

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e no Instituto Português de Oncologia do Porto

Ajudar o Estado e a sociedade a gastar melhor

Tribunal de Contas



Processo n.º 21/2011 - Audit
Relatório n.º 14/2012 - 2ª Secção
Volume I

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



Índice

Volume I

I – Introdução	7
1. Âmbito da auditoria	7
2. Objetivos da auditoria	7
3. Metodologia e procedimentos	8
4. Condicionantes e limitações	8
5. Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório	9
II – Sumário Executivo	11
6. Conclusões	11
6.1. <i>Estrutura e processos dos Institutos de Oncologia – Francisco Gentil</i>	11
6.2. <i>Execução e financiamento da atividade</i>	13
6.2.1. <i>Execução das metas de produção</i>	13
6.2.2. <i>Cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência</i>	21
6.3. <i>Eficiência da gestão</i>	23
6.3.1. <i>Consulta externa</i>	23
6.3.2. <i>Internamento/cirurgia</i>	24
6.3.3. <i>Quimioterapia</i>	25
6.3.4. <i>Radioterapia</i>	27
6.3.5. <i>Medicina nuclear</i>	28
6.3.6. <i>Alimentação</i>	31
6.4. <i>Qualidade</i>	31
6.5. <i>Boas práticas de gestão</i>	32
6.6. <i>Situação económico-financeira</i>	33
6.7. <i>Implementação das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção</i>	35
7. <i>Recomendações</i>	36
III - Emolumentos	41
IV – Determinações Finais	41

Volume II - Desenvolvimento da Auditoria e Anexos

Volume III - Alegações



Índice de quadros (vol. I)

QUADRO 1 - IPO PORTO - INTERNAMENTO – GDH CIRÚRGICO – CONTRATADO VS EXECUTADO.....	14
QUADRO 2 - FATURAÇÃO DE GDH 410 AMBULATORIO	18
QUADRO 3 – REALIZAÇÃO OBJETIVOS NACIONAIS 2010.....	22
QUADRO 4 - CUSTO UNITÁRIO DA CONSULTA.....	23
QUADRO 5 - CONSULTAS EXTERNAS - CUSTOS E PROVEITOS	24
QUADRO 6 - CUSTO UNITÁRIO POR DOENTE SAÍDO	24
QUADRO 7 – CUSTOS DA SUBCONTRATAÇÃO DE RADIOTERAPIA CONVENCIONAL – POR PROCEDIMENTO	28
QUADRO 8 – RESULTADOS.....	33
QUADRO 9 - CUSTOS TOTAIS DOS INSTITUTOS DE ONCOLOGIA POR DOENTE PADRÃO	34
QUADRO 10 - INDICADORES FINANCEIROS.....	35



FICHA TÉCNICA

Coordenação e Controlo

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro
(Licenciado em Direito)

Auditora-Chefe

Maria Isabel Viegas
(Licenciada em Organização e Gestão de Empresas)

Equipa de Auditoria

Cristina Jesus Costa
(Licenciada em Direito)

Jorge Santos Silva
(Licenciado em Gestão e Administração Pública)

Cristina Paula Anastácio
(Licenciada em Gestão de Empresas)



RELAÇÃO DE SIGLAS

<i>Sigla</i>	<i>Designação</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
AVPP	Anos de Vida Potencial Perdidos
CP	Contrato programa
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
EBITDA	Lucros antes de juros, impostos, depreciações e amortizações (Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization)
EPE	Entidade Pública Empresarial
¹⁸ F-FDG	Fluorodesoxiglicose marcada com Flúor-18
GDH	Grupo Diagnóstico Homogéneo
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
IMRT	Tratamento de radioterapia com intensidade modulada (Intensity modulated radiation therapy)
ICNAS	Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde
IP	Instituto Público
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPOCFG	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil
IPOLFG	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil
IPOPFG	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
OECI	Organização Europeia de Institutos de Cancro (Organisation of European Cancer Institutes)
PA	Programa de Auditoria
PET	Tomografia por Emissão de Positrões (Positron Emission Tomography)
PET-CT	PET - Tomografia Computadorizada (Computed Tomography)
PGA	Plano Global de Auditoria
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
PON	Plano Oncológico Nacional
RRH	Rede de referência hospitalar
SIGIC	Sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TBI	Irradiação corporal total (Total body irradiation)
TC	Tribunal de Contas
TMRG	Tempo máximo de resposta garantido



