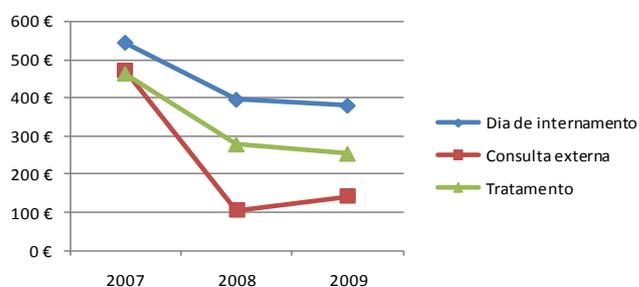
Fonte: Dados da responsabilidade dos Centros de Reabilitação contidos na resposta ao Questionário Institucional, Maio de 2010.

* Montantes calculados por estimativa com base nos dados do primeiro semestre.

Nota: Atendendo a problemas informáticos externos ao Centro, imputados ao Ministério da Saúde, perderam-se, sem possibilidade de recuperação, os dados relativos ao segundo semestre de 2009.

As diferenças significativas entre os custos reportados por estas instituições indiciam a utilização de diferentes critérios de imputação de custos, pelo que a sua comparabilidade suscita fortes reservas.

Gráfico 15 – EVOLUÇÃO DOS CUSTOS UNITÁRIOS



O desempenho do CMRSul, no triénio 2007-2009, revela uma redução progressiva nos custos unitários que acompanha um aumento do volume de actividade e utilização do Centro, excepto a consulta externa, cujos custos se agravaram em função da contratação de médicos no ano de 2009.

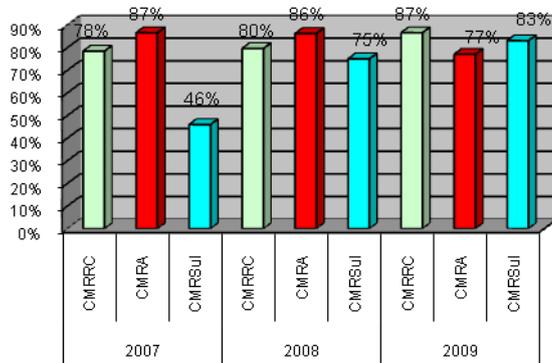
Fonte: Questionário respondido pelos Centros de Reabilitação, Maio/2010.

¹⁰² Vd. Anexo XV – Remuneração e Anexo XVI - Parâmetros de desempenho - constantes do CG.



• Capacidade e Utilização

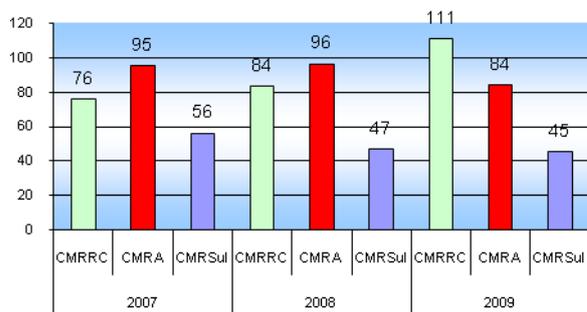
Gráfico 16 – TAXA DE OCUPAÇÃO



Fonte: Questionário respondido pelos Centros de Reabilitação, Maio/2010.

Os três Centros alcançaram taxas de ocupação superiores a 74%, em 2008 e 2009. A taxa de ocupação do CMRSul tem crescido, atingindo os 83%, em 2009, o que se explica pelo aumento da referenciação após o primeiro ano de actividade (2007). Em 2009, o CMRRC foi o Centro que maior taxa de ocupação registou, com cerca de 87%.

Gráfico 17 – DEMORA MÉDIA



Fonte: Questionário respondido pelos Centros de Reabilitação, Maio/2010.

Nos anos em análise, o CMRSul registou as demoras médias¹⁰³ mais baixas, tendo passado dos 56 dias, em 2007, para os 45 dias, em 2009. O facto de o CMRSul apresentar demoras médias mais baixas, poderá explicar-se pelos padrões definidos no CG para aplicação dos mecanismos de remuneração e pelos critérios definidos para a referenciação de doentes¹⁰⁴. No período em análise não ocorreram readmissões não programadas.

As demoras médias mais elevadas ocorreram no CMRALcoitão e no CMRRC, em 2008 e 2009, respectivamente.

Em sede de contraditório, a SG do Centro justifica que o facto de o CMRSul registar as melhores demoras médias se deve à “(...) eficácia determinada pela existência de avaliações rigorosas, através de escalas internacionais aplicadas por profissionais certificados, com a definição e acompanhamento de objectivos individuais definidos por e para cada doente. O tempo para a alta e a consequente demora média prendem-se exclusivamente com o cumprimento desses objectivos e demais critérios de admissão e alta, claramente definidos e aplicados pela equipa interdisciplinar”¹⁰⁵.

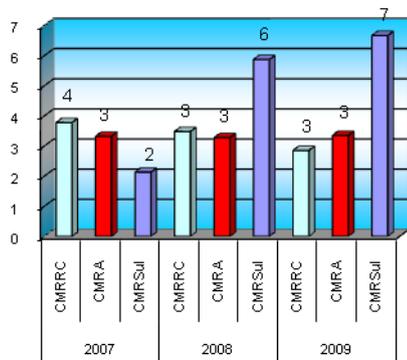
¹⁰³ O conceito de demora média utilizado no questionário: Número Total de dias de internamento/Número Total de doentes saídos.

¹⁰⁴ Vd. pontos 10.1.2 e 13.1.1.

¹⁰⁵ Confirma-se que a aplicação de escalas está prevista no anexo XVI ao CG, pelo que a sua aplicação rigorosa contribui para a redução do risco de incumprimento dos indicadores de desempenho de resultado relacionados com o internamento.



Gráfico 18 – DOENTES SAÍDOS POR CAMA



O CMRSul registou o melhor rácio de doentes saídos por cama nos anos de 2008 e 2009, respectivamente de 6 e 7 doentes. Os restantes Centros mantiveram o rácio praticamente constante nos três anos. A explicação para o melhor resultado do CMRSul poderá justificar-se pela exigência na aplicação dos critérios de admissão dos doentes referenciados¹⁰⁶.

Fonte: Questionário respondido pelos Centros de Reabilitação, Maio/2010.

- **Produtividade**

Quadro 29 – DS, CE E TRATAMENTO POR PROFISSIONAL EQUIVALENTE A TEMPO COMPLETO (ETC)

Indicadores	2007			2008			2009		
	CMRRC	CMRA	CMRSul	CMRRC	CMRA	CMRSul	CMRRC	CMRA	CMRSul
Doentes saídos por médico ETC	-	33	22	-	31	36	-	37	40
Consulta externa por médico ETC	-	1.365	802	-	1.632	1.308	-	1.524	1.847
Tratamento por terapeuta ETC	-	4.272	1.696	-	5.470	5.651	-	5.109	7.047

Fonte: Questionário Institucional respondido pelos Centros de Reabilitação, Maio de 2010.

Considerando a afectação por médico ou terapeuta, do número de horas dispendidas no exercício daquelas actividades pelas 35 horas semanais de trabalho¹⁰⁷, o CMRSul¹⁰⁸ foi mais eficiente em 2008 e 2009 em todos os indicadores, com excepção em 2008 do indicador “consulta externa por médico ETC”, vertente onde o CMRALcoitão produziu mais 20% que o CMRSul.

12.3 Qualidade e Segurança

¹⁰⁶ Vd. ponto 11.1.1.

¹⁰⁷ No CMRSul, o tempo completo é de 40 horas semanais, pelo que, para efeitos de comparabilidade se procedeu à conversão para as 35 horas semanais.

¹⁰⁸ O CMRSul iniciou a sua actividade em Abril.



Quadro 30 – INDICADORES DE QUALIDADE

Indicadores	2007			2008			2009		
	CMRRC	CMRA	CMRSul	CMRRC	CMRA	CMRSul	CMRRC	CMRA	CMRSul
% de consultas desmarcadas	0	ND	9,9%	0	ND	10,2%	0	ND	8,3%
Taxa de mortalidade no internamento	0	0,2%	0	0	0,2%	0,3%	0	0,0%	0
N.º de infeções associadas a cuidados de saúde	-	ND	3	-	ND	4	-	ND	45
% úlceras de pressão	-	3,1%	0,0%	-	2,1%	0,0%	-	4,3%	0,0%
Taxa de ocorrência de quedas em doentes internados	-	14,8%	4,6%	-	14,8%	2,3%	-	14,3%	9,1%
N. Total de Reclamações por ano e estrutura das reclamações por serviço:									
Consulta	-	-	0	-	-	3	-	-	1
Tratamentos	-	-	0	-	-	0	-	-	1
Internamento	-	20	0	-	22	6	-	12	1
Tempo médio de resposta a reclamações dos utentes	-	ND	0	-	3	61	-	4	43
Inquéritos de Satisfação do Utente	-	ND	Sim	-	ND	Sim	-	ND	Sim

Fonte: Questionário Institucional respondido pelos Centros de Reabilitação, Maio de 2010.

Na dimensão da qualidade, salienta-se a falta de informação por parte do CMRRC, não obstante alguns dos indicadores constarem do contrato-programa desta entidade do sector público administrativo. O CMRALcoitão também não dispõe de toda a informação inerente aos indicadores constantes do quadro supra.

O CMRSul revela o melhor desempenho ao longo do triénio quanto a úlceras de pressão, quedas e ainda se destaca pelo reduzido número de reclamações¹⁰⁹.

O CMRRC também revela o melhor desempenho ao nível dos indicadores: consultas desmarcadas e mortalidade no internamento.

Em síntese, o CMRSul revela um predomínio quanto à evidência dos seus indicadores de qualidade face aos restantes Centros, o que demonstra que o seu modelo de gestão oferece mais garantias aos utilizadores a respeito da informação que oferece. Note-se que o CG do CMRSul impõe acompanhamento regular de indicadores de qualidade de cujo incumprimento implica penalizações na sua remuneração¹¹⁰. O mesmo não sucede no Contrato Programa do CMRRC ou no Acordo de Cooperação entre a ARSLVT e o CMRALcoitão.

Além disso, o CMRSul é o único dos Centros em comparação que reúne cumulativamente a certificação pelas normas ISO 9001:2008 (Sistema de Gestão da Qualidade) e ISO 14001:2005 (Sistema de Gestão Ambiental) e com programa acreditado pela *Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities* (CARF).

¹⁰⁹ O tempo médio de resposta às reclamações é significativamente superior ao declarado pelo CMRALcoitão, no qual a celeridade é de 3 a 4 dias de resposta. Estes indicadores não foram auditados. Resultam da resposta desta instituição ao questionário que lhe foi remetido.

¹¹⁰ Vd. ponto 13.



No âmbito do cumprimento das suas obrigações quanto a monitorização e avaliação de resultados, o CMRSul foi também avaliado por uma entidade externa, a IASIST Portugal, no que respeita aos resultados clínicos obtidos em 2009 e em comparação (*benchmark*) com um grupo de prestadores de referência composto pelo Instituto Guttmann, de Barcelona e pelo CMRALcoitão. Os resultados desta comparação foram, na generalidade, favoráveis à qualidade do CMRSul, considerando a qualidade de registo da informação da sua casuística.

13 CONTROLO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO CG

13.1 Sistema de Controlo da EPC (ARS Algarve)

O CG do CMRSul prevê a designação de um Gestor do Contrato, uma Comissão Conjunta e a eventual constituição de uma Comissão de Acompanhamento¹¹¹.

Apesar de a ARS Algarve pretender nomear um Gestor do Contrato, tal não aconteceu até ao momento, uma vez que o Ministro da Saúde¹¹² considerou não ser “(...) *desejável a coexistência de Direcções das instituições EPC com Gestores dos Contratos exteriores às mesmas, é crítica a criação e internalização de capacidade reguladora na gestão de contratos de PPP. (...) É, pois, necessário criar as condições para que as EPC das duas PPP prestes a entrar em vigor disponham da capacidade técnica para acompanharem os contratos referidos*”.

Assim, as actividades de controlo e avaliação da execução do CG têm sido asseguradas pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve¹¹³, apoiado pelo Gabinete de Instalações e Equipamentos e pela Unidade de Sistemas de Informação e Comunicação.

O Director do Departamento de Contratualização tem desempenhado as funções e executado os procedimentos que seriam atribuídos a um gestor do contrato, caso tivesse sido formalmente designado para exercer as competências previstas no n.º 3 da cláusula 61.ª do CG.

Apesar de não ter sido exercida a faculdade de constituir uma Comissão de Acompanhamento verificou-se que o Conselho Directivo da ARS Algarve, no período inicial do contrato 2006-2007, articulou-se com o Encarregado de Missão da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, para efeitos de reporte do acompanhamento da execução do contrato, uma vez que integravam a Comissão Conjunta.

A Comissão Conjunta só reuniu formalmente duas vezes. Uma primeira vez, de acordo com a única acta datada de 11 de Fevereiro de 2008, para tratar, no âmbito das suas competências¹¹⁴, do entendimento sobre os conceitos e mecanismos de remuneração da actividade de ambulatório e sessões de hospital e das dificuldades de facturação do CMRSul aos subsistemas devido à falta de reconhecimento enquanto entidade do SNS. A segunda ocorreu no dia 6 de Agosto de 2010 para, entre outros assuntos, apresentação pela SG do projecto de ampliação do espaço terapêutico do CMRSul. Nos termos previstos na cláusula 64.ª do CG, esta Comissão devia reunir semestralmente.

¹¹¹ Cfr. Cláusulas 61.ª, 62.ª e 64.ª do CG.

¹¹² Através do Despacho n.º 253/2006, de 27/09.

¹¹³ O Departamento de Contratualização é composto pelo Coordenador e três técnicos superiores.

¹¹⁴ Cfr. N.º 1 da Cláusula 65.ª do CG.



- **Monitorização e avaliação do desempenho**¹¹⁵ - O Departamento de Contratualização da ARS Algarve realiza periodicamente:
 - Relatórios relativos à actividade do primeiro semestre, simplificado, que servirá de indicador de desempenho e que poderá conter recomendações de melhoria;
 - Relatórios de avaliação global anual, que constituem o instrumento formal de avaliação do desempenho da SG;
 - Validação da facturação mensal da SG do CMRSul.
- **Conformidade:** Verificou-se que a ARS do Algarve tem realizado os referidos relatórios de avaliação semestrais e anuais **em conformidade** com o previsto no n.º 6 da cláusula 53.ª do CG e Anexo XVI, designadamente quanto à forma e conteúdo - por áreas de avaliação e de forma global.
- **Oportunidade:** Os relatórios de avaliação global anual dos anos anteriores têm sido realizados tardiamente em relação ao prazo previsto no CG¹¹⁶, uma vez que o valor do pagamento da parcela a cargo do SNS deve ser realizado até 30 de Junho do ano seguinte a que dizem respeito os serviços prestados, após a respectiva reconciliação.

Assinale-se que o Relatório de avaliação global do ano de 2008, elaborado pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve, data de 29 de Janeiro de 2010 e o respeitante a 2009, de 19 de Julho de 2010.

Na sua resposta ao contraditório a ARS do Algarve informou que *“irá diligenciar no sentido de antecipar a elaboração do relatório e passar a apresentá-lo, o mais tardar, até 30 de Junho do ano seguinte a que respeita”*.

Também se verificaram atrasos na elaboração dos relatórios semestrais. O relatório respeitante ao primeiro semestre de 2009 data de 2 de Novembro do mesmo ano. Tal situação prejudicou o acolhimento oportuno de recomendações pela SG do Centro, uma vez que, formalmente, só tomou conhecimento das mesmas quase no final do ano em que as teria que implementar.

Em sede de contraditório a ARS do Algarve alegou que *“(...) definiu no Programa de Acompanhamento da Execução do Contrato de Gestão do Centro no ano de 2010, que o referido relatório devia ser elaborado até dia 15 de Agosto, (...)”*.

- **Regulamentação e Orientações Técnicas:** Sem prejuízo dos relatórios de acompanhamento e avaliação de desempenho, a EPC (ARS Algarve) não dispõe de manuais de controlo/guias de procedimentos que retenham os procedimentos e rotinas da actividade de controlo do CG. A actividade encontra-se concentrada no Departamento de Contratualização da ARS dependendo da iniciativa e coordenação do seu director, embora com a supervisão

¹¹⁵ Vd. Secção II do CG, cláusulas 50.ª a 59.ª do CG. A avaliação do desempenho da SG do Centro, de acordo com o estipulado na Cláusula 53.ª e Anexo XVI, compreende as seguintes áreas: (i) Resultados, mediante avaliação do cumprimento dos parâmetros de desempenho de resultado; (ii) Serviço, mediante avaliação do cumprimento dos parâmetros de desempenho de serviço; (iii) Satisfação, através da avaliação do grau de satisfação dos utentes, conforme este resultar dos inquéritos efectuados durante o período de avaliação, a realizar pela Entidade Gestora do Centro nos termos definidos na Cláusula 36.ª e ainda inquéritos de satisfação dos utentes e profissionais do CG.

¹¹⁶ Cfr. n.º 12 da Cláusula 48.ª.



permanente do Conselho Directivo. Tal situação impede a internalização do conhecimento desenvolvido a partir da experiência adquirida nestes primeiros anos de execução do CG e gera uma notável dependência dos poucos intervenientes nesta actividade de controlo.

A elaboração desses manuais/guias de procedimentos devia contribuir para a partilha da experiência adquirida que poderia ser internalizada pelo parceiro público, de modo a desenvolver um controlo efectivo do interesse público em outros contratos de parceria em saúde, tal como recomendam as boas práticas¹¹⁷.

- **Ambiente e procedimentos de Controlo Interno:** Considerando a estrutura organizacional, o estilo de gestão, o grau de sensibilização aos riscos, a qualidade da informação (interna e externa) e comunicação (formal e informal), bem como os procedimentos de acompanhamento e avaliação instituídos pela EPC considerou-se que a qualidade do ambiente de controlo é globalmente regular¹¹⁸.

Dos cerca de 200 indicadores/parâmetros previstos no CG e respectivos anexos, o Departamento de Contratualização tem concentrado os seus procedimentos de controlo na verificação sistemática dos 80 parâmetros de desempenho que podem implicar penalizações para a SG do CMRSul¹¹⁹.

Considerando o levantamento do circuito de facturação¹²⁰ e respectiva validação pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve, em resultado dos testes de auditoria **conclui-se que os procedimentos de controlo exercidos são sistemáticos, efectivos e fiáveis**¹²¹.

Quadro 31 – RECONCILIAÇÃO ANUAL: 2007-2009

Unidade: euros

Facturas-Acerto	EG CMRSul (A)	Validação ARS (B)	Valor das Correções (A-B)	Efectividade do Controlo %
2007	-2.095.434	-2.095.434	0	*
2008	282.378	269.951	12.427	4,4
2009	535.507	267.089	268.417	50,1

Fonte: Relatórios da ARS Algarve de avaliação do desempenho e reconciliação da facturação 2008-2009.

Os procedimentos de validação realizados pelo Departamento de Contratualização da ARS, relativos aos exercícios de 2008 e 2009, geraram correcções de cerca de € 280 mil, que representam 34% do montante de reconciliação apresentado pela SG nas facturas-acerto iniciais.

As recomendações formuladas pela ARS Algarve nos relatórios sobre a actividade do primeiro semestre de cada ano (2007-2009) revelam um grau de especificação suficiente para que a SG do Centro adopte as medidas necessárias à sua execução¹²².

¹¹⁷ Vg. Guideline INTOSAI, "Guidelines on Best Practice for the Audit of Risk in interests in the partnership", 2004; guideline nº 20/D.

¹¹⁸ Vd. Anexo 19.

¹¹⁹ Vd. Anexo 20.

¹²⁰ Vd. Anexo 21.

¹²¹ Vd. Anexo 22.

¹²² Vd. Anexo 23.



13.1.1 Avaliação do desempenho da SG do CMRSul nos termos do CG

Em cumprimento do CG a SG dispõe de um programa de monitorização e avaliação de resultados¹²³ e a ARS Algarve acompanha e avalia o desempenho da SG através de verificações e testes efectuados no Centro, em resultado dos quais poderão ser detectadas falhas de desempenho, que se traduzem em pontos de penalização convertidos em deduções à remuneração anual do CG.

As falhas de desempenho previstas no CG classificam-se em três tipos¹²⁴: *i) Falhas específicas*, relacionadas com referências indevidas por parte do Centro; *ii) Falhas de resultado*, que respeitam ao incumprimento dos parâmetros de resultados constantes do Anexo XVI do CG; *iii) Falhas de serviço*, as que se referem ao incumprimento dos parâmetros de desempenho de serviço, também constantes no Anexo XVI do CG.

Relativamente aos nove meses de actividade no ano de 2007, considerando as contingências que afectaram o PIE e, apesar das falhas na implementação do sistema de monitorização, a ARS Algarve, sem prejuízo do controlo exercido, das recomendações que dirigiu à SG do Centro e tendo em conta as diligências desenvolvidas para suprir as falhas detectadas, deliberou não aplicar qualquer penalização¹²⁵.

No que respeita à avaliação global do desempenho da SG do Centro em 2008 e 2009, os resultados obtidos nas três áreas de avaliação foram os seguintes:

¹²³ Cfr. Cláusulas 50.ª e 51.ª e Anexo XVI do CG. A SG disponibiliza no SIAD a informação respeitante à monitorização dos parâmetros de desempenho de resultados, elabora relatórios de avaliação sobre o desempenho do Centro relativamente aos indicadores objecto de monitorização previstos no CG; dispõe de um sistema de identificação dos desvios face a padrões de referência e recorre a metodologias de benchmarking (face a instituições de referência).

¹²⁴ Cfr. Cláusula 52.ª do CG.

¹²⁵ O que se justifica considerando o encurtamento da duração do período inicial de exploração (de 457 dias para 270 dias) e a necessidade de consolidação da actividade do Centro, designadamente dos processos internos e da qualidade dos procedimentos. Vd. Relatório de avaliação de desempenho respeitante ao ano de 2007. Refira-se ainda que estas falhas acabaram por ser resolvidas antes do final do ano de 2009, tal como se veio a constatar.



<p>➤ 2008</p>	<p>Parâmetros de Resultados: a SG do Centro cumpriu as metas fixadas para os parâmetros de desempenho de resultados, não tendo incorrido em nenhuma falha de desempenho de resultado, o que significou, nesta área de desempenho, uma avaliação de muito bom.</p> <p>Parâmetros de Serviço: a SG cumpriu, em geral, os parâmetros de desempenho de serviço. Contudo incorreu numa falha de desempenho de serviço, relacionada com a não elaboração dos inquéritos de satisfação dos profissionais recorrendo a uma entidade externa¹²⁶, a que correspondeu um total de 200 pontos de penalização num montante de € 74.335,66; nesta área de avaliação o desempenho da SG em 2008 foi bom.</p>
<p>➤ 2009</p>	<p>Parâmetros de Resultados: a SG registou um cumprimento quase total dos valores de referência fixados para os parâmetros de desempenho de resultado passíveis de medição, no entanto verificaram-se as seguintes falhas:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ A SG não atingiu a referência para o número de dias de internamento verificados para a população da área de influência do Centro, designadamente 50% na patologia de TCE¹²⁷, na qual terá registado 44% no 1.º semestre e 47% no 2.º, que se traduziria em 50 pontos de penalização, que corresponderam a € 20.804,50;✗ A SG terá ultrapassado o índice de referência relativo à taxa de cancelamento de consultas externas¹²⁸ em 0,04%, que se traduziria em 25 pontos de penalização, no montante de € 10.402,25;✗ A SG terá ultrapassado o índice de referência relativo à taxa de cancelamento de sessões de hospital dia¹²⁹ nos meses de Fevereiro (6%) e Agosto (42,9%), o que se traduziria em penalizações de 10 pontos por cada mês, isto é, no total de € 8.321,80. <p>Considerando os argumentos e as evidências oferecidas pela SG em sede de pronuncia o Conselho Directivo da ARS Algarve deliberou aceitar as justificações apresentadas relevando as três primeiras desconformidades.</p> <p>Relativamente à última desconformidade, a ARS Algarve acabou por aplicar 10 pontos de penalização, representando € 4.160,91, por considerar que a SG do CMRSul tinha obrigação de programar a sua actividade formativa no mês de Fevereiro, de modo a não prejudicar os utentes que ficaram com as sessões de hospital dia canceladas¹³⁰.</p> <p>Parâmetros de Serviço: a SG do Centro não registou qualquer ponto de penalização associado a falhas de desempenho de serviço, o que se traduziu numa avaliação de Muito Bom.</p> <p>Parâmetros de Satisfação: Considerando os resultados obtidos nos inquéritos de satisfação dos utentes verificou-se um nível de satisfação global de 88%, a que corresponde uma avaliação de Satisfatório.</p>

Em síntese, as penalizações¹³¹ aplicadas à SG do CMRSul foram as seguintes:

¹²⁶ Sobre a elaboração e realização dos inquéritos de satisfação dos utentes dispõe a Cláusula 36.ª Inquéritos de satisfação dos Utentes e profissionais que estes inquéritos sejam preparados e realizados por entidade independente, adequadamente credenciada, comprometendo-se a SG do Centro a assegurar que os resultados dos inquéritos são introduzidos num sistema de base de dados acessíveis pelos representantes da EPC.

¹²⁷ Cfr. Parâmetro de desempenho de resultado n.º 1 – Anexo XVI do CG.

¹²⁸ Cfr. Parâmetro de desempenho de resultado n.º 18 – Anexo XVI do CG.

¹²⁹ Cfr. Parâmetro de desempenho de resultado n.º 21 – Anexo XVI do CG.

¹³⁰ Falha associada ao incumprimento do valor de referência fixado para o parâmetro de desempenho de resultados n.º 21.

¹³¹ Nos termos do n.º 5 da Cláusula 52.ª as deduções por falhas de desempenho a realizar pela EPC não poderão ultrapassar, em cada ano, o montante correspondente a 5% do valor previsível da remuneração base anual da Entidade Gestora do Centro – em 2008, este valor foi de € 6.194.638 e em 2009 foi de € 6.934.856. De acordo com o estipulado no Anexo XV. Remuneração ao CG, o valor unitário da dedução a impor à Entidade Gestora do Centro por cada ponto de penalização verificado corresponde a 0,12% de 5% do valor previsível da



Quadro 32 – VALORIZAÇÃO DAS PENALIZAÇÕES DA SG

Unidade: euros

ANO	Área de Desempenho/Causa	Pontos	Penalização
2008	SERVIÇO/ Inquéritos de satisfação aos profissionais	200	€ 74.335,66
2009	RESULTADOS/ Taxa de cancelamento das Sessões de Hospital Dia	10	€ 4.160,91
TOTAL		210	€ 78. 496,57

Fonte: Relatórios da ARS Algarve de avaliação do desempenho e reconciliação da facturação 2008-2009.

Refira-se ainda que até 2009 não tinha sido implementado o sistema interno de revisão de utilização em internamento, que deveria estar implementado à data de entrada em funcionamento do Centro¹³². Esta situação impediu a monitorização dos parâmetros de desempenho de resultados n.º 8, 14, 15, 16 e 17 constantes do Anexo XVI ao CG¹³³ em 2008 e 2009 e apenas produziu os primeiros resultados em Abril de 2010.

Tanto em 2008 como em 2009, o resultado da **avaliação global do desempenho** da SG foi satisfatório, isto é, obteve menos de 800 pontos de penalização e índices de satisfação dos utentes superiores a 75%, mas não reuniu as condições para obter as classificações de Bom ou Muito Bom, sobretudo, **devido à circunstância de os resultados obtidos nos inquéritos de satisfação dos utentes não atingirem, pelo menos, os 90% de satisfação**.

A “**satisfação dos utentes**” constitui mais uma área de avaliação do desempenho da SG do Centro, medida através dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação efectuados durante o período em avaliação¹³⁴.

Em 2008 e 2009, os utentes que receberam cuidados de saúde no Centro na área do internamento mostraram maiores níveis de satisfação, em todos os itens de avaliação, do que os revelados em 2009 pelos utentes tratados na área do ambulatório.

Em 2008, o desempenho global da SG foi satisfatório, isto é, foi penalizada em 200 pontos e alcançou índices de satisfação global dos utentes de 85%. No que respeita ao ano de 2009, o desempenho global do SG foi também satisfatório, registou um índice de satisfação dos utentes de 88% tendo sido penalizada em 10 pontos¹³⁵.

Face ao que precede, o quadro seguinte resume a avaliação da SG do CMRSul em 2008 e 2009:

remuneração anual da SG no ano em causa, donde, o valor do ponto de penalização em 2008 foi de 371,68€, para um montante máximo anual de 309.731,90€ de falhas de desempenho e em 2009, € 416 por ponto de penalização, para um montante máximo anual de € 346.742,78.

¹³² Cfr. alínea f) do n.º 4 da cláusula 34.ª Qualidade dos Serviços Clínicos e ponto 9 do Anexo XIII do CG. A revisão da utilização deve ser retrospectiva, isto é após o doente ter tido alta e após terem sido disponibilizados os recursos. A principal fonte de informação para esta revisão deve ser o processo clínico, tendo em vista avaliar, no mínimo, a propriedade das admissões, dos dias de internamento, das readmissões e das transferências para outros estabelecimentos de saúde. O sistema de revisão do internamento devia estar suportado em regulamento interno aprovado pela EPC/Ars Algarve.

¹³³ Uma vez que a informação necessária ao processo de monitorização depende da implementação do sistema de revisão de utilização em internamento previsto contratualmente, o qual no ano 2008, e como já foi mencionado, não se encontrava implementado pela SG do Centro.

¹³⁴ Cfr. alínea c) do n.º 3 da cláusula 53.ª e cláusula 36.ª e Anexo XII do CG.

¹³⁵ Cfr. Relatórios anuais de Avaliação do Desempenho da Entidade Gestora do Centro de 2008 e 2009.



Quadro 33 – SÍNTESE DA AVALIAÇÃO GLOBAL DA SG DO CMRSul

Áreas de Avaliação	Ano 2008		Ano 2009	
	Classificação	Avaliação	Classificação	Avaliação
Resultados	0 pontos de penalização	Muito Bom	10 pontos de penalização	Muito Bom
Serviço	200 pontos de penalização	Bom	0 pontos de penalização	Muito Bom
Satisfação dos Utentes	85%	Satisfatório	88%	Satisfatório
Avaliação Global do Desempenho	Satisfatório		Satisfatório	

Fonte: Relatórios de Avaliação Global da ARS Algarve de 2008 e 2009.

Em síntese, este modelo de avaliação do desempenho reforça o ambiente de controlo que disciplina a actividade gestonária de cada uma das partes envolvidas nesta parceria em contraste, com a menor exigência revelada por outros instrumentos contratuais, designadamente, o contrato programa do CMRRC, enquanto entidade do sector público administrativo ou relativamente ao CMRALcoitão, no âmbito do Acordo sobre prestação de cuidados de medicina física e reabilitação¹³⁶.

13.2 Áreas críticas de controlo

Sem prejuízo das observações de auditoria acima referidas especificam-se os seguintes pontos críticos no controlo da execução do CG:

- i. A falta de realização de auditorias informáticas às aplicações que integram o sistema de informação da SG, em particular nas respeitantes à monitorização da produção, produção de indicadores de desempenho, informação clínica e facturação (SIAD, *Trackare*, SAP *business One*), no sentido de garantir que a informação neles contida é íntegra, fiável e actualizada e que os controlos internos que nelas residem são efectivos.

Em resposta ao contraditório, a ARS do Algarve informou que se encontra em fase de elaboração o caderno de encargos tendo em vista a contratação de uma entidade externa, para a realização de uma auditoria ao sistema de informação do CMRSul.

- ii. A necessidade da aplicação informática de monitorização do CG, o SIAD, conter uma funcionalidade de fecho de períodos coincidente com a emissão de facturas acerto mensais, de modo a garantir o registo histórico de todos os dados sujeitos a validação pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve.

Contudo, em sede de contraditório, a SG do CMRSul, esclareceu que em 2010 foi implementado um novo procedimento, o qual *“consiste na recolha e arquivo de todos os registos clínicos que estiveram na base da emissão da factura acerto e que serão validados pela ARS Algarve”*.

¹³⁶ Vd. Anexos 24 e 25.



- iii. O facto de o Departamento de Contratualização não contar com a colaboração de nenhum elemento médico especializado em medicina física e de reabilitação impede que a análise dos parâmetros de desempenho incida sobre a actividade clínica realizada no CMRSul.
- iv. O número elevado de indicadores de monitorização previstos no CG (cerca de 200) dificulta o enfoque nos controlos essenciais, considerando o alinhamento com os objectivos e riscos inerentes à execução do CG. A revisão quantitativa e qualitativa dos indicadores, através da selecção de “indicadores-chave”, poderia beneficiar a efectividade e utilidade do sistema de controlo interno¹³⁷.
- v. A não verificação física do inventário dos bens da SG afectos à exploração do Centro, considerando a confirmação dos *itens* contidos no Anexo I ao CG;

Em sede de contraditório, a ARS do Algarve alegou que *“notificou a Entidade Gestora do Centro, em Agosto deste ano, para que procedesse a alterações ao actual processo de inventariação dos bens afectos à exploração do Centro, tendo em conta as disposições contratuais existentes nesta matéria, com o intuito de proceder a uma verificação física do inventário do Centro (...)”*.

- vi. Falta de integração de todos os dados sobre a referenciação, incluindo o destaque das referenciações com origem em localidades fora da área de influência do Centro, bem como da avaliação clínica de cada doente referenciado e não admitido.
- vii. A não promoção de auditorias clínicas por entidades externas à avaliação clínica que determina a admissão ou recusa de doentes no CMRSul, bem como aos procedimentos dos hospitais referenciadores.
- viii. A necessidade de elaborar estudos que antecipem eventuais impactos económico-financeiros das alterações legais/normativas, prevenindo as consequências daquelas alterações face a eventuais pedidos de reposição do equilíbrio financeiro do CG por parte do parceiro privado.
- ix. Restabelecimento das reuniões semestrais da Comissão Conjunta¹³⁸, tal como o CG prevê no n.º 3 da Cláusula 64.ª do CG.

O relacionamento entre a EPC (ARS Algarve) e a SG do Centro tem proporcionado a superação de divergências, por via negociada, sem prejuízo da aplicação/aceitação de penalizações pecuniárias, garantindo-se a efectividade dos poderes de autoridade da EPC/ARS Algarve e preservação da confiança mútua, o que tem evitado custos que seriam elevados caso se gerassem litigâncias em sede de tribunal arbitral ou judicial¹³⁹.

¹³⁷ Cfr. N.º 2 da cláusula 51.ª do CG.

¹³⁸ Em sede de contraditório as partes reafirmaram ser sua pretensão darem cumprimento ao estipulado no CG sobre esta matéria.

¹³⁹ *Guidelines INTOSAI on Best Practice for the Audit of Public/ Private Finance and Concessions (revised), 2007; guideline n.º 39: “The SAI should examine whether the audited body has the right governance structures for the project and maintains a good relationship with the contractor(s), pp.48.*



IV. EMOLUMENTOS

Nos termos dos arts.1.º, nºs 1 e 2, do art.º 10.º e art.º 11.º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio¹⁴⁰ e em conformidade com as Notas de Emolumentos apresentadas no Volume II são devidos emolumentos, no montante de € 17.164,00, sendo € 8.582,00 suportados pela Administração Regional de Saúde do Algarve, IP e € 8.582,00 pela GPSaúde - Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, SA.

V. DETERMINAÇÕES FINAIS

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

1. Aprovar o presente Relatório nos termos da al. a) do n.º 2 do art.º 78º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido às seguintes entidades:
 - Ministro de Estado e das Finanças;
 - Ministra da Saúde;
 - À Comissão Parlamentar da Saúde;
 - Ao Controlador Financeiro do Ministério da Saúde;
 - GPSaúde - Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, SA;
 - Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
 - Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
 - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais;
 - Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão;
 - Estrutura de Missão Parcerias.Saúde.
3. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários que contactaram com a equipa de auditoria o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta acção.
4. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra-referidas, o mesmo, juntamente com os volumes II e III, seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no site do Tribunal.

¹⁴⁰ Alterado pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.