GLOSSÁRIO

Ambulatório médico	Corresponde a um ou mais atos médicos realizados com o mesmo objetivo terapêutico e ou diagnóstico, realizados na mesma sessão, num período inferior a vinte e quatro horas.
Cirurgia de ambulatório	Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas.
Cirurgia programada	Cirurgia efetuada com data de realização previamente marcada.
Consulta subsequente	Consulta que deriva da primeira para verificação da evolução do estado de saúde do Utente, para administração terapêutica ou no âmbito da educação para a saúde.
Doente equivalente	Número total de episódios de internamento que se obtém após a transformação dos dias de internamento dos episódios excecionais e dos doentes transferidos de cada Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), em conjuntos "equivalentes" ao tempo médio de internamento dos episódios "normais" do respetivo GDH.
Doente padrão	Medida de atividade hospitalar global que agrega as diferentes atividades do hospital, ponderadas pelo seu peso relativo e a sua complexidade (por exemplo, converte uma consulta externa num valor equivalente de internamento). Cálculo do Custo por Doente Padrão: <i>Inputs:</i> Preços do contrato programa; Produção: GDH de internamento e ambulatório (médicos e cirúrgicos), consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia; <i>Índices de Case Mix (ICM)</i> de internamento e ambulatório. Cálculo: (i) Ajustar os preços do contrato pelo ICM para o internamento e ambulatório; no caso do hospital de dia, o preço será uma média ponderada dos preços do contrato. (ii) Dividir o preço do internamento ajustado pelos preços das restantes linhas de produção (= Índice do doente padrão (IDP)). (iii) Multiplicar a produção das diferentes linhas pelo respetivo IDP. (O IDP do internamento é = a 1). (iv) Somar os valores obtidos ao total de doentes equivalentes (= total de doentes padrão). (Fonte: Hospitais SNS Contrato programa 2007 – Preços e Convergência Fixação de Objetivos – Comissão para a Contratualização em Saúde.)
Doente Saído	Doente que deixou de permanecer internado no estabelecimento de saúde, num período (exclui transferências internas entre serviços de internamento).
¹⁸F-FDG	Fluorodesoxiglicose marcada com Flúor-18. Radiofármaco utilizado na realização de tomografia por emissão de positrões (PET)
Grupo de Diagnóstico Homogéneo	Sistema de classificação de doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.



Hospital de dia	Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a vinte e quatro horas
IGRT	Radioterapia guiada por imagem, permitindo uma melhor acuidade na localização do volume tumoral, protegendo os tecidos adjacentes.
IMRT	Irradiação com modelação do feixe de radiação. Os campos de tratamento variam dinamicamente ao longo do tratamento, moldando os feixes ao volume a tratar.
Índice de Case-Mix	Consiste no coeficiente global de ponderação da produção, refletindo a relatividade de um hospital face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos humanos, técnicos e financeiros.
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	Exames ou tratamentos classificados por áreas de produção (e discriminados por serviços requisitantes, nomeadamente: internamento, consulta, urgência e exterior) que fornecem resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico ou prestam cuidados curativos após diagnóstico ou prescrição terapêutica.
Primeira consulta	Aquela em que o Utente é examinado pela primeira vez em cada valência da consulta e referente a um episódio de doença.
Produção base/contratada	Produção que o hospital de obriga a assegurar no âmbito dos contratos programa celebrados com o Estado.
Produção marginal/adicional	Produção realizada pelo hospital que ultrapassa a produção base/contratada. Emprega-se o termo adicional quando se refere a produção cirúrgica marginal.
Quimioterapia oral	Quimioterapia que pode ser tomada sob a forma de um comprimido ou de uma cápsula.
Radiocirurgia	Radioterapia de alta precisão aplicada em uma única sessão de tratamento, com dose muito elevada.
Radioterapia estereotáxica fracionada	Radioterapia estereotáxica de alta precisão, aplicada em várias frações.
Radioterapia intraoperatória	Radioterapia de contacto administrada durante o ato operatório diretamente sobre o tumor.



I – Introdução

1. Âmbito da auditoria

Em cumprimento do Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas, realizou-se uma Auditoria de *Value for Money* às práticas de gestão em três hospitais: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, EPE, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra, EPE, e Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE, iniciada em 2011 e transitada para 2012.

O âmbito temporal da auditoria é o do triénio 2008-2010, sem prejuízo de, nas situações consideradas pertinentes, se ter alargado o âmbito temporal a anos anteriores e/ou posteriores, numa perspetiva de análise integral dos processos e medidas de gestão objeto de apreciação, no âmbito das competências do Tribunal de Contas, previstas no art.º 1, n.º 1, art.º 2º, n.º 1, al. d) e art.º 5º, n.º 1, al. d), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

O presente Relatório de Auditoria é composto por três volumes:

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

2. Objetivos da auditoria

A presente auditoria teve como objetivos gerais:

- ✓ *Verificar se as decisões de gestão do órgão executivo de cada Instituto de Oncologia foram suportadas em Análises Custo-Benefício ou equivalente;*
- ✓ *Avaliar a eficiência e eficácia da atividade e da gestão de cada um dos três Institutos de Oncologia e entre si;*
- ✓ *Analisar, comparativamente, a situação económico-financeira dos Institutos de Oncologia;*
- ✓ *Verificar se foram implementadas as recomendações do Conselho da Prevenção da Corrupção.*

Para a concretização dos objetivos gerais, foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos:

- *Aferir o grau de prossecução das metas e dos objetivos fixados nos contratos programa, nos planos de desempenho e em instrumentos de contratualização interna;*
- *Aferir do cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos;*
- *Avaliar a eficiência da aplicação dos recursos face aos resultados obtidos nos anos de 2008-2010, apurando a sua evolução;*
- *Avaliar a eficiência na aquisição de medicamentos e material clínico (substâncias ativas e material clínico com maior volume financeira);*
- *Análise de custos médios unitários de produção em radioterapia e quimioterapia;*
- *Verificar o grau de satisfação dos utentes, considerando o n.º de reclamações, sugestões e elogios registados;*
- *Análise das disponibilidades;*
- *Análise da estrutura de custos;*
- *Analisar a evolução do desempenho e da situação económico-financeira;*



- *Verificar o estado de implementação das Recomendações do Conselho da Prevenção da Corrupção.*

3. Metodologia e procedimentos

A auditoria foi realizada de acordo com normas e procedimentos geralmente aceites, acolhidos no “Manual de Auditoria e de Procedimentos” do TC e constantes do Plano Global de Auditoria (PGA) e do Programa de Auditoria (PA) aprovados, tendo igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da INTOSAI, de que o Tribunal de Contas é membro.

Na fase de planeamento, procedeu-se a um estudo prévio com base nos respetivos diplomas legais, na análise dos Relatórios e Contas do triénio 2008/2010, na apreciação de relatórios de auditoria de órgãos de controlo interno e na identificação e análise dos atos do Tribunal de Contas relativos aos três Institutos de Oncologia.

Durante a fase de execução da auditoria procedeu-se a um levantamento dos sistemas de controlo interno instituídos nas áreas financeira, de aprovisionamento, de recursos humanos e de atividade hospitalar, através da realização de entrevistas e de testes de procedimento e de conformidade.

A segunda fase da execução da auditoria consistiu na realização de testes substantivos, de modo a analisar e a confirmar o adequado processamento contabilístico das rubricas com maior expressão financeira, e na verificação e avaliação da informação recolhida.

A ação desenvolveu-se junto dos Institutos de Oncologia, sem prejuízo de, na sequência das diligências realizadas junto destes, terem sido auscultadas outras entidades com vista à obtenção de esclarecimentos complementares. Para o efeito foram auscultadas as seguintes entidades:

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde da Universidade de Coimbra;
- Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP;
- Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

4. Condicionantes e limitações

No decurso da auditoria não foram observadas quaisquer situações condicionantes ao normal desenvolvimento do trabalho, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários dos Institutos de Oncologia.

Limitações da contabilidade analítica e atrasos na faturação

A introdução da contabilidade analítica nas unidades hospitalares teve como objetivo dotar os órgãos executivos de um instrumento de suporte ao processo decisional. Reconhecendo a importância deste instrumento, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), tem vindo, progressivamente, a estabelecer linhas orientadoras de uniformização dos critérios de imputação dos custos e de registo da atividade, de forma a garantir a fiabilidade, comparabilidade e a



consolidação de dados entre as unidades hospitalares que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Da análise dos registos da contabilidade analítica dos três Institutos deveria ser possível concluir sobre a eficácia e eficiência de cada unidade hospitalar, identificar eventuais ineficiências e suas causas e obter custos reais de cada atividade ou Serviço. No entanto, para além de se ter verificado que os três Institutos adotaram diferentes procedimentos e metodologias de registo da atividade e de imputação de custos o que prejudica a comparabilidade, foram ainda detetadas algumas falhas e erros de registos que limitam a análise, dos quais se destacam, pela sua evidência, os seguintes:

- Centros de custo com custos diretos e indiretos registados mas sem produção/unidade de obra (Consulta externa de ortopedia, reumatologia e cirurgia maxilo-facial, em 2010, no IPO de Lisboa; Serviço de viaturas, em 2009, no IPO de Coimbra).
- Custos com a subcontratação de serviços de tratamento de roupa não registados na secção auxiliar de apoio geral respetiva (IPO de Coimbra, no biénio 2008-2009).
- Falta de imputação de custos diretos em hospital de dia de Radioterapia (em 2010, no IPO do Porto).