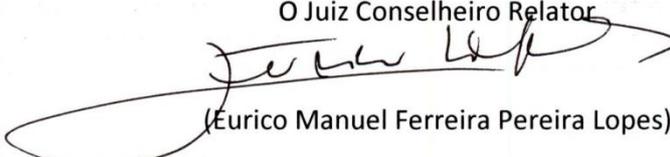
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem ao Tribunal, no prazo de seis meses após a recepção deste Relatório, por escrito e com a inclusão dos respectivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.

6. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, 55º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.



O Tribunal de Contas, em 18 de Novembro de 2010

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos



(João Manuel Macedo Ferreira Dias)



(José Luís Pinto Almeida)

Fui presente

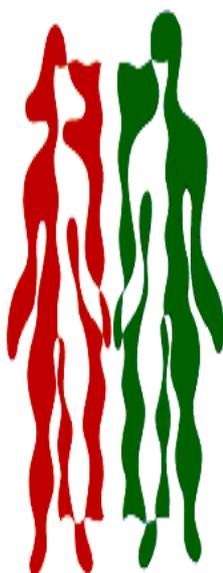


O Procurador-Geral Adjunto



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul



CMR Sul
São Brás de Alportel



Relatório n.º 39/2010 - 2.ª S

Processo n.º 11/2010-Audit

Volume II—Anexos e Notas de Emolumentos



ÍNDICE

Anexo nº 1 – CUSTO PÚBLICO COMPARÁVEL	3
Anexo nº 2 – CASO BASE	4
Anexo nº 3 – ADENDA AO CONTRATO DE GESTÃO DO CMRSul.....	5
Anexo nº 4 – MODELO DE PARCERIA E QUADRO NORMATIVO	6
Anexo nº 5 – ANÁLISE ÀS BOAS PRÁTICAS CONTRATUAIS - CONTRATO DE GESTÃO.....	8
Anexo nº 6 – REDE DE REFERÊNCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	16
Anexo nº 7 – ORGANOGRAMA DO CMRSul	19
Anexo nº 8 – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CMRSul.....	22
Anexo nº 9 – DIVÍDAS DE SUBSISTEMAS PÚBLICOS + SAMS	23
Anexo nº 10 – ÊNFASES E RESERVAS DA SOCIEDADE DE REVISORES OFICIAIS DE CONTAS.....	24
Anexo nº 11 – CÁLCULO DO VAB <i>EX POST</i>	26
Anexo nº 12 – CÁLCULO DO VAB <i>EX ANTE</i>	27
Anexo nº 13 – CÁLCULO DA TIR DO PROJECTO	28
Anexo nº 14 – PRODUÇÃO	29
Anexo nº 15 – ESTIMATIVA DO CUSTO TOTAL DO CONTRATO	32
Anexo nº 16 – CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO PARA O CMRSUL.....	33
Anexo nº 17 – NÚMERO DE UTENTES ADMITIDOS E NÃO ADMITIDOS POR PATOLOGIA APÓS 1.ª CONSULTA DE AVALIAÇÃO.....	35
Anexo nº 18 – PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO ENTRE O CMRSul E O HOSPITAL DISTRITAL DE FARO ...	36
Anexo nº 19 – AMBIENTE E PROCEDIMENTOS DE CONTROLO INTERNO.....	48
Anexo nº 20 – PARÂMETROS DE DESEMPENHO DE RESULTADO E DE SERVIÇO.....	49
Anexo nº 21 – PROCESSO DE VALIDAÇÃO DA FACTURAÇÃO E VALORIZAÇÃO DO CONTROLO EXERCIDO - PAGAMENTOS DE RECONCILIAÇÃO	69
Anexo nº 22 – VERIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE CONTROLO IMPLEMENTADOS PELA EPC/ARS ALGARVE	71
Anexo nº 23 – ACOLHIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DA ENTIDADE PÚBLICA CONTRATANTE	72
Anexo nº 24 – CONTRATO PROGRAMA DO CENTRO DE MEDICINA E REABILITAÇÃO DO CENTRO – ROVISCO PAIS.....	74
Anexo nº 25 – ACORDO DE COOPERAÇÃO ARSLVT E SCML (ALCOITÃO)	102
Anexo nº 26 – NOTAS DE EMOLUMENTOS	135



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

Anexo nº 1 – CUSTO PÚBLICO COMPARÁVEL

Unidade: Milhares de euros

Apuramento do Valor Actualizado Líquido		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Investimentos Iniciais		0	2.725	0	0	0	0	0	0	0
Edifício		0	1.032	0	0	0	0	0	0	0
Equipamentos médicos		0	983	0	0	0	0	0	0	0
Equipamentos gerais		0	710	0	0	0	0	0	0	0
Custos de Exploração		0	1.279	7.049	7.817	8.485	8.869	9.262	9.688	3.389
Internamento		0	1.126	6.212	6.936	7.562	7.877	8.206	8.550	2.980
Ambulatório		0	153	837	881	923	991	1.056	1.138	409
Total de Custos		0	4.004	7.049	7.817	8.485	8.869	9.262	9.688	3.389
Receitas de Terceiros (% sobre custos de exploração)	12%	0	153	846	938	1.018	1.064	1.111	1.163	407
Total de Custos Líquidos		0	3.850	6.203	6.879	7.467	7.804	8.151	8.526	2.983
Taxa de desconto real		4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
Taxa de inflação		2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Taxa de desconto nominal		6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%
Taxa de desconto nominal equivalente semestral		2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%
Anos de actualização (semestres)		1	3	5	7	9	11	13	15	17
Coefficiente de actualização		0,97	0,92	0,86	0,81	0,77	0,72	0,68	0,64	0,61
Cash flows actualizados a Janeiro de 2005		0	3.524	5.352	5.595	5.725	5.641	5.554	5.476	1.806
Valores acumulados actualizados a Janeiro de 2005		0	3.524	8.876	14.472	20.197	25.838	31.391	36.867	38.673

Fonte: Estudo Estratégico e Económico-Financeiro – Janeiro de 2005 e respectivo aditamento de Fevereiro de 2006.

Nota: Instalação: De 1 de Maio a 31 de Outubro de 2006; Exploração - De 1 de Novembro de 2006 a 30 de Abril de 2013.



Anexo nº 2 – CASO BASE

(milhares de euros)

Apuramento do Valor Actualizado Líquido		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Remuneração da actividade de Internamento		0	451	5.659	6.287	6.874	7.027	7.168	7.311	3.068	
Remuneração da actividade de Ambulatório		0	61	763	801	839	882	921	971	424	
Remuneração Base Anual		0	512	6.422	7.088	7.712	7.910	8.088	8.282	3.492	
Receitas de Terceiros pagadores e taxas moderadoras	12%	0	61	771	851	925	949	971	994	419	
Parcela a cargo do SNS		0	451	5.651	6.238	6.787	6.960	7.118	7.288	3.073	
Remuneração a transitar para o ano seguinte			0	903	624	679	696	712	729	307	
Receita do próprio ano			400	4.799	6.517	6.732	6.943	7.102	7.271	3.495	307
Valor acumulado Nominal			400	5.199	11.716	18.448	25.391	32.493	39.764	43.259	43.566
Taxa de desconto real		4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
Taxa de inflação		2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Taxa de desconto nominal		6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%
Taxa de desconto nominal equivalente semestral		2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%
Anos de actualização (semestres)		1	3	5	7	9	11	13	15	17	19
Coeficiente de actualização		0,97	0,92	0,86	0,81	0,77	0,72	0,68	0,64	0,61	0,57
Cash flows actualizados a Janeiro de 2005		0	366	4.141	5.301	5.162	5.018	4.839	4.670	2.116	175
Valores acumulados actualizados a Janeiro de 2005		0	366	4.507	9.807	14.969	19.988	24.827	29.497	31.613	31.788
Pagamento definido no contrato de gestão para o período inicial			400	4.799	0	0	0	0	0	0	0
Número meses			1	12							
Valor mensal acordado			400	400							

Fonte: Caso Base resultante da Adenda ao CG celebrado a 21 de Junho de 2006.

Nota: Fase de Exploração - Início: 1 de Dezembro de 2006.



Anexo nº 3 – ADENDA AO CONTRATO DE GESTÃO DO CMRSul

O Contrato de Gestão foi submetido a Visto do Tribunal de Contas em 19 de Julho de 2006. Em Agosto de 2006, o Tribunal de Contas efectuou um pedido de esclarecimento no âmbito do processo de visto determinando que se fizesse constar do texto do contrato o encargo máximo anual que se prevê vir a ser atingido com a celebração do Contrato, bem como o encargo total previsto para a totalidade da sua vigência.

Nesses termos, para efeitos de apuramento dos encargos máximos com o Contrato, foi incluída uma Adenda ao CG, a qual veio a ser assinada pelas partes a 31 de Agosto de 2006, na qual se estabeleceu:

“Cláusula Única”

“O encargo total previsto para a execução do Contrato para a instalação e Gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, celebrado a 21 de Junho de 2006, de acordo com os pagamentos mensais por conta contratados nos termos do n.º 2 da cláusula 48.ª do Contrato e com a Produção Prevista acumulada prevista no Caso Base, que constitui o Anexo XXI ao Contrato e que dele faz parte integrante, é de 43.566 milhares de euros, em valores nominais, caso se verifiquem os pressupostos constantes do Caso Base subjacentes ao cálculo desse valor e considerando a entrada em funcionamento do Centro em 1 de Dezembro de 2006, sendo o encargo máximo anual previsto para cada ano de execução do Contrato o seguinte:

- 400 milhares de euros, para o ano de 2006;
- 4.799 milhares de euros, para o ano de 2007;
- 6.517 milhares de euros, para o ano de 2008;
- 6.732 milhares de euros para o ano de 2009;
- 6.943 milhares de euros para o ano de 2010;
- 7.102 milhares de euros para o ano de 2011;
- 7.271 milhares de euros para o ano de 2012;
- 3.495 milhares de euros para o ano de 2013;
- 307 milhares de euros para o ano de 2014.”

O Contrato de Gestão do CMR Sul foi visado em Sessão diária de visto em 26 de Outubro de 2006, considerando o que as partes acordaram na Adenda ao Contrato como limite imperativo máximo do valor deste contrato plurianual o montante de € 43.566 milhares, em valores nominais, ao qual correspondem os encargos máximos anuais, caso se verifiquem os pressupostos constantes do Caso Base subjacentes ao cálculo daquele valor.



Anexo nº 4 – MODELO DE PARCERIA E QUADRO NORMATIVO

- **Caracterização do Modelo de PPP do CMRSul**

O estabelecimento das parcerias em saúde tem por objecto a associação duradoura de entidades dos sectores privado e social à realização directa de prestações de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, ou o apoio directo ou indirecto à sua realização no âmbito do serviço público de saúde assegurado pelo SNS – Vd. Quadro Legal¹. Por sua vez, **o CMR Sul é uma unidade gerida em regime de parceria público-privada**, nos termos do Contrato de Gestão (CG) assinado pelo Estado Português e pela GPSaúde-Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, SA, em 21 de Junho de 2006.

O modelo adoptado na PPP relativa ao CMR Sul distingue-se daquele que foi adoptado para os hospitais de agudos do SNS, cujos concursos já foram lançados, no âmbito da 1.ª vaga do programa de PPP em Saúde².

No caso dos referidos hospitais em PPP optou-se pelo modelo DBFO - *Design, Built, Finance, Operate*, cuja tradução assenta nas actividades de concepção, construção, financiamento e gestão que se desdobra nas componentes operacionais da conservação e exploração dos edifícios e na gestão hospitalar, na qual se inclui a prestação de serviços clínicos e respectivos equipamentos a cargo dos parceiros privados.

No modelo dos novos hospitais em PPP coexistem duas entidades gestoras com responsabilidades distintas e delimitadas num quadro de articulação e complementaridade, sujeitas a dois mecanismos de pagamento distintos e com âmbitos temporais diferentes em sede contratual (10 anos para a gestão clínica e 30 anos para a gestão dos edifícios hospitalares).

Em contraste, o modelo de PPP do CMRSul está mais próximo de uma **concessão** da gestão integral da unidade hospitalar, uma vez que à partida a concepção e a construção, mais precisamente as obras de adaptação foram desenvolvidas e financiadas pelo parceiro público na fase anterior à decisão do lançamento do concurso para esta parceria, embora o parceiro privado tenha assumido uma parcela de investimento relativa aos equipamentos necessários à prestação dos cuidados de saúde contratados³. Por outro lado, o CG do CMRSul é executado apenas por uma entidade gestora e é válido pelo prazo de sete anos.

¹ De acordo com o disposto no artigo 8.º do Dec.-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, o Contrato de Gestão tem por objecto principal assegurar as prestações de saúde promotoras, preventivas ou terapêuticas, correspondentes ao serviço público de saúde através de um estabelecimento de saúde, ou parte funcionalmente autónoma, integrado ou a integrar no Serviço Nacional de Saúde. O contrato de gestão pode ainda ter por objecto a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento, ou parte funcionalmente autónoma.

² A primeira vaga de hospitais em PPP era constituída pelos hospitais de Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira.

³ Os investimentos a efectuar ao longo do período de parceria, diziam respeito a despesas de readaptação das instalações e à aquisição de equipamento médico e geral. Não se admitiu qualquer investimento de substituição, uma vez que se assumiu uma vida útil média de cerca de 8 anos para os equipamentos médicos e gerais.



Ao contrário dos outros projectos, apesar de a produção ser anualmente contratada com o parceiro público, o CMRSul não é um hospital de “porta aberta”, pois o acesso ao Centro faz-se, em regra, por referência dos hospitais do SNS nos quais os doentes foram tratados na fase aguda, sendo a admissão determinada por critérios e prioridades de saúde estabelecidos em norma interna, aprovada pela Entidade Pública Contratante⁴. Assim, no CMRSul a **referência constitui o cerne do cumprimento da produção contratada**, uma vez que a mesma constitui a base, em quantidade e qualidade, da actividade realizada pelo Centro, pela qual é remunerado.

O modelo de parceria adoptado no CMRSul pressupõe uma dimensão financeira significativamente inferior a qualquer outra parceria respeitante aos referidos hospitais, implica uma carteira de serviços menos complexa, uma vez que não dispõe de serviços de urgência, nem de actividade cirúrgica e concentra-se apenas em determinadas patologias no âmbito da especialidade de medicina física e de reabilitação.

Em ambos os modelos, no termo da parceria verifica-se a reversão da universalidade de bens e direitos que integram o estabelecimento para a entidade pública contratante, sem prejuízo das respectivas compensações definidas nos termos de cada contrato.

Quadro Normativo

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e outras entidades;

Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, definição de normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas;

Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de Julho, revisão do regime jurídico constante do Decreto-Lei n.º 86/2003, procede ainda ao alargamento do âmbito de aplicação aí previsto, altera-se o modo de funcionamento das comissões de acompanhamento das parcerias em preparação, pondo-se termo à emissão de dois pareceres independentes por parte dos representantes dos Ministros das Finanças e da tutela sectorial, institui-se a obrigatoriedade de se constituírem, via de regra, comissões de negociações quando estejam em causa alterações a contratos de parcerias público-privadas já celebrados ou quando haja lugar à reposição do equilíbrio financeiro dos mesmos e estabelecem-se os procedimentos a observar quando existam situações ou se pretendam tomar decisões susceptíveis de gerar novos encargos para o parceiro público ou para o Estado.

⁴ Cfr. Cláusula 7.ª do CG e art.º 73.º n.º 3 do Regulamento Interno do CMRSul.



Anexo nº 5 – ANÁLISE ÀS BOAS PRÁTICAS CONTRATUAIS - CONTRATO DE GESTÃO

• ANÁLISE do CONTRATO DE GESTÃO

- ✓ **Objecto:** O parceiro privado (SG CMRSul) encontrava-se vinculado, não só à realização de prestações de saúde de MFR, mas também à instalação e exploração do Centro, *“obrigação na qual se encontravam compreendidas as obras de adaptação e de remodelação do Edifício (...) disponibilizado pela Entidade Pública Contratante, as actividades de instalação do equipamento (...), a manutenção e conservação do Edifício e (...) dos equipamentos integrantes do Centro”* (Cláusula 5ª do CG).

Os aspectos de *“actualização tecnológica”* são remetidos para uma noção de *“manutenção e conservação”*⁵ e *“afectar (...) meios técnicos de forma a assegurar a boa execução do contrato”*⁶ não sendo contudo esclarecidos quais os critérios a que devem satisfazer essas condições de operacionalidade adequada.

- ✓ **Limitação da actividade fora do âmbito do SNS:** A SG do CMRSul só pode prestar serviços clínicos fora do âmbito do SNS, ceder instalações, meios técnicos ou humanos para a sua realização até 15% da produção prevista (Cláusula 21.º do Contrato).

Com esta limitação pretendeu-se salvaguardar o predomínio da actividade de prestação de serviço público de saúde que justifica esta PPP.

- ✓ **Propriedade e Posse:** O Contrato não tem por efeito a transferência de propriedade nem consentirá a constituição de qualquer outro direito real menor sobre os imóveis. A transferência para a posse, pelo período do Contrato para a SG do CMRSul, extingue-se com a cessação do mesmo. Portanto, a propriedade das instalações do Centro é da ARS Algarve, estando a respectiva conservação a cargo da Sociedade Gestora (Cláusulas 11.ª, 41.ª e 81.ª do CG).
- ✓ **Prazo:** O CG tem a duração de 7 anos (Cláusula 15.ª e 90.ª): Out./2006-Out/2013.

O Contrato caduca quando se verificar o fim do prazo (Cláusula 76.ª), sendo razoável pressupor que este prazo constitui um limite ou desincentivo aos investimentos não contratados por parte da SG, uma vez que não está expressamente prevista a possibilidade de renovação automática do mesmo por igual período. Embora nos contratos de parcerias de longa duração (30 anos), as boas práticas determinam a necessidade de novo procedimento competitivo, as disposições deste Contrato para o CMRSul não apontam para o lançamento obrigatório de um concurso público para iniciar um novo ciclo de investimento e exploração do Centro.

⁵ Cfr. Secção VII do CG.

⁶ Cfr. al. A) do n.º1 da Cláusula 20.ª – “Obrigações da Entidade Gestora”.



✓ Repartição e Transferência de Riscos

O quadro seguinte especifica a alocação de risco resultante do Contrato de Gestão:

MATRIZ DE ALOCAÇÃO DE RISCOS

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	ALOCAÇÃO		
		EG	EPC	PARTILHA
INSTALAÇÃO	Instalação	X		
	Obras de adaptação	X		
	Equipamentos	X		
TITULARIDADE DE ACTIVOS	Bens Móveis e Imóveis	X		
EXPLORAÇÃO	Procura	X		
	Serviços Clínicos	X		
	Serviços de Apoio	X		
	Equipamentos	X		
	Edifício	X		
	Sistemas de informação	X		
	Recursos Humanos	X		
GESTÃO DO CONTRATO	Subcontratação	X		
	Monitorização			X
	Modificações unilaterais		X	
	Reequilíbrio financeiro		X	
	Garantias a prestar no âmbito do Contrato	X		
	Suspensão e extinção			X
FINANCEIRO	Financiamento	X		
	Preços de referência	X		
	Produção Prevista e Pagamentos por conta	X		
	Inflação		X	
	Taxa de Juro	X		
	Fiscalidade	X		
	Seguros	X		
LEGAL	Licenças e autorizações	X		
	Alterações à legislação geral	X		
	Alterações à legislação específica e regulamentar		X	
FORÇA MAIOR				X

Fonte: Relatório Final da Comissão de Avaliação de 27 de Abril de 2006 e Contrato de Gestão.

Refira-se que a concepção e construção do CMRSul foram assumidas pelo Estado sendo anterior à celebração do Contrato de Gestão – Vd. Ponto 7 do Relatório.

- ✓ **Remuneração:** Como “contrapartida pela prestação efectiva dos serviços objecto do contrato, a Entidade Gestora receberá uma remuneração anual, composta por duas



componentes: a) uma componente correspondente à remuneração base anual da Entidade Gestora, relativa aos serviços clínicos efectivamente prestados; b) uma componente correspondente às deduções a efectuar em função dos parâmetros de desempenho da Entidade Gestora”- (Cláusula 45.ª e Anexo XV do CG).

Neste sentido, **os recursos financeiros do Centro** decorrem da parcela resultante do produto da produção realizada no Centro (definida por referência a cada uma das áreas de actividade: a) Internamento – dias de internamento; b) Ambulatório – número de consultas externas.

As fórmulas de cálculo da remuneração pela produção e da dedução por falhas de desempenho constam do Anexo XV ao CG, sendo que nele se refere também o método de actualização anual dos preços de referência fixados na tabela inserta na Cláusula 45.ª do CG.

Além da remuneração anual, *“constituem ainda receitas da Entidade Gestora: uma parte da diferença positiva entre (i) a receita devida por terceiros pagadores e (ii) a parcela a cargo de terceiros pagadores”* (Cláusula 45.ª do CG).

- ✓ **Pagamentos:** A ARS Algarve (EPC) efectua “pagamentos mensais por conta à SG do CMRSul, por um valor correspondente a um duodécimo de 90% do valor previsível da parcela a cargo do Serviço Nacional de Saúde, cuja correcção se opera por via de um pagamento de reconciliação a realizar até ao final do primeiro semestre do ano seguinte”- (Cláusula 48.ª do Contrato de Gestão).
- ✓ **Recursos Humanos:** O Contrato especifica o Quadro de pessoal, indica o número de efectivos, a distribuição de pessoal, define critérios e procedimentos para o recrutamento e critérios que devem reger o plano de formação obrigatório (Cláusulas 26.ª a 29.ª do Contrato).
- ✓ **Monitorização e Avaliação do Desempenho:** O Contrato obriga à implementação de um complexo, exaustivo e detalhado sistema de monitorização e avaliação de desempenho de modo a permitir a verificação dos parâmetros de desempenho e a detecção de falhas (Cláusulas 50.ª a 53.ª e Anexo XVI do Contrato).

Os indicadores e parâmetros de desempenho formulados no Anexo XVI do Contrato, em **número superior a 200** abrangem os seguintes domínios:

- o Actividades subcontractadas (Serviços Clínicos e Não Clínicos);
- o Qualidade Ambiental;
- o Parâmetros de desempenho de Resultado;
- o Parâmetros de desempenho de Serviço.

A complexidade e o excessivo número de indicadores poderá comprometer a eficiência, a efectividade do controlo e utilidade dos mesmos face às obrigações de resultados que se pretendem garantir, além de acentuarem uma exigência manifestamente desproporcional face ao que o parceiro público exige na dimensão da gestão pública dos hospitais do SNS regulados por contratos-programa.



- ✓ **Resolução de Conflitos:** O Contrato dispõe do recurso à mediação de qualquer litígio a uma terceira entidade. Além disso prevê o recurso à Arbitragem para litígios relacionados com a interpretação, integração ou execução do Contrato, prevendo ainda os procedimentos e um prazo máximo de 3 meses para decisão do Tribunal Arbitral (Cláusulas 84.ª a 86.ª).

Não se especifica que tipo de entidade é que poderá ser escolhida, embora se pressuponha que seja uma terceira entidade independente, restando dúvidas se deverá ser pública, privada, nacional ou até internacional.

- **CONTRATO DE GESTÃO vs BOAS PRÁTICAS**

BOAS PRÁTICAS	⊗ NÃO ✓ SIM	OBSERVAÇÕES
✓ TRANSPARÊNCIA		
Divulgação Pública do Contrato final e toda a restante documentação.	⊗	Informação arquivada nas instalações da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde (Lisboa).
Divulgação Pública das especificações de produção, objectivos de desempenho e mecanismo de pagamento (incluindo deduções e multas por falhas de desempenho).	⊗	
O Contrato exige que seja proactivamente divulgada informação sobre o desempenho da parte privada contratada durante o desenvolvimento do projecto.	⊗	Informação existente no CMR Sul e na ARS Algarve, mas sem divulgação pública.
O Contrato exige que seja proactivamente divulgada a metodologia e os resultados de todos os exercícios de “benchmarking” estipulados pelo contrato.	⊗	
Divulgação de informação ao público resultante das regras especificadas no Contrato.	⊗	
✓ PARTILHA DE RISCOS		
Identificação dos principais riscos do Projecto.	✓	O Relatório de Avaliação Final contém uma Matriz de Riscos de acordo com o Quadro supra (Matriz de alocação de Riscos), que encontra correspondência no clausulado do Contrato de Gestão.



Transferência para o parceiro privado dos riscos que esta pode controlar	✓ ✗	Foi transferido risco operacional; Foi transferido o risco da qualidade da prestação; Foi transferido o risco de segurança e potencial de reabilitação dos doentes; Foi transferido o risco de deflação. Foi transferido o risco de procura, mas o CMR Sul só controla a admissão dos doentes referenciados após avaliação de 1.ª consulta (qualidade da referenciação). O CMR Sul não é remunerado pela produção não realizada ou pela disponibilidade.
Retenção de riscos pelo sector público que a parte privada não consegue controlar.	✓	Na realidade o acesso ao Centro depende da referenciação de outras entidades do SNS, incluindo a EPC – ARS Algarve e não do CMR Sul. Uma PPP tem interesse especial para o sector público na medida em que constitui uma forma de se comprometer com mecanismos de incentivos e de eficiência na actividade que de outra forma não seria possível alcançar.
Distribuição dos riscos de forma a dar os incentivos apropriados ao parceiro privado	✗	A melhoria contínua da referenciação exige dos parceiros uma articulação permanente, em especial da ARS Algarve na sua tripla qualidade de entidade referenciadora, de EPC (entidade pagadora do CG) e de entidade que tutela os hospitais da sua região e com os quais define objectivos regionais nos respectivos contratos-programa, que são os principais referenciadores para o CMR Sul.
✓ MECANISMOS DE PAGAMENTO		
Padrões de serviço exigidos baseados em especificações de produção.	✓	Vd. Cláusulas 22.ª a 24.ª 34.ª e 35.ª, 47.ª, 50.ª, 52.ª Anexos XIII e XVI.
Os padrões de serviço especificados são facilmente monitorizáveis e verificáveis.	✓	O Anexo XV do CG é exaustivo quanto aos indicadores e à sua forma de cálculo. O Sistema de Informação implementado no CMR Sul produz esta informação e a EPC-ARS Algarve exerce um controlo efectivo através de testes de confirmação de dados e cruzamento de dados de produção.
O parceiro privado tem fontes secundárias de rendimento de acordo com o estabelecido no CG.	✓	Essas fontes secundárias de rendimento reguladas nas Cláusulas 45.ª, 49ª e Anexo XV do CG. Segundo o n.º 5 da cláusula 45.ª as receitas comerciais de terceiros são repartidas em 50% entre as partes.



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

O pagamento por utilização é limitado para elevados níveis de utilização acima da produção prevista.	✓	- vd. Cláusula 45.ª e Anexo XV ao CG. Estão previstos 2 escalões de preços consoante as condições de realização da produção. Em determinados pagamentos, mas não todos, a sensibilidade à produção passa a ser zero a partir do limiar de 100% para o internamento e 110% para o ambulatório. A demora média no internamento que ultrapasse a referência estabelecida penaliza a remuneração.
As deduções variam de acordo com a gravidade da falha de desempenho ou de disponibilidade	✓	- vd. Cláusula 52.ª e Anexos XV e XVI.
Especificação de um índice de preços a ser aplicado à actualização dos preços.	✓	- vd. Cláusula 45.ª e n.º 5 do Anexo XV. Utilização do Índice de Preços no Consumidor, sem habitação, ajustado. Teria sido preferível a utilização de um índice de referência que incluísse de uma forma explícita a evolução dos custos salariais. Contudo, não se cometeu o erro de utilizar o Índice de Preços ao Consumidor referente ao sector da saúde (já que este é determinado em grande medida pelas decisões do SNS quanto aos pagamentos realizados pelos cidadãos).
Comparação com outros produtores de serviços similares.	✓	O CMRSul promoveu uma avaliação por uma entidade externa, a IASIST Portugal, no que respeita aos resultados operacionais obtidos em 2009 em comparação (benchmark) com um grupo de prestadores de referência composto pelo Instituto Guttman, de Barcelona e pelo CMRALcoitão.
✓ QUALIDADE		
Programa de qualidade dos Serviços e definição de Padrões de Desempenho.		Vd. Cláusula 34.ª , 35.ª e Anexo XIII. Certificação obrigatória ISO 9001:2000 e CARF; Certificação de Gestão Ambiental ISO 14001. Sistema de monitorização internacional IQIP.
Realização de inquéritos de satisfação dos utentes do Centro para monitorizar o desempenho da entidade privada, realizados por uma entidade independente.	✓	Sobre a elaboração e realização dos inquéritos de satisfação dos utentes dispõe a Cláusula 36.ª do CG Inquéritos de satisfação dos Utes e profissionais que estes inquéritos sejam preparados e realizados por entidade independente, adequadamente credenciada. Os Inquéritos de satisfação têm sido realizados por uma entidade externa escolhida pelo CMRSul, a USPEQ/CARF.



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

Implementação de sistemas de gestão e avaliação da qualidade.	✓	-Vd. Cláusula 37.ª e Anexo XIII.
✓ ALTERAÇÕES e RENOVAÇÃO DO CONTRATO		
Modificações ao Contrato.	✓	O CG – cláusula 67.ª prevê taxativamente os fundamentos das alterações ao Contrato: factos imprevistos e anormais. -vd. Cláusulas 68.ª a 70.ª do CG: “as partes podem introduzir por acordo escrito modificações objectivas ao contrato”.
Previsão de alterações ao CG por reequilíbrio financeiro do contrato, fundamentos e procedimentos.	✓	- vd. Cláusulas 67.ª, 82.ª e 83.ª do CG. Esta reposição só está prevista para o parceiro privado tendo em conta a reposição da TIR Accionista da SG quando afectada em mais de 0,25 pontos percentuais.
Previsão de intervenção de uma terceira parte (por exemplo, painel de peritos) envolvida na aprovação de reembolso de custos antes de as alterações serem aplicadas.	⊗	Aproveitaria à transparência e à estabilidade das modificações reconhecidas, aprovadas e aplicadas pelas partes.
A duração do Contrato inclui períodos de revisão para serem usados como recompensa em espécie para o bom desempenho da parte privada.	⊗	Apesar da duração de 7 anos deste contrato nada impediria a existência de um mecanismo deste tipo, considerando a incerteza que caracteriza a área da saúde.
✓ GARANTIAS DE CUMPRIMENTO		
Previsão de garantias de cumprimento	✓	- Vd. Cláusulas 71.ª a 73.ª do CG. Estabelecem-se as garantias a prestar no âmbito do Contrato (vg. caução/garantia bancária); Seguros e Multas.
✓ RESOLUÇÃO DE CONFLITOS		
Instituição de mecanismos de Resolução consensual de conflitos e arbitragem.	✓	- Vd. Cláusulas 84.ª a 88.ª do CG. Não se especifica que tipo de entidade é que poderá ser escolhida, embora se pressuponha que seja uma terceira entidade independente, restando dúvidas se deverá ser pública, privada, nacional ou até internacional. Quanto às decisões do Tribunal arbitral o Contrato não exclui a recorribilidade pelas Partes dessas decisões nos tribunais judiciais competentes. O Contrato também estabelece que o recurso a qualquer meio de resolução não suspende qualquer obrigação de cumprimento do mesmo.



✓ SUSPENSÃO E EXTINÇÃO DO CONTRATO		
Previsão dos mecanismos típicos dos contratos de PPP	✓	- Vd. Cláusulas 74.ª a 79.ª do CG. O Contrato tipifica os casos de caducidade, prevê e combina um conjunto de mecanismos consoante as circunstâncias: Sequestro e Rescisão por causa objectiva ou subjectiva ou ainda por mútuo acordo das partes.
Previsão de um período de transmissão do estabelecimento hospitalar incluindo a definição das regras, procedimentos de verificação e avaliação dos bens do estabelecimento e prazos, tendo em vista a continuidade do serviço e garantia da satisfação das necessidades dos utentes.	✗	Não se encontra especificado no CG e nos Anexos.

Obs: Adaptação das boas práticas reconhecidas pela Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar (2009), designada pelo Ministério da Saúde.



Anexo nº 6 – REDE DE REFERÊNCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Mantém-se em vigor a Rede de Referência Hospitalar⁷ de Medicina Física e Reabilitação (RRHMFR), instituída, em 2002, através do despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, que se estrutura em quatro níveis:

NÍVEIS	ESTRUTURAS
I	Centros de Saúde e Hospitais de Nível I: Responsáveis pela prevenção da incapacidade e pela orientação adequada do doente.
II	Hospitais Distritais Gerais e Centrais da plataforma B: Todos os hospitais distritais gerais e alguns Centrais (plataforma B) que não preenchem os requisitos definidos para os de plataforma A, que por serem a maioria constituem a estrutura fundamental da Rede.
III	Hospitais Distritais Gerais, Centrais e Especializados da plataforma A⁸: Correspondem à plataforma diferenciada do diagnóstico e do tratamento de MFR.
IV	Centros de Reabilitação⁹: Estruturas direccionadas para a reabilitação activa, dinâmica e intensiva de forma a permitir, sempre que possível, uma reintegração plena.

Em 2002 existiam 96 camas de fisioterapia nos hospitais públicos, das quais cerca de 66% se situavam na Região Norte. As necessidades de fisioterapia eram ainda complementadas com 257 entidades convencionadas, das quais cerca 76,3% se situavam na ARS Norte e na ARS Lisboa.

Os Centros de reabilitação¹⁰ diferenciados e com internamento encontram justificação na necessidade de dar resposta a tempos de intervenção mais prolongados em regime de internamento e de casos de maior complexidade com potencial de recuperação e reabilitação, que justificam a intervenção de equipas multidisciplinares. Neste contexto previa-se a implementação de quatro Centros¹¹ de reabilitação nas regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale

⁷ Cfr. Rede de Referência Hospitalar, pag. 5 - Define-se como um sistema que pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso dos doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integral de informação interinstitucional.

⁸ Os hospitais designados de plataforma A, devem cumulativamente observar as seguintes condições: zona de atracção superior a 400 mil habitantes; casuística superior a 300 AVC e estarem integrados na rede de urgência como hospitais polivalentes.

⁹ Direccionados para os casos mais graves que obriguem à intervenção de uma equipa de reabilitação multidisciplinar e com potencial de reabilitação.

¹⁰ Unidades que direccionadas para uma reabilitação activa, dinâmica e intensiva, com o propósito de proporcionar, sempre que possível, a reintegração socioprofissional do utente.

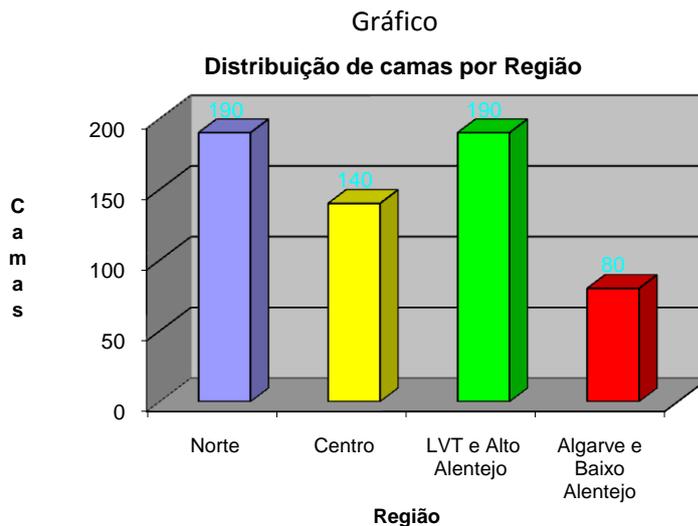
¹¹ A referência para os centros a criar, seria feita, através dos hospitais que constituem a Rede.

Estes Centros definem-se como "estruturas diferenciadas, com equipas especializadas em Medicina Física e de Reabilitação, com polivalência nas diferentes áreas de reabilitação e com um número mínimo de 240 doentes internados por ano."



do Tejo e Algarve, os quais seriam desejavelmente colocados próximos de um hospital de plataforma A.

O impacto da criação dos quatro Centros representaria no total 600 camas, das quais 80 estavam previstas para o Algarve e Baixo Alentejo:



O projecto do CMR Sul foi aprovado com 54 camas em regime de parceria público-privada e entrou em funcionamento em Abril de 2007.