Refira-se, por último, os atrasos na faturação dos atos clínicos que condicionam a análise das demonstrações financeiras.

5. Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório

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

- Ministro de Estado e das Finanças;
- Ministro da Saúde;
- Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE;
- Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE;
- Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Porto Francisco Gentil, EPE;
- Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE;
- Reitor da Universidade de Coimbra;
- Presidente do Conselho Diretivo do Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP.
- Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
- Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Estatística, IP;
- Revisor Oficial de Contas (fiscal único) do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE;
- PricewaterhouseCoopers – Assessoria de Gestão, Lda.



Foram recebidas respostas de todas as entidades¹, sendo que as alegações/respostas apresentadas constam, na íntegra, do Volume III do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, nº 4, da Lei nº 98/97, e 60º, nº 3, do Regulamento da 2ª Secção, do Tribunal de Contas aprovado pela Resolução nº 3/98 – 2ª Secção, de 19 de junho, com as alterações introduzidas pela Resolução nº 2/2002 – 2ª Secção, de 17 de janeiro, e pela Resolução nº 3/2002 – 2ª Secção, de 23 de maio, e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório - Conclusões e Desenvolvimento - a que respeitam.

O Ministro da Saúde congratulou-se com o teor da auditoria, considerando «... importante e relevante para eventuais tomadas de decisão (...), bem como, para permitir fomentar o crescimento de “boas práticas de gestão”...», constantes do ponto 6.5.

¹ O Ministro da Saúde respondeu através do respetivo Chefe do Gabinete e o Ministro de Estado e das Finanças respondeu através do Gabinete do Secretário de Estado do Orçamento.



II – Sumário Executivo

6. Conclusões

6.1. Estrutura e processos dos Institutos de Oncologia – Francisco Gentil

[Cfr. Desenvolvimento da Auditoria - ponto 2 - Vol. II]

- Os Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) são centros de referência multidisciplinares para a prestação de cuidados de saúde no domínio do tratamento do cancro, constituindo a Plataforma A² da Rede de Referência Hospitalar de Oncologia, elaborada em execução do Plano Oncológico Nacional 2001-2005. Os doentes são referenciados para os Institutos de Oncologia pelas unidades funcionais dos Agrupamentos Centros de Saúde, pelos hospitais públicos ou privados e por médicos particulares.
- Os Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra, tal como a generalidade dos Hospitais, não utilizam tão pouco o cálculo económico como instrumento de suporte às suas decisões de gestão. Note-se que, o IPO de Lisboa foi objeto de recomendação do Tribunal de Contas no Relatório n.º 21/2011, de 5 de maio, no sentido dos seus planos de investimento serem precedidos de Análises Custo-Benefício, que prevenissem uma racional (estudo de alternativas/escolhas) aplicação do dinheiro dos contribuintes.
- O Conselho de Administração do IPO do Porto, embora não sustente as suas decisões de investimento e de maior impacto financeiro em Análises Custo-Benefício (ACB) ou outras³, tem utilizado algum cálculo económico no apoio à decisão, com base em estudos produzidos pelo respetivo Gabinete de Apoio à Gestão⁴.
- A incorporação da avaliação da capacidade instalada a nível regional e/ou nacional nas Análises Custo-Benefício é especialmente relevante para os investimentos superiores a 2% do capital estatutário que devem ser aprovados pelos Ministros das Finanças e da Saúde⁵ e para aqueles que, sendo de menor valor, se destinam a patologias menos frequentes. Estas últimas decisões de investimento eram até 2012⁶ da responsabilidade exclusiva dos conselhos de administração das unidades hospitalares que frequentemente não se articulam de modo a rentabilizar os equipamentos⁷.

² No âmbito da Rede de Referência Hospitalar de Oncologia foram definidas três plataformas de especialização das unidades hospitalares prestadoras de cuidados de saúde na área oncológica, A, B e C, cabendo às unidades hospitalares integradas na plataforma A, para além das funções atribuídas às plataformas B e C, tratar as patologias menos frequentes e que exigem técnicas e tecnologias mais diferenciadas.

³ Como, Análises Custo-Efetividade, Análises Custo-Minimização ou Análises Custo-Utilidade.

⁴ De entre os quais se destacam: internalização da realização de estudos urodinâmicos; externalização do serviço de alimentação; realização de tomografias por emissão de positrões fora do horário normal de trabalho; produção de componentes sanguíneas; aquisição de equipamento para realização de fotoforese extracorporeal.

⁵ Cfr. artigo 10.º, al. d) do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

⁶ Excepcionalmente, em 2012, “tendo em atenção a restrição de recursos e a impossibilidade de acumulação de novos pagamentos em atraso...” a realização de investimentos pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde, passou a estar sujeita a autorização prévia do Ministro da Saúde, sempre que o valor total do investimento, a ser pago em 2012 ou anos posteriores, ultrapasse € 100.000, cfr. Despacho n.º 3402/2012, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, 2ªS, n.º 48, de 7 de março.

⁷ Para além da exceção (de carácter transitório) referida na nota de rodapé anterior, a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, veio submeter a assunção de compromissos plurianuais pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde, independentemente do seu valor, a autorização prévia dos Ministros das Finanças e da Saúde, salvo quando resultarem da execução de planos plurianuais legalmente aprovados.



No exercício do contraditório, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, e o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, consideram que “A realização de Análises Custo-Benefício para avaliação das necessidades de investimento deve, efetivamente, sustentar as decisões de investimento, sejam em equipamentos ou outras ...” e que a mesma “... deve ser generalizada ao nível das instituições ...” e informam que “... está prevista a explicitação destes critérios no âmbito da revisão ...” do Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio, sobre projetos de instalação de equipamento médico pesado “... cujo processo já decorre ...”.

No que concerne ao levantamento da capacidade instalada a nível regional e/ou nacional, informa o Ministro da Saúde, que, se encontra prevista “... a criação de um registo nacional para os equipamentos privados ...”⁸ e que “... a ACSS encontra-se a concluir um estudo sobre as Atuais e Futuras Necessidade de Médicos para o SNS”. Informa, também, que os grandes equipamentos do setor público constam já do Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA) dos contratos programa.

Sobre este assunto, o Tribunal ressalva que a informação disponível e a disponibilizar deve conter dados sobre a rentabilização desses equipamentos e respetivos recursos humanos, para que a viabilidade económica dos mesmos não seja posta em causa com os respetivos custos a serem onerados pelo custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa.

Sobre a utilização da Análise Custo-Benefício como instrumento de suporte às decisões de gestão dos Institutos de Oncologia, os respetivos Conselhos de Administração, no exercício do contraditório, concordam, em geral, com a importância da avaliação económica em saúde, mas referem as limitações da Análise Custo-Benefício quando aplicada ao setor da saúde.

A propósito do alegado, refira-se que esses estudos podem ser Análises Custo-Benefício, Análises Custo-Efetividade, Análises Custo-Minimização ou Análises Custo-Utilidade, devendo os gestores optar pelo mais adequado a cada caso concreto.

A aplicação sistemática da avaliação económica em saúde, sempre que as decisões de gestão impliquem a utilização de recursos ou alterações nessa utilização, é a forma mais adequada para evitar eventuais cortes “cegos” na despesa.

- Sobre o cumprimento do Estatuto do Gestor Público, conjugado com o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, verificou-se que o Presidente do IPO do Porto exerceu pontualmente, nos anos de 2008 a 2011, atividade clínica privada sem decisão expressa da Tutela sobre o pedido por ele formulado em 2008. O deferimento tácito dos pedidos de acumulação, no caso de funções públicas com privadas, não constitui uma boa prática, uma vez que não são apreciadas as circunstâncias de interesse público que possam tornar conveniente ou inconveniente essa acumulação.
- As deficiências e constrangimentos da contabilidade analítica, por facilmente detetáveis, evidenciam que a mesma não é ainda suficientemente utilizada como instrumento de gestão, quer no planeamento, quer com vista a melhorar índices de eficiência e produtividade.

Em sede de contraditório o Conselho de Administração do IPO de Lisboa informa que “... tem um projeto de revisão da Contabilidade Analítica em curso associado à segunda fase do projeto de implementação de um sistema de custeio por atividade...”.

⁸ A informação do setor público consta do Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA) dos contratos programa.