Entre 2007 e 2009, as camas existentes nos centros de referência de MFR eram as seguintes:

Rovisco Pais	Camas	Principais Patologias
		AVC; TCE;LM
2007	36	
2008	50	
2009	60	
Alcoitão		AVC; TCE;LM;LM (não traumática) Lesão Encefálica(não traumática); Paralisia Cerebral; Síndrome de Guillan-Barré; Outra Patologia Neurológica; Status Pós Fractura Membro Inferior ou Cirurgia Ortopédica; Traumatismos Múltiplos Major; Amputações e Outras Pa
2007	135	
2008	131	
2009	131	
CMR Sul	54	LM; TCE; AVC; Lesões cranianas não-traumáticas; lesões medulares não-traumáticas; Doenças neurológicas; Politrauma major; Guillian Birre e outras.
Total 2008	235	
Total 2009	245	

Fonte: Questionário Institucional respondido pelos Centros de Reabilitação, Maio 2010.

No período 2007-2009 existiam três Centros especializados de reabilitação (CMRC, CMRAlcóitão, CMR Sul) os quais totalizavam no seu conjunto 245 camas em 2009 ou seja cerca de 41% do previsto na Rede.



No âmbito da RRHMFR, está desde 2007 a ser desenvolvido o projecto do Centro de Reabilitação do Norte, que prevê-se que venha a acrescentar mais 100 camas¹², previsivelmente em Novembro de 2011, o que aumentará a capacidade de internamento da rede para cerca de 58% face ao previsto em 2002.

Já em 2010 cumpre assinalar a preparação de um protocolo entre as ARSLVT¹³ e o CMRAIcoitão, instituição social da Santa Casa da Misericórdia que formalizará os actuais termos de contratualização de prestação de serviços de medicina física e reabilitação (definição da carteira de serviços, preços e área de influência) no contexto da rede de referenciação hospitalar de MFR.

Face ao que precede constata-se que decorreram 8 anos desde a implementação da RRHMFR, sem que tenham sido entretanto efectuados estudos que actualizassem as reais necessidades de cuidados de medicina física e reabilitação no País, mais concretamente nas cinco regiões de saúde, considerando o contexto de incidência das patologias, evolução tecnológica e nível de diferenciação dos Centros então existentes e o do CMR Sul. Tal situação poderá explicar o desajustamento entre o número de camas então previstas e a capacidade instalada em termos de cuidados especializados verificada no final de 2009.

O próprio Plano Nacional de Saúde 2004-2010 veio, posteriormente, considerar nas suas orientações estratégicas, o seguinte: “Adequar as Redes de Referenciação Hospitalar às necessidades (...)” mencionando “(...) no contexto dos novos modelos de gestão hospitalar, a definição e o contínuo ajustamento das Redes de Referenciação Hospitalar têm uma importância redobrada, designadamente nos processos de *opting out*, na contratualização, no pagamento pela produção e na regulação das estratégias institucionais de investimento.”

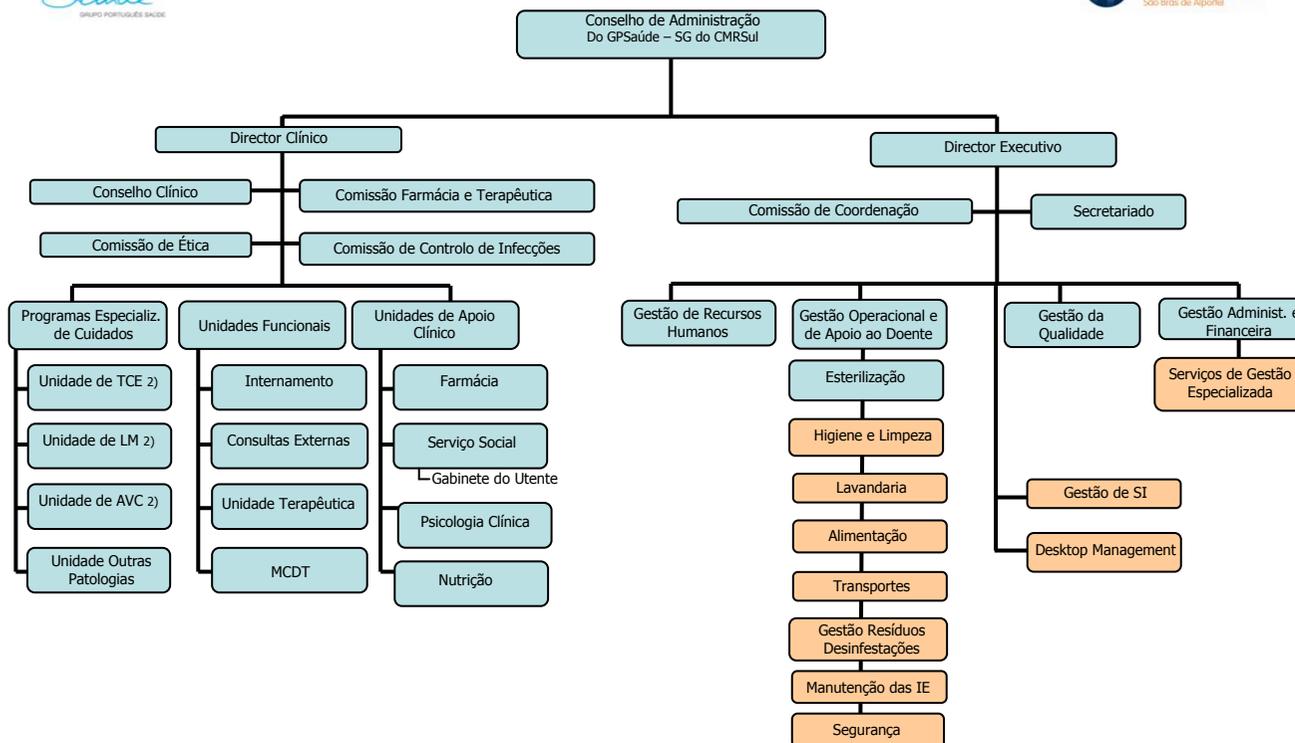
Na falta dessa actualização verifica-se que as diferentes regiões de saúde têm procurado responder às necessidades de cuidados especializados de medicina física e reabilitação recorrendo a distintos modelos de gestão, designadamente por Contrato-Programa com CMRC – Rovisco Pais, entidade do Sector Público Administrativo, por Contrato de Gestão em regime de parceria público-privada com o CMR Sul e por Acordo de Colaboração com o CMRAIcoitão.

¹² O Programa Funcional foi aprovado, pelo Ministro da Saúde, em 25 de Setembro de 2007. O Estudo de viabilização económico-financeira do CRN foi aprovado em Abril de 2008 e foi também assinado o “Acordo Estratégico de Colaboração para o Lançamento do Centro de Reabilitação Norte”. Em Julho de 2009 foi assinado o Contrato com a CDR do Norte (CCDRN). O investimento previsto será de € 40,1 Milhões, dos quais € 30,4 Milhões para projecto e construção e € 9,7 Milhões para apetrechamento comparticipados pelo QREN.

¹³ A RCM n.º 15/2010 de 4 de Fevereiro, prevê nos termos da Rede de RRHMFR que o CMRA possa ser o Centro de Reabilitação da Região de Lisboa e Vale do Tejo, “pelo que a celebração de um acordo de cooperação com ARSLVT, I.P. integra formalmente o CMRA naquela Rede.” A mesma RCM estabelece no âmbito do acordo de cooperação um montante máximo de despesa de € 25.241.679.



Anexo nº 7 – ORGANOGRAMA DO CMRSul



Nota: 1)

2) TCE – Traumatismo Craniano Encefálico; LM – Lesão Medular; AVC – Acidentes Vasculares Cerebrais



✓ DESCRIÇÃO DO ORGANOGRAMA

Compete ao **Conselho de Administração** nomear e exonerar o director executivo, o director clínico e proceder às respectivas delegações de poder, aprovar o plano de negócios do Centro, aprovar o plano de actividades anual e o respectivo orçamento, acompanhar e avaliar o desempenho do Centro, aprovar os relatórios de actividades e as contas do Centro e assegurar os recursos apropriados ao cumprimento do Contrato (Art.º 17.º n.º 2 do Regulamento Interno).

Na dependência da **Direcção Clínica** funcionam quatro unidades especializadas por linhas de produção (Unidade de Traumatismos Crânio-Encefálicos, Unidade de Lesões Medulares, Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais e Unidade de Outras Patologias), unidades funcionais (Internamento, Consultas Externas, Unidade Terapêutica e Meios Complementares de Diagnóstico), para além das tradicionais unidades de apoio clínico (Farmácia, Serviço Social, Psicologia Clínica e Nutrição) (Art.º 16.º n.º 6 do Regulamento Interno).

Na dependência da **Direcção Executiva** encontram-se a Gestão de Recursos Humanos, a Gestão Operacional e de Apoio ao Doente, a Gestão da Qualidade e a Gestão Administrativa e Financeira (Art.º 16.º n.º 7 do Regulamento Interno).

Ao **Director Clínico compete** “a organização do sistema de produção de cuidados e a adequação entre a missão do Centro, os recursos, os processos de cuidados e os resultados e em particular:

- a. Assegurar o cumprimento dos objectivos estratégicos e operacionais no domínio da produção e da qualidade de cuidados.
- b. Liderar o sector da prestação de cuidados, com base nos programas especializados de cuidados e nos serviços das unidades de prestação de cuidados e de apoio clínico, desenvolvendo as melhores condições para o bom aproveitamento dos recursos disponíveis.
- c. Assegurar na sua área de actuação as actividades de planeamento, execução, controlo, correcção dos desvios de forma integrada no contexto do Centro.
- d. Presidir ao conselho clínico e à comissão de farmácia e terapêutica.
- e. Definir as linhas de orientação clínica e os protocolos, avaliar os indicadores clínicos e promover a sua análise aprofundada pelos responsáveis clínicos do Centro.
- f. Controlar a qualidade dos serviços clínicos adquiridos ao exterior.
- g. Garantir a referenciação e a continuidade de cuidados integrados.
- h. Coordenar a gestão do risco clínico do Centro.
- i. Participar e promover a participação dos profissionais de saúde nas actividades de melhoria contínua.
- j. Participar no processo de avaliação do desempenho profissional dos profissionais de saúde.
- k. Assegurar a actualização dos conhecimentos e da capacidade técnica dos profissionais de saúde e procurar as actividades de investigação.
- l. Promover a inserção do Centro na rede de referenciação hospitalar de medicina física e de reabilitação, na rede de cuidados de saúde da área de influência do Centro e nas redes de apoio à continuidade de cuidados e o sucesso do processo de reabilitação.



m. Assegurar o cumprimento das regras de deontologia profissional” (Art.º 43.º do Regulamento Interno).

Ao **Director Executivo** compete:

- “1. Assegurar o cumprimento da missão e das obrigações do Contrato e dos objectivos estratégicos e operacionais do Centro.
2. Promover a integração dos sistemas e processos administrativos, de apoio e clínicos, integrando a comissão de coordenação do Centro.
3. Desenvolver um bom e eficaz relacionamento com a Entidade Pública Contratante.
4. Estabelecer relações de cooperação com as autoridades de saúde da área de influência e demais relações externas.
5. Apoiar o cumprimento das funções do Gestor do Contrato, da Comissão Conjunta e Comissão de Acompanhamento Permanente.
6. Assegurar o cumprimento das obrigações decorrentes do Capítulo IV, deveres especiais do Contrato, para além do que cabe ao Conselho de Administração da Sociedade Gestora e com o apoio deste órgão societário.
7. Organizar, orientar e avaliar as funções financeira e de recursos humanos.
8. Assegurar a operacionalidade do serviço de acolhimento de doentes.
9. Planear e executar a política comercial, designadamente, definir a política de preços.
10. Orientar a pesquisa de mercado para a maximização da quota de doentes não beneficiários do SNS.
11. Gerir a imagem do Centro.
12. Coordenar a gestão da qualidade do Centro” (Art.º 19.º do Regulamento Interno).

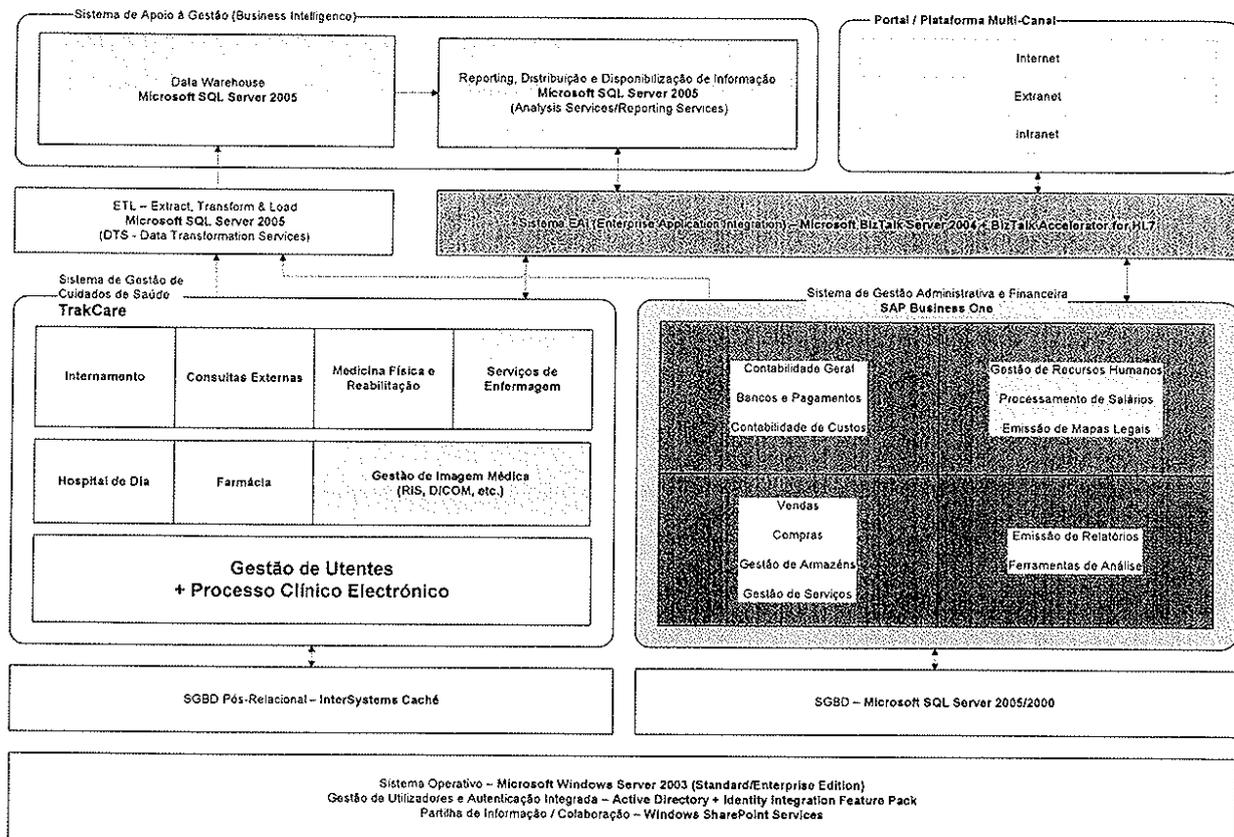


Anexo nº 8 – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CMRSul

A arquitectura do sistema de informação, visa a integração de diferentes funcionalidades, uniformizando o sistema de forma a operacionalizar recursos, controlar custos e investimentos efectuados. De seguida apresenta-se a arquitectura funcional e aplicacional:

- ❖ Contabilidade Patrimonial e Analítica – SAP Business One;
- ❖ Gestão de Património – CapGemini;
- ❖ Contas Correntes – SAP Business One;
- ❖ Caixa e Bancos – SAP Business One;
- ❖ Gestão de Aprovisionamento - SAP Business One;
- ❖ Gestão de Recursos Humanos - SAP Business One;
- ❖ Facturação – Track Care;
- ❖ Área Clínica (recepção, internamento, farmácia) – Track Care.

Esquema do sistema de informação em implementação no CMR Sul



Fonte: Anexo XIV do Contrato de Gestão.



Anexo nº 9 – DIVÍDAS DE SUBSISTEMAS PÚBLICOS + SAMS

Unidade: Euros

ENTIDADES	2007 e 2008	até 12/2009	01/2010 a 05/2010*	Total
ADSE		203.042	295.247	498.290
PSP		196	31	227
GNR		26.377	26.579	52.956
IASFA		38.540	56.176	94.716
Dívidas de subsistemas públicos		268.155	378.033	646.188
SAMS	156.000			156.000
TOTAL	156.000	268.155	378.033	802.188

Fonte: Informação remetida pela SG do CMR Sul em 29-06-2010.

* Montantes não facturados.



Anexo nº 10 – ÊNFASES E RESERVAS DA SOCIEDADE DE REVISORES OFICIAIS DE CONTAS

Certificação Legal das Contas

A Sociedade de Revisores Oficiais de Contas que procedeu à Certificação Legal das Contas produziu a seguinte **ênfase** em 2007:

“(i) O capital social da Empresa encontra-se absorvido pelos prejuízos ocorridos em 2007. Nesta medida, estamos perante uma eventual questão de continuidade das operações, pelo que devem ser adoptadas as medidas previstas no artigo 35º do Código das Sociedades Comerciais.”

Em 2008, a mesma sociedade produziu a seguinte **reserva**:

“(...) o imposto do exercício foi calculado com base nos resultados tributáveis da Empresa considerando uma tributação diferida, pelo que o activo da Empresa inclui impostos diferidos e activos derivados de prejuízos fiscais reportáveis, no montante de 301.346 euros. Na ausência de um Plano de Negócios actualizado, desconhecemos em que medida este activo será integralmente realizável no horizonte temporal de que a Empresa dispõe.”

Produziu, ainda, nesse ano, as seguintes **ênfases**:

“(i) O capital social da Empresa encontra-se absorvido pelos prejuízos ocorridos em 2007 e 2008. Nesta medida, estamos perante uma eventual questão de continuidade das operações, pelo que devem ser adoptadas as medidas previstas no artigo 35º do Código das Sociedades Comerciais.”

Adicionalmente, a actividade operacional da Sociedade não gera liquidez necessária para dar cumprimento ao serviço da dívida bancária bem como responsabilidades para com outros terceiros, pelo que a continuidade das operações está dependente da renegociação do contrato de gestão a ocorrer em 2009 e do continuado apoio dos accionistas, na adopção de medidas que visem substituir a Empresa no cumprimento das suas obrigações bancárias e de alterações na rentabilidade futura do negócio.”

“(ii) (...) o saldo da rubrica de acréscimos de proveitos inclui o montante de 5.028 milhares de euros e o saldo dos acréscimos de custos inclui o montante de 473 milhares de euros relativos à melhor estimativa do total da produção realizada no exercício de 2008 no âmbito do contrato de gestão aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, que ainda se encontra por validar por esta entidade.”



Em 2009, houve alteração da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, que produziu as seguintes ênfases:

“5. A Sociedade tem registados acréscimos de proveitos no montante de 6.105.035,44 Euros, relativos a facturação a emitir em 2010 à Administração Regional de saúde do Algarve, por prestações de saúde de medicina física e de reabilitação realizadas até 31 de Dezembro de 2009 nos termos do contrato de Gestão ao abrigo da Parceria Público Privada do centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (Nota 50).

Durante o exercício de 2009 foi reinterpretado o modelo de cálculo da remuneração anual da Sociedade, tendo em resultado desta situação sido registado um proveito de 667.251,99 Euros relativo ao acerto da remuneração dos anos de 2008 e 2007 (Nota 46). Em 31 de Dezembro de 2009, o acréscimo de proveitos de 6.105.035,44 Euros corresponde à melhor estimativa efectuada pela Sociedade do montante a facturar em 2010 tendo por base o modelo de cálculo em vigor.”

“6. As demonstrações financeiras mencionadas no parágrafo 1 acima foram preparadas no pressuposto da continuidade das operações da Sociedade não obstante o balanço em 31 de Dezembro de 2009 apresentar capitais próprios negativos em virtude de perdas acumuladas dos últimos anos, situação que determina a aplicação do artigo 35.º do código das Sociedades Comerciais. O Conselho de Administração da Sociedade considera apropriada a aplicação do princípio da continuidade das operações face à melhoria verificada nos capitais próprios pelos resultados positivos do exercício de 2009 e pela realização de prestações acessórias no montante de 1.000.000 Euros (Nota 40), e ainda pela expectativa de manutenção de resultados positivos nos próximos exercícios. Consequentemente, a continuidade das operações da Sociedade, a realização dos seus activos e a liquidação dos seus passivos dependem do sucesso das suas operações nos próximos exercícios e/ou da concretização pelo accionista de suporte financeiro adequado.”

“7. As demonstrações financeiras comparativas relativas ao exercício findo em 31 de Dezembro de 2008 são apresentadas pela Sociedade de forma a dar cumprimento aos requisitos de publicação de contas. Estas demonstrações financeiras foram examinadas por outra Sociedade de Revisores Oficiais de Contas e a Certificação Legal das Contas, com data de 6 de Fevereiro de 2009, continha duas ênfases relacionadas com os assuntos descritos nos parágrafos 5 e 6 acima e uma reserva relativa à inexistência de um plano de negócios actualizado que permitisse concluir quanto à realização dos activos por impostos diferidos registados pela Sociedade em 31 de Dezembro de 2008. Com referência ao exercício de 2009, a Sociedade preparou um plano de negócios, que prevê a realização de resultados que permitirão o aproveitamento dos prejuízos fiscais reportáveis nos prazos legalmente definidos.”



Anexo nº 11 – CÁLCULO DO VAB EX POST

Unidade: Euros

VAB (SUBTRATIVO)	2007	2008	2009
+ Prestações de serviços	2.683.424	5.371.235	7.072.462
+ Proveitos suplementares	19.610	5.524	0
+ Outros proveitos e ganhos operacionais	0	0	103.405
+ Proveitos e ganhos extraordinários	1.885	4.142	671.526
- Custo merc. vend. e matérias consumidas	116.614	408.308	548.008
- Fornecimentos e serviços externos	1.324.160	2.313.926	2.261.044
- Impostos	14.665	2.895	7.493
- Outros custos e perdas operacionais	0	650	0
- Custos e perdas extraordinárias	1.522	25.424	3.252
Total	1.247.958	2.629.697	5.027.595

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras do CMR Sul.

Nota: Foram incluídos os resultados extraordinários partindo do pressuposto de que na sua maioria representam correcções a exercícios anteriores relativos à facturação dos serviços prestados no âmbito do CG.

Unidade: Euros

VAB (MÉTODO ADITIVO)	2007	2008	2009
Custos com o pessoal	2.028.805	3.066.691	3.635.117
Amortizações	204.075	438.280	461.270
Encargos financeiros	86.237	162.851	124.659
Imposto sobre o rendimento	1.694	5.091	4.664
Impostos diferidos		-301.346	-175.273
Resultado Líquido do Exercício	-1.072.853	-741.871	977.157
Total	1.247.958	2.629.697	5.027.595

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras do CMR Sul.



Anexo nº 12 – CÁLCULO DO VAB EX ANTE

Unidade: Euros

VAB (SUBTRATIVO)	2007	2008	2009
+ Prestações de serviços	6.435.826	7.119.531	7.730.119
- Custo merc. vend. e matérias consumidas	334.831	374.526	410.692
- Fornecimentos e serviços externos	2.627.904	2.781.696	2.909.538
Total	3.473.092	3.963.309	4.409.889

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG.

Unidade: Euros

VAB (MÉTODO ADITIVO)	2007	2008	2009
Custos com o pessoal	2.754.718	3.105.918	3.621.077
Amortizações	807.208	807.208	630.851
Encargos financeiros	109.819	105.193	81.673
Imposto sobre o rendimento	0	0	0
Impostos diferidos	-49.663	-13.752	19.072
Resultado Líquido do Exercício	-148.990	-41.257	57.216
Total	3.473.092	3.963.309	4.409.889

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG.



Anexo nº 13 – CÁLCULO DA TIR DO PROJECTO

Unidade: Milhares de euros

DETERMINAÇÃO DOS CASH FLOWS NA ÓPTICA DO INVESTIMENTO

Itens	Anos		Jun-05		Dez-05		Jun-06		Dez-06		Jun-07		Dez-07		Jun-08		Dez-08		Jun-09		Dez-09		Jun-10		Dez-10		Jun-11		Dez-11		Jun-12		Dez-12		Jun-13		Dez-13	
	Jun-05	Dez-05	Jun-06	Dez-06	Jun-07	Dez-07	Jun-08	Dez-08	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13																				
RAJI (1-Tc)	0	0	-22	-253	-29	-59	25	25	-9	167	182	311	322	174	323	162	170	0																				
Juros recebidos em Caixa/Depósitos	0	0	0	0	0	2	2	5	3	3	1	4	2	4	3	3	2	0																				
+ AR	0	0	0	404	404	404	404	404	404	227	227	99	99	113	113	113	113	0																				
=Cash Flow Potencial	0	0	-22	151	374	346	431	433	398	397	410	413	422	291	439	278	285	0																				
± Δ CCL (Inv. em CCL)	0	0	-19	88	38	278	-254	308	-282	329	-324	336	-332	212	-207	299	-496	0																				
=Cash Flow Ajustado	0	0	-3	63	336	68	685	125	680	69	735	77	754	79	646	-21	781	0																				
- Inv. em Capital Fixo	0	0	809	2.615	0	0	0	0	0	0	0	0	0	57	0	0	0	0																				
Free Cash Flow	0	0	-812	-2.552	336	68	685	125	680	69	735	77	754	22	646	-21	781	0																				

Semestral Anual

TIR = 5,49% 11,27%

Fonte: Elaboração própria tendo por base as demonstrações financeiras constantes do Anexo XXI ao CG (Caso Base).

DETERMINAÇÃO DA TIR DO PROJECTO (CASO BASE)

Itens	Anos		Jun-05		Dez-05		Jun-06		Dez-06		Jun-07		Dez-07		Jun-08		Dez-08		Jun-09		Dez-09		Jun-10		Dez-10		Jun-11		Dez-11		Jun-12		Dez-12		Jun-13		Dez-13	
	Jun-05	Dez-05	Jun-06	Dez-06	Jun-07	Dez-07	Jun-08	Dez-08	Jun-09	Dez-09	Jun-10	Dez-10	Jun-11	Dez-11	Jun-12	Dez-12	Jun-13	Dez-13																				
Cash Flow Exploração e Investimento	0	0	-812	-2.552	336	68	685	125	680	69	735	77	754	22	646	-21	781	0																				

Semestral Anual

TIR = 5,49% 11,27%

Fonte: Anexo XXI ao CG (Caso Base).



Anexo nº 14 – PRODUÇÃO

No Estudo Estratégico e Económico-Financeiro desenvolvido pelo Banco BPI para a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde estava previsto que o CMR Sul, no período de vigência do CG, atingisse o seguinte volume de produção:

PRODUÇÃO PREVISTA NO CÁLCULO DO CPC

ACTIVIDADE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
INTERNAMENTO								
Nº dias de internamento	2.464	15.193	16.589	17.739	17.739	17.739	17.739	5.913
Doentes saídos	55	339	383	420	420	420	420	140
Demora média (dias)	45	45	43	42	42	42	42	42
CONSULTAS	534	3.266	3.399	3.511	3.609	3.680	3.794	1.300
Nº consultas (doentes internados)	55	342	387	420	420	420	420	140
Nº consultas (a doentes em ambulatório)	480	2.924	3.012	3.091	3.189	3.260	3.374	1.160
SESSÕES DE HOSPITAL DE DIA	9.014	55.150	57.846	60.204	61.802	62.889	64.087	21.667
Nº sessões (doentes internados)	2.464	15.275	16.754	17.739	17.739	17.739	17.739	5.913
Nº sessões (a doentes em ambulatório)	6.551	39.875	41.093	42.465	44.063	45.150	46.348	15.754

Fonte: Estudo Estratégico e Económico-Financeiro – Janeiro de 2005 e respectivo aditamento de Fevereiro de 2006.

Nota: Previa-se que o Período Inicial de Exploração se iniciasse em 1 de Novembro de 2006 e terminasse em Abril de 2013.

Do processo negocial realizado com o GPSaúde, SGPS, SA, resultou o mesmo volume de produção previsto no cálculo do CPC.

Já o CG veio prever a existência de um Período Inicial de Exploração (PIE)¹⁴ que pressuponha que a entrada em funcionamento do CMR Sul tivesse ocorrido em 1 de Outubro de 2006. Assim, e de acordo com o estabelecido no Anexo XI do CG, a produção prevista para esse período foi a seguinte:

PRODUÇÃO PREVISTA PARA O PIE

INTERNAMENTO			
Dias de Internamento	18.971	Demora média de referência (em dias)	
<i>Lesões medulares</i>	2.250	<i>Lesões medulares</i>	90
<i>Traumatismos crânio-encefálicos</i>	5.625	<i>Traumatismos crânio-encefálicos</i>	90
<i>Acidentes vasculares cerebrais</i>	11.096	<i>Acidentes vasculares cerebrais</i>	33
<i>Outras patologias</i>	0	<i>Outras patologias</i>	30
AMBULATÓRIO			
Consultas Externas	3.653	Sessões de Hospital de Dia	49.815
<i>Lesões medulares</i>	149	<i>Lesões medulares</i>	2.990
<i>Traumatismos crânio-encefálicos</i>	561	<i>Traumatismos crânio-encefálicos</i>	10.091
<i>Acidentes vasculares cerebrais</i>	2.943	<i>Acidentes vasculares cerebrais</i>	36.734
<i>Outras patologias</i>	0	<i>Outras patologias</i>	0

Fonte: Anexo XI do CG.

¹⁴ De acordo com o n.º1 da cláusula 1.ª do CG, o PIE é o período que decorre entre a data de entrada em funcionamento do Centro e 31 de Dezembro de 2007 - Cfr. Cláusulas 1.ª, 19.ª e 90.ª do CG.

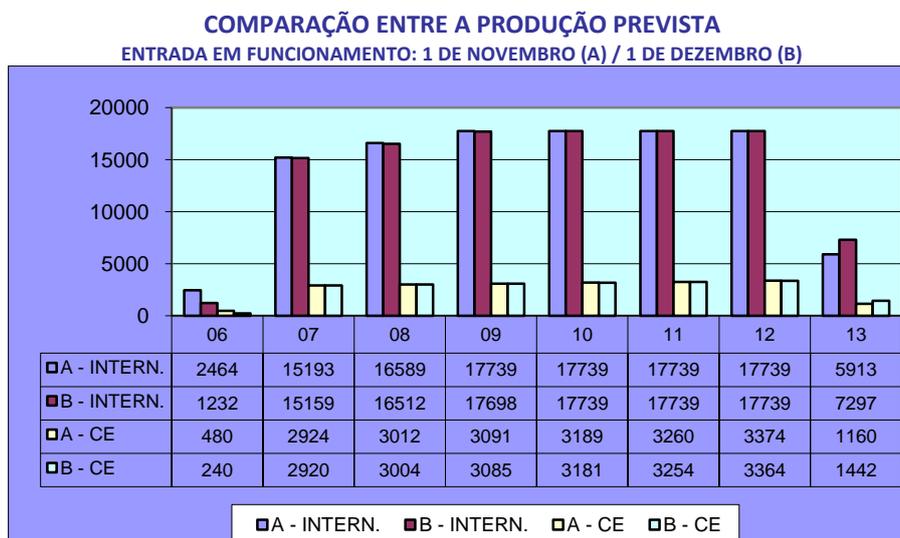


Caso o Centro entrasse em funcionamento noutra data, a produção teria que ser ajustada, de acordo com a seguinte regra de proporcionalidade, prevista no n.º 2 do Anexo XI do CG¹⁵.

$$PP_{ajustada, i, j} = \frac{PP_{inicial, i, j}}{457} \times D$$

De acordo com a Adenda Interpretativa ao CG a entrada em funcionamento do Centro devia ocorrer em 1 de Dezembro de 2006, pelo que a produção foi ajustada tendo em conta essa dilação de um mês.

No gráfico seguinte mostra-se as oscilações na produção resultantes da dilação da entrada em funcionamento do Centro de 1 de Novembro para 1 de Dezembro de 2006.



Fonte: Anexo XXI do CG e ficheiro remetido pela ARS Algarve em 13-04-2010.

15

$PP_{ajustada, i, j}$	Produção Prevista ajustada ao número efectivo de dias do Período Inicial de Exploração, para a patologia <i>i</i> da área de actividade <i>j</i> ;
$PP_{inicial, i, j}$	Produção Prevista para o período Inicial de Exploração, para a patologia <i>i</i> da área de actividade <i>j</i> ;
D	Número de dias contínuos do Período Inicial de Exploração para efeitos de fixação da Produção Prevista, contados, inclusive, a partir da data de Entrada em Funcionamento do centro e terminado em 31 de Dezembro de 2007;
<i>i</i>	Patologia (Lesões medulares, traumatismos crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, outras patologias);
<i>j</i>	Área de actividade (Internamento, Consultas Externas, Hospital de Dia).



Na realidade, o Centro só entrou em funcionamento em 6 de Abril de 2007, pelo que o PIE ficou-se pelos 270 dias, resultando, segundo a regra de proporcionalidade no seguinte volume de produção:

ACTIVIDADE	PIE
Dias de Internamento	11.208
<i>Lesões medulares</i>	1.329
<i>Traumatismos crânio-encefálicos</i>	3.323
<i>Acidentes vasculares cerebrais</i>	6.556
<i>Outras patologias</i>	0
Consultas Externas	2.158
<i>Lesões medulares</i>	88
<i>Traumatismos crânio-encefálicos</i>	331
<i>Acidentes vasculares cerebrais</i>	1.739
<i>Outras patologias</i>	0
Sessões de Hospital de Dia	29.432
<i>Lesões medulares</i>	1.767
<i>Traumatismos crânio-encefálicos</i>	5.962
<i>Acidentes vasculares cerebrais</i>	21.703
<i>Outras patologias</i>	0

Fonte: Anexo XI do CG.



Anexo nº 15 – ESTIMATIVA DO CUSTO TOTAL DO CONTRATO

Unidade: Euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PRODUÇÃO										
<i>Internamento</i>										
Quantidade										
1.º Escalão			5.631	14.778	16.370	17.739	17.739	17.739	13.304	
2.º Escalão			821							
Preço										
1.º Escalão			377	385	397	390	394	402	410	
2.º Escalão			95							
Remuneração Actividade Internamento			2.203.129	5.689.530	6.504.128	6.921.226	6.990.438	7.130.247	5.454.536	
<i>Ambulatório</i>										
Quantidade										
1.º Escalão			71	755	1.005	1.167	1.167	1.167	875	
2.º Escalão						117	117	117		
Preço										
1.º Escalão			264	269	278	273	276	281	287	
2.º Escalão						56	57	58	59	
Remuneração Actividade Ambulatório			18.759	203.384	279.566	325.283	328.538	335.107	251.112	
REMUNERAÇÃO BASE ANUAL EG	0	0	2.221.888	5.892.914	6.783.695	7.246.509	7.318.974	7.465.353	5.705.648	
DEDUÇÕES	0	0	0	74.336	4.161	0	0	0	0	
RAEG	0	0	2.221.888	5.818.578	6.779.534	7.246.509	7.318.974	7.465.353	5.705.648	
Parcela a cargo de Terceiros Pagadores			409.894	758.921	1.079.826	1.086.976				
Receitas devidas por Terceiros Pagadores a atribuir à EPC			86.924	113.055	116.051	139.422				
Taxas moderadoras			4.004	13.391	14.947	11.700				
Receitas comerciais de terceiros			2.638	2.762	2.768	2.768				
Receitas de Terceiros Pagadores e Taxas Moderadoras							878.277	895.842	684.678	
% sobre Remuneração Base Anual							12%	12%	12%	
PARCELA A CARGO DO SNS			1.718.428	4.930.449	5.565.942	6.005.642	6.440.697	6.569.511	5.020.970	
Remuneração a transitar para o ano seguinte			-2.095.434	269.951	267.089	600.564	644.070	656.951	502.097	
RECBTAS DO PRÓPRIO ANO			3.599.287	2.565.064	5.568.804	5.672.168	6.397.192	6.556.629	5.175.824	502.097
										36.037.065
Ano	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19
Taxa de desconto anual	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%	6,08%
Taxa equivalente semestral	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%	2,995%
Coefficiente de actualização	0,97	0,92	0,86	0,81	0,77	0,72	0,68	0,64	0,61	0,57
Valor Actualizado a Janeiro de 2005	0	0	3.105.508	2.086.320	4.269.835	4.099.820	4.358.846	4.211.427	3.133.969	286.595
Valor Acumulado Actualizado a Janeiro de 2005	0	0	3.105.508	5.191.828	9.461.664	13.561.483	17.920.329	22.131.757	25.265.725	25.552.321

Fonte: Relatórios elaborados pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve “Pagamento de Reconciliação – Ano de 2007”, “Pagamento de Reconciliação – Ano de 2008” e “Pagamento de Reconciliação Ano de 2009” e respectivos anexos (incluindo facturas-acerto dos respectivos anos), bem como o documento “Cálculo da Parcela a Cargo do SNS e do Pagamento Mensal por conta – Ano 2010”.