O Conselho de Administração do IPO de Coimbra alega que a contabilidade analítica, “... deverá ser encarada não tanto como uma ferramenta de análise económica”, mas antes como “... um instrumento crucial para a elaboração dos objetivos de contratualização (...) e para a sua monitorização (...). De facto, sendo, de acordo com o sistema de financiamento em vigor, os serviços prestados pelo hospital remunerados por linhas de produção, poderá estar um pouco esvaziado de sentido utilizar instrumentos que avaliem o custo de cada um dos atos, até porque o preço de referência⁹ não se altera em função dessa avaliação.”

Relativamente a esta observação, sublinhe-se que a contabilidade analítica constitui um instrumento relevante de gestão interna, permitindo designadamente identificar/sinalizar serviços onde podem ser implementadas medidas tendentes a incrementar a sua eficiência e produtividade.

Por outro lado, o apuramento correto dos custos, que deve ser feito ao nível das unidades prestadoras de cuidados de saúde, contribuirá para uma maior sustentação do preço de financiamento hospitalar, determinado administrativamente¹⁰.

6.2. Execução e financiamento da atividade

[Cfr. Desenvolvimento da Auditoria - ponto 3 - Vol. II]

- Os Institutos de Oncologia são remunerados pelo Estado, através da execução dos contratos programa¹¹ que estabelecem a atividade a produzir e os respetivos preços. Os contratos programa estabelecem, ainda, objetivos, nacionais e regionais, de qualidade e de desempenho assistencial e económico, por cujo cumprimento aqueles recebem incentivos financeiros.

6.2.1. Execução das metas de produção

- Os Institutos de Oncologia apresentam taxas de execução elevadas em todas as principais linhas de produção, sendo o IPO do Porto o que apresenta, durante os anos de 2008 a 2010, o maior número de taxas de execução superiores a 100%. Apesar de em algumas linhas de produção, os Institutos de Oncologia não terem alcançado as metas contratadas, verificou-se de um modo geral um aumento significativo da atividade executada nas principais linhas de produção, com impacto positivo no acesso dos doentes aos cuidados de saúde prestados por estes hospitais, à exceção do hospital de dia nos Institutos de Oncologia de Lisboa e de Coimbra.
- A título de exemplo, o número de primeiras consultas realizadas no triénio em análise aumentou 30,37% (12.956) no IPO do Porto, 42,22% (11.389) no IPO de Lisboa e 46,89% (6.452) no IPO de Coimbra. No IPO de Lisboa verificou-se um aumento de 55,70% (2.200 episódios) e 38,78% (1.257 episódios) na produção em GDH Médicos e Cirúrgicos de internamento, respetivamente.

⁹ Numa alusão ao preço de financiamento hospitalar, cfr. Anexo II, Vol. II

¹⁰ O Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 - Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS, evidencia diversas deficiências na determinação desse preço.

¹¹ O financiamento através de contratos programa veio substituir a atribuição de um orçamento global (dotação orçamental). Os contratos programa são celebrados por um período de três anos, revistos anualmente por acordos modificativos.



✓ *Negociação dos contratos programa*

- Em 2009 e 2010, as taxas de execução do IPO do Porto em GDH Cirúrgicos de internamento alcançaram 290,1%, em 2009 (um desvio de 190,1% face ao contratado), e 1060,6%, em 2010 (um desvio de 960,6% face ao contratado), como resultado de uma produção contratada evidentemente fictícia. No triénio em análise a produção contratada registou uma diminuição de 87,57% (- 3.804) doentes saídos e a produção realizada um aumento de 23,77% (+ 1.100).

Quadro 1 - IPO Porto - Internamento – GDH Cirúrgico – Contratado vs executado

Internamento GDH Cirúrgicos	Doentes saídos*		
	Contratado	Executado	% execução
2008**	4.344	4.627	106,5%
2009	1.632	4.735	290,1%
2010	540	5.727	1060,6%

*Unidade disponível para os três anos

**Inclui GDH Cirúrgicos Urgentes

- O IPO do Porto negociou com a Administração Regional de Saúde do Norte, IP¹², metas de produção em GDH Cirúrgicos de internamento, muito aquém da sua capacidade instalada e efetivamente realizada e das necessidades da população, por contrapartida de um aumento das metas de produção nas restantes linhas de atividade (consultas, GDH Médicos de internamento, entre outras). Deste modo, o IPO do Porto garantiu o pagamento, ainda que a preços inferiores aos da produção contratada, de toda a atividade cirúrgica realizada¹³ e o pagamento da restante atividade a preços da produção base ou próximos dos mesmos¹⁴.
- A estratégia de negociação teve como objetivo maximizar o lucro do IPO do Porto e não acrescenta qualquer valor ao Serviço Nacional de Saúde, tendo resultado de um aproveitamento das regras de financiamento dos hospitais que prosseguem objetivos de satisfação de necessidades em saúde e, desde 2009, de contenção e controlo orçamental.