Nota: Nas previsões efectuadas para os anos de 2011, 2012 e 2013, seguiu-se a seguinte metodologia:

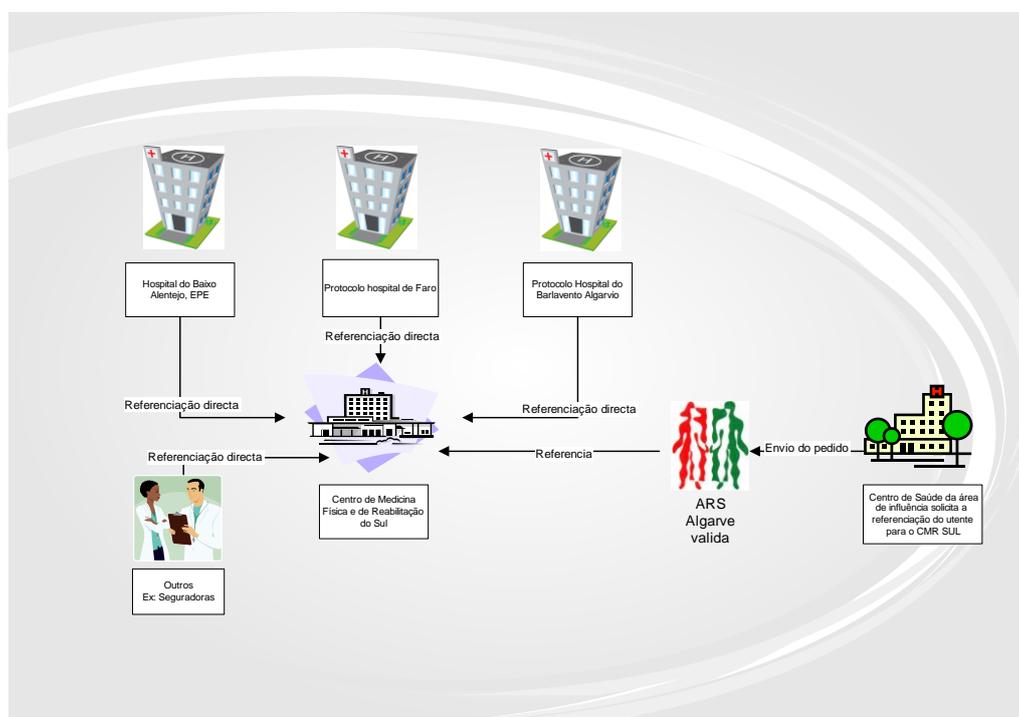
- No cálculo das quantidades produzidas no âmbito do ambulatório, teve-se em conta as negociações relativas à produção contratada para 2010.
- No cálculo dos preços das actividades, teve-se em conta os IPC constantes do “Relatório de Orientação da Política Orçamental, 2010”, do Ministério das Finanças e da Administração Pública, de Julho de 2010.
- O restante manteve-se as previsões constantes do Caso Base.



Anexo nº 16 – CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO PARA O CMRSUL

O acesso ao CMR Sul efectua-se em regra através da referenciação do doente pelas entidades hospitalares ou outras, realiza-se a chamada 1.ª consulta de avaliação e só se o doente evidenciar condições para o ingresso no Centro será encaminhado para tratamento em ambulatório ou internamento¹⁶.

Circuito de Referenciação para o CMR Sul



- O CMRSUL¹⁷ recebe directamente doentes referenciados dos três Hospitais com quem estabeleceu **protocolos de referenciação**. Os Centros de Saúde da área de influência também referenciam para o CMR Sul através da ARS;
- A ARS Algarve autoriza e processa os pedidos de outras instituições fora da área de influência do Centro, desde que exista capacidade disponível¹⁸;
- Os outros subsistemas de saúde e as seguradoras, referenciam directamente para o CMR Sul, sendo que o Centro só pode prestar serviços clínicos fora do âmbito do SNS, até 15% da produção prevista por área de actividade e por patologia em internamento¹⁹.

¹⁶ Cfr. n.º 4 da Cláusula 7.ª do CG.

¹⁷ Cfr. n.º 2 da Cláusula 7.ª do CG - Actividade assistencial do Centro - a área de influência directa do Centro corresponde aos distritos de Beja e Faro.

¹⁸ Cfr. n.º 5 da Cláusula 7ª do CG, isto é sempre que exista capacidade e não ocorram listas de espera relativamente à população da área de influência.

¹⁹ Cfr. Cláusula 21ª do CG.



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

Verificou-se que os procedimentos de referência são suportados em formulários (suporte papel) que são comunicados via fax, o que se revela pouco eficiente, eficaz e fiável face às vantagens que poderiam decorrer de um sistema de informação de registo, avaliação e comunicação em plataforma Web, por enquanto inexistente.



Anexo nº 17 – NÚMERO DE UTENTES ADMITIDOS E NÃO ADMITIDOS POR PATOLOGIA APÓS 1.ª CONSULTA DE AVALIAÇÃO

Ano	2008		2009		Variação % - Admitidos 08-09	Variação % - N.Admitidos 08-09
Patologia	Admitidos	N. Admitidos	Admitidos	N. Admitidos		
AVC	217	143	180	198	-17,1%	38,5%
LM	47	14	51	29	8,5%	107,1%
TCE	19	11	21	20	10,5%	81,8%
Outras patologias	86	71	161	97	87,2%	36,6%
Total	369	239	413	344	11,9%	43,9%

Fonte: ARS Algarve – Junho 2010.



Anexo nº 18 – PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO ENTRE O CMRSul E O HOSPITAL DISTRITAL DE FARO



Protocolo entre o Centro de Medicina de Reabilitação e o Hospital Distrital de Faro

GPSAÚDE - SOCIEDADE GESTORA DO CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO DO SUL, S.A., Pessoa Colectiva n.º 507 671 082, sociedade anónima de direito português, com sede na Avenida da Liberdade, n.º 245, 8 C, em Lisboa, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o n.º 507 671 082, com o capital social de 50.000,00 Euros, doravante designada por **EG**;

E

Hospital Distrital de Faro, pessoa colectiva n.º 501 457 399, com sede em Faro, representada pelo(a) Dr.ª Ana Paula Pereira Gonçalves, Presidente do Conselho de Administração, portadora do Bilhete de Identidade número 1220904, emitido em 07/11/2003 pelo Arquivo de Identificação de Lisboa, doravante designado por **HDF**

Considerando:

- a) Que o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, doravante designado por CMRSul, é uma unidade especializada de cuidados de reabilitação que integra a respectiva Rede de Referenciação do SNS na Região do Algarve, bem como o Baixo Alentejo, e por este facto poderá receber doentes referenciados pelo HDF, no tratamento das seguintes patologias:



1. Lesões medulares (LM);
2. Traumatismos cranioencefálicos (TCE);
3. Acidentes vasculares cerebrais (AVC);
4. Lesões cranianas não-traumáticas;
5. Lesões medulares não-traumáticas;
6. Doenças neurológicas (esclerose múltipla, doença de Parkinson;
7. polineuropatia, paralisia cerebral, perturbações neuromusculares, outras).

- b) Que o CMRSul é ainda uma unidade especializada integrada na rede de referência de Medicina Física e de Reabilitação do SNS, escolhida pelo Estado Português para a adopção do novo modelo de Parceria Público Privada, mediante a celebração de acordos de gestão com Grupos privados para a prestação de cuidados, nos edifícios que lhe foram afectos, por um prazo de 7 anos com início da sua vigência em 27 de Outubro de 2006 e termo a 27 de Outubro de 2013.
- c) Que o HDF, no período de vigência do Contrato de Gestão, de 2006 a 2013, é a unidade hospitalar responsável pela prestação de cuidados agudos de saúde à população da área de influência do sotavento Algarvio.
- d) Que ambas as Unidades de Saúde acordam no desenvolvimento de acções comuns na divulgação do património do antigo Sanatório Vasconcelos Porto, designadamente na exposição de peças existentes na posse do HDF nas instalações do CMRSul.



- e) Que o presente Protocolo é assinado pelos representantes da Entidade Gestora, escolhida pelo Estado Português para a gestão do CMRSul e do HDF.

É celebrado o presente Protocolo de Cooperação que se regerá pelas seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira

O presente Protocolo tem como objectivo definir os termos da cooperação entre os outorgantes, no que respeita à colaboração e cooperação do CMFRSul com o HDF, como unidade de referência de Medicina Física e de Reabilitação para a população do sotavento Algarvio.

Cláusula Segunda

(Âmbito)

O presente Protocolo tem como finalidades as seguintes:

1. Estabelecer os procedimentos de referência dos doentes a serem tratados no CMRSul.
2. Definição de circuitos e transmissão de informação referente a pessoas servidas pelo CMRSul entre as duas instituições, quer no momento da admissão, quer na alta.
3. Estabelecer os procedimentos de acesso dos doentes em tratamento no CMRSul aos Serviços do HDF, incluindo situações de urgência e emergência.
4. A prestação de serviços de consultadoria clínica em especialidades de apoio às patologias tratadas no CMRS.
5. A prestação de serviços de Imuno-Hemoterapia por parte do HDF ao CMRSul.
6. A prestação temporária de serviços de esterilização por parte do HDF ao CMRSul.



7. Acordar acções comuns na divulgação do património do antigo Sanatório Vasconcelos Porto, designadamente na exposição de peças existentes na posse do HDF nas instalações do CMRSul.

Cláusula Terceira

(Referenciação)

O HDF é conhecedor das regras e prioridades de acesso de doentes ao CMRS. Cada proposta de acesso de um doente ao CMRS é apresentada pela direcção do Serviço de MFR do HDF.

A proposta de acesso é feita através do portal do CMRS e é seguida do envio de dados que permitam:

1. A identificação inequívoca da pessoa a tratar.
2. A identificação do sistema de saúde responsável pela pessoa a tratar.
3. A identificação e contacto do familiar mais próximo e/ou do cuidador.
4. Os dados da história clínica pertinentes, obtidos durante o episódio de tratamento no HDF.
5. O relatório clínico com a identificação do quadro funcional, etiologia e comorbilidades.

O transporte de doentes para o CMRS é realizado nas condições exigidas pela situação e necessidades de cada doente e é da responsabilidade do HDF.

Cláusula Quarta

(Transmissão da informação)

A transmissão da informação relativa a pessoas servidas respeitará os requisitos de segurança e de confidencialidade.

O HDF transmitirá, seja por via electrónica, seja em suporte de papel, a informação acima identificada.



Cláusula Quinta

(Acesso de doentes ao HDF)

O HDF, no âmbito da sua missão, receberá doentes do CMRS cuja situação clínica imponha observação no Serviço de Urgência, quer se trate de agudização de condição clínica prévia ou de situação clínica "de novo" e para as quais o CMRS não disponha dos meios adequados à sua resolução.

Para o efeito, serão criadas facilidades directas de comunicação entre responsáveis clínicos das duas instituições.

Poderá ainda ser-lhe requisitado o apoio em consultas de especialidade e em MCDT que ultrapassem os meios internos e de contratação externa pelo CMRS.

Estas requisições serão precedidas de contactos apropriados, quer administrativos, quer clínicos.

A resposta será adequada ao grau de urgência clínica que a situação contiver.

O CMRS fará acompanhar o doente da informação disponível, adequada à avaliação do seu estado.

Cláusula Sexta

(Serviços de Imuno-Hemoterapia)

O HDF prestará serviços de Imuno-Hemoterapia, de acordo com as necessidades que ocorram durante o processo de tratamento dos doentes no CMRS.

Essa prestação de serviços implicará o respectivo pagamento por parte do CMRS de acordo com a tabela em vigor para o SNS.

Cláusula Sétima

(Serviços de Esterilização)

No período inicial de funcionamento o HDF dispõe-se a prestar apoio de esterilização, enquanto não entrar em funcionamento a respectiva unidade no CMRS.



Este serviço será prestado nas seguintes condições:

1. O CMRS segue as regras estabelecidas pelo HDF para preparação do material a esterilizar.
2. O CMRS informa o HDF das quantidades previsíveis de material a esterilizar.
3. O CMRS procede à entrega no HDF do material a esterilizar, com a respectiva guia de remessa.
4. O CMRS recolhe o material esterilizado no HDF.

O preço a prestar será estabelecido no Anexo II ao presente Protocolo.

Cláusula Oitava

(Divulgação do Património)

O CMRS disponibiliza facilidades de exposição de elementos patrimoniais históricos nas suas instalações e que permitam a sua visualização e a compreensão do valor e evolução históricos do antigo Sanatório Vasconcelos Porto.

O HDF dispõe-se a ceder para efeitos de exposição os elementos de património que estão sob a sua responsabilidade. Será feito o inventário prévio à cedência.

Esta cedência e exposição serão objecto de acções cooperativas com instituições de Faro e de S. Brás de Alportel interessadas na divulgação da história e do património do referido Sanatório.

Cláusula Nona

(Desenvolvimento do Protocolo)

As partes acordam no desenvolvimento futuro do presente Protocolo, a partir da experiência da sua execução e de novas necessidades que se venham a colocar.



Cláusula Décima

(Tempo de Vigência)

Este Protocolo manter-se-á em vigor durante o período do contrato de gestão, de 6 de Abril a 27 de Outubro de 2013.

Cláusula Décima Primeira

(Anexos)

Constituem anexos do presente Protocolo e dele ficam a fazer parte integrante depois de rubricados pelas Partes, os seguintes documentos:

- Anexo I – Critérios de admissão e alta para os doentes do CMRSul.
- Anexo II – Remunerações.

Local: Faro

Data: 11 de Maio de 2007

Pela EG

Pelo HDF



ANEXO I – CRITÉRIOS DE ADMISSÃO PARA OS DOENTES A ADMITIR NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO SUL



- Objectivos do internamento em Reabilitação**
- obtenção da máxima funcionalidade e autonomia
 - obtenção do melhor nível de qualidade de vida (percebida)
 - prover a necessidades específicas de cada doente
 - promover a participação activa do doente nas tomadas de decisão
 - promover adaptação à nova condição/estilo de vida
 - prevenção de complicações
 - educação do doente e cuidadores
 - reintegração comunitária
- (intervenção de fase 2)

1.1.1.1.1

- Patologias Prioritárias**
- LESÃO MEDULAR (12%)
 - TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (30%)
 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (58%)

1.1.1.1.2

- raus de Prioridade**
- 1 . doentes portadores de lesão medular com idade inferior a 35 anos
 - 1.1 classificação ASIA D
 - 1.2 classificação ASIA C
 - 1.3 classificação ASIA B
 - 1.4 classificação ASIA A
 2. doentes vítimas de AVC recente (até 6 meses) com idade inferior a 50 anos.



3. doentes vítimas de traumatismo crânio encefálico – fase pós aguda

4. doentes portadores de lesão medular com idade superior 36 anos e inferior a 65 anos

5. doentes vítimas de AVC recente com idade superior a 51 anos

6. doentes portadores de lesão medular com idade superior a 66 anos

7. doentes submetidos a programa de reabilitação prévio com:

- complicações decorrentes de patologia prioritária (bexiga e intestino

neurogénicos, dor,....

- reforço/ "refreshment" : auto cuidados, mobilidade, segurança

8. outras patologias cuja complexidade e/ou gravidade justifique necessidade de internamento

1.1.1.1.3

ondis

- potencial de reabilitação presente
- benefício esperado
- objectivos estabelecíveis (smart)
- consentimento, motivação e colaboração (excepto alterações cognitivas decorrentes da patologia que motiva o internamento)
- sem doença associada que impeça a sua progressão em terapêutica
- medicamente estáveis



1.1.1.1.4

o

- diagnóstico principal e co-morbilidades estabelecidas
- alta dos cuidados agudos com resolução dos problemas médicos
- sinais vitais estáveis
- sem complicações médicas por esclarecer

1.1.1.1.5

oen

te

1.1.1.1.6

imin

g

- Exames e investigação médica concluídos (ou em curso)
- necessidades específicas determinadas
- existência de condições para tolerar o nível do programa terapêutico
- não apresentar alterações comportamentais e /ou psiquiátricas que limitem a sua
- participação (excepto decorrentes da patologia que motiva o internamento)
- opções de alta discutidas

NOTA: Considerando as características actuais da Unidade, exclui-se o internamento de doentes com idade inferior a 15 anos, podendo, no entanto, ser internados excepcionalmente por curtos períodos, para exames e/ou avaliações específicas.

Referenciação

1.1.1.1.7

Os pedidos de internamento de doentes internados noutras Unidades de Saúde deverão cumprir o estabelecido na "Rede de Referenciação Hospitalar de MFR" devendo ser acompanhados do competente relatório clínico do Médico Fisiatra .

O Centro deverá dar uma resposta aos pedidos, no prazo máximo de três dias úteis :

1. Aceitação :

- aceite – data previsível de chamada

- aceite e é colocado em lista de espera - com informação

da razão.



2. Pendente – informação da razão

A
de

Critérios de

Alta

1.1.1.1.8

1 – Atingimento de objectivos

2 – Atingimento de estado em que já não necessita de programa intensivo

3 – Estabilização do quadro sem previsão de melhoria

4 – Complicações médicas que não permitam manter programa

5 – Período "experimental" sem melhoria funcional em tempo razoável

6 – Recusa de participação.



ANEXO II – REMUNERAÇÃO

1. O CMRSul pagará mensalmente ao HDF uma quantia correspondente ao valor das horas de trabalho de cada acção de consultoria clínica especializada, em regime de horas extraordinárias, calculadas de acordo com o índice previsto para a categoria e regime de trabalho de cada consultor, acrescendo o valor de transporte em viatura própria e ajudas de custo.



Anexo nº 19 – AMBIENTE E PROCEDIMENTOS DE CONTROLO INTERNO

Avaliação do Controlo Interno da ARS Algarve

A avaliação do sistema de controlo interno da **ARS Algarve** apoiou-se na avaliação do ambiente e dos procedimentos de controlo instituídos, tendo em consideração o previsto no contrato de parceria relativo ao CMR²⁰.

Ambiente de Controlo	Resultado da Avaliação (1)		
	Bom	Regular	Deficiente
1. Fixação de objectivos de controlo do CG e grau de sensibilização aos riscos que eventualmente incidam sobre a sua realização.		X	
2. Estilo de gestão, estrutura organizacional e forma como está definido a delegação de poderes e as áreas de responsabilidade quanto ao acompanhamento do CG.		X	
3. Modo como funciona a organização em termos de informação (interna e externa) e comunicação (formal e informal).		X	
4. Termos em que se encontram estabelecidos os procedimentos de acompanhamento, controlo e avaliação das actividades (2).			X
Avaliação global		REGULAR	

(1)BOM Ambiente de controlo favorável ao bom funcionamento dos procedimentos de controlo.

REGULAR Ambiente de controlo inócuo ao funcionamento dos procedimentos de controlo.

DEFICIENTE Ambiente de controlo que não permite, com segurança razoável, confiar nos procedimentos de controlo.

(2) Ausência de um manual de controlo e procedimentos.

Procedimentos gerais de controlo interno	Resultado da Avaliação (1)		
	Bom	Regular	Deficiente
1. Segregação de funções		X	
2. Controlo das operações		X	
3. Registo metódico dos factos		X	
4. Definição de autoridade e responsabilidade			X
5. Pessoal qualificado, competente e responsável	X		
6. Informatização de procedimentos		X	
Procedimentos específicos de controlo interno	Resultado da Avaliação (1)		
	Bom	Regular	Deficiente
1 Validação da produção facturada pelo CMR	X		
2. Validação dos indicadores de desempenho do CMR	X		
3 Validação dos procedimentos de referenciação de doentes para o CMR		X	
Avaliação global		REGULAR	
Áreas de risco identificadas:			
<ul style="list-style-type: none">▪ Controlo da referenciação de doentes para assegurar a produção contratada.▪ Controlo do Sistema integrado de Gestão de Qualidade e Ambiente do CMR.▪ Controlo da vertente clínica que sustenta a produção.			

²⁰ Cfr. Manual de Auditoria e Procedimentos do TC, Vol II.



Anexo nº 20 – PARÂMETROS DE DESEMPENHO DE RESULTADO E DE SERVIÇO

SECÇÃO II - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

1. Parâmetros de Desempenho de Resultado

No âmbito do previsto na Secção II do Capítulo III do Contrato de Gestão, a Entidade Gestora compromete-se a adoptar os seguintes indicadores:

Quadro 4 – Parâmetros de Desempenho de Resultado

Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora											
Parâmetros de Desempenho de Resultado											
Ref.	Parâmetro de Desempenho	Medida da falha	Periodicidade de imposição de deduções	Periodicidade de monitorização	Pontos de penalização	Avaliação no Período		Avaliação Anterior		Benchmark	Fonte de Monitorização
						Indicador	Pontos de Penalização	Indicador	Pontos de penalização		
1	Número efectivo de dias de internamento em cada patologia não é inferior, em cada semestre, ao menor dos seguintes valores: (i) 50% do número total de Dias de Internamento verificados para a população da área de influência do Centro, nesse semestre; (ii) 25% do número de dias de internamento que constituem a Produção Prevista, para esse ano.	(i) Número de dias de internamento efectivos por patologia / Número de dias de internamento por patologia verificados para a área de influência do Centro (ii) Número de dias de internamento efectivos por patologia / Número de dias de internamento por patologia que constituem a Produção Prevista, para esse ano	Dedução semestral, por patologia (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)	Semestral	150 - Máximo (i) >40% e <50% - 25 pontos por patologia (i) <40% - 50 pontos por patologia (ii) >20% e <25% - 25 pontos por patologia (ii) <20% - 50 pontos por patologia						Tableau de Bord



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Resultado

2	Número efectivo de Consultas Externas não é inferior, em cada semestre, a 25% do número de Consultas Externas que constituem a Produção Prevista, para esse ano.	Número de Consultas Externas efectivas / Número de Consultas Externas que constituem a Produção Prevista	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)	Semestral	50 - Máximo >20% e <25% - 25 pontos <20% - 50 pontos						Tableau de Bord
3	Número efectivo de Sessões de Hospital de Dia não é inferior, em cada semestre, a 25% do número das Sessões de Hospital de Dia que constituem a Produção Prevista, para esse ano.	Número de Sessões de Hospital de Dia efectivos / Número de Sessões de Hospital de Dia que constituem a Produção Prevista	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)	Semestral	50 Máximo >20% e <25% - 25 pontos <20% - 50 pontos						Tableau de Bord
4	Actividade de internamento, por patologia, realizada fora do âmbito do Serviço Público de Saúde não excede 15% da Produção Prevista em internamento.	Número de dias de internamento, por patologia, realizados fora do âmbito do Serviço Público / Número de episódios de internamento da Produção Prevista, por patologia	Dedução anual, por patologia (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	300 - Máximo 100 pontos por patologia						Tableau de Bord



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Resultado

5	Actividade de Consultas Externas realizada fora do âmbito do Serviço Público de Saúde não excede 15% da Produção Prevista em consulta externa.	Número de Consultas Externas realizadas fora do âmbito do Serviço Público / Número de Consultas Externas da Produção Prevista	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	100 pontos							Tableau de Bord
6	Actividade de Hospital de Dia realizada fora do âmbito do Serviço Público de Saúde não excede 15% da Produção Prevista em hospital de dia.	Número de Sessões de Hospital de Dia realizadas fora do âmbito do Serviço Público / Número de Sessões de Hospital de Dia da Produção Prevista	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	100 pontos							Tableau de Bord
7	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de ocorrência de cancelamento de admissões programadas.	Número de admissões programadas canceladas/ Número total de admissões programadas	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	50 pontos							Tableau de Bord
8	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de ocorrência de readmissões não programadas.	Número de readmissões não programadas/ Número total de readmissões	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	50 pontos							Tableau de Bord



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Resultado

9	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de ocorrência de úlceras de pressão.	Número de doentes que apresentam úlceras com origem hospitalar / total de altas	Dedução anual (Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	50 pontos							Tableau de Bord
10	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de ocorrência de reacções transfusionais.	Número de reacções transfusionais / unidades transfusionadas	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	75 pontos							Tableau de Bord
11	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de quedas em doentes internados.	Número de quedas em doentes internados/ Número de episódios de internamento	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	75 pontos							Tableau de Bord
12	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de erros de medicação em doentes internados.	Número de erros de medicação em doentes internados/ Número de episódios de internamento	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	75 pontos							Tableau de Bord



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Resultado

13	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de ocorrência de reacções adversas a medicamentos em doentes internados.	Número de reacções adversas a medicamentos em doentes internados/ Número de episódios de internamento	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	100 pontos						Tableau de Bord
14	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de admissões inapropriadas.	Número de admissões inapropriadas/ Número total de admissões	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	100 pontos						Tableau de Bord
15	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de dias de internamento inapropriados.	Número de dias de internamento inapropriados/ Número total de dias de internamento	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	100 pontos						Tableau de Bord
16	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de transferências indevidas.	Número de transferências indevidas/ Número total de transferências	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	75 pontos						Tableau de Bord



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Resultado

17	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de classificações de actividade incorrectas.	Número de classificação de actividades incorrectas/ Número total de classificações	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	75 pontos						Tableau de Bord
18	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de cancelamento de Consultas Externas.	Número de Consultas Externas canceladas / número total de Consultas Externas programadas	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	25 pontos						Tableau de Bord
19	Não foi ultrapassado o valor de referência para o tempo de espera para atendimento em Consulta Externa.	Média do tempo de espera registado na totalidade das Consultas Externas	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	25 pontos						Tableau de Bord
20	Não foi ultrapassado o valor de referência para o tempo médio de espera no dia da Sessão de Hospital de Dia.	Média do tempo de espera registado na totalidade das Sessões de Hospital de Dia	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	10 pontos						Tableau de Bord



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Resultado

21	Não foi ultrapassado o valor de referência para a taxa de cancelamento de Sessões de Hospital de Dia.	Número de Sessões de Hospital de Dia programadas canceladas / número de Sessões de Hospital de Dia programadas	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Mensal	10 pontos						Tableau de Bord
----	---	--	---	--------	-----------	--	--	--	--	--	-----------------

2. Parâmetros de desempenho de Serviço

Quadro 5 – Parâmetros de Desempenho de Serviço

Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

Ref.	Parâmetro de Desempenho	Medida da falha	Periodicidade de imposição de deduções	Base de monitorização	Periodicidade de monitorização	Pontos de penalização	Avaliação		Fonte de Monitorização
							Situação	Pontos de Penalização	



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

1	A Entidade Gestora apresentou, num prazo máximo de 30 dias após verificação do incumprimento, diagnóstico e plano de medidas correctivas da situação de incumprimento dos parâmetros de desempenho de resultados constantes do n.º 4 da Cláusula 35ª e do n.º 6 da Cláusula 53ª do Contrato de Gestão	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação apresentada	Trimestral	25 Pontos			Auditoria
2	A Entidade Gestora dispõe de livro de reclamações disponível em permanência.	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referente ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) / Ocasional	Verificação da informação existente	Anual	25 Pontos			Auditoria
3	Todos os órgãos técnicos de apoio elaboram e apresentam relatórios trimestrais de actividades	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação apresentada	Anual	25 Pontos			Auditoria
4	Todo o <i>hardware</i> e <i>software</i> em uso está registado em nome da Entidade Gestora possui as licenças de <i>software</i> necessárias e exigidas por lei	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior) / Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação existente	Semestral	50 Pontos			Auditoria
5	A Entidade Gestora apresentou diagnóstico e plano de medidas para corrigir os problemas relativos à cobrança de Receitas de Terceiros Pagadores	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação apresentada	Trimestral	50 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

6	A Entidade Gestora entregou toda a informação anual exigida nos termos do número 2 da Cláusula 55.ª	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação apresentada	Semestral	25 Pontos			Auditoria
7	A Entidade Gestora entregou toda a informação trimestral exigida nos termos da alínea a) do número 3 da Cláusula 55.ª	Sim/Não	Dedução trimestral (em Janeiro, Abril, e Julho e Outubro de cada ano, referente ao período de 01/10 e 31/12 do ano anterior, de 01/01 a 31/03, de 01/04 a 30/06 e de 01/07 a 30/09 do mesmo ano, respectivamente)	Verificação da informação apresentada	Trimestral	35 Pontos			Auditoria
8	A Entidade Gestora entregou toda a informação anual exigida nos termos do parágrafo i), ii), iv), v), vi) e vii) da alínea b) do número 3 da Cláusula 55.ª	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação apresentada	Semestral	50 Pontos			Auditoria
9	A Entidade Gestora apresenta o relatório anual sobre o sistema de gestão da qualidade exigida nos termos do parágrafo iii), da alínea b) do número 3 da Cláusula 55.ª	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação apresentada	Semestral	25 Pontos			Auditoria
10	A Entidade Gestora apresentou o plano de medidas correctivas a que se refere a alínea b) do n.º 4 da Cláusula 35ª do Contrato de Gestão.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação apresentada	Semestral	25 Pontos			Auditoria
11	A Entidade Gestora atingiu um valor satisfatório em 50% dos indicadores apurados como insatisfatórios em dois relatórios de avaliação consecutivos, no prazo de 3 meses após apuramento dos resultados insatisfatórios.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação existente	Semestral	25 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

12	A Entidade Gestora atingiu um valor satisfatório em 100% dos indicadores apurados como insatisfatórios em dois relatórios de avaliação consecutivos, no prazo de 6 meses após apuramento dos resultados insatisfatórios.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação existente	Semestral	50 Pontos			Auditoria
13	A Entidade Gestora realizou os inquéritos de satisfação dos Utentes e dos profissionais.	Sim/Não	Dedução semestral (no mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação existente	Trimestral	100 Pontos			Auditoria
14	A Entidade Gestora apresentou um plano de medidas correctivas a que se refere o n.º 3 da Cláusula 36ª do Contrato de Gestão.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação apresentada	Semestral	25 Pontos			Auditoria
15	A Entidade Gestora apresentou um plano de medidas correctivas a que se refere a alínea a) do n.º 9 da Cláusula 37ª do Contrato de Gestão.	Sim/Não	Dedução ocasional (no mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação apresentada	Semestral	50 Pontos			Auditoria
16	A Entidade Gestora apresentou relatório comprovativo do cumprimento dos critérios conforme alínea c) n.º 9 da Cláusula 37ª do Contrato de Gestão	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação apresentada	Semestral	50 Pontos			Auditoria
17	A Entidade Gestora dispõe de um inventário actualizado dos Equipamentos e sistemas médicos	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior) / Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação existente	Semestral	50 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

18	A Entidade Gestora procedeu à revisão do plano de renovação de equipamentos e sistemas médicos	Sim/Não	Dedução bianual (em Janeiro de cada ano, referente aos dois últimos anos completos que o antecedem)	Verificação da informação existente	Anual	50 Pontos			Auditoria
19	A Entidade Gestora procedeu à actualização do plano de formação inicial do pessoal	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação existente	Semestral	25 Pontos			Auditoria
20	A Entidade Gestora procedeu à actualização do plano de formação contínua do pessoal	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação existente	Semestral	25 Pontos			Auditoria
21	Todas as medidas correctivas resultantes da acção das inspecções e testes são prontamente executadas de acordo com os tempos de resposta acordados.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Análise dos registos das operações realizadas	Semestral	50 Pontos			Auditoria
22	Todas as instalações especiais e equipamentos foram recepcionados e testados (<i>commissioned</i>) de acordo com as instruções dos fabricantes e dos manuais de serviço.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Análise de registo dos testes dos novos elementos	Semestral	25 Pontos			Auditoria
23	Os sistemas e equipamentos de detecção, alarme e extinção de incêndios cumprem as normas e regulamentos em vigor, têm sido sujeitos a inspecções regulamentares e os respectivos consumíveis estão dentro dos prazos de validade.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Análise de registo dos testes	Semestral	25 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

24	A resposta a solicitações de manutenção curativa é efectiva e cumpre os níveis de tempos de resposta acordados e constantes no manual de manutenção.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Análise dos registos de pedidos de trabalho e das operações realizadas. Auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Semestral	100 Pontos			Auditoria
25	A Entidade Gestora actualizou o seu manual de manutenção de edifícios e instalações técnicas especiais	Sim/Não	Dedução bianual (em Janeiro de cada ano, referente aos dois últimos anos completos que o antecedem)	Verificação da informação existente	Anual	75 Pontos			Auditoria
26	A Entidade Gestora actualizou o programa de ciclo de vida dos equipamentos	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação existente	Semestral	75 Pontos			Auditoria
27	A Entidade Gestora elaborou o plano de manutenção preventiva detalhado (PMPD) de edifícios e instalações técnicas especiais	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação existente	Semestral	100 Pontos			Auditoria
28	A Entidade Gestora elaborou o relatório mensal de manutenção (RMM) de edifícios e instalações técnicas especiais	Sim/Não	Dedução mensal (todos os meses, referentes ao mês anterior)	Verificação da informação entregue	Mensal	10 Pontos/Trimestre			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

29	A Entidade Gestora elaborou o relatório anual de manutenção (RAM) de edifícios e instalações técnicas especiais	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação entregue	Semestral	25 Pontos			Auditoria
30	A Entidade Gestora mantém registos actualizados da informação relativa à gestão do património para efeitos do n.º 3 da Cláusula 13ª do Contrato de Gestão	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Inspeção do Banco de Dados, em especial, novos elementos	Semestral	25 Pontos			Auditoria
31	A realização dos testes dos sistemas e dos equipamentos é feita por operadores credenciados pelos fabricantes de acordo com as instruções destes e nos períodos por eles definidos.	Sim/Não	Dedução ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação da informação sobre entidades entregue	Semestral	25 Pontos			Auditoria
32	A Entidade Gestora elaborou o plano de manutenção preventiva detalhado dos equipamentos e sistemas médicos	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação existente	Semestral	30 Pontos			Auditoria
33	A Entidade Gestora apresentou o relatório mensal de manutenção (RMM) preventiva e curativa dos equipamentos e sistemas médicos	Sim/Não	Dedução mensal (todos os meses, referentes ao mês anterior)	Verificação da informação entregue	Mensal	15 Pontos			Auditoria
34	A Entidade Gestora apresentou o relatório anual de manutenção (RAM) preventiva e curativa dos equipamentos e sistemas médicos	Sim/Não	Dedução anual (em Janeiro de cada ano, referente ao período de 01/01 a 31/12 do ano anterior)	Verificação da informação entregue	Semestral	30 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

35	A Entidade Gestora elaborou o programa mensal de manutenção preventiva e curativa dos espaços envolventes	Sim/Não	Dedução mensal (todos os meses, referentes ao mês anterior)	Verificação da informação existente	Mensal	25 Pontos			Auditoria
36	A Entidade Gestora organiza e executa um programa de visitas diárias de inspeção dos espaços envolventes	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)	Verificação dos registos	Mensal	10 Pontos			Auditoria
37	A manutenção preventiva dos espaços envolventes está a ser desenvolvida de acordo com o previsto no plano de manutenção, as especificações e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução trimestral (em Janeiro, Abril, e Julho e Outubro de cada ano, referente ao período de 01/10 e 31/12 do ano anterior, de 01/01 a 31/03, de 01/04 a 30/06 e de 01/07 a 30/09 do mesmo ano, respectivamente /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Verificação dos registos das operações efectuadas e seu confronto com especificações	Trimestral	25 Pontos			Auditoria
38	Os trabalhos de manutenção curativa e as solicitações de emergência apresentadas ao Serviço de manutenção de espaços envolventes são atendidas dentro dos tempos de resposta e rectificação exigidos.	Sim/Não	Dedução trimestral (em Janeiro, Abril, e Julho e Outubro de cada ano, referente ao período de 01/10 e 31/12 do ano anterior, de 01/01 a 31/03, de 01/04 a 30/06 e de 01/07 a 30/09 do mesmo ano, respectivamente /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registo de pedidos de trabalho e das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	25 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

39	A manutenção preventiva do equipamento sanitário da instalação de águas e esgotos está a ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)/Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
40	A manutenção preventiva das instalações de alimentação e distribuição de energia eléctrica está a ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)/Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	75 Pontos			Auditoria
41	A manutenção preventiva das redes de distribuição de energia eléctrica em baixa tensão está a ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)/Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
42	A manutenção preventiva dos quadros eléctricos está a ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)/Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

43	A manutenção preventiva das tomadas, força motriz e alimentações especiais das instalações e equipamentos eléctricos está ser desenvolvida de acordo com o Plano, as Especificações de Manutenção e o Manual de Manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
44	A manutenção preventiva da protecção contra descargas atmosféricas está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
45	A manutenção preventiva da rede estruturada de voz e dados está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
46	A manutenção preventiva dos sistemas e equipamentos de sinalização e intercomunicação está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

47	A manutenção preventiva dos sistemas e difusão de som, TV e vídeo está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	25 Pontos			Auditoria
48	A manutenção preventiva do sistema de informação horária está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	10 Pontos			Auditoria
49	A manutenção preventiva das redes internas de TV está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	25 Pontos			Auditoria
50	A manutenção preventiva dos sistemas de detecção e alarme de incêndios está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

51	A manutenção preventiva dos sistemas de vigilância e alarme de intrusão está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	25 Pontos			Auditoria
52	A manutenção preventiva da infraestrutura de radiocomunicações está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
53	A manutenção preventiva dos aparelhos elevadores está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
54	A manutenção preventiva da central térmica está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

55	A manutenção preventiva dos sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	75 Pontos			Auditoria
56	A manutenção preventiva da cozinha, cafeterias e copas está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	25 Pontos			Auditoria
57	A manutenção preventiva das redes e equipamentos de gases medicinais e vácuo está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
58	A manutenção preventiva das redes e equipamentos de gases combustíveis está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente) /Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria



Deduções a aplicar em função do desempenho da Entidade Gestora

Parâmetros de Desempenho de Serviço

59	A manutenção preventiva das redes e equipamentos de ar comprimido industrial está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)/Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	50 Pontos			Auditoria
60	A manutenção preventiva dos sistemas e equipamentos de frio está ser desenvolvida de acordo com o plano, as especificações de manutenção e o manual de manutenção	Sim/Não	Dedução semestral (em Janeiro e Julho de cada ano, referentes ao período de 01/07 e 31/12 do ano anterior e a 01/01 a 30/06 do mesmo ano, respectivamente)/Ocasional (no último dia útil do mês seguinte ao mês da ocorrência da falha)	Registos das operações realizadas auditoria ocasional das operações materiais realizadas	Trimestral	75 Pontos			Auditoria

Fonte: Anexo XVI - Sistema de monitorização e avaliação de desempenho



Anexo nº 21 – PROCESSO DE VALIDAÇÃO DA FACTURAÇÃO E VALORIZAÇÃO DO CONTROLO EXERCIDO - PAGAMENTOS DE RECONCILIAÇÃO

Nos anos de 2007 a 2009 foram cumpridos pelas partes os procedimentos respeitantes à emissão e validação das doze facturas-adiantamento emitidas pela SG do Centro e pagas pela ARS Algarve, I.P.²¹.

Considerando o levantamento do circuito de facturação e respectiva validação pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve, em resultado dos testes de auditoria **conclui-se que os procedimentos de controlo exercidos são sistemáticos, efectivos e fiáveis.**

O valor do pagamento de reconciliação a realizar até 30 de Junho do ano seguinte a favor da Entidade Pública Contratante ou da SG, consoante o caso, corresponde à soma do valor das facturas-acerto aceites pela EPC até essa data, referentes ao ano transacto²².

A ARS Algarve tem elaborado um relatório – Pagamento de Reconciliação - fundamentado, contendo os respectivos anexos demonstrativos dos cálculos que conduzem ao apuramento do valor do pagamento de reconciliação, de modo a sustentar a deliberação do Conselho Directivo que autoriza o pagamento ou que determina a notificação da SG do CMR Sul para devolução resultante dessa reconciliação anual.

A título de pagamento de reconciliação referente aos anos de 2007 a 2009, após o processo de validação das facturas-acerto remetidas pela SG do Centro e aceites pela ARS do Algarve confirmaram-se os seguintes valores:

- **Ano de 2007:** Devolução de € 2.095.434,16 pela SG do CMR Sul à ARS, cujo pagamento se realizou em 18 de Agosto de 2008.
- **Ano de 2008:** Pagamento de € 269.951,29 pela ARS à SG do CMR Sul.
A ARS Algarve **não realizou a validação do pagamento de reconciliação até 30 de Junho de 2009**, uma vez que só realizou o Relatório em 8 de Outubro de 2009 e, por sua vez, pagou à SG do Centro, o referido montante, em 30 de Outubro, sem que a SG tivesse exigido qualquer compensação pelo equivalente financeiro, uma vez que não se encontra previsto no CG cláusulas sobre o pagamento de juros de mora.
- **Ano de 2009:** Pagamento de € 267.089,34 pela ARS à SG do CMR Sul.
A ARS já notificou a SG do CMR Sul da deliberação de 16 de Junho de 2010 para emitir factura-acerto definitiva em função do montante aprovado que determinará o pagamento de € 268.016,36, dentro do prazo de 30 de Junho, tal como dispõe o CG.

²¹ Para a realização do pagamento de reconciliação a realizar até ao dia 30 de Junho de ano seguinte, a SG do CMR Sul obriga-se a apresentar à ARS Algarve, por referência a cada mês e até final do mês seguinte, uma factura, designada factura-acerto, pelo valor mensal da Parcela a Cargo do SNS, atentos os serviços clínicos efectivamente prestados no mês a que respeita e com a informação definida nos n.º 9 e 10.º da referida cláusula 48.ª e cujos cálculos devem respeitar a metodologia definida no Anexo XV ao CG. Cabe à EPC/ARS Algarve, até final do mês seguinte à sua recepção, conferir a factura-acerto e comunicar à EG do Centro a sua aceitação ou, em caso de detecção de erros ou omissões, devolvê-la à EG para que esta proceda à sua correcção e nova apresentação até final do mês seguinte - Vd. n.º 11 da Cláusula 48ª do CG.

²² Vd. n.º 12 da Cláusula 41.ª do CG.



No que respeita à autorização da despesa e pagamentos obteve-se evidência de segregação efectiva de funções entre o Departamento de Contratualização, a Unidade de Gestão Financeira e o Conselho Directivo da ARS Algarve. Salienta-se que, em regra, sempre que a SG do CMR Sul realize a produção anual prevista e caso a validação da ARS confirme essa realização, o pagamento de reconciliação será sempre favorável ao CMR Sul, visto que, tal como acima se referiu, a ARS cativeira 10% dos montantes a transferir por adiantamento mensal (duodécimos)²³.

Os procedimentos de validação realizados pelo Departamento de Contratualização da ARS, relativos aos exercícios de 2008 e 2009, **geraram cerca de € 280 mil euros em valor de correcções**, que representam 34 % do valor de reconciliação apresentado pela SG nas facturas-acerto iniciais.

De notar que, durante o ano de 2007, tal como acima referido, a SG deparou-se com dificuldades, quer relacionadas com o arranque do próprio sistema de informação, quer decorrentes das dificuldades em facturar e cobrar as receitas devidas por terceiros pagadores, designadamente, por alguns subsistemas públicos (como a ADSE) que só durante o ano 2008 reconheceram o Centro como entidade integrante do SNS, e só nessa altura procederam ao pagamento de toda a facturação relativa a 2007.

Nessas circunstâncias o Departamento de Contratualização da ARS Algarve procedeu à validação possível do ano de 2007, isto é a informação assistencial (SNS e terceiros pagadores) foi validada no módulo de *leitura* do Trakcare e a informação financeira incluída nas facturas-acerto não foi passível de validação no SAP *Business One*. Além disso, os montantes da facturação e cobrança da prestação de serviços a terceiros pagadores (subsistemas públicos) inscritos nas facturas-acerto mensais de 2007 enviadas pela SG, foram aceites sob reservas.

No âmbito das validações realizadas pela ARS Algarve para efeitos de “Pagamento de Reconciliação²⁴ – Ano de 2008” no qual foram detectadas desconformidades entre a informação do *Trakcare*²⁵ e a informação do *SIAD*²⁶ nos episódios de internamento, verificando que se encontravam registados na segunda aplicação informática mais dias de internamento que os constantes da primeira aplicação referida. Assim, o número de dias de internamento após rectificação pela SG atingiu os 14.778.

Acresce ainda que em 2009, em resultado do acordo entre as partes²⁷ e na validação das facturas-acerto, uma vez que ficou estabelecido que o conceito de demora média subjacente ao cálculo da factura-acerto dever ser o utilizado pelo INE, também ficou acordado que os dados do ano de 2007 seriam validados novamente. A ARS Algarve vai proceder a esta validação até ao final de 2010.

²³ Vd. alínea a) do n.º 1 da Cláusula 48.ª do CG.

²⁴ Cfr. Cláusula 48.ª do CG.

²⁵ Aplicativo informático de suporte clínico.

²⁶ Sistema de Informação e Avaliação de Desempenho.

²⁷ Acordo sobre os critérios e metodologias a utilizar na aplicação do mecanismo de cálculo da remuneração da EG do CMRSul, constante da acta de reunião ocorrida no dia 4 de Junho de 2009.



Anexo nº 22 – VERIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE CONTROLO IMPLEMENTADOS PELA EPC/ARS ALGARVE

Procedimento de Controlo Realizado pela ARS	Testes e verificações de auditoria	Avaliação
I - 1.ª validação mensal no SIAD de toda a informação de produção constante nas facturas-acerto.	»Confirmação presencial dos procedimentos no posto de trabalho da ARS no CMRSul	✓ Regular
II - Verificação no Trakcare (aplicação informática de suporte à gestão clínica), através de processo de amostragem, um conjunto de episódios de internamento e de ambulatório, por patologia e por entidade pagadora, que permitisse aferir a consistência da informação disponibilizada no SIAD.	»Testes de auditoria: Teste 1 – Verificar a existência de sobreposição de entidades pagadoras; Teste 2 – Consulta externa com episódio de internamento;	✓ Regular
III – Verificação no SAP Business One (aplicação informática de suporte aos serviços gerais e financeiros) os montantes financeiros incluídos nas facturas-acerto, designadamente, as receitas devidas por Terceiros Pagadores, as taxas moderadoras e outras receitas comerciais.	Teste 3 – Sessão de hospital de dia em episódio de internamento; Teste 4 – Consulta externa em doente com sessão de hospital de dia; Teste 5 – Registo da existência de mais de uma consulta no mesmo processo no mesmo dia;	
IV - Verificação, através de processo de amostragem, um conjunto de facturas emitidas a Terceiros Pagadores, e analisar a respectiva consistência entre a informação existente no Trakcare e no SAP Business One.	Teste 6 – Episódio de doente entrado e doente saído no mesmo dia; Teste 7 – Verificação dos dias de internamento efectivos ²⁸ .	
V - Aplicação do mecanismo de cálculo da remuneração da Entidade Gestora.	»Teste substantivo de apuramento da remuneração anual 2007 - 2009: Aplicação dos mecanismos de cálculo previstos no CG; »Verificação dos montantes através do extracto de C/C; »Confronto com os relatórios de acompanhamento e de avaliação anual do desempenho.	✓ Regular
VI – Informação e procedimentos para autorização da despesa e realização de pagamentos à SG do CMRSul.	»Verificação dos processos de despesa nos anos de 2007, 2008 e 2009, meses Agosto, Junho e Outubro, respectivamente; »Verificação das informações do Departamento de Contratualização ao Conselho Directivo para deliberação - autorização de pagamento; »Verificação de todos os pagamentos e ordens de transferência através das autorizações de pagamento (AP) e ordens de transferência.	✓ Regular

²⁸ Cruzamento de dados entre o SIAD e o Trackcare.



Anexo nº 23 – ACOLHIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DA ENTIDADE PÚBLICA CONTRATANTE

ANO	RECOMENDAÇÕES	ACOLHIMENTO/IMPLEMENTAÇÃO SG DO CMRSul					
		ACOLHIDA ✓			NÃO IMPLEMENTADA ✗ EM IMPLEMENTAÇÃO ⇨		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
2007	Dotar o Centro de pessoal médico conforme estipulado no CG, de modo a disponibilizar capacidade instalada em quantidade e qualidade, para fazer face aos acréscimos de procura previstos para o próximo ano.	✓					
	Promover uma maior efectividade do actual modelo de referenciação , contando para o efeito com a colaboração da ARS Algarve.				⇨		
	Operacionalizar o sistema de monitorização e avaliação do desempenho.	✓ (a)					
	Acelerar o processo de certificação do Centro , nomeadamente, no que se refere aos sistemas de gestão de qualidade e ambiental.		✓ (b)		✗		
2008	Recomenda-se à SG que, não descuidando a actividade do ambulatório .	✓					
	Solicita-se à SG que desenvolva com a maior brevidade possível os esforços necessários para operacionalizar o sistema de monitorização e avaliação de desempenho nos moldes definidos no Contrato de Gestão.	✓ (a)					
	Em virtude das diferenças registadas entre os valores inscritos nas facturas-acerto mensais e os valores constantes no sistema de informação do Centro, deverá a Entidade Gestora apurar e fundamentar de forma clara e rigorosa as diferenças encontradas.					⇨	⇨ (c)
	A Entidade Gestora deve envidar esforços no sentido de consolidar o sistema de informação do Centro nos termos definidos contratualmente, de modo a garantir uma maior fiabilidade e estabilidade da informação nele incluída.		✓				
	Dotar o modelo de referenciação de utentes para o Centro de maior efectividade estimulando um melhor cumprimento dos protocolos de referenciação por parte das entidades referenciadoras, em particular, do Hospital de Faro, EPE.					⇨	⇨ (d)
	Disponibilizar no SIAD a informação sobre referenciação.						✗ (e)
	Reduzir o tempo médio de espera para primeira consulta de avaliação dos utentes referenciados.		✓				
	Garantir a execução da Produção Prevista para o ano		✓				



ANO	RECOMENDAÇÕES	ACOLHIMENTO/IMPLEMENTAÇÃO SG DO CMRSul					
		ACOLHIDA ✓			NÃO IMPLEMENTADA ✗ EM IMPLEMENTAÇÃO ⇨		
		2008	2009	2010	2008	2009	2010
2009	2009, reforçando os níveis de actividade observados no 1.º Semestre, quer no internamento, quer sobretudo no ambulatório.						
	Apresentar à ARS do Algarve, IP, nos termos contratuais, o plano de medidas correctivas relativo ao incumprimento dos parâmetros de desempenho de resultado e de serviço.		✓				
	Garantir o envio atempado de todos os resultados dos inquéritos de satisfação aos utentes (ambulatório e internamento), devidamente tratados de forma agregada. Analisar os itens de avaliação da satisfação dos utentes que mostraram menor grau de satisfação.					✗ (f)	
	Promover, em conjunto com a ARS do Algarve, a revisão do actual inquérito de satisfação dos utentes, com o intuito de racionalizar a sua dimensão e simplificar o respectivo preenchimento.		✓				
OBS	(a) Implementação do SIAD no 2.º semestre de 2008; (b) Implementação do CARF em 2008 e ISO em 2009; (c) Emissão de listagens com os dados históricos mensais; (d) A melhoria da qualidade da referenciação é contínua ao longo do período do CG; (e) O SIAD não contém todos os dados pretendidos pela ARS; (f) Os inquéritos são realizados por entidades externas.						



Anexo nº 24 – CONTRATO PROGRAMA DO CENTRO DE MEDICINA E REABILITAÇÃO DO CENTRO – ROVISCO PAIS

YK 471
nr

Hospitalo
2007.03.16
FRANCISCO RAMOS
Secretário de Estado da Saúde

CONTRATO PROGRAMA HOSPITAIS SPA

A ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, representada pelo seu Presidente, Prof. Doutor Fernando de Jesus Regateiro, com poderes para outorgar o acto, doravante designada de "ARS" e o INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE, representado pelo seu Presidente, Dr. Manuel Teixeira, com poderes para outorgar o acto, doravante designado de "IGIF";

E

O CENTRO DE MEDICINA E REABILITAÇÃO DO CENTRO – ROVISCO PAIS, SPA, neste acto representado pelo Presidente do Conselho de Administração, Dr. Carlos Alberto Raposo de Santana Maia, doravante designado de "Hospital".

CAPÍTULO I
Disposições gerais

Cláusula 1ª
Objecto

1. O presente contrato-programa tem por objecto a definição dos objectivos do plano de actividades do Hospital para o triénio 2007-2009, no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde.
2. O presente contrato fixa para o ano de 2007 o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos nos termos do Anexo I.
3. Os Apêndices e Anexos a este contrato são revistos anualmente.
4. A produção contratada deverá ser revista com base em informação sobre as necessidades da população da área de influência do Hospital.

Cláusula 2ª
Princípios gerais

1. O presente contrato-programa baseia-se em princípios de gestão criteriosa, garantia de critérios, qualidade na prestação de cuidados de saúde e cumprimento de metas a alcançar de acordo com os recursos disponíveis.
2. O presente contrato-programa deve promover o equilíbrio dos níveis de eficiência das unidades de saúde do SNS.
3. A valorização dos actos e serviços efectivamente prestados assenta numa tabela de preços base a aprovar anualmente pelo Ministro da Saúde.

1



R 47
M

Cláusula 3ª

Obrigações principais

1. Os objectivos de produção a assegurar pelo Hospital referem-se ao volume da produção nas seguintes linhas:
 - a) Internamento;
 - b) Ambulatório médico e cirúrgico; (Não aplicável)
 - c) Consulta externa;
 - d) Urgência; (Não aplicável)
 - e) Hospital de dia; (Não aplicável)
 - f) Serviços domiciliários; (Não aplicável)
 - g) Cuidados continuados (convalescença e paliativos); (Não aplicável)
 - h) Doença Lisossomais de Sobrecarga. (Não aplicável)
2. O Hospital compromete-se a concretizar os programas específicos propostos pelo Ministério da Saúde identificados no Apêndice III ao presente contrato-programa.
3. As prestações de saúde previstas na presente Cláusula implicam a prestação integrada, directa ou indirectamente, de todos os outros serviços de que deva beneficiar o utente relacionados com o respectivo estado de saúde ou com a sua estada no estabelecimento de saúde, designadamente a prestação de serviços de apoio.
4. Para cumprimento das obrigações previstas nos números anteriores, compete ao Hospital assegurar a disponibilização de recursos e definir os processos e políticas adequadas ao cumprimento dos objectivos assumidos, no respeito das melhores práticas de gestão e dos princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, recebendo os recursos financeiros acordados e a cooperação necessária ao cumprimento da sua missão e objectivos.

Cláusula 4ª

Políticas de melhoria

O Hospital obriga-se a estabelecer políticas de melhoria de forma a garantir níveis de serviço e indicadores de qualidade crescente, pondo especificamente em prática políticas efectivas de redução dos tempos de internamento inapropriados, tendo em vista a obtenção de um nível elevado de utilização de recursos.



R
21
NS

Cláusula 5ª

Âmbito da produção contratada

A produção contratada respeita apenas aos beneficiários do SNS, não considerando os cuidados prestados a utentes dos serviços de saúde das Regiões Autónomas, de subsistemas públicos e privados e de quaisquer outros terceiros legal ou contratualmente responsáveis.

Cláusula 6ª

Meios humanos

O Hospital deverá dispor ao seu serviço de pessoal em número suficiente e dotado de formação adequada para exercer, de forma contínua e pontual, as actividades objecto do contrato-programa.

Cláusula 7ª

Articulação com a rede de cuidados primários

1. A actividade exercida pelo Hospital no âmbito do contrato-programa deve respeitar a continuidade de cuidados e a articulação funcional definida no âmbito do SNS.
2. O Hospital deverá estabelecer mecanismos de comunicação e articulação com os centros de saúde situados na sua área de influência tendo em vista assegurar a melhor coordenação das respectivas actividades, designadamente:
 - a) Optimizar a utilização dos recursos hospitalares, nomeadamente no caso das urgências;
 - b) Assegurar o acesso dos utentes inscritos nos centros de saúde situados na respectiva área de influência;
 - c) Assegurar o acompanhamento dos doentes que necessitem de cuidados após a alta, designadamente serviços domiciliários;
 - d) Assegurar o acesso aos MCDT efectuados no hospital, de acordo com a capacidade instalada, aos utentes inscritos nos centros de saúde situados na respectiva área de influência;
 - e) Assegurar a troca de informação clínica com os centros de saúde situados na respectiva área de influência, através de meios informáticos.

Cláusula 8ª

Articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

1. A articulação com a rede nacional de prestação de cuidados faz-se nos termos



previstos nos números seguintes.

2. O Hospital obriga-se a garantir a correcta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos termos da lei e das orientações fixadas pelo Ministério da Saúde nessa matéria.

3. O Hospital obriga-se a promover o ingresso do utente na referida Rede e proceder à sua referenciação para admissão na mesma, tendo em consideração a situação clínica do utente e em conformidade com os requisitos aplicáveis em cada momento e de acordo com a lei e com os critérios fixados pelo Ministério da Saúde.

4. A referenciação ou promoção do ingresso feita com desrespeito do disposto no número anterior dá origem a uma Referenciação Indevida para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e corresponde à consideração do utente como não elegível pela Equipa Coordenadora Local prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, para ser admitido na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

5. A Referenciação Indevida para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados gera a obrigação de continuar a assistir o utente até à alta ou até à aceitação de admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

6. No caso de haver referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o Hospital obriga-se a continuar a assistir o utente no estabelecimento hospitalar enquanto tal for clinicamente exigido ou até à sua admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos seguintes casos:

- a) Impossibilidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados admitir o utente;
- b) Ausência de resposta das Equipas Coordenadoras Locais à referenciação efectuada pela Equipa de Gestão de Altas.

7. O Hospital obriga-se a estabelecer mecanismos de informação sistemáticos e de articulação com serviços e entidades integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados prestados ao Utente e o cumprimento rigoroso dos programas de internamento e de terapia que se mostrem adequados.

8. O Hospital fica obrigado a formar e manter uma Equipa de Gestão de Altas, como uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e a gestão de altas hospitalares em conjunto com outros serviços, relativamente aos utentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com outras unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

9. A Equipa de Gestão de Altas deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e



R 27

W

um assistente social que assegure a articulação com as equipas terapêuticas do Hospital para a programação de altas hospitalares, a articulação com as equipas coordenadoras regionais e locais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Cláusula 9ª

Cuidados continuados de convalescença e cuidados paliativos

1. O Hospital pode prestar cuidados de saúde, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em unidades de convalescença e/ ou unidades de cuidados paliativos, previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.
2. A integração do Hospital como prestador da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados requer o parecer prévio da Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e assinatura de carta de compromisso.
3. Os cuidados de saúde a contratualizar são expressos em diárias de internamento remuneradas em conformidade com a Portaria n.º 994/2006 de 19 de Setembro.

Cláusula 10ª

Acesso às prestações de saúde

1. Sem prejuízo do princípio geral da liberdade de escolha do utente, o Hospital serve preferencialmente a população da sua área de influência.
2. O Hospital obriga-se a garantir o acesso às prestações de saúde, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, a todos os beneficiários do SNS.
3. Para efeitos do número anterior e da garantia de universalidade de utilização do Hospital, são beneficiários do SNS:
 - a) Os cidadãos portugueses;
 - b) Os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis;
 - c) Os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade;
 - d) Os cidadãos apátridas residentes em Portugal;
 - e) Os cidadãos estrangeiros menores em situação ilegal registados nos termos da Portaria n.º 995/2004, de 9 de Agosto, e do Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março.
4. No acesso às prestações de saúde, o Hospital deve respeitar o princípio da igualdade, assegurando aos beneficiários o direito de igual acesso, obtenção e



utilização das prestações de saúde realizadas e o direito de igual participação, devendo os utentes ser atendidos segundo um critério de prioridade clínica definido em função da necessidade de prestações de saúde.

5. O Hospital obriga-se ainda a realizar todas as prestações de saúde aos beneficiários do SNS para que tenham capacidade técnica, garantindo, nesta medida, a universalidade das prestações de saúde que cabe ao SNS assegurar.

Cláusula 11ª

Identificação dos utentes e terceiros pagadores

1. O Hospital obriga-se a identificar os utentes do SNS através do cartão de utente.
2. O Hospital obriga-se ainda a identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente os terceiros pagadores, em todas as situações em que estes sejam susceptíveis de ser responsabilizados.

Cláusula 12ª

Direitos e deveres dos utentes

1. O Hospital obriga-se a ter uma carta dos direitos e deveres do utente e um manual de acolhimento, que disponibilizará a todos os utentes e a cujas regras darão cumprimento.
2. O Hospital obriga-se a ter um livro de reclamações para os utentes, bem como os formulários que sejam obrigatórios no contexto das actividades de regulação no sector da saúde.
3. O Hospital obriga-se a ter um gabinete do utente, a quem os utentes poderão dirigir as suas queixas, sugestões ou reclamações.
4. A carta dos direitos e deveres do utente do estabelecimento e o manual de acolhimento deverão ser periodicamente revistos, tendo em vista, designadamente, a sua adequação às orientações que resultem das respostas aos inquéritos de satisfação.

Cláusula 13ª

Referenciação de utentes

1. O Hospital obriga-se a realizar as prestações de saúde adequadas ao estado de saúde dos utentes, podendo referenciá-los para outras unidades de saúde nos termos dos números seguintes.



2. O Hospital assegura a referenciação de doentes para outras unidades de saúde integradas no SNS sempre que a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respectivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referenciação em vigor.
3. O Hospital assegura a transferência de doentes para outras unidades de saúde integradas no SNS sempre que se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica.
4. A avaliação da capacidade técnica compreende os equipamentos necessários à realização das prestações de saúde e os recursos humanos ou materiais disponíveis para dar resposta adequada e em tempo útil à situação clínica diagnosticada.
5. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, consideram-se justificadas as referenciações ou transferências efectuadas quando o Hospital:
 - a) Ateste a necessidade de referenciação mediante relatório médico;
 - b) Demonstre a ausência ou a insuficiência de capacidade técnica;
 - c) Já tiver prestado os cuidados de saúde necessários ao doente que recebeu por referenciação e a situação clínica justificar a redução do nível de especialização dos cuidados a prestar ou a prestação de cuidados continuados.
6. Qualquer referenciação ou transferência de doentes realizada fora dos casos previstos nos números anteriores será classificada como indevida.
7. Sempre que se verifique a transferência de utentes, devem ser respeitadas as regras em vigor no SNS.
8. O Hospital obriga-se a receber os doentes transferidos dos hospitais da sua área de influência sempre que aqueles não disponham de nível de referenciação adequado e ou de capacidade técnica.

Cláusula 14ª

Qualidade dos serviços

1. No exercício da sua actividade, o Hospital fica obrigado a assegurar elevados parâmetros de qualidade dos serviços de saúde prestados, quer no que respeita aos meios e processos utilizados quer no que respeita aos resultados.
2. O Hospital fica obrigado, designadamente, a:
 - a) Aderir a um sistema de gestão da qualidade, como ferramenta fundamental da gestão da unidade de saúde, com o objectivo de promover as acções tendentes à melhoria contínua da qualidade;



R 47
W

- b) Implementar, quando a isso solicitado, um programa de monitorização e avaliação de indicadores de resultados da actividade assistencial;
 - c) Atingir os objectivos definidos no presente contrato-programa;
 - d) Promover, semestralmente, inquéritos de satisfação dos utentes;
 - e) Aderir/manter um processo de acreditação que inclua os serviços clínicos, os serviços de apoio clínico e os serviços administrativos, logísticos e de apoio geral;
 - f) Estabelecer normas e procedimentos no âmbito da actividade clínica.
3. Os processos, programas e sistemas referidos nos números anteriores deverão ser aprovados pela entidade pública responsável pela fiscalização da qualidade da saúde.
4. O Hospital obriga-se a assegurar que quaisquer terceiros que venham a participar no exercício das actividades que constituem o objecto do contrato-programa, seja a que título for, dão cumprimento às obrigações inerentes aos padrões e sistema de gestão da qualidade.
5. O Hospital obriga-se a entregar, anualmente, à ARS, um relatório sobre o sistema de gestão da qualidade, descrevendo os resultados das auditorias efectuadas e propondo as alterações que se mostrem adequadas a assegurar a melhoria contínua da eficácia do sistema de gestão da qualidade.

Cláusula 15ª

Avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais

1. Como parte integrante da sua política de qualidade, o Hospital obriga-se a promover periodicamente, inquéritos de satisfação dos utentes e dos profissionais nas grandes áreas de actividade.
2. A metodologia dos inquéritos deve respeitar modelos já testados, em Portugal ou no estrangeiro e deve respeitar as indicações da Organização Mundial da Saúde nesta matéria e ser aprovada pela entidade pública responsável pela qualidade em saúde.
3. Os inquéritos deverão ser preparados e realizados por uma entidade independente, adequadamente credenciada.
4. Os resultados dos inquéritos devem ser introduzidos num sistema de gestão de base de dados acessíveis pelos representantes da ARS.
5. Caso os resultados dos inquéritos sejam considerados insatisfatórios relativamente a qualquer dos aspectos objecto de avaliação, o Hospital obriga-se a identificar as causas prováveis da insatisfação manifestada e tomar as medidas necessárias à respectiva correcção.



6. A fixação dos objectivos anuais de qualidade a atingir pelo Hospital, quer no que respeita aos resultados da actividade assistencial, quer no que respeita à satisfação de utentes e profissionais será efectuada a partir do termo do primeiro ano contratual com base:

- a) Nos resultados de qualidade obtidos em indicadores semelhantes por hospitais de referência;
- b) Nos resultados efectivamente obtidos pelo Hospital nos seus processos de avaliação.

7. Até ao termo do primeiro ano contratual, os resultados deverão ser fixados, unicamente, com base numa lógica de melhoria contínua do desempenho do Hospital, implicando, em cada ano, objectivos mais exigentes do que os estabelecidos, ou obtidos, no período anterior.

8. A partir do termo do primeiro ano contratual os objectivos anuais a estabelecer,

- a) Não poderão ser inferiores aos resultados do terço superior do conjunto dos hospitais de referência que venha a ser utilizado para efeitos comparativos;
- b) Deverão continuar a ser estabelecidos numa lógica de melhoria contínua.

Cláusula 16ª

Formação e investigação

1. Com vista à melhoria da oferta dos serviços de saúde prestados e dos próprios profissionais de saúde, o Hospital compromete-se a desenvolver actividades de formação e de investigação.

2. Para efeitos do previsto no número anterior, o Hospital obriga-se a cumprir com o disposto no Decreto-Lei n.º 206/2004, de 19 de Agosto, que estabelece o regime jurídico dos hospitais com ensino pré-graduado e de investigação científica, definindo, designadamente, os modelos de interligação entre o exercício clínico e as actividades de formação e de investigação no domínio do ensino dos profissionais de saúde.

Cláusula 17ª

Internato Médico

(Não aplicável)

1. O Hospital obriga-se a cumprir as regras estabelecidas pela Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro, que aprova o novo Regulamento do Internato Médico, em desenvolvimento do disposto no Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, que define o regime jurídico da formação médica após a licenciatura em



Medicina, com vista à especialização, e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respectivo processo.

2. O Hospital deve proceder, no prazo estabelecido pela Comissão Regional de Internato, ao envio de um relatório à ARS, com informação referente à actividade de formação médica realizada pelo Hospital, reportada ao ano civil anterior, que permita aferir do cumprimento do disposto no número anterior.

Cláusula 18ª

Codificação

1. A produção em internamento deve ser sempre especificada de acordo com as classificações adoptadas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, cabendo ao IGIF notificar o Hospital, em cada ano, das versões de codificação e de agrupamento em vigor.

2. O Hospital compromete-se a implementar as versões de codificação e de agrupamento em vigor, no prazo de um mês a contar da data da notificação prevista no número anterior.

Cláusula 19ª

Sistemas de informação

1. O Hospital obriga-se a estabelecer sistemas de informação adequados ao desenvolvimento das suas actividades, tendo especialmente em vista:

- a) Optimizar o acolhimento, atendimento e prestação de cuidados aos utentes;
- b) Registar de forma exaustiva as actividades executadas, quer na vertente assistencial quer nas vertentes económica e financeira;
- c) Permitir a monitorização e a fiscalização relativamente ao cumprimento das obrigações contratuais estabelecidas;
- d) Garantir a existência e o perfeito funcionamento de todos os elementos necessários às comunicações informáticas automatizadas entre os sistemas de informação do Hospital e o Ministério da Saúde;
- e) Garantir a sua configuração de acordo com os conteúdos normalizados;
- f) Permitir a implementação e regular funcionamento do SIGIC de acordo com as normas constantes, ou que venham a constar, no regulamento e manual;
- g) Garantir a existência e perfeito funcionamento de todos os elementos necessários às comunicações informáticas automatizadas entre o sistema de informação do Hospital e o IGIF no âmbito dos dados pertencentes ao SIGIC;



- h) Garantir a existência de um sistema de contabilidade interna, segundo as regras e normativos em vigor;
 - i) Garantir o controlo eficaz de qualquer alteração, seja esta a pedido ou devida a medidas correctivas ou preventivas, tanto a nível aplicacional como de infra-estruturas, devendo assegurar o seu correcto planeamento e os respectivos riscos.
2. O Hospital obriga-se a fornecer à ARS e ao IGIF a informação que neste âmbito lhe for solicitada.
3. A ARS e o IGIF têm o direito de auditar todos e quaisquer aspectos relacionados com os sistemas de informação, designadamente a estrutura e o conteúdo dos meios técnicos e informáticos utilizados e os procedimentos envolvidos na recolha, registo, tratamento e transmissão de informação, tendo em vista verificar a veracidade, consistência e fiabilidade da informação registada e transmitida.

Cláusula 20ª

Equipamentos e Sistemas Médicos

- 1. O Hospital deve assegurar a existência de equipamentos e sistemas médicos suficientes, adequados, actualizados e em boas condições de utilização para dar cumprimento à produção contratada e aos parâmetros de qualidade exigidos.
- 2. São considerados equipamentos e sistemas médicos suficientes os necessários para dar cumprimento à produção contratada e aos parâmetros de qualidade exigidos.
- 3. O Hospital fica responsável pelo financiamento das operações pelas quais adquirem a titularidade ou o uso dos Equipamentos e Sistemas Médicos, bem como por todos os custos inerentes à respectiva utilização, manutenção e renovação.
- 4. O Hospital é responsável por acompanhar a instalação e pelo comissionamento de todos os Equipamentos e Sistemas Médicos, incluindo a elaboração e compilação de manuais de operação e de serviço dos equipamentos médicos e a formação dos utilizadores na operação dos equipamentos.
- 5. O Hospital obriga-se ainda a organizar e manter um plano de Equipamentos e Sistemas Médicos, do qual constará, obrigatoriamente e no mínimo:
 - a) Uma listagem exaustiva, sob a forma de inventário, de todos os Equipamentos e Sistemas Médicos afectos ao Estabelecimento Hospitalar, organizado em fichas por sala ou área, com identificação de fabricante, modelo, número de série e especificações técnicas e/ou funcionais;
 - b) Plano de renovação de Equipamentos e Sistemas Médicos;



- c) Planos de manutenção preventiva dos Equipamentos e Sistemas Médicos.
6. O plano de Equipamentos e Sistemas Médicos é revisto anualmente, incorporando as variações ocorridas nos Equipamentos e Sistemas Médicos e as alterações verificadas nos planos de manutenção e renovação dos equipamentos.
7. O plano de Equipamentos e Sistemas Médicos, assim como cada uma das revisões, devem ser submetidos à apreciação da ARS, até ao final do primeiro trimestre de cada ano.
8. A ARS poderá propor alterações ao plano de Equipamentos e Sistemas Médicos, no prazo de 15 dias úteis a contar da data da sua apresentação ou da apresentação de cada uma das revisões, pelo Hospital.
9. O Hospital apenas poderá recusar a incorporação das propostas de alterações apresentadas pela ARS nos termos dos números anteriores, em casos devidamente fundamentados.
10. O Hospital obriga-se ainda a cumprir o plano de renovação de Equipamentos Gerais e de Equipamentos e Sistemas Médicos que venha a ser aprovado.