Nas suas alegações, o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, vai ao encontro das conclusões do Relatório de Auditoria, reconhecendo ainda que esta situação “... pode permitir o aumento do fluxo financeiro com origem no Orçamento do Estado (...) e cria distorções na alocação de recursos financeiros entre as entidades do SNS” e informa que “...irá propor à Tutela uma alteração do contrato programa que estabeleça como teto máximo de faturação a valorização da produção contratada, independentemente, da realização de produção adicional/marginal entre linhas de produção”.

¹² O processo de fixação das quantidades a contratar, no âmbito dos contratos programa, assenta na negociação entre os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde e as unidades hospitalares da respetiva região, tendo por base a verba disponível anualmente para o orçamento do SNS e as necessidades em saúde das populações da respetiva área de influência. Sobre o processo de contratualização, vide o Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS.

¹³ A atividade cirúrgica adicional (unidades de produção que ultrapassam as unidades de atividade cirúrgica contratada) é paga independentemente do número de unidades produzidas (teoricamente ∞) pela tabela de preços do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), a preços inferiores aos da produção contratada. Nas restantes linhas de produção, as unidades de produção realizadas que ultrapassam as unidades contratadas, são pagas até ao limite máximo de 10%, a um preço igualmente inferior ao preço da produção base – cfr. Anexo 2, quadro 3, Vol. II – sendo que toda a produção que exceda o limite não é paga.

¹⁴ Considerando as regras de financiamento dos contratos programa relativas ao pagamento da produção marginal/adicional, sintetizadas na nota de rodapé anterior, sempre que as taxas de execução ultrapassam os 100%, os preços médios recebidos pelos hospitais, por episódio, são inferiores ao preço estabelecido para a produção base contratada. Por isso, será do interesse do Hospital aproximar a produção executada da produção contratada. Note-se que o IPO do Porto foi aquele que, nos três anos em análise, mais vezes superou as metas de produção contratadas.



Por seu turno, o Conselho de Administração do IPO do Porto refere que “... incompreensivelmente.” o Relatório “... sugere que o IPOPFG deveria contratualizar os seus cuidados com prejuízo económico e que não deveria procurar o *mix* de produção que otimiza os seus recebimentos.” e que estando “... no contexto de uma auditoria às práticas de gestão das instituições não se percebe a incoerência e regista-se o desajuste do comentário, porventura radicado na falta de definição prévia de uma perspetiva de análise – se a das instituições, se a do SNS, se a da sociedade Portuguesa, etc. A perspetiva de gestão dos hospitais EPE é ditada por estatuto próprio e, salvo melhor opinião, deveria ser a adotada por defeito nestas auditorias.”

A este propósito importa referir que as perspetivas não são conflitantes. A perspetiva do Tribunal de Contas, enquanto órgão independente que fiscaliza a boa gestão financeira, além da legalidade e da regularidade das receitas e das despesas públicas, terá de ser, não apenas a da entidade auditada, mas também e, principalmente, a do Serviço Nacional de Saúde e das Finanças Públicas, pois gerindo as entidades públicas, inclusive as empresas públicas, dinheiros públicos, dos contribuintes, qualquer decisão dos seus gestores terá impacto naqueles níveis.

Note-se que um dos objetivos dos contratos programa é o estabelecimento de limites à despesa anual e que embora incorporem um mecanismo de pagamento de produção que excede o contratado (produção marginal/adicional)¹⁵, a sua utilização deve ser excecional de modo a que a execução financeira dos contratos programa não exceda significativamente o valor contratualizado.

Neste sentido, a produção marginal/adicional é paga a um preço inferior¹⁶ ao da produção normal até um limite de 10% da produção contratada. A partir desse limite não é paga. Apenas os episódios programados de GDH Cirúrgicos de internamento e de ambulatório são pagos ilimitadamente. Esta possibilidade evidencia a existência de um mecanismo de desorçamentação no próprio modelo do contrato programa que é deixado à boa-fé dos contratantes.

Na situação em análise, a estratégia negocial do IPO consistiu em esgotar/aproveitar, na medida do possível, as “outras linhas de produção” dado ficarem *plafonadas* em termos de faturação no âmbito da negociação do contrato programa e deixarem toda a “folga” possível nos GDH cirúrgicos uma vez que a sua faturação é ilimitadamente aceite.

Note-se que, no ano de 2009¹⁷, esta estratégia terá gerado um sobrefinanciamento a favor do IPO do Porto de € 11.042.914,09.