Cláusula 21ª

Manutenção de equipamentos

1. Compete ao Hospital assegurar a gestão e operação da manutenção dos equipamentos médicos a instalar no estabelecimento, tendo em vista:
- a) Garantir a integridade dos Equipamentos e Sistemas Médicos;
 - b) Eliminar os riscos de ocorrência de falhas que ponham em causa a segurança dos doentes e pessoal;
 - c) Permitir o desenvolvimento, em condições normais, da actividade de prestação de cuidados de saúde.
2. Para efeitos do número anterior, o Hospital deve assegurar um sistema de manutenção, preventiva e curativa, cobrindo todos os Equipamentos e Sistemas Médicos.
3. Todas as entidades operadoras da manutenção dos Equipamentos e Sistemas Médicos ao abrigo do presente Contrato deverão ser certificadas quanto à qualidade de acordo com a Norma ISO9001 e suas actualizações.



R 17.
w

Cláusula 22ª

Sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia

O Hospital obriga-se a assegurar a implementação do sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia (SIGIC) nos termos da regulamentação aplicável no âmbito do SNS e do disposto no presente contrato-programa, bem como no Anexo II ao mesmo.

Cláusula 23ª

Avaliação de desempenho

1. O Hospital compromete-se a cumprir as metas de recursos explicitadas no Anexo III A destinadas a aumentar a eficiência na utilização dos recursos e a promover níveis de eficiência mais elevados.
2. O Hospital poderá ter direito a uma verba adicional para efeitos do disposto na cláusula IV do Anexo I, com o objectivo de convergir progressivamente para os melhores desempenhos do grupo em que o Hospital se insere.
3. O Hospital deve proceder ainda, à recolha de um conjunto de outros indicadores de desempenho, nomeadamente os constantes do Anexo III B que virão progressivamente a constituir-se como eventuais referências para a fixação de objectivos.
4. Este sistema de indicadores deverá constituir-se como um referencial, que permita a posterior consolidação com as diferentes regiões e a sua divulgação pública pelo Ministério da Saúde.

Cláusula 24ª

Regras gerais sobre contratação de terceiros

1. O Hospital pode recorrer à prestação de serviços por terceiras entidades para a execução das actividades objecto do presente Contrato-Programa, mediante subcontratação.
2. A subcontratação de terceiros não pode, em caso algum, pôr em causa o cumprimento pontual das obrigações assumidas pelo Hospital no presente Contrato-Programa, designadamente a capacidade e a aptidão funcional do Hospital para prestar, a todo o momento e atempadamente, as prestações de saúde correspondentes à produção contratada.
3. O Hospital, nos subcontratos a celebrar com terceiros, deve assegurar que:



- a) Todos os profissionais que prestem serviço ao abrigo dos subcontratos possuem as qualificações e as competências adequadas à actividade que se propõem desenvolver;
 - b) A entidade subcontratada está devidamente habilitada para o exercício da sua actividade;
 - c) A entidade subcontratada possui um adequado sistema de monitorização e avaliação de desempenho, coerente com o estabelecido no presente Contrato-Programa, nos mesmos termos exigidos para a prestação feita directamente pelo Hospital;
4. A celebração de subcontratos com terceiros, relativos a serviços clínicos, carece de autorização da ARS e do IGIF, a qual só é concedida caso sejam demonstradas a idoneidade, a capacidade técnica e a capacidade financeira adequadas dos terceiros.
5. As entidades terceiras que venham a ser subcontratadas devem dispor de, ou aderir a, um sistema de acreditação ou de certificação da qualidade com reconhecimento, nacional ou internacional, até à data do início da execução dos respectivos contratos.

Cláusula 25ª

Alteração das circunstâncias

Em caso de desactualização das metas definidas no presente contrato pela alteração anormal e imprevisível de circunstâncias que determinaram os termos do presente contrato, ou pelas consequências derivadas daquela alteração, as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos.

Cláusula 26ª

Acompanhamento da execução do contrato

1. À ARS compete seguir a execução do presente contrato-programa, através dum acompanhamento presencial periódico, assente num sistema de informação integrado e dos documentos considerados necessários e apropriados, bem como realizar auditorias cíclicas. Promoverá ainda, uma articulação eficaz e multifuncional com as restantes unidades de saúde do SNS.
2. O IGIF acompanhará a execução do contrato-programa, através duma monitorização transversal, em especial na vertente económico-financeira, baseada no acesso e arquivo de dados, informações e documentos que considere necessários e apropriados, bem como de auditorias periódicas.



3. Podem ainda ser realizadas auditorias clínicas pelas entidades competentes do Ministério da Saúde.

Cláusula 27ª

Calendarização

A execução das medidas previstas no presente contrato deve obedecer à calendarização prevista no Anexo IV.

Cláusula 28ª

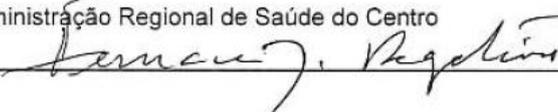
Normas aplicáveis

1. O contrato-programa rege-se pela lei portuguesa.
2. Em tudo o que não estiver especialmente regulado, ao contrato-programa aplicam-se as normas legais e regulamentares aplicáveis, designadamente a Lei de Bases da Saúde e a Lei de Gestão Hospitalar.

Celebrado aos 31 dias do mês de Janeiro, de 2007.

PRIMEIRO OUTORGANTE,

Administração Regional de Saúde do Centro

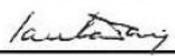


Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde



SEGUNDO OUTORGANTE,

Centro de Medicina e Reabilitação do Centro – Rovisco Pais, SPA





R. C.
N

Anexo I

Cláusulas específicas de financiamento para o ano 2007

Cláusula 1ª

Produção contratada

O Hospital obriga-se a assegurar a produção correspondente às prestações de saúde constantes do presente Anexo e respectivos Apêndices, bem como todas as obrigações acessórias especificamente previstas no presente contrato-programa, de acordo com a calendarização prevista no Anexo IV.

Cláusula 2ª

Financiamento

O Hospital, no ano de 2007, tem um valor de € 3.615.553,00 a transferir do Orçamento de Estado em duodécimos mensais.

Cláusula 3ª

Valorização da actividade realizada

1. As actividades do Hospital são valorizadas em função dos actos, serviços e cuidados efectivamente prestados, tendo por base a tabela de preços constante do Apêndice I ao presente contrato-programa e as regras previstas em Circular Normativa a publicar pelo IGIF.
2. A produção do internamento e do ambulatório médico e cirúrgico, classificada em GDH, é ajustada pelos índices de *case-mix* constantes do Apêndice I ao presente contrato-programa.

Cláusula 4ª

Ajustamentos no financiamento

1. Quando a valorização das actividades realizadas pelo Hospital, calculada nos termos da cláusula anterior, for inferior ao valor do financiamento referido na Cláusula 2ª, o Hospital receberá a diferença até perfazer o valor do orçamento financeiro aprovado, a título de convergência.
2. Quando a valorização das actividades realizadas pelo Hospital, calculada nos termos da cláusula anterior, for superior ao valor do orçamento financeiro referido na Cláusula 2ª, o Hospital receberá apenas este valor.
3. As ARS fixarão objectivos de qualidade e eficiência institucionais, regionais e globais, nos termos do Anexo III A e de metodologia a definir em sede de



V. 07.
nr

acompanhamento da execução do contrato-programa.

Cláusula 5ª

Planos de saúde

(Não aplicável)

No âmbito do Plano Nacional de Saúde, o Hospital receberá os valores correspondentes aos planos de saúde especiais previstos no Apêndice II ao presente contrato-programa.

Cláusula 6ª

Programas específicos

1. O Hospital receberá o valor correspondente à actividade resultante dos programas específicos constantes do Apêndice III.
 2. Será ainda pago um valor específico relativo a formação e investigação a título de subsídio eventual destinado ao cumprimento do plano integrado de formação aprovado.
- (Não aplicável)

Cláusula 7ª

Emissão de recibos

1. O Hospital deverá enviar recibos dos valores correspondentes aos duodécimos mensais.
2. Os hospitais devem enviar a descrição dos actos, serviços e cuidados prestados, identificados por utente, que não podem conter dados sobre diagnóstico ou que permitam uma violação da intimidade da vida privada do doente.

Cláusula 8ª

Acertos ao adiantamento por dívidas entre instituições do SNS

1. O Hospital autoriza desde já a dedução, por qualquer meio, ao valor do duodécimo da totalidade ou parte dos valores devidos por facturação entre instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde que já esteja vencida há mais de 6 meses.
2. O IGIF compromete-se a adicionar ao duodécimo o valor referente à facturação entre instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde que já esteja vencida há mais de 6 meses e tenha sido deduzido às entidades contrapartes.



R-09
W

APÊNDICE I

PRODUÇÃO BASE CONTRATADA, PRODUÇÃO ADICIONAL E REMUNERAÇÃO

Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais

	ICM	Doentes Equivalentes (Nº)	% Doentes Equivalentes (%)	Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)
1. Consultas Externas						
Nº Primeiras Consultas Médicas				134,27 €	502	67.403,54 €
Nº Consultas Médicas Subsequentes				122,06 €	1.202	146.716,12 €
Remuneração Total das Consultas Externas						214.119,66 €
2. Internamento						
Doentes Saídos						
GDH Médicos	0,0000	0	0,00 %	2.396,25 €		0,00 €
GDH Cirúrgicos	0,0000	0	0,00 %	2.396,25 €		0,00 €
GDH Cirúrgicos Urgentes	0,0000	0	0,00 %	2.396,25 €		0,00 €
Dias de Internamento de Doentes Crónicos						
Doentes Medicina Física e Reabilitação				247,05 €	6.584	1.626.577,20 €
Doentes de Hansen				85,22 €	8.730	743.970,60 €
Doentes Crónicos Ventilados				293,91 €		
Doentes Crónicos da Pneumologia						
Remuneração Total do Internamento						2.370.547,80 €
3. Episódios de GDH de Ambulatório						
GDH Cirúrgicos	0,0000			2.396,25 €		
GDH Médicos	0,0000			2.396,25 €		
Remuneração dos GDH de Ambulatório						
4. Urgências						
Atendimentos				95,07 €		
5. Sessões em Hospital de Dia						
Hematologia				368,28 €		
Imuno-Hemoterapia				368,28 €		
Infectologia				517,64 €		
Psiquiatria				38,26 €		
Outros				25,27 €	0	0,00 €
Remuneração Total do Hospital de Dia						0,00 €
6. Serviços Domiciliários						
Vistas Domiciliárias				41,53 €		
7. Lar (IPO)						
Dias de Estadia				78,98 €		
8. Produção Adicional SIGIC						
GDH Cirúrgicos (Internamentos)	0,0000	0	0,00 %			
GDH Cirúrgicos (Cir. Ambulatório)	0,0000					
9. Outra Produção						
Doenças Lisossomais de Sobrecarga						
Valor de Remuneração da Produção						2.584.667,46 €
Valor de Convergência						618.531,32 €
Valor Total do Contrato						3.203.198,78 €
Plano Nacional de Saúde						
Planos de acção:						
VIH/SIDA						0,00 €
Diagnóstico Pre-Natal						0,00 €
Área Oncológica:						
Cuidados Continuados Integrados						
Cuidados de Convalescença						
Cuidados Paliativos						

Fonte: SIAC



PK 41.

W

APÊNDICE II
PLANOS DE SAÚDE
(Não aplicável)

Plano de acção: VIH/SIDA

Plano de acção: Diagnóstico Pré-Natal

Plano de acção: Área Oncológica

Plano de acção: Cuidados Continuados Integrados (cuidados de convalescença e/ou cuidados paliativos)



12/19.
m

APÊNDICE III PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Ajudas Técnicas

Assistência Médica no Estrangeiro

Assistência na área da Saúde Mental prestada por Ordens Religiosas

Convenções Internacionais

Diagnóstico da Retinopatia Diabética

Incentivos aos Transplantes

Formação e Investigação



ANEXO II

OBRIGAÇÕES EM MATÉRIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA – SIGIC

(Não aplicável)

O hospital obriga-se ao cumprimento das regras previstas no regulamento do SIGIC, das determinações constantes do seu manual e das directivas emanadas da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgias (UCGIC), com vista a operacionalizar o seu funcionamento bem como a prestar todas as informações, no suporte requerido, às entidades nele envolvidas.

O hospital obriga-se ainda a assegurar a operacionalidade dos equipamentos informáticos destinados à inscrição da informação necessária à gestão do SIGIC e à transferência de dados para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC).

Cláusula 1ª

1. A prática em desconformidade com o Regulamento do SIGIC determina, por dia nos incumprimentos de prazo e por ocorrência nas restantes situações, as seguintes penalizações:

- a) 10% quando se verificar o incumprimento de prazos ou a prática de uma desconformidade com o Regulamento do SIGIC;
- b) 50% quando se verificar a prática de uma desconformidade grave.

2. Para efeitos do disposto na alínea b) do número anterior, entende-se por desconformidade grave:

- a) Falhas no processamento do sistema que interfiram com gravidade na saúde do utente ou na actividade dos prestadores de cuidados médicos — não execução dos exames e consultas pré-operatórias, quando necessárias;
- b) Erros nos dados que induzam danos nos doentes ou que interfiram com gravidade no regular funcionamento do SIGIC - dados administrativos, codificação, datas, outros;
- c) Não entrega de documentos requeridos aquando da transferência ou devolução do utente e quando solicitados pela UCGIC ou URGIC;
- d) Execução de procedimentos cirúrgicos não propostos sem justificação válida;
- e) Recusa de um procedimento cirúrgico disponibilizado pela entidade quando indevidamente justificado.



- f) As que como tal estejam expressamente identificadas no regulamento do SIGIC.
3. O valor de referência para cálculo das penalizações é o preço base de uma unidade de produção da linha de internamento cirúrgico programado.

Cláusula 2ª

1. A valorização da produção base realizada é efectuada nos termos previstos na cláusula terceira do Anexo I do contrato-programa.
2. O pagamento da produção adicional realizada nas linhas de internamento cirúrgico programado (episódios de GDH cirúrgicos de internamento e de ambulatório que excedem a produção base) é efectuada de acordo com a Tabela de Preços publicada em Diário da República, Despacho n.º 24 036/2004, em 22 de Novembro de 2004, com a adaptação prevista na cláusula seguinte (cláusula 3ª deste Anexo).
3. Ao pagamento da produção são descontadas as penalizações, nos termos da informação prestada pelas ARS e a UCGIC ao IGIF.

Cláusula 3ª

A remuneração ao hospital referente à produção cirúrgica adicional é acrescida, no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes (que poderiam ser executados em episódios cirúrgicos distintos), simultâneos ou consecutivos, que decorram num mesmo episódio cirúrgico, de um valor correspondente a 45% do preço do GDH do episódio.



ANEXO III - A OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA

Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais

Objectivos	2007
Objectivos Nacionais	
A. Qualidade e Serviço	
A.1 Taxa de Readmissões no Internamento nos primeiros 5 dias	0,5 %
B. Acesso	
B.1 Peso das Primeiras Consultas Médicas no Total de Consultas Médicas	30,0 %
C. Desempenho Assistencial	
C.1 Peso da cirurgia do ambulatório no total das cirurgias programadas	
C.2. Demora Média (dias)	60,0
D. Desempenho Económico-Financeiro	
D.1 Resultado Líquido	59.569,0 €
D.2 Resultado Operacional	-123.432,0 €
D.3 Custo Unitário por doente padrão tratado	
Objectivos Regionais	
a. Qualidade e Serviço	
a1. Taxa de Infecção Hospitalar	
a2. Peso das cesarianas no total de partos	
b. Acesso	
b1. Taxa de crescimento da lista de espera cirúrgica	
b2. Taxa de crescimento da lista de espera das 1 ^{as} consultas	-50,0 %
b3. % primeiras consultas no total de consultas	
c. Desempenho Assistencial	
c1. Doentes padrão / Médico ETC	
c2. Variação % das primeiras consultas 2007/2006	
c3. Variação % das cirurgias programadas 2007/2006	
c4. Qualidade da codificação dos GDH's	
d. Desempenho económico-financeiro	
d1. Custos Directos Unitários - Consulta Externa	
d2. Custos Directos Unitários - Hospital de Dia	
d3. Custos Directos Unitários - Urgência	
d4. Custos Directos Unitários - Internamento	

Fonte: SLAC



ANEXO III B

INDICADORES DE DESEMPENHO A QUE SE REFERE O N.º 3 DA CLÁUSULA 23ª

- a) Percentagem de infeções cirúrgicas;
- b) Percentagem de mortalidade no internamento;
- c) Mortalidade neonatal;
- d) Mortalidade peri-operatória;
- e) Reintervencões cirúrgicas não programados no mesmo episódio;
- f) Quedas;
- g) Readmissões no serviço de Urgência nas 24 horas;
- h) Tempo de permanência no serviço de Urgência;
- i) Percentagem de doentes que abandonam o serviço de Urgência;
- j) Percentagem de doentes internados pela urgência relativamente ao número de urgências;
- k) N.º de doentes em lista de espera acima do tempo clinicamente aceitável;
- l) Mediana do tempo de espera para a primeira consulta;
- m) Percentagem de consultas não realizadas da responsabilidade do utente;
- n) Percentagem de consultas não realizadas da responsabilidade da instituição;
- o) Percentagem de resposta a reclamações em menos de 30 dias;
- p) Mediana do tempo de resposta às reclamações.



R. 69

22

ANEXO IV
CALENDARIZAÇÃO DO CUMPRIMENTO PARA O TRIÉNIO DAS OBRIGAÇÕES
CONTRATADAS

Obrigações	Ano
1. Avaliação de desempenho	
2. Carta de direitos e deveres dos utentes	
3. Manual de acolhimento	
4. Gabinete do Utente	
5. Inquéritos de satisfação aos utentes e profissionais	
6. Políticas de melhoria da qualidade	
7. Planos de melhoria da segurança do doente	
8. Programa de monitorização e avaliação de resultados	
9. Sistema de gestão de qualidade	
10. Sistema de acreditação clínica	
11. Sistema de informação	
12. Equipamentos e sistemas médicos	



APÊNDICE IV ORÇAMENTO ECONÓMICO - CUSTOS E PERDAS (1/2)

Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais

	Valor Estimado 2006 (Euros)	Valor Contratualizado 2007 (Euros)	% Var 2007 / 2006
612-Mercadorias			
6161-Produtos farmacêuticos	69.261,0 €	72.031,0 €	4,0 %
6162-Material consumo clínico	110.856,0 €	115.290,0 €	4,0 %
6163-Produtos alimentares			
6164-Material consumo hoteleiro	25.991,0 €	27.031,0 €	4,0 %
6165-Material consumo administrativo	16.313,0 €	16.966,0 €	4,0 %
6166-Material manutenção e conservação	64.715,0 €	67.304,0 €	4,0 %
6169-Outro material de consumo	1.850,0 €	1.924,0 €	4,0 %
Sub-total	288.986,00 €	300.546,00 €	4,0 %
% s/total geral	6,7 %	6,7 %	1,3 %

621-Subcontratos	155.812,0 €	182.385,0 €	17,1 %
6211-Assistência ambulatoria			
6212-Meios complementares diagnóstico	16.977,0 €	17.656,0 €	4,0 %
62121-Patologia clínica	10.000,0 €	10.400,0 €	4,0 %
62122-Anatomia patológica			
62123-Imagiologia	6.977,0 €	7.256,0 €	4,0 %
62124-Cardiologia			
62125-Electroencefalografia			
62126-Medicina nuclear			
62127-Gastroenterologia			
62129-Outros			
6213-Meios complementares terapêutica			
62131-Hemodiálise			
62132-Medicina física e reabilitação			
62133-Litotricia			
62139-Outros			
6214-Produtos vendidos por farmácias			
6215-Internamentos			
6216-Transporte de doentes	16.947,0 €	17.625,0 €	4,0 %
6217-Aparelhos complementares de terapêutica	100.634,0 €	125.000,0 €	24,2 %
6218-Trabalhos executados no exterior	21.254,0 €	22.104,0 €	4,0 %
62181-Em entidades do M. Saúde	2.749,0 €	2.859,0 €	4,0 %
621811-Assistência ambulatoria			
621812-Meios complementares diagnóstico	1.035,0 €	1.076,0 €	4,0 %
621813-Meios complementares de terapêutica			
621814-Produtos vendidos por farmácias	1.714,0 €	1.783,0 €	4,0 %
621815-Internamentos e transporte de doentes			
621819-Outros trabalhos executados no exterior			
62189-Em outras entidades	18.505,0 €	19.245,0 €	4,0 %
621891-Assistência ambulatoria			
621892-Meios complementares diagnóstico	18.505,0 €	19.245,0 €	4,0 %
621893-Meios complementares terapêutica			
621894-Produtos vendidos por farmácias			
621895-Internamentos e transporte de doentes			
621896-Aparelhos complementares de terapêutica			
621897-Assistência no estrangeiro			
621898-Termalismo social			
621899-Outros trabalhos executados no exterior			
6219-Outros subcontratos			
Sub-total	155.812,00 €	182.385,00 €	17,1 %
% s/total geral	3,6 %	4,1 %	14,0 %

Fonte: SIAC



Handwritten initials: RL 19
Handwritten mark: w

APÊNDICE IV ORÇAMENTO ECONÓMICO - CUSTOS E PERDAS (2/2)

Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais

	Valor Estimado 2006 (Euros)	Valor Contratualizado 2007 (Euros)	% Var 2007 / 2006
6221-Fornecimentos e serviços I	188.292,0 €	195.824,0 €	4,0%
6222-Fornecimentos e serviços II	120.375,0 €	125.190,0 €	4,0%
6223-Fornecimentos e serviços III	445.016,0 €	507.511,0 €	14,0%
6229-Outros fornecimentos e serviços	81.925,0 €	85.202,0 €	4,0%
Sub-total	835.608,0 €	913.727,0 €	9,3%
% s/total geral	19,2%	20,5%	6,5%
63-Transf. correntes conced. e prest. sociais			
% s/total geral			
641-Remunerações dos órgãos directivos	185.140,0 €	185.140,0 €	0,0%
6421-Remunerações base do pessoal	1.334.167,0 €	1.334.167,0 €	0,0%
64211-Pessoal dos quadros	1.181.931,0 €	1.181.931,0 €	0,0%
64212-Pessoal com contrato a termo certo	147.079,0 €	147.079,0 €	0,0%
64213-Pessoal em qualquer outra situação	5.157,0 €	5.157,0 €	0,0%
6422-Suplementos de remunerações	474.418,0 €	474.418,0 €	0,0%
642211-Horas extraordinárias	240.288,0 €	240.288,0 €	0,0%
642212-Prevenções	2.013,0 €	2.013,0 €	0,0%
642221-Noites e suplementos	113.549,0 €	113.549,0 €	0,0%
642222-Subsidio de turno			
64223-Abono para falhas			
64224-Subsidio de refeição	108.917,0 €	108.917,0 €	0,0%
64225-Ajudas de custo	8.170,0 €	8.170,0 €	0,0%
64226-7-8-Outros	1.481,0 €	1.481,0 €	0,0%
6423-Prestações sociais directas	49.623,0 €	49.623,0 €	0,0%
6424-Subsídios de férias e de natal	158.611,0 €	158.611,0 €	0,0%
643-Pensões	16.845,0 €	16.845,0 €	0,0%
645-Encargos sobre remunerações	252.938,0 €	252.938,0 €	0,0%
646-Seguros de acid. trab. e doenças profissionais	1.555,0 €	1.555,0 €	0,0%
647-Encargos sociais voluntários			
648-Outros custos com pessoal	8.798,0 €	8.798,0 €	0,0%
Sub-total	2.482.095,0 €	2.482.095,0 €	0,0%
% s/total geral	57,1%	55,6%	-2,6%
65-Outros custos e perdas operacionais	120.000,0 €	120.000,0 €	0,0%
% s/total geral	2,8%	2,7%	-2,6%
66-Amortizações do exercício	305.445,6 €	305.446,0 €	0,0%
% s/total geral	7,0%	6,8%	-2,6%
67-Provisões do exercício			
% s/total geral			
68-Custos e perdas financeiras	902,0 €	902,0 €	0,0%
% s/total geral	0,0%	0,0%	-2,6%
69-Custos e perdas extraordinários	156.769,0 €	156.769,0 €	0,0%
% s/total geral	3,6%	3,5%	-2,6%
TOTAL GERAL	4.345.617,6 €	4.461.870,0 €	2,7%

Fonte: SIAC



R⁴⁹
m

APÊNDICE IV ORÇAMENTO ECONÓMICO - PROVEITOS E GANHOS

Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais

	Valor Estimado 2006 (Euros)	Valor Contratualizado 2007 (Euros)	% Var 2007 / 2006
711-Vendas	2.558,0 €	5.000,0 €	95,5 %
712-Prestações de serviços	653.394,0 €	490.579,0 €	-24,9 %
7121-Internamento	420.000,0 €	250.500,0 €	-40,4 %
7122-Consulta	40.000,0 €	41.750,0 €	4,4 %
7123-Urgência/SAP			
7124-Quartos particulares			
7125-Hospital de dia	60.000,0 €	61.500,0 €	2,5 %
71261-De diagnóstico			
71262-De terapêutica	115.394,0 €	118.328,0 €	2,5 %
7127-Taxas moderadoras	18.000,0 €	18.501,0 €	2,8 %
7128-Serviço domiciliário			
7129-Outras prestações de serviços			
Sub-total	655.952,0 €	495.579,0 €	-24,4 %
% s/ total geral	14,0 %	11,0 %	750,9 %
72-Impostos e taxas			
% s/ total geral			
73-Proveitos suplementares	31.372,0 €	41.000,0 €	30,7 %
% s/ total geral	0,7 %	0,9 %	-942,5 %
74-Transf. e subsídios correntes obtidos	3.615.552,0 €	3.615.553,0 €	0,0 %
741-Transferências-Tesouro			
742-Transferências correntes obtidas	3.615.552,0 €	3.615.553,0 €	0,0 %
743-Sub. correntes obtidos-Outros entes públicos			
749-Sub. correntes obtidos-De outras entidades			
Sub-total	3.615.552,0 €	3.615.553,0 €	0,0 %
% s/ total geral	77,4 %	80,0 %	-0,0 %
75-Trabalhos para a própria entidade			
% s/ total geral			
76-Outros proveitos e ganhos operacionais	28.178,0 €	28.635,0 €	1,6 %
762-Reembolsos	28.178,0 €	28.635,0 €	1,6 %
763-Produtos de fabricação interna			
768-Outros não espec. alheios valor acrescentado			
769-Outros			
Sub-total	28.178,0 €	28.635,0 €	1,6 %
% s/ total geral	0,6 %	0,6 %	-49,8 %
78-Proveitos e ganhos financeiros	75,0 €	350,0 €	366,7 %
% s/ total geral	0,0 %	0,0 %	-11.260,8 %
79-Proveitos e ganhos extraordinários	342.489,0 €	340.322,0 €	-0,6 %
% s/ total geral	7,3 %	7,5 %	19,4 %
TOTAL GERAL	4.673.618,0 €	4.521.439,0 €	-3,3 %

Fonte: SLAC



Anexo nº 25 – ACORDO DE COOPERAÇÃO ARSLVT E SCML (ALCOITÃO)

ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



**SANTA
CASA**
Misericórdia de Lisboa, Por boas causas.

ACORDO DE COOPERAÇÃO ENTRE A ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP E A SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA (CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DO ALCOITÃO)

Considerando que as estruturas existentes de Medicina Física e Reabilitação (MFR) na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT) são manifestamente insuficientes para responder às necessidades, nomeadamente no que concerne à continuidade da prestação de cuidados de saúde a utentes que carecem de intervenção subsequente à alta hospitalar, em situações graves mas com potencial de recuperação e reabilitação, quer em regime de internamento quer de ambulatório;

Considerando que não existe nenhuma estrutura de reabilitação no Serviço Nacional de Saúde (SNS) com características de centro especializado de reabilitação na RSLVT e que o Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMRA) detém essas competências;

Considerando que nos termos da Rede de Referência Hospitalar de MFR se prevê que o CMRA poderá assumir-se como o Centro de Reabilitação para a RSLVT e Alentejo;

Considerando que por via da celebração de um Acordo de Cooperação com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT), o CMRA fica formalmente integrado na Rede de Referência Hospitalar de MFR e contribui para um aumento de ganhos em saúde na área de Medicina Física e Reabilitação;

Considerando a necessidade dos serviços de MFR dos hospitais e dos cuidados de saúde primários da RSLVT funcionarem em estreita articulação com Centros de Reabilitação e tendo presente a assistência médica que tem vindo a ser prestada pelo CMRA aos beneficiários do SNS, torna-se premente a celebração de um Acordo de Cooperação.



Entre

- **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP**, pessoa colectiva de direito público, titular do cartão de identificação n.º 503148776, com sede na Av. Estados Unidos da América, n.º 77, em Lisboa, adiante designada por PRIMEIRA OUTORGANTE ou ARSLVT, representada neste acto pelo Senhor Presidente do Conselho de Administração, Dr. Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes, nomeado por Despacho Conjunto n.º 24950/2008, de 29 de Setembro, publicado no Diário da República n.º 194, II Série, de 07 de Outubro de 2008, de Suas Excelências o Primeiro-Ministro, o Ministro de Estado e das Finanças e a Ministra da Saúde;

E

- **SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA**, pessoa colectiva de direito privado e utilidade pública administrativa, titular do cartão de identificação n.º 500745471, com sede no Largo Trindade Coelho, em Lisboa, adiante designada por SEGUNDA OUTORGANTE ou SCML, representada neste acto pelo Senhor Provedor, Rui António Ferreira da Cunha, nomeado por Despacho Conjunto n.º 728/2009, de 31 de Dezembro de 2008, publicado no Diário da República n.º 7, II Série, de 12 de Janeiro de 2009, de Suas Excelências o Primeiro-Ministro e o Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, assinado, em representação, pelo Ministro de Estado e das Finanças e pelo Secretário de Estado da Segurança Social.

É celebrado o presente Acordo, tendo por base o interesse público, que se rege pelas seguintes cláusulas:



Cláusula I (Definições)

Para efeitos do disposto no presente Acordo de Cooperação entende-se por:

- a) Acompanhamento, Controlo e Auditoria – Actividade promovida pela Primeira Outorgante, junto do CMRA, que visa verificar, de uma forma permanente e sistemática, o exacto e pontual cumprimento do Acordo, não se incluindo na mesma a realização de quaisquer verificações ou obtenção de informações a nível da contabilidade analítica da Segunda Outorgante;
- b) Acto Complementar de Diagnóstico – Exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico. Alguns actos podem ser simultaneamente de diagnóstico e terapêutica;
- c) Acto Complementar de Terapêutica – Prestação de cuidados curativos, após diagnóstico e prescrição terapêutica;
- d) Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica – expressão utilizada para designar, indiferentemente, os actos definidos nas alíneas b) e c)
- e) Ambulatório – Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados;
- f) Beneficiários de subsistemas – Utentes do SNS cuja responsabilidade pelo pagamento pertence a subsistema de saúde ou terceiro legal ou contratante responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde;
- g) Beneficiários do SNS – Utentes do SNS, portadores do cartão de utente, cuja responsabilidade pelo financiamento da prestação dos cuidados de saúde pertence ao Orçamento do Serviço Nacional de Saúde, através de verbas atribuídas pelo Orçamento de Estado;

Neste sentido, entende-se por beneficiários do Serviço Nacional de Saúde:

-Os cidadãos portugueses;



- Os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis;
- Os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade;
- Os cidadãos apátridas residentes em Portugal;
- Os cidadãos estrangeiros menores em situação ilegal registados nos termos da Portaria número 995/2004, de 9 de Agosto e do Decreto-Lei número 67/2004, de 25 de Março.

- h) Consulta Externa Médica – Acto de assistência prestado por um médico, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde;
- i) Dias de Internamento / Tempo de Internamento - Total de dias utilizados por cada utente internado, considerando o dia da admissão e exceptuando o dia da alta do mesmo utente;
- j) Doente Saído – Doente saído do internamento por alta clínica, óbito, alta a pedido ou transferência para outro estabelecimento por razões clínicas devidamente fundamentadas. O mesmo indivíduo pode ser admitido diversas vezes no ano, devendo todas as altas ser contadas, uma vez que se trata da contagem global de saídas e não de indivíduos per si. Está associado ao conceito de episódio de internamento;
- k) Episódio de Internamento – O período que decorre desde o primeiro dia de internamento do doente, até à sua saída por alta clínica, óbito, alta a pedido ou transferência para outro estabelecimento;
- l) Internamento – Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a doentes que após serem admitidos, ocupam camas para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas. É igualmente considerada internamento a situação em que o doente não chega a permanecer 24 horas, saindo contra parecer médico, por óbito ou transferido para outro estabelecimento de saúde.
- m) Utentes Abrangidos – Utentes referenciados pelos Hospitais e Unidades de Cuidados Saúde Primários da área de influência da RSLVT.



- n) Protocolo de Acesso – linhas que visam orientar os médicos no âmbito da referenciação para o CMRA de doentes afectados funcionalmente por doença ou traumatismo, que necessitem de cuidados de saúde diferenciados no âmbito da Medicina Física e de Reabilitação e que apresentem potencial de recuperação e reabilitação.

Cláusula II Objecto

O presente Acordo de Cooperação regula os termos em que a SCML se compromete a assegurar, através do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMRA), em complementaridade com o SNS, a prestação de cuidados de saúde no âmbito da Medicina Física e Reabilitação, aos utentes abrangidos pelo presente Acordo.

Cláusula III Âmbito

O presente Acordo de Cooperação abrange a prestação de cuidados de saúde realizados em regime de internamento e de ambulatório, a utentes que se enquadrem nas condições de referenciação previstas no “Protocolo de Acesso” identificado no Anexo I.

1. O internamento é expresso em número de dias de internamento, determinados com base no número de episódios de internamento e engloba o conjunto dos cuidados de saúde e outros serviços acessórios prestados aos utentes admitidos no Centro, que ocupam camas para diagnóstico ou tratamento e permanecem, no mínimo, vinte e quatro horas.
2. O ambulatório é expresso em Consultas Externas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (intervenção de reabilitação e meios complementares de diagnóstico).
3. O volume de produção previsto para o primeiro ano de vigência do Acordo consta do Anexo III.



4. Para os anos seguintes a produção a vigorar será determinada, por acordo das partes, com a antecedência mínima de 2 (dois) meses em relação ao início do novo período.
5. Na ausência de acordo, a Primeira Outorgante estabelece unilateralmente a produção, tendo por base a produção prevista ou a produção realizada no ano imediatamente anterior.

Cláusula IV Recursos Humanos

1. A Segunda Outorgante compromete-se a ter ao serviço do CMRA médicos especialistas inscritos no respectivo colégio da especialidade da Ordem dos Médicos e outro pessoal técnico qualificado.
2. Para o efeito, obriga-se a disponibilizar à Primeira Outorgante a listagem de todo o pessoal médico, de enfermagem, técnico superior de saúde e técnico de diagnóstico e terapêutica que exerce funções no CMRA, no âmbito do presente Acordo, na qual conste a respectiva categoria, habilitações literárias e profissionais, horário praticado, devendo para os que detêm vínculo a serviços públicos que se encontram em situação de acumulação no CMRA identificar o local de origem.
3. A Primeira Outorgante sempre que considerar oportuno poderá solicitar a actualização da listagem de pessoal.

Cláusula V Acesso

1. O acesso dos utentes à prestação de cuidados abrangidos pelo presente Acordo processa-se por referência dos Hospitais e Unidades dos Cuidados de Saúde Primários da RSLVT.
2. A referência hospitalar destina-se a internamento no CMRA.



3. Sem prejuízo do estabelecido no número anterior, o CMRA deve assegurar as consultas externas e os tratamentos em ambulatório que se mostrem necessários à continuidade de cuidados a doentes anteriormente internados.
4. As Unidades dos Cuidados de Saúde Primários apenas referenciam para realização de exames no âmbito do “Centro de Mobilidade”, “Laboratório de Marcha” e “Laboratório de Análise da Posição de Sentado”.

Cláusula VI Condições e procedimentos de referenciação

A referenciação para o CMRA terá de ser formalizada, em observância do “Protocolo de Acesso” identificado no Anexo I, através de:

1. “Proposta de Internamento”, a emitir pelos Hospitais, na qual constem os dados administrativos do utente, previstos no Anexo IV, e informação clínica detalhada, nomeadamente, antecedentes clínicos, patologia e eventuais medidas terapêuticas preconizadas.
 - 1.1. Esta proposta deve ser visada obrigatoriamente pelo médico responsável da Unidade ou Serviço de MFR, quando exista.
2. “Título de Referenciação”, a emitir pelas Unidades dos Cuidados de Saúde Primários, conforme Anexo V ao presente Acordo.
 - 2.1. O Título só assume validade se todos os campos estiverem devidamente preenchidos e visado pelo Director Executivo;
 - 2.2. O Título tem validade máxima de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de emissão.
3. Deverá ser recusado o atendimento dos utentes quando se verificarem as seguintes situações:
 - 3.1. Quando a “Proposta de Internamento” ou o “Título de Referenciação” apresentam rasuras, correcções, aposições ou quaisquer outras modificações que coloquem em dúvida a sua autenticidade;
 - 3.2. Quando a apresentação do utente se verifique fora do prazo fixado no n.º 2.2.



4. Nos casos em que se verificar qualquer anomalia no preenchimento do documento de referenciação que, pela sua natureza, não impeça a prestação dos cuidados de saúde, o CMRA deve admitir o utente e solicitar a respectiva correcção ao serviço emissor do mesmo.
5. Os cuidados de saúde prestados aos utentes do SNS, que contrariem as condições referidas nesta cláusula, não constituem encargo da Primeira Outorgante.

Cláusula VII Articulação na Rede de Referenciação Hospitalar

1. O CMRA obriga-se a garantir a correcta e adequada articulação no âmbito da Rede de Referenciação Hospitalar em vigor.
2. Aos Hospitais do SNS compete apresentar a “Proposta de Internamento” no CMRA, para situações clínicas que exigem intervenções mais prolongadas de reabilitação e cuja realização não deve ser assegurada em hospital de agudos.
3. O CMRA obriga-se a efectuar a avaliação da “Proposta de Internamento” e a responder ao hospital referenciador no prazo de 3 (três) dias úteis, a contar da data da sua recepção.
4. No seguimento da “Proposta de Internamento”, o CMRA obriga-se a avaliar o utente em consulta no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da data limite de resposta prevista no ponto anterior, e a enviar ao hospital referenciador relatório médico, informando também da data expectável para a admissão do utente.
5. O CMRA obriga-se a utilizar a(s) escala(s) mais adequada(s) para efeitos de avaliação do utente, bem como a codificar a patologia segundo CID 9, ou outra que a substitua.
6. Aquando da alta, o CMRA deve elaborar relatório circunstanciado, no qual conste, nomeadamente, o plano de reabilitação e os tratamentos aplicados, assim como a avaliação da capacidade funcional e das alterações cognitivas, devendo remetê-lo ao hospital referenciador e ao médico de família do utente.



Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

7. Quando o utente que se encontre em regime de internamento necessita cuidados no âmbito da Urgência/Emergência hospitalar que não possam ser assegurados pelo CMRA, o utente deverá ser encaminhado para o hospital do SNS mais adequado à resolução da situação clínica, competindo ao CMRA a responsabilidade do respectivo transporte.

Cláusula VIII Articulação com os Cuidados de Saúde Primários

1. Ao médico de família compete referenciar utentes para realização de exames no âmbito do “Centro de Mobilidade”, “Laboratório de Marcha” e “Laboratório de Análise da Posição de Sentado”, que se enquadrem nas condições previstas no “Protocolo de Acesso” identificado no Anexo I.
2. O CMRA obriga-se a realizar os exames no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de recepção do “Título de Referência”.
3. Excepcionalmente, o CMRA poderá admitir estes utentes em internamento quando se demonstre que é necessário um período de tempo mais prolongado para efectuar a avaliação solicitada. Estas situações ainda que devidamente justificadas no processo clínico, para efeitos de facturação não são consideradas como episódios de internamento pagos por diária, equiparando-se a uma consulta.
4. Após a conclusão da avaliação, o CMRA deve enviar o relatório ao médico de família.

Cláusula IX Articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

1. O CMRA obriga-se a garantir a correcta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos termos da lei e das orientações fixadas pelo Ministério da Saúde nessa matéria.
2. O CMRA obriga-se a promover o ingresso do utente na referida Rede e a proceder à sua referência para admissão na mesma, tendo em consideração a situação clínica do utente e



Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

em conformidade com os requisitos aplicáveis em cada momento e de acordo com a lei e com os critérios fixados pelo Ministério da Saúde.

3. A referência feita com desrespeito do disposto no número anterior dá origem a uma referência indevida para a RNCCI e corresponde à situação de não elegibilidade do utente pela Equipa Coordenadora Local, para ser admitido na RNCCI.

Cláusula X Recusa de Atendimento

1. A Segunda Outorgante não pode recusar o atendimento dos utentes, salvo se:
 - 1.1. A situação clínica do utente não justificar o elevado nível de diferenciação que caracteriza a prestação de cuidados no CMRA;
 - 1.2. O utente se apresentar em situação que inviabilize a eficácia da terapêutica preconizada, conforme critérios de exclusão identificados no Anexo I ao presente Acordo;
 - 1.3. Os actos não puderem ser executados por avaria de equipamento ou por incapacidade temporária de resposta;
 - 1.4. Da avaliação do utente resultar que os actos a praticar não estão incluídos no âmbito do presente Acordo;
 - 1.5. Se verificarem as situações previstas no n.º 3 da Cláusula VI.
2. O CMRA deverá notificar obrigatoriamente a entidade referenciadora do motivo de recusa do atendimento ao utente, indicando, na situação prevista no n.º 1.3, o período previsível do impedimento.

Cláusula XI Garantia de Qualidade

1. A Segunda Outorgante deverá assegurar o rigoroso cumprimento das normas regulamentares e orientações administrativas em vigor sobre a adequada prestação de cuidados de saúde, pelo CMRA aos Utentes.



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

2. A Segunda Outorgante obriga-se a que o CMRA assegure, permanentemente, padrões comuns e actuais de qualidade técnico-científica relativamente à área de actividade assistencial, humana e técnica, abrangidas pelo presente Acordo.

Cláusula XII Responsabilidade

1. A Segunda Outorgante, através do CMRA, actua em nome próprio e por sua conta e risco.
2. A Segunda Outorgante é responsável, nos termos gerais, por quaisquer prejuízos causados a terceiros no exercício das actividades desenvolvidas no CMRA, não assumindo a Primeira Outorgante qualquer tipo de responsabilidade relacionada com o número anterior.
3. Sempre que requerido, a Segunda Outorgante deverá facultar à Primeira Outorgante os relatórios clínicos justificativos.
4. Na eventualidade da Primeira Outorgante vir a ser responsabilizada por actos praticados pela Segunda Outorgante, seus representantes legais, pessoas que utilize ao seu serviço, por intermédio do CMRA, existe direito de regresso contra a Segunda Outorgante, nos termos gerais do Direito.
5. Todas as dívidas e responsabilidade para com terceiros contraídas no exercício da actividade do CMRA pertencem exclusivamente à Segunda Outorgante, incluindo os custos do eventual recurso à utilização de tecnologias, direitos e serviços de terceiros.

Cláusula XIII Acompanhamento e Monitorização

1. As Outorgantes obrigam-se a estabelecer estreita colaboração para assegurar a mais correcta execução e aperfeiçoamento do presente Acordo.
2. A validação da produção realizada e a verificação da execução financeira do presente Acordo caberá aos serviços competentes da Primeira Outorgante, que efectuarão a conferência das facturas emitidas pelo Segunda Outorgante.



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

3. A Segunda Outorgante obriga-se a registar e disponibilizar, em suporte informático, toda a informação administrativa referente à identificação do utente e todos os actos realizados ao abrigo do presente Acordo.
4. A Primeira Outorgante pode efectuar auditorias clínicas e financeiras, no estrito âmbito da execução do presente Acordo, obrigando-se a Segunda Outorgante a disponibilizar as respectivas instalações aos auditores e a fornecer os elementos indispensáveis à execução das referidas auditorias.

Cláusula XIV Equipa de Monitorização

1. A Primeira Outorgante designará uma equipa multidisciplinar para a monitorização e acompanhamento do presente Acordo.
2. À equipa de monitorização compete, designadamente:
 - a) Acompanhar a execução corrente das actividades objecto do Acordo;
 - b) Verificar o cumprimento das obrigações contratuais;
 - c) Emitir parecer sobre as propostas cuja adopção se traduza na modificação do Acordo ou dos termos concretos da sua execução;
 - d) Promover e acompanhar auditorias às contas, processos clínicos e resultados da actividade contratada.

Cláusula XV Remuneração

1. Os episódios de Internamento são remunerados de acordo com a duração do internamento, correspondendo o valor da diária a 62% do preço estabelecido no n.º 4 do artigo 10º da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro.
2. A partir dos limiares superiores de internamento definidos no Anexo III ao presente Acordo, o preço da diária corresponde a 50% do preço estabelecido no número anterior.



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

3. A actividade desenvolvida em ambulatório é remunerada por via da consulta de Medicina Física e Reabilitação, que inclui os meios complementares de diagnóstico e a intervenção subsequente de reabilitação, nos seguintes termos:
 - 3.1. Consulta para avaliação da “Proposta de Internamento”: remunerada ao preço de estabelecido no n.º 1 do artigo 15º da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro.
 - 3.2. Consulta pós-alta de internamento e subsequentes (destina-se a utentes que apresentam potencial de recuperação e reabilitação e que ainda exigem intervenção imediata e intensiva das equipas de reabilitação multidisciplinares ou a intervenção especializada do CMRA): remunerada ao preço de 125 Euros (por referência ao preço da consulta estabelecido no Contrato Programa do Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais).
 - 3.3. Consulta periódica de acompanhamento (destina-se a seguir a evolução do estado de saúde do utente que concluiu no CMRA a sua reabilitação em ambulatório): remunerada ao preço de estabelecido no n.º 1 do artigo 15º da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro.
 - 3.4. Consulta decorrente da referenciação de utentes pelas Unidades de Cuidados Saúde Primários para realização de exames no âmbito do “Centro de Mobilidade”, “Laboratório de Marcha” e “Laboratório de Análise da Posição de Sentado”: remunerada ao preço de 125 Euros (por referência ao preço da consulta estabelecido no Contrato Programa do Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais).
4. Para efeitos do número 3 da presente cláusula consideram-se incluídos no preço das consultas todos os meios complementares de diagnóstico e os tratamentos, das áreas de Medicina Física e Reabilitação, Imagiologia, Patologia Clínica, Urologia, Neurologia, entre outras, bem como a consultoria de especialidade, conforme Anexo II.
5. Sempre que se verifiquem alterações na Portaria acima referida, os preços que lhes estão indexados serão ajustados em conformidade com a data de entrada em vigor da nova Portaria.
6. Sempre que se verifiquem alterações nos preços do Contrato Programa do Centro Medicina de Reabilitação Rovisco Pais, os preços que lhes estão indexados serão ajustados em conformidade e na data em que as respectivas alterações produzem efeitos.



Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

7. Se no âmbito do SNS vier a ser introduzido um novo sistema de remuneração, que contemple uma forma alternativa de pagamento do internamento e dos actos de ambulatório de medicina física e de reabilitação actualmente em vigor, nomeadamente pagamento dos actos de ambulatório por preço compreensivo ou do internamento por GLF (Grupo de Limitação Funcional), a presente Cláusula deverá ser ajustada em conformidade.

Cláusula XVI Retribuição

1. Como contrapartida pela produção contratada para o primeiro ano de vigência do Acordo, o CMRA receberá o valor de 8.413.893,00 Euros, conforme consta do Anexo III.
2. Na eventualidade da produção realizada pelo CMRA ultrapassar o valor financeiro inicialmente previsto, a Primeira Outorgante assume o pagamento deste diferencial até ao limite máximo de 10% do valor estabelecido no número anterior.
3. A retribuição prevista no nº 1 será repartida por 12 prestações mensais de igual valor, sendo adiantado pela Primeira Outorgante até ao décimo dia de cada mês, por conta dos cuidados a prestar, 80% do valor assim apurado.

Cláusula XVII Regime de Facturação

1. A Segunda Outorgante emite uma única factura mensal, referente a todos os actos realizados no mês.
2. Para efeitos do número anterior, a totalidade das diárias de internamento será incluída na factura do mês em que o doente tem alta, independentemente de as mesmas respeitarem a meses diferentes.
3. A factura terá de ser enviada à Primeira Outorgante até ao dia 10 (dez) do mês seguinte a que respeita.



Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

4. Juntamente com a factura, a Segunda Outorgante, apresentará um relatório de execução mensal e o mapa de cálculo da retribuição devida face à actividade realizada no mês anterior, com discriminação do saldo apurado face aos duodécimos processados.
5. A Primeira Outorgante, não assume qualquer encargo respeitante a actos não constantes do presente Acordo de Cooperação.
6. Nos casos de divergência de facturação resultantes, designadamente, da facturação de actos não elegíveis, de actos que suscitem dúvidas na sequência de auditorias, de atribuição incorrecta de preço aos actos praticados, a Primeira Outorgante, após a obtenção de esclarecimentos, poderá solicitar de imediato o acerto à facturação.
7. Os cuidados de saúde prestados em situação da responsabilidade de entidades seguradoras ou outras entidades (subsistemas) não se encontram abrangidos pelo presente Acordo.

Cláusula XVIII Acerto de Contas

1. Para efeitos de acerto de contas, a Segunda Outorgante apresentará à Primeira Outorgante um Relatório Global relativo aos 12 (doze) meses de execução do Acordo, no prazo máximo de 3 (três) meses a contar da data do seu termo.
2. Sempre que do processo de apresentação e aprovação de contas resulte um saldo favorável à Segunda Outorgante, será o mesmo liquidado pela Primeira Outorgante, no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a aprovação de contas.
3. Se do processo de apresentação e aprovação de contas resultar um saldo favorável à Primeira Outorgante, será o mesmo regularizado no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a aprovação de contas.

Cláusula XIX Rescisão do Acordo

1. Precedendo procedimento de averiguações e defesa da Segunda Outorgante, a ARSLVT poderá rescindir o Acordo quando se verifique algum dos seguintes factos:
 - a) Desvio do objecto do Acordo;



Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

- b) Oposição reiterada ao exercício da fiscalização ou repetida desobediência às determinações da Primeira Outorgante ou ainda sistemática inobservância das leis e regulamentos aplicáveis à exploração, quando se mostrem ineficazes as multas aplicadas;
 - c) Falência do CMRA;
 - d) Comprovada verificação de graves deficiências na prestação dos cuidados de saúde acordados;
 - e) Violação grave das cláusulas do Acordo;
 - f) Não cumprimento das alterações que sejam impostas, unilateralmente, pela Primeira Outorgante em razão do interesse público.
2. Quando as faltas forem causadas por mera negligência e susceptíveis de correcção, a ARSLVT não rescindirá o Acordo sem previamente avisar a Segunda Outorgante para, no prazo que lhe for fixado, cumprir integralmente as obrigações e corrigir ou reparar as consequências da sua negligência.
 3. Não constituem causas de rescisão os factos ocorridos por motivo de força maior e, bem assim, os que a ARSLVT aceite como justificados.
 4. A decisão de rescisão do Acordo, devidamente fundamentada, é notificada à Segunda Outorgante, por carta registada, com aviso de recepção, e produzirá imediatamente os seus efeitos, independentemente do recurso para o Tribunal Arbitral, se for o caso.

Cláusula XX Resolução Consensual de Conflitos

1. No caso de divergência sobre a interpretação, validade, execução ou rescisão do Acordo, incluindo os Anexos que o integram, as partes obrigam-se a procurar uma solução consensual, através de tentativas de acordo, nos termos definidos nos números seguintes.



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

2. Com a notificação da divergência a resolver, a parte requerente indicará a data e local para a realização da primeira tentativa de acordo, a qual deverá ocorrer no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, referindo as matérias objecto de análise, devendo as partes, sempre que possível, acordar na metodologia de análise e na sua subdivisão em questões susceptíveis de decisão autónoma.
3. As decisões das questões submetidas a tentativa de resolução consensual serão reduzidas a escrito.
4. Na primeira tentativa de acordo intervirão as pessoas para o efeito designadas pelas partes, podendo cada parte ser assessorada pelos especialistas que entender.
5. Não sendo possível chegar a acordo por essa via será o assunto submetido a uma nova tentativa de acordo, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, desta feita com intervenção pessoal e directa dos Presidentes do Conselho Directivo e Conselho de Administração de cada uma das partes, os quais dispõem de prazo idêntico para a resolução do conflito.
6. Para esta segunda tentativa de resolução consensual de conflitos poderão os representantes das partes solicitar a colaboração dos especialistas que os assessoraram nos termos do n.º 4.
7. O pagamento dos honorários devidos aos técnicos que assessoraram as partes serão suportados por aquela que os contrate.
8. As partes acordam que apenas serão submetidas à arbitragem as questões em litígio que não foram objecto de acordo nas duas tentativas para esse efeito realizadas.

Cláusula XXI Cláusula compromissória de arbitragem

1. Os litígios que tenham por objecto a interpretação, validade, execução ou rescisão deste Acordo e que não tenham sido resolvidos consensualmente, nos termos definidos no artigo anterior, serão dirimidos por recurso à arbitragem.



Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

2. O Tribunal Arbitral será composto por três árbitros e funcionará de acordo com o disposto no art. 181º e sgs. do Código do Processo nos Tribunais Administrativos e o estipulado no presente artigo.
3. O objecto do litígio deverá ser definido no âmbito da tentativa de resolução consensual, sendo, em caso de dúvida, determinado pela conjugação da petição da parte requerente com a contestação, com ou sem reconvenção, da parte requerida.
4. O tribunal julgará segundo o direito aplicável.
5. Durante o período de funcionamento do Tribunal Arbitral as partes continuam obrigadas ao estrito cumprimento das suas obrigações contratuais, sendo que, quando o litígio verse sobre uma parte da retribuição ou outra qualquer prestação pecuniária, a ARSLVT pagará desde logo a parte da retribuição sobre a qual exista consenso.
6. A arbitragem terá lugar em local a acordar pelas partes.
7. Cada uma das partes assume individualmente o pagamento dos honorários do árbitro por si nomeado, de acordo com os critérios que com eles tenham sido acordados, sendo o pagamento dos honorários do árbitro presidente e dos encargos decorrentes da instalação e funcionamento do Tribunal assegurados por ambas as partes, na proporção de metade para cada uma e em regime de solidariedade.
8. Os encargos com a instalação e funcionamento do Tribunal serão apurados com base em conta apresentada pelo secretário do Tribunal, podendo o Tribunal Arbitral fixar a obrigatoriedade do pagamento de preparos para garantia do pagamento desses encargos e dos honorários do árbitro presidente.

Cláusula XXII Normativo Aplicável

A Segunda Outorgante compromete-se a que o CMRA cumpra integralmente as normas e orientações de natureza técnico-normativa, relativas à prestação de cuidados de saúde, que sejam emitidas pelo Ministério da Saúde.



Cláusula XXIII Entrada em vigor e duração

1. O Acordo entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte à data de concessão do visto do Tribunal de Contas.
2. O Acordo é válido por um período de um ano automaticamente prorrogável por períodos iguais, até ao prazo máximo de três anos, a menos que denunciado por qualquer das contratantes, o que deverá ser efectuado por escrito dirigido, sob registo e aviso de recepção, à outra contratante com a antecedência mínima de três meses sobre a data do termo inicial ou de qualquer das suas prorrogações.
3. Sem prejuízo do disposto no número dois da presente Cláusula, as partes obrigam-se a realizar uma reunião, com a antecedência mínima de seis meses sob o prazo máximo referido no número anterior, para analisar os efeitos produzidos pelo presente Acordo e as suas implicações face ao termo final do mesmo, e quanto à eventual viabilidade e interesse das partes na continuação da colaboração, mas agora no quadro de um novo Acordo, cujas regras a ARSLVT, proporá face ao quadro legal vigente.

Feito em duplicado, em Lisboa, ... de de 2010

Primeira Outorgante
O Presidente do Conselho de Administração

Segunda Outorgante
O Provedor

(Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes)

(Rui António Ferreira da Cunha)



ANEXO I

Protocolo de Acesso (A) (destinado aos Hospitais)

1. Objectivo

Visa orientar os médicos na referência para o CMRA de doentes afectados funcionalmente por doença ou traumatismo que necessitem de cuidados de saúde diferenciados no âmbito da Medicina Física e de Reabilitação, em regime de internamento, e apresentem potencial de recuperação e reabilitação que pela sua complexidade exigem a intervenção de equipas multidisciplinares.

2. Patologias Elegíveis

- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Traumatismo Crâneo-Encefálico (TCE)
- Lesão Encefálica (não traumática)
- Lesão Medular (traumática)
- Lesão Medular (não traumática)
- Paralisia Cerebral
- Síndrome de Guillain-Barré
- Outra Patologia Neurológica (Esclerose Múltipla, Parkinson, Polineuropatia, Transtornos Neuromusculares, outras)
- Status Pós Fractura Membro Inferior ou Cirurgia Ortopédica
- Traumatismos Múltiplos Major
- Amputações
- Outras Patologias



3. Critérios de Inclusão/Admissão em Regime de Internamento

Para a admissão em regime de internamento é necessário que o doente apresente um dos critérios de inclusão abaixo indicados:

- Alterações da mobilidade que afectam significativamente o nível de autonomia e funcionalidade com potencial de melhoria funcional e estabelecimento de objectivos específicos, mensuráveis, atingíveis e realistas, em tempo determinado (S.M.A.R.T.)
- Necessidade de aprendizagem e/ou treino de AVD's, auto-cuidados, reeducação da disfunção vesical e/ou intestinal com potencial de melhoria funcional e estabelecimento de objectivos específicos, mensuráveis, atingíveis e realistas, em tempo determinado (S.M.A.R.T.)
- Espasticidade, dor ou outras complicações clínicas com severa deterioração do estado funcional prévio que determinam intervenção especializada fisiatrica ou interdisciplinar.

Independentemente da existência de expectativas de melhoria funcional, poderá ser proposto o internamento de curta duração para doentes com necessidades de:

- Avaliação de posicionamento em cadeira de rodas e sua adaptação
- Avaliação de benefício/s do uso de ajudas técnicas e sua adaptação
- Avaliação de benefício/s do uso de tecnologias de apoio e sua adaptação

Considerando que a admissão dos doentes está dependente de prévia avaliação em Consulta de Medicina Física e de Reabilitação no CMRA é indispensável que a proposta de internamento seja acompanhada de informação clínica detalhada, conforme previsto no



Anexo IV ao presente Acordo de Cooperação.

4. Critérios de Exclusão

Compreendem as situações relativas a doentes cujos eventuais tratamentos apresentam contra-indicações, nulo ou baixo potencial de recuperação ou doentes que não exigem a intervenção diferenciada e especializada do CMRA.

a) Doente medicamente não estável, ou seja:

- Problemas médicos (incluindo infeções nosocomiais) não controlados e /ou manejáveis num centro de reabilitação impeditivos da participação em programa intensivo de reabilitação
- Sinais vitais não estáveis
- Ferida ou úlcera de pressão que impeçam programa de reabilitação (excepto quando o motivo de admissão seja tratamento de úlcera de pressão em doente seguido no CMRA)

b) Condições físicas que não permitam tolerar, participar e beneficiar de programa intensivo de reabilitação

c) Défice cognitivo que não permita a participação em programa intensivo de reabilitação, (excepto quando a limitação seja decorrente do diagnóstico de admissão)

d) Doente com outra doença (não relacionada com o diagnóstico de admissão) que impeça a progressão da reabilitação

e) Doente não motivado para programa de reabilitação (não demonstra vontade de participação activa no programa intensivo de reabilitação)

f) Opções de reintegração após a alta de internamento não definidas.

No caso de um doente apresentar uma das situações mencionadas nas alíneas b), c) e e),



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

poder-se-á propor a admissão ao internamento por um período experimental de duas semanas, para confirmação da existência de potencial para beneficiar de programa de reabilitação intensivo, i.e. potencial para melhorar a funcionalidade e estabelecer objectivos atingíveis (S.M.A.R.T.).



ANEXO I

Protocolo de Acesso (B) (destinado às Unidades de Cuidados Saúde Primários)

Centro de Mobilidade

É o único no País, estando integrado no Programa Europeu Autonomy, que tem como objectivo a criação e disponibilização de formas alternativas de condução para as pessoas com deficiência.

Os parâmetros da avaliação incluem:

- Teste de força muscular
- Capacidade de reacção a estímulos
- Destreza global

Os dados desta avaliação são interpretados à luz do contexto clínico funcional global de cada indivíduo. Nos casos em que há potencial para licenciamento da condução, são equacionadas e relatadas as adaptações necessárias a realizar no veículo.

Laboratório de Marcha

É o único em contexto clínico a nível nacional.

É um recurso que alia tecnologia de ponta e conhecimento das áreas clínica e da biomecânica, revestindo-se de particular interesse para diagnóstico e monitorização de intervenções terapêuticas cirúrgicas ou outras, em pacientes com situações clínicas complexas.

Tem como principal objectivo a monitorização de casos clínicos com situações especiais, avaliados e analisados pelo responsável clínico.

Situações mais frequentemente avaliadas/monitorizadas:

- Sequelas de patologia neurológica com incapacidade motora, em crianças e adultos;



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.



**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

- Amputados dos membros, crianças e adultos;
- Situações com necessidade de recurso a ortóteses ou orto-próteses dos membros inferiores, em crianças e adultos;
- Situações com necessidade de recurso a um auxiliar de marcha, ou a um calçado ortopédico especial, em crianças e adultos;
- Situações com necessidade de avaliação rigorosa da repercussão funcional do dano corporal afectando a marcha, em crianças e adultos;
- Situações com necessidade de avaliação/monitorização do desenvolvimento psicomotor.

Exames Efectuados:

- Análise cinemática da marcha
- Análise das forças reactivas do apoio durante a marcha
- Análise da dinâmica articular
- Electromiografia dinâmica
- Análise do apoio em dinâmica postural
- Registo videográfico da marcha
- Baropodometria dinâmica

Laboratório de Análise da Posição de Sentado

Está equipado com um sistema electrónico de análise de pressões.

Tem como objectivos:

- A avaliação da distribuição de pressões exercidas pelo peso corporal na superfície de apoio (assento);
- A delineação de estratégias para otimizar a situação clínica, no que respeita à prevenção de úlceras de pressão, privilegiando sempre a função e o conforto.

Daqui resulta uma prescrição das ajudas técnicas mais adequadas, de forma fundamentada em dados objectivos e rigorosos.



ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo - I.P.



**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

O ensino ao doente e aos cuidadores, através de um feedback visual, as posturas correctas a adoptar e como aliviar zonas de pressão no dia-a-dia, são também privilegiados e asseguram a prevenção de complicações adicionais, a utilização racional e preservação das ajudas técnicas, e ainda, uma melhor qualidade de vida para o utilizador/cuidadores.



ANEXO II

Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

A actividade abrangida pelo presente Acordo de Cooperação contempla consultas e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realizados no internamento ou em regime de ambulatório, necessários ao diagnóstico e intervenção no âmbito da Medicina Física e Reabilitação, nomeadamente:

Intervenção em Reabilitação

- Fisiatria
- Fisioterapia / Hidroterapia
- Terapia Ocupacional
- Terapia da Fala
- Tratamentos com Toxina Botulínica
- Mesoterapia
- Podologia
- Tratamento da Disfunção Sexual Neurológica
- Tratamento da Incontinência Urinária
- Psicologia Clínica
- Ortoprotesia
- Enfermagem de Reabilitação
- Actividades da Vida Diária

Consultas de Medicina Física de Reabilitação especializadas em:

- Amputados dos Membros
- Desenvolvimento
- Incontinência Urinária
- Lesão Medular
- Patologia do Pé
- Patologia Neurológica



ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



- Patologia Osteoarticular
- Reabilitação Pediátrica
- Patologia Respiratória
- Toxina Botulínica
- Disfunção Sexual Neurológica
- Avaliação Pós Implante de Bomba Baclofeno

**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

Consultadorias:

- Cirurgia Plástica
- Medicina Interna
- Neurologia
- Neuro-oftalmologia
- Neuro-pediatria
- Ortopedia
- Ortopedia Infantil
- Psiquiatria
- Urologia

Meios Complementares de Diagnóstico

Urodinâmica

- Cistometria
- Stress profile
- Urofluxometria com avaliação ecográfica do volume pós miccional

Fisiopatologia Respiratória

- Espirometria
- Mecânica ventilatória (cabine para pletismografia com acessibilidade para cadeira de rodas)
- Prova de broncodilatação
- Estudo das pressões máximas (inspiratória e expiratória)
- Gasimetria arterial em repouso
- Oximetria digital em repouso



Neurofisiologia

- Electromiografia
- Electrodiagnóstico Múltiplo (estudo das velocidades de condução e electromiografia de detecção)
- Potenciais Evocados

Baropodografia computadorizada

- Baropodometria estática
- Baropodometria dinâmica
- Posturografia

Análises Clínicas

Imagiologia

- Radiologia Geral: tórax, exames osteoarticulares, fistulografias e exames do foro urológico (urografias, uretrografias, cistografias), entre outros
- Ecografia: abdominal, renal, pélvica, próstática, tiróideia e das partes moles

No âmbito do:

Centro de Mobilidade (os parâmetros da avaliação incluem):

- Teste de força muscular
- Capacidade de reacção a estímulos
- Destreza global

Laboratório de Marcha (exames contemplados):

- Análise cinemática da marcha
- Análise das forças reactivas do apoio durante a marcha
- Análise da dinâmica articular
- Electromiografia dinâmica
- Análise do apoio em dinâmica postural



ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



- Registo videográfico da marcha
- Baropodometria dinâmica

**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

Laboratório de Análise da Posição de Sentado

- Avaliação da distribuição de pressões exercidas pelo peso corporal na superfície de apoio (assento)



ANEXO III

Produção Contratada (Volume e Valor)

INTERNAMENTO (POR PATOLOGIA)	DOENTES (*)	LIMITE SUPERIOR (DIAS)	DIAS DE INTERNAMENTO	PREÇO UNITÁRIO (**)	VALOR
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	120	60	7.200	252,96 €	1.821.312,00 €
TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE)	35	85	2.975	252,96 €	752.556,00 €
LESÃO CRANIANA (NÃO TRAUMÁTICA)	25	85	2.125	252,96 €	537.540,00 €
LESÃO MEDULAR (TRAUMÁTICA)	100	90	9.000	252,96 €	2.276.640,00 €
LESÃO MEDULAR (NÃO TRAUMÁTICA)	30	75	2.250	252,96 €	569.160,00 €
PARALISIA CEREBRAL	20	35	700	252,96 €	177.072,00 €
SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	5	110	550	252,96 €	139.128,00 €
OUTRA PATOLOGIA NEUROLÓGICA (ESCLEROSE MÚLTIPLA, PARKINSON, POLINEUROPATIA, TRANSTORNOS NEUROMUSCULARES, OUTRAS)	25	60	1.500	252,96 €	379.440,00 €
STATUS PÓS FRACTURA MEMBRO INFERIOR OU CIRURGIA ORTOPÉDICA	30	45	1.350	252,96 €	341.496,00 €
TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS MAIOR	20	100	2.000	252,96 €	505.920,00 €
AMPUTAÇÕES	5	60	300	252,96 €	75.888,00 €
OUTRAS PATOLOGIAS	35	60	2.100	252,96 €	531.216,00 €
	450		32.050		8.107.368,00 €

* VALOR INDICATIVO PARA ESTIMATIVA DO NÚMERO DE DIÁRIAS DE INTERNAMENTO

** PREÇO POR DIA DE INTERNAMENTO

AMBULATÓRIO	QTD	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
CONSULTA AVALIAÇÃO DA "PROPOSTA DE INTERNAMENTO"	675	31 €	20.925,00 €
CONSULTA PÓS-ALTA DE INTERNAMENTO E SUBSEQUENTES	1.500	125 €	187.500,00 €
CONSULTA PERIÓDICA DE ACOMPANHAMENTO	1.350	31 €	41.850,00 €
CONSULTA REFERENCIAÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE	450	125 €	56.250,00 €
	3.975		306.525,00 €

TOTAL RETRIBUIÇÃO 8.413.893,00 €



ANEXO IV Proposta de Internamento

Para além da identificação do hospital e do médico proponente (nome e número de cédula profissional), assim como o visto do médico responsável da Unidade ou Serviço de MFR, quando exista, a proposta de internamento deve ser datada e conter obrigatoriamente a seguinte informação:

1. Dados Administrativos do Utente

- Nome completo do utente (no caso de menor indicar também o nome dos pais)
- Data de Nascimento
- Sexo
- Telefone
- Morada (completa)
- Localidade e Código Postal
- Cartão de Utente
- Número de Identificação Civil
- Número de Beneficiário
- Entidade Financeira Responsável (o hospital obriga-se a identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços a prestar no CMRA, designadamente os terceiros pagadores, em todas as situações em que estes sejam susceptíveis de ser responsabilizados - Subsistemas, Seguradoras, Outros)

2. Dados Clínicos do Utente (informação clínica detalhada)

- Causa/Motivo do Internamento (doença; acidente de viação ou de trabalho; outro)
- Diagnóstico e co-morbilidades conhecidas, classificados pela CID 9
- História clínica
- Exames realizados
- Eventuais medidas terapêuticas preconizadas



Anexo nº 26 – NOTAS DE EMOLUMENTOS

Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 2		Procº nº 11/2010 – Audit	
		Relatório n.º 39/2010 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul		
Entidade devedora:	GPSaúde - Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, SA		
Regime jurídico:			AA
			AAF

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	€ 119,99	10		1.199,90
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	241		21.277,89
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				22.477,79
Emolumentos Limite máximo (VR).....				17.164,00
Emolumentos a pagar				8.582,00

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(José Carpinteiro)



Administração Regional de Saúde do Algarve

Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 2		Procº nº 11/2010 – Audit	
		Relatório n.º 39/2010 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	€119,99	10		1.199,90
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	240		€ 21.189,60
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				21.389,50
Emolumentos Limite máximo (VR)				17.164,00
Emolumentos a pagar				8.582,00

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

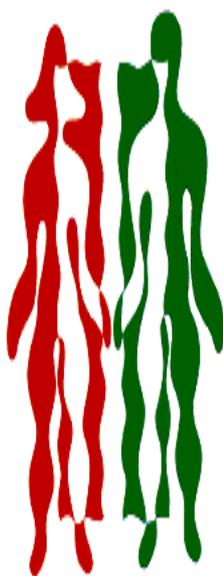
O Coordenador da Equipa de Auditoria

(José Carpinteiro)



Tribunal de Contas

Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul



CMR Sul
São Brás de Alportel



Relatório n.º 39/2010 - 2.ª S

Processo n.º 11/2010-Audit

Volume III—Alegações



ÍNDICE

1	ALEGAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS.....	3
1.1	Ministra da Saúde	3
1.2	GPSaúde - Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, SA	6
1.3	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP	12
1.4	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP.....	18
1.5	Estrutura de Missão Parcerias.Saúde	19
1.6	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais	22



1 ALEGAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS

1.1 Ministra da Saúde

Ofício N.: 5023
Data: 28-09-2010



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete da Ministra

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

Assunto: Tribunal de Contas – Relato Processo n.º 11/10-Audif. Auditoria de resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. Resposta às Recomendações dirigidas à Ministra da Saúde

Senhor Director-Geral,

Na sequência do solicitado pelo ofício n.º 15534, de 10.09.2010, sobre o assunto referido em epígrafe, cujo envio agradeço, incumbe-me a Senhora Ministra da Saúde de prestar os esclarecimentos seguintes, relativamente às Recomendações formuladas pelo Tribunal de Contas:

➤ Rede de referênciação de Medicina Física e de Reabilitação

Relativamente à “actualização urgente da Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação (RRHMFR)”, informa-se que as redes de referência hospitalar das diferentes valências, incluindo a Medicina Física e de Reabilitação, serão objecto de estudo e actualização logo que esteja aprovado o trabalho realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização e a Governação dos Hospitais, o qual foi objecto de consulta pública até 15 de Setembro p.p.

Todas as propostas de alteração de redes de referênciação de diversas valências, propostas pela Administração Central do Sistema de Saúde, estão a aguardar decisão, por se considerar que devem ser alvo de uma análise à luz do texto final do trabalho atrás referido, que inclui um capítulo dedicado a esta matéria.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete da Ministra

De acordo com a estratégia definida pelo Ministério da Saúde para 2011, a reforma da organização interna dos hospitais e da sua governação é uma prioridade, criando-se, assim, condições para que a problemática da referenciação hospitalar, nas diferentes valências, tenha um novo desenvolvimento durante este ano.

➤ Cuidados continuados integrados na área de influência do CMRSul

Na região do Algarve, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) irá aumentar a oferta em 2011: mais 25 camas de convalescença (totalizando 75), mais 35 camas de média duração e reabilitação (totalizando 109), mais 115 camas de longa duração e manutenção (totalizando 298) e mais 14 camas de cuidados paliativos (totalizando 24).

➤ Auditorias Clínicas a realizar pela ARS do Algarve

A ARS do Algarve encontra-se em fase de elaboração de um caderno de encargos tendo em vista a contratação, até final do corrente ano, de uma entidade externa para a realização de auditorias clínicas ao CMRSul, com particular incidência no processo clínico de admissão de utentes a programas de reabilitação neste Centro.

➤ Garantia de padrões de qualidade, eficiência e satisfação dos utentes e elaboração de manuais

Logo que a ARS do Algarve tenha concluída a elaboração de manuais/guias de procedimento, os mesmos serão disseminados pelos restantes centros que integram a Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação.

➤ Remuneração pelos serviços prestados



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete da Ministra

Num quadro de forte limitação orçamental, como o que está decidido para 2011, não é possível equacionar qualquer alteração ao modelo de remuneração em vigor.

➤ **Transparência das relações contratuais**

A ARS do Algarve nomeou um responsável interno pelo acompanhamento do Contrato de Gestão que faz avaliações periódicas do desempenho do CMRSul.

Para dar cumprimento às Recomendações desse Tribunal, foram dadas instruções à ARS do Algarve para iniciar divulgação pública destas avaliações.

De referir, que na sequência de um Despacho da Ministra da Saúde, em 2009 foi feita uma avaliação de desempenho daquele Centro, comparando-o com o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e com o Centro de Medicina e de Reabilitação da Região Centro. Esta avaliação teve divulgação pública através do Portal do Ministério da Saúde.

Disponível para a prestação de outros esclarecimentos adicionais, apresento a V.^a Ex.^a os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

António Mendes



1.2 GPSaúde - Sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, SA

*AO DA VIT
de URGÊNCIA
28/09/2010
Juiz*

 **CMR Sul**
São Brás de Alportel

Exmo. Sr. Dr. Eurico Manuel Ferreira
Pereira Lopes,
Juiz Conselheiro
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Registada
 Registada com a.r.

São Brás de Alportel, 23 de Setembro de 2010
Ref.: 579/CS/CA/2010

Assunto: Relatório da auditoria de resultados realizada pelo Tribunal de Contas ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

Analisámos o relatório de auditoria que nos foi enviado e, no exercício do princípio do contraditório, vimos por este meio pronunciar-nos sobre o seu conteúdo.
Agradecemos a realização desta auditoria, cujo conteúdo nos permitirá aperfeiçoar procedimentos, de forma a prestarmos melhores serviços às pessoas que servimos, prosseguindo os nossos objectivos de eficácia e eficiência, no cumprimento do contrato de gestão.
Congratulamo-nos pela análise globalmente positiva da actividade desenvolvida por esta Entidade Gestora, em termos de equidade, segurança e qualidade nos serviços que prestamos: em primeiro lugar para os nossos doentes, pelos ganhos em saúde obtidos e em segundo para o SNS, pela eficiência conseguida com um custo 16% abaixo do custo público comparável. Estes resultados não seriam possíveis sem o clima de confiança, colaboração e respeito mútuos, por V. Exas. constatado, estabelecido com a ARS Algarve, ou sem a dedicação e empenho de todos os participantes no processo.
Quanto às conclusões em concreto, temos a referir o seguinte:

1. **Vulnerabilidade ao risco de cobrança (Conclusão 1.2)**
Este risco não está relacionado com a capacidade de cobrança da EG uma vez que a

Cof

 **Saúde**
GRUPO PORTUGUÊS SAÚDE

GPSaúde – Sociedade Gestora do CMFRS, SA
Sítio das Almargens | 8150-022 S. Brás de Alportel
Tel: +351 289 840 700 | Fax: +351 289 840 790
Sede Social: Av. da Liberdade, 245 – 8º C | 1250-143 Lisboa
NIPC: 507 671 082 | Cap. Social: 50.000€ | C.R.C de Lisboa Mat.: 507 671 082
www.cmrul.pt



quase totalidade da dívida de clientes actual é referente a subsistemas públicos, e ocorreu por alterações normativas posteriores à entrada em funcionamento do CMRSul que não foram suficientemente aprofundadas e clarificadas, pelas entidades públicas envolvidas, nem antecipados os seus impactos na exploração desta Parceria.

A situação mais grave prende-se com o vazio deixado pela Circular normativa da ACSS 1/2010/CD, que conduziu à suspensão de todos os pagamentos, por subsistemas públicos, de facturação vencida relativa a prestações de cuidados de 2009 e ainda à suspensão da possibilidade de facturação em 2010. O quadro seguinte resume a dívida de 2009 e os montantes não facturados de 2010:

Subsistema	Dez-09	01/2010 a 31-08-2010	Por Subsistema
ADSE	287.614,96 €	432.439,87 €	720.054,83 €
PSP	195,50 €	31,00 €	226,50 €
GNR	26.377,00 €	43.858,35 €	70.235,35 €
IASFA	50.971,69 €	78.082,35 €	129.054,04 €
TOTAL	365.159,15 €	554.411,57 €	919.570,72 €

Está ainda por definir a solução para a facturação suspensa de 2010, sendo que em relação à facturação ainda em dívida de 2009, apenas recentemente recebeu esta EG ofício ACSS de 12/08/2010, cuja cópia anexamos, e que endossa a responsabilidade para os próprios subsistemas. Nesse sentido, contactados os serviços da ADSE por esta EG, fomos informados que não será possível liquidar essa dívida de 2009 (com antiguidade de Junho) por não estarem previstos em orçamento quaisquer pagamentos a entidades integradas no SNS. O elevado montante destas dívidas poderá colocar em causa, a curto prazo, a operacionalidade aos níveis de qualidade exigidos. Realizados que foram, por esta EG, todos os esforços possíveis para a resolução desta questão e tendo esgotado as linhas de financiamento previstas, solicita ainda esta EG que considere esse Tribunal a possibilidade de emissão de recomendações às entidades envolvidas (ACSS e Subsistemas públicos).

2. Liquidez insuficiente (Conclusão 1.2)

Esta conclusão vem reforçar a premência da resolução dos problemas referidos acima.

3. Principais contingências (Conclusão 1.3)

Ponto prévio: Não fica claro da leitura do texto que a deficiente concepção/construção/adaptação do Centro, para os fins a que se destina, não é da responsabilidade da Entidade Gestora e interfere na eficiência da gestão. Também não resulta claro que a falta de capacidade para o tratamento em ambulatório daí decorrente não é da responsabilidade da EG, apesar das melhorias por esta introduzidas em fase de instalação.



GPSaúde – Sociedade Gestora do CMFRS, SA
Sítio das Almagens | 8150-022 S. Brás de Alportel
Tel: +351 289 840 700 | Fax: +351 289 840 790
Sede Social: Av. da Liberdade, 245 – 8º C | 1250-143 Lisboa
NIPC: 507 671 082 | Cap. Social: 50.000€ | C.R.C de Lisboa Mat.: 507 671 082

www.cmrul.pt





4. Principais contingências (Conclusão 1.3)

O fraseado utilizado na 4ª contingência permite uma leitura inversa à que se pretendia explicitar, pelo que julgamos ser mais adequado o texto seguinte: "A produção estabelecida anualmente entre as partes tem sido inferior àquela que consta do Caso Base/Contrato de Gestão do CMRSul, face ao desajuste de estrutura (espaço terapêutico, nº de gabinetes de consulta e espaço de ginásio) que compromete a capacidade produtiva do Centro, nomeadamente no que respeita à produção de sessões de hospital de dia e de consultas e que não permite atingir as previsões do Caso Base".

5. Ampliação do espaço terapêutico (Conclusão 1.3)

A Entidade Gestora apresentou em reunião de comissão conjunta o pedido de ampliação do espaço terapêutico, disponibilizando-se também para, prorrogando o prazo do contrato, suportar o investimento. Nessa reunião ficou definido que a EG iria detalhar tecnicamente a proposta, sendo que, para tal seria de extrema importância a execução da primeira recomendação deste relatório à Senhora Ministra da Saúde (actualização da rede de referência e realização do levantamento actual das necessidades de saúde na área).

6. Equidade no acesso (Conclusão 1.4)

Como aliás resultava já do relatório da Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar "*Nas dimensões de equidade e qualidade, o CMR Sul é o Centro que melhores resultados apresenta nos indicadores seleccionados, de um modo geral. A vantagem do CMR Sul em termos de equidade decorre sobretudo do indicador associado com as listas de espera. A inexistência de listas de espera é resultado directa das disposições contratuais.*". Dos critérios de admissão do CMRSul (aprovados pela tutela) não constam, nem a idade, nem a existência de co-morbilidades como factores limitantes ao internamento, ao contrário do que é referido. As principais causas de não admissão prendem-se com o não cumprimento dos seguintes critérios de admissão: estabilidade clínica, suficiente potencial de reabilitação e capacidade de participar no programa de reabilitação. Aliás, durante o ano de 2009, a percentagem de doentes com idades acima dos 65 anos foi de 40%.

Da leitura do terceiro parágrafo pode depreender-se que a exigência do CMRSul na aplicação dos critérios de admissão está relacionada com a existência de penalizações ou alterações de escalão de remuneração. Ora, tal não corresponde à verdade, já que a avaliação dos doentes referenciados é sempre feita com base em critérios clínicos. Aliás, o sistema de financiamento por diária de internamento, tendo com a única restrição objectivos de demoras médias globais, tal como está plasmado no contrato de gestão, não determina maior exigência da EG na aplicação dos critérios de admissão, por não exigir resultados clínicos. Obter-se-ia a mesma remuneração, inclusive com custos mais baixos, por admitir um doente que não tem condições para participar no programa de



GPSaúde – Sociedade Gestora do CMFRS, SA
Sítio das Almargens | 8150-022 S. Brás de Alportel
Tel: +351 289 840 700 | Fax: +351 289 840 790
Sede Social: Av. da Liberdade, 245 – 8º C | 1250-143 Lisboa
NIPC: 507 671 082 | Cap. Social: 50.000€ | C.R.C de Lisboa Mat.: 507 671 082

www.cmrul.pt



001
001



10. Controlo e avaliação da execução do Contrato de Gestão pela Entidade Pública Contratante (Conclusão 1.5) – ponto crítico ii

É referida a necessidade do fecho de períodos coincidentes com a emissão de facturas acerto mensais, no SIAD, de forma a garantir o registo histórico dos dados sujeitos a validação pelo Departamento de Contratualização da ARS Algarve. Esta situação está já ultrapassada pela recolha e arquivo de todos os registos clínicos que estiveram na base da emissão da factura acerto e que serão validados pela ARS Algarve. Este era um procedimento que não existia, mas que passou a ser efectuado em 2010

11. Controlo e avaliação da execução do Contrato de Gestão pela Entidade Pública Contratante (Conclusão 1.5) – ponto crítico iv

Esta entidade gestora apresentará proposta para a revisão e racionalização dos indicadores conforme solicitado pela EPC e também referido no Relatório da Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar

12. Controlo e avaliação da execução do Contrato de Gestão pela Entidade Pública Contratante (Conclusão 1.5) - ponto crítico v

A ARS já iniciou o processo de recolha de informação, de forma a que possa proceder à verificação física do inventário, estando a aguardar o envio da actualização do inventário pela EG

13. Controlo e avaliação da execução do Contrato de Gestão pela Entidade Pública Contratante (Conclusão 1.5) – ponto crítico ix

Está esta EG disponível para fazer tudo ao seu alcance para cumprir a periodicidade definida para as reuniões da Comissão Conjunta.

Em relação às recomendações que nos são dirigidas afirmamos o nosso compromisso de continuar a envidar os nossos melhores esforços no sentido de resolver os pontos pendentes e iniciar projectos para resolver os novos pontos sugeridos. A título de ponto de situação sobre cada recomendação, informamos:

- Optimizar os níveis de produção – Foi realizado um grande esforço no ano de 2009 e 2010, com resultados visíveis no aumento dos níveis de produção que neste momento estabilizaram aos níveis previstos no caso base para o internamento. Não sendo possível, sem ampliação do espaço terapêutico atingir os objectivos de produção para ambulatório, consideramos que está optimizada a produção para as condições físicas actuais;
- Estudo/plano de viabilidade - Iremos iniciar este trabalho, querendo apenas esclarecer se esse estudo deveria ser realizado considerando possibilidade de alterações ao contrato de gestão e à remuneração, ou se devemos considerar a manutenção das fórmulas e rácios actuais de remuneração;



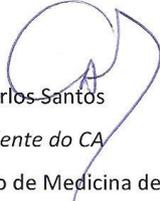
GPSaúde – Sociedade Gestora do CMFRS, SA
Sítio das Almargens | 8150-022 S. Brás de Alportel
Tel: +351 289 840 700 | Fax: +351 289 840 790
Sede Social: Av. da Liberdade, 245 – 8º C | 1250-143 Lisboa
NIPC: 507 671 082 | Cap. Social: 50.000€ | C.R.C de Lisboa Mat.: 507 671 082

www.cmrsul.pt



- Publicitar os resultados do CMRSul – Informamos que os resultados do CMRSul são publicados no site na Internet da instituição e nos placards informativos distribuídos por todo o Centro. Estes resultados publicados incluem os resultados do inquérito de satisfação de Utentes. Passaremos a incluir, nesta publicitação, os resultados do benchmarking com a IASIST;
- Incluir a monitorização da referenciação nas ferramentas de análise – Está em curso o desenvolvimento do SIAD para incluir ferramenta de estudo da referenciação;
- Configurar o SIAD para incluir possibilidade de fecho mensal com a emissão da factura acerto – Será estudada uma funcionalidade de extracção automática de listagens de suporte à factura acerto que garanta o registo histórico de alterações;
- Plataforma Web – Será analisado este projecto em colaboração com a ARS Algarve;
- Sistema interno de revisão de utilização – Acreditamos que **deve ser removida esta recomendação**, uma vez que este processo está implementado, tendo sido já aplicado em 2009. Enviamos em anexo relatório, listagens de suporte e resultados do PRU que evidenciam a implementação;
- Reuniões da comissão conjunta – Como referimos anteriormente a EG irá realizar todos os esforços para garantir o cumprimento da periodicidade definida em Contrato.

Com os melhores cumprimentos,



Dr. Carlos Santos

Presidente do CA

Centro de Medicina de Reabilitação do Sul

NGTC 29 09'10 17416



GPSaúde – Sociedade Gestora do CMFRS, SA
Sítio das Almagens | 8150-022 S. Brás de Alportel
Tel: +351 289 840 700 | Fax: +351 289 840 790
Sede Social: Av. da Liberdade, 245 – 8º C | 1250-143 Lisboa
NIPC: 507 671 082 | Cap. Social: 50.000€ | C.R.C de Lisboa Mat.: 507 671 082

www.cmrsul.pt



1.3 Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.

27.SET10 019013

Exmo. Senhor
Dr. Abílio Augusto Pereira de Matos
Auditor Coordenador do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Ministério da Saúde

Registado/Campo de recepção

Sua Referência Sua Comunicação Nossa Referência
292/2010-DC-JCQ
27-09-2010
FAX nº 273

ASSUNTO: Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS)

Em resposta à informação solicitada por Vossa Excelência através do ofício n.º 15540/2010 – DA VI, de 10 de Setembro, sobre o assunto mencionado em epígrafe, junto se anexa as alegações desta ARS ao relato de auditoria enviado nessa data pelo Tribunal de Contas.

Com os melhores cumprimentos,

Dr. Rui Lourenço
Presidente do Cons. Directivo
da ARS Algarve I. P.

BCTC 28 09'10 17347

Largo do Carmo, 3 - Tel.: 289-889995 - Fax :289-807405 - 8000 FARO
Email: arsalgarve@arsalgarve.min-saude.pt



Auditoria de resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul Alegações da ARS do Algarve, I.P ao relato de auditoria enviado pelo Tribunal de Contas

No que respeita às **recomendações** efectuadas ao Presidente do Conselho Directivo da ARS do Algarve, I.P.:

1. Identificar as necessidades reais de saúde no sentido de otimizar a produção anual prevista à projecção constante no Caso Base do Contrato de Gestão do CMRSul

As necessidades reais em cuidados de saúde prestados pelo CMRSul são do conhecimento da ARS do Algarve, desde logo, as necessidades em saúde expressas através da referenciação de utentes para o Centro. Tem existido uma preocupação das Partes em otimizar a produção prevista anual, considerando quer a capacidade instalada do Centro nas duas linhas de actividade (internamento e ambulatório), quer as projecções assistenciais constantes do Caso Base. Após 3 anos completos de funcionamento do Centro, verifica-se que a produção anual prevista para o internamento já está de acordo com a projecção do Caso Base (superando-a inclusivamente no número de doentes saídos), enquanto no ambulatório a produção prevista anual contratada entre as Partes, ainda abaixo da projecção constante no Caso Base, considera a capacidade instalada do Centro, tendo em conta os seguintes factores: o modelo clínico de reabilitação adoptado pela Entidade Gestora do Centro, assente num trabalho intensivo a realizar entre os profissionais de saúde e os utentes, e o espaço terapêutico disponível para esse efeito, o qual sofreu obras de adaptação realizadas pela Entidade Gestora do Centro, precisamente, para permitir uma operacionalização mais eficiente e eficaz daquele modelo clínico de reabilitação.

2. Ponderar a formulação de objectivos regionais nos contratos-programa que realiza com os Hospitais da região que referenciam para o CMRSul contemplando metas quantitativas e qualitativas para a referenciação de utentes para o CMRSul.

A ARS do Algarve, como forma de promover a referenciação de utentes para o CMRSul e de consolidar o respectivo modelo de referenciação, cumprindo deste modo o disposto no n.º 8 da Cláusula 7.ª do Contrato de Gestão, incorporou nos contratos-programa celebrados com os hospitais SNS da Região no ano de 2008 (Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE e Hospital de Faro, EPE), um objectivo regional relacionado com o número de utentes referenciados por aquelas entidades hospitalares para o CMRSul. No ano de 2009, foi igualmente incluído no contrato-programa celebrado com o Hospital de Faro, principal entidade referenciadora de utentes para o Centro, um objectivo regional relacionado com o número de utentes referenciados para o CMRSul, bem como com a respectiva taxa de admissão. Donde, enquanto no ano de 2008 a ARS do Algarve utilizou o contrato-programa dos hospitais SNS da Região para promover o modelo de referenciação de utentes para o CMRSul, garantindo deste modo um fluxo de



utentes que permitisse à Entidade Gestora do CMRSul atingir a produção prevista, no ano de 2009, e considerando a análise efectuada pela ARS do Algarve à efectividade do modelo, decidiu-se que seria oportuno centrar os esforços de melhoria da qualidade da referencição apenas na principal entidade referenciadora – o Hospital de Faro, EPE.

3. **Projectar, em colaboração com o CMRSul, uma plataforma web que suporte o registo e processamento dos pedidos de referencição**

Esta funcionalidade do sistema de informação está prevista e a ARS Algarve já solicitou à Entidade Gestora a sua implementação e iremos diligenciar para que esteja operacional até ao final do de 2011.

4. **Elaborar os relatórios de acompanhamento do primeiro semestre, de modo a serem aprovados e notificados à Sociedade Gestora do CMRSul, até 31 de Julho do ano a que respeitam.**

O Contrato de Gestão do Centro, nos termos da alínea a) do n.º 6 da Cláusula 53.ª, não define qualquer prazo para a elaboração do relatório semestral de avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Centro. No entanto, a ARS do Algarve também considera importante que este relatório seja apresentado em tempo oportuno, para que a Entidade Gestora do Centro possa adoptar, em tempo útil, as recomendações nele emanadas. Nesse sentido, a ARS do Algarve definiu no Programa de Acompanhamento da Execução do Contrato de Gestão do Centro no ano de 2010, que o referido relatório devia ser elaborado até dia 15 de Agosto, considerando para o efeito os seguintes aspectos:

- a. A Entidade Gestora do CMRSul tem até final do mês de Julho para entregar o relatório relativo ao 2.º trimestre do ano, sendo que o conteúdo do mesmo é relevante para a elaboração do relatório semestral por parte da ARS do Algarve;
- b. Por outro lado, este relatório pretende avaliar o desempenho da Entidade Gestora do Centro no 1.º semestre, o que nos termos definidos no Contrato de Gestão do Centro, implica uma avaliação dos parâmetros de desempenho de resultado, de serviço e da satisfação dos utentes, através dos resultados obtidos nos inquéritos de satisfação. A disponibilização, por parte da Entidade Gestora do Centro de toda esta informação, designadamente, dos resultados dos inquéritos de satisfação dos utentes, é decisiva para a elaboração deste relatório, não sendo crível que a mesma esteja disponível até final do mês de Julho.

Acrescente-se no entanto que no processo de acompanhamento da execução do Contrato de Gestão efectuada pela ARS do Algarve, sempre que se detecta alguma situação que necessita de ser melhorada pela Entidade Gestora do Centro, a mesma é desde logo comunicada, não ficando a aguardar a elaboração dos relatórios de avaliação do desempenho. No entanto, a ARS do Algarve irá diligenciar junto da Entidade Gestora do Centro para que seja possível dispor, atempadamente, de toda a informação necessária à elaboração dos relatórios em data mais próxima do final do semestre.



5. **Elaborar o relatório de avaliação global anual até Maio do ano n+1 e cumprir com o prazo estabelecido no Contrato de Gestão até 30 de Junho do ano seguinte.**

O Contrato de Gestão do Centro, nos termos da alínea b) do n.º 6 da Cláusula 53.ª, não define qualquer prazo para a elaboração do relatório de avaliação global anual do desempenho da Entidade Gestora do Centro. A data de 30 de Junho prevista no Contrato de Gestão (n.º12 da Cláusula 48.ª) refere-se à conclusão do processo relativo ao pagamento de reconciliação respeitante aos serviços prestados pela Entidade Gestora do CMRSul no ano anterior – acrescenta-se a este propósito que os processos dos pagamentos de reconciliação relativos aos anos de 2007 e 2009 foram concluídos nos prazos contratualmente previstos, sendo que o processo relativo ao ano de 2008 foi concluído após aquele prazo, em virtude da necessidade sentida entre as Partes de resolver as divergências interpretativas que existiam entre quanto à aplicação de alguns conceitos, bem como à periodicidade de aplicação do mecanismo de remuneração da Entidade Gestora do Centro previsto no Contrato de Gestão. Em nosso entender, o relatório de avaliação anual global do desempenho da Entidade Gestora do Centro deve ser apresentado após a conclusão do processo de apuramento do montante do pagamento de reconciliação – o relatório do ano de 2009 foi aprovado por deliberação do Conselho Directivo de 21 de Julho de 2010. Refira-se contudo, que já constituía um objectivo da ARS do Algarve, I.P., inscrito no *Programa de Acompanhamento da Execução do Contrato de Gestão do Centro no ano de 2010*, apresentar este relatório antes de 30 de Junho, o que não foi conseguido devido às vicissitudes que sempre ocorrem em processos desta natureza, desde o processo de validação da informação, à recolha e tratamento de toda a informação relativa à avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Centro. Deste modo, a ARS do Algarve irá diligenciar no sentido de antecipar a elaboração do relatório e passar a apresentá-lo, o mais tardar, até 30 de Junho do ano seguinte a que respeita.

6. **Promover a realização de reuniões periódicas da Comissão Conjunta, de acordo com o estabelecido no Contrato de Gestão.**

No dia 6 de Agosto de 2010 foi realizada uma reunião da Comissão Conjunta do CMRSul. Constitui objectivo das Partes cumprir o disposto no Contrato de Gestão sobre esta matéria.

Quanto à resolução dos **pontos críticos de controlo**, a ARS do Algarve, I.P. entende salientar os seguintes aspectos:

1. **Realizar auditorias clínicas ao CMRSul e aos hospitais que se obrigaram a cumprir os protocolos de referência até ao final do primeiro semestre de 2011.**

A ARS do Algarve encontra-se em fase de elaboração de um caderno de encargos tendo em vista a contratação, até final do corrente ano, de uma entidade externa para realização de auditorias clínicas ao CMRSul, com incidência particular no processo clínico de admissão de utentes a programas de reabilitação no CMRSul,



bem como na avaliação dos cuidados de saúde ali prestados em internamento e em ambulatório.

2. Realizar progressivamente, até ao final de 2011, auditorias informáticas às aplicações que integram o sistema de informação da Entidade Gestora do CMRSul.

A ARS do Algarve incluiu no *Programa de Acompanhamento da Execução do Contrato de Gestão do Centro no ano de 2010* a realização de uma auditoria ao sistema de informação do CMRSul, centrada nos seguintes aspectos:

- a. Adequabilidade da arquitectura lógica do sistema de informação efectivamente implementado pela Entidade Gestora do Centro, face à arquitectura lógica do sistema de informação prevista no Anexo XIV.
- b. Analisar a integridade e a fiabilidade da informação disponibilizada pelo sistema de informação implementado pela Entidade Gestora do Centro.

Actualmente encontra-se em fase de elaboração o caderno de encargos tendo em vista a contratação de uma entidade externa para este efeito.

3. Realizar uma verificação física do inventário dos bens da Sociedade Gestora afectos à exploração do Centro, considerando os itens contidos no Anexo I ao Contrato de Gestão, até ao final do primeiro semestre de 2011.

A ARS do Algarve notificou a Entidade Gestora do Centro, em Agosto deste ano, para que procedesse a alterações ao actual processo de inventariação dos bens afectos à exploração do Centro, tendo em conta as disposições contratuais existentes nesta matéria, com o intuito de proceder a uma verificação física do inventário do Centro. A Entidade Gestora do Centro informou a ARS do Algarve que o trabalho a efectuar estará concluído até final do mês de Outubro, pelo que até final do corrente ano a ARS do Algarve realizará a respectiva verificação física do inventário dos bens afectos à exploração do Centro.

4. Ponderar a revisão do número de indicadores de monitorização previstos no Contrato de Gestão, através da selecção de “indicadores-chave”, com vista à melhoria da efectividade e utilidade do sistema de controlo interno.

As Partes acordaram a revisão dos indicadores de monitorização a realizar em Janeiro de 2011.

Relativamente às conclusões do relato, sobretudo no que respeita à relevância da Parceria e à prossecução dos objectivos inicialmente traçados, a ARS do Algarve, I.P. considera oportuno acrescentar os seguintes comentários:

1. **Actividade do Centro no ano de 2007:** neste período o Centro apresentou um nível de actividade muito aquém do previsto no Contrato de Gestão. Não obstante se apontar, quase exclusivamente, como factor explicativo desta situação o baixo



nível de referência de utentes para o Centro por parte das principais entidades referenciadoras, alegadamente, por desconhecimento destas da existência do Centro, considera-se importante referir que uma das principais tarefas a realizar pela Entidade Gestora do Centro durante o período de instalação (prévio à abertura do Centro), consistia na divulgação do Centro junto dessas entidades referenciadoras, bem como da constituição de uma equipa de profissionais de saúde, em quantidade e diversidade, capaz de assegurar, desde o início do funcionamento, as prestações de cuidados de saúde previstas no Contrato de Gestão (em quantidade e qualidade) - deve notar-se que, em 2007, a Entidade Gestora do Centro evidenciou dificuldades na concretização destas obrigações contratuais, que também contribuíram, de forma decisiva, para a não obtenção de um melhor resultado assistencial. Mais se acrescenta que o volume de utentes referenciados em 2008 e 2009 era suficiente para cumprir a Produção Prevista para esses anos, desde que o nível de admissão ao Centro fosse melhor – é neste âmbito que surgem as recomendações sistemáticas da ARS do Algarve, I.P. à Entidade Gestora do Centro para desenvolver esforços que garantam uma melhoria da efectividade do modelo de referência de utentes para o Centro.

2. **Relevância da Parceria:** a entrada em funcionamento do CMRSul veio dar resposta a necessidades em saúde na área da medicina física e de reabilitação que, até então, não encontravam uma resposta efectiva na Região de Saúde do Algarve. Nesse sentido, e não obstante as dificuldades inerentes à operacionalização de raiz de uma infra-estrutura de saúde desta natureza, cuja procura depende da referência efectuada por terceiras entidades, passado 3 anos de actividade o CMRSul constitui uma mais-valia inquestionável para a qualificação da oferta de cuidados de saúde existente na Região de Saúde do Algarve. Em termos de eficiência e eficácia dos cuidados ali prestados, e como é constatado no relato, o CMRSul apresenta bons indicadores de desempenho, quando comparado com os outros dois centros que integram a rede de referência de medicina física e de reabilitação, os quais apresentam modelos de gestão e financiamento diferentes. Donde, e no que se refere ao aproveitamento da capacidade instalada do CMRSul, esta Parceria parece não se traduzir em prejuízos para o SNS. Finalmente, e no que respeita à consideração feita no relato de que *“os objectivos desta parceria não serão integralmente alcançados, uma vez que não serão realizados os tratamentos em ambulatório que deviam satisfazer as necessidades em saúde dos utentes do SNS, de acordo com o volume de produção previsto no Contrato de Gestão”*, refira-se que a principal actividade do CMRSul, nos termos previstos no Contrato de Gestão e no Caso Base que o acompanha, é o tratamento de utentes em regime de internamento e, neste caso, é possível que a Parceria venha a atingir integralmente os objectivos previstos no Caso Base. Quanto ao ambulatório, após três anos de funcionamento efectivo do Centro, constata-se que as projecções incluídas no Caso Base não se ajustam à realidade operacional do CMRSul, designadamente, tendo em conta o modelo clínico de reabilitação adoptado, que determinou inclusive a contratação de mais técnicos de saúde por parte da Entidade Gestora do Centro, do que o previsto contratualmente, e a adaptação realizada nos espaços terapêuticos para esse efeito, isto é, admite-se que as projecções assistenciais para o ambulatório incluído no Caso Base assentassem num modelo clínico de reabilitação que não foi adoptado.



1.5 Estrutura de Missão Parcerias.Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE

parcerias.
saúde

EMPS 0123 2709*10

Exmo. Senhor
Dr. Abílio Augusto Pereira de Matos
Auditor-Coordenador
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069 – 045 Lisboa

Sua referência Sua comunicação de: Proc. n.º Nossa referência:

Assunto: Tribunal de Contas - Comentários ao Relato de Auditoria de Resultados ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul de 8 de Setembro de 2010

Acusamos a recepção do relato de auditoria de resultados do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS), enviado por V. Exa. em ofício de 10 de Setembro de 2010, o qual mereceu a nossa maior atenção.

A análise atenta do seu conteúdo, permite-nos concluir que este relatório resulta de uma análise cuidada, objectiva e com elevada qualidade, merecendo as conclusões do relato a nossa concordância na generalidade.

Permitimo-nos apresentar apenas alguns esclarecimentos em relação a duas questões, esclarecimentos esses que não alteram as conclusões mas que consideramos poderem contribuir para melhor clarificação dessas questões.

Em primeiro lugar, o Tribunal constata, correctamente, que existe uma aderência insuficiente do cenário previsto no "Caso Base" que se encontra anexo ao Contrato de Gestão, relativamente à sua execução ao longo do período analisado, sobretudo ao nível das projecções de actividade da prestação de cuidados de saúde.

1

Avenida Álvares Cabral, 220-015 Lisboa Portugal - Tel: 213880480/9; Fax: 213880481
e-mail: parcerias.saude@parcerias-saude.min-saude.pt

17348



MINISTÉRIO DA SAÚDE



No caso dos concursos para os hospitais, a informação histórica disponível para a elaboração das projecções de actividade cobre vários anos da procura registada nas várias linhas da actividade hospitalar (internamento, cirurgia, consulta externa, urgência e hospital de dia) e na área de influência do respectivo hospital. No caso do internamento médico ou cirúrgico existe inclusive disponível a codificação do respectivo episódio de internamento por Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), o qual permite actualmente classificar os episódios de internamento em 669 grupos homogéneos em termos clínicos e de consumo de recursos. A disponibilidade desta informação permite elaborar projecções de actividade com base em séries históricas de procura, elevando desta forma o seu grau de fiabilidade, comparativamente ao método dos valores de referência.

Ao contrário do sucedido nos projectos hospitalares, no caso do CMFRS, a projecção da actividade foi realizada com base em indicadores de referência, na medida em que não existia informação histórica sobre a procura associada à área de influência a ao perfil assistencial do CMFRS. Desde a data da realização das estimativas para o CMFRS até à entrada em vigor do correspondente contrato, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) dispunha apenas de uma unidade hospitalar específica para Medicina Física e de Reabilitação, o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais e acordos com o Centro do Alcoitão da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). A informação disponível era assim muito mais escassa do que para hospitais gerais e consequentemente as estimativas e projecções de actividade teriam que ter um grau de incerteza muito superior.

Assim, no caso do procedimento concursal do CMFR, quer o Estado na elaboração do comparador público e dos documentos concursais, quer o parceiro privado na estruturação do Caso Base não tinham à sua disposição informação histórica que permitisse com rigor a elaboração um cenário de procura para a actividade futura do CMFRS, o que contribuiu para que as estimativas de procura fossem sobreavaliadas.

2

Avenida Álvares Cabral, 25-1º, 1250-015 Lisboa, Portugal - Tel: 213880480/9; Fax: 213880481

e-mail: parcerias.saude@parcerias-saude.min-saude.pt



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Em segundo lugar, parece-nos útil salientar que as projecções de actividade que constam do "Caso Base" do CMFRS, não constituem qualquer compromisso das partes na sua prestação, nem são uma contratação objectiva em termos quantitativos de serviços. Elas são uma aproximação das reais necessidades dos utentes, com as limitações acima referidas, determinação essa que comporta risco.

Com os melhores cumprimentos,

O Encarregado de Missão

(João Wemans)



1.6 Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

 **Ministério da Saúde**
CMRRC-RP
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

Ex^{mo} Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

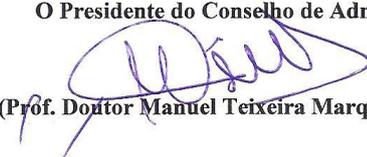
Sua referência	Sua comunicação de	Data	Nossa referência
		21 / 10 / 2010	21.001.2010 1608

ASSUNTO: Proc.º n.º 11/10 – Audit

Vosso officio n.º 15542 de 10-09-2010

Em referência ao processo identificado em epígrafe, cumpre informar V.ª Ex.ª de que, atento o teor das respectivas conclusões e recomendações, não pretende este órgão de gestão produzir quaisquer alegações, no âmbito do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo)

DGTC 22 10 10 18836

CA / IO

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais . Apartado 3 . 3064-908 Tocha . Teles.- 231440900 Fax - 231442209
cmrcc@roviscopais.min-saude.pt