Repare-se que o IPO do Porto contratou 4.267 GDH cirúrgicos de internamento em 2007, 4.344 em 2008 e apenas 1.632 em 2009 e 540 em 2010, tendo nestes mesmos anos executado 4.735 (em 2009) e 5.727 (em 2010), valores aliás “em linha” com o histórico¹⁸. Note-se que a execução, em 2009 e em 2010, foi surpreendentemente superior em 190% e 960% ao contratado, nesses mesmos anos.

É por demais evidente que os valores de 1.632 e 540 são “estratégicos” e visaram a obtenção de financiamento adicional do SNS.

Por fim, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, apesar de compreender “... a recomendação que ...” lhe “... é dirigida ...” informa que perante “... uma proposta inicial do IPO do Porto de aumento de produção em todas as linhas de atividade que extravasavam

¹⁵ Considerando a incerteza associada ao processo de previsão da produção anual.

¹⁶ Por se considerar que o custo desta produção é inferior devido à existência de economia de escala.

¹⁷ À data do trabalho de campo, o IPO do Porto ainda não havia faturado à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, a totalidade do ano de 2009.

¹⁸ Utilizou-se o n.º de doentes saídos em GDH cirúrgicos de internamento por ser a unidade disponível no IPO do Porto para os anos de 2009 e 2010.



largamente o *budget* estipulado para aquele hospital (...), foi solicitado uma reformulação da proposta que pudesse cumprir aquele desígnio e que privilegiasse os cuidados considerados mais indispensáveis à população (...). O julgamento da nova proposta apresentada, com enfoque na área da ambulatorização de cuidados (...) em detrimento da área cirúrgica, foi justificado pela necessidade de não reduzir a componente hospital de dia (...), designadamente radioterapia...”

Questionado especificamente sobre se a estratégia negocial do IPO do Porto é ou não conducente ao aumento do fluxo financeiro com origem no Orçamento do Estado para o SNS no montante de ≈€ 11 milhões, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, refere que se a mesma não tivesse ocorrido deixariam “... de ter qualquer tipo de financiamento cerca de 37.000 GDH Médicos de ambulatório...”.

A resposta do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, que negocia as quantidades a contratar com o IPO do Porto no âmbito dos contratos programa, revela uma condescendência para com a estratégia utilizada.

Acresce que o problema do eventual subfinanciamento, implícito na resposta do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, não se resolve com a aceitação de estratégias como a descrita mas com a introdução de reformas estruturais, tais como a implementação efetiva das redes de referência hospitalar, alterações no sistema de financiamento e a introdução de medidas que permitam ganhos de eficiência¹⁹.

Refira-se, ainda, que os 37.000 GDH Médicos de ambulatório que, segundo o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, deixariam de ser financiados em 2009, caso o contrato programa tivesse sido celebrado nos moldes do contrato programa de 2008, correspondem, aproximadamente, à quimioterapia oral faturada como GDH Médicos de ambulatório, sem sustentação nas regras de faturação daqueles contratos²⁰.

- Considerando as deficiências de conceção e de operacionalização do atual sistema de financiamento hospitalar²¹, a adoção de estratégias como a descrita aumenta o risco de incentivar a multiplicação de prestações de cuidados hospitalares, para obtenção de proveitos, e de desincentivar a adoção de decisões eficientes, através da racionalização.

As deficiências do sistema de financiamento são reconhecidas pelo Ministro da Saúde e pelo Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, que nas suas alegações informam que pela primeira vez, em 2012, a “... alocação de recursos para contratualização hospitalar a cada região de saúde considera as necessidades da população servida. Até ao momento, a distribuição de recursos financeiros dependia dos custos históricos gerados e pela capacidade de produção de cuidados de saúde de cada instituição. Ora este formato tem vindo a demonstrar distorções em matéria de prestação de cuidados de saúde que importa corrigir. Com esta medida pretende-se melhorar a equidade na alocação de recursos financeiros no sistema ...”.

A este respeito a estratégia negocial do IPO do Porto garantiu-lhe o pagamento de quase toda a sua atividade. No entanto, como se pode observar no quadro 9, no triénio 2008-2010, o IPO do Porto, apesar de registar um custo unitário²² por doente padrão inferior ao do IPO de Lisboa o que é

¹⁹ Note-se que o Relatório de Auditoria n.º 30/2011 concluiu que o total das perdas devido a ineficiências em unidades hospitalares ascendeu em 2008 a cerca de € 745 milhões.

²⁰ Conforme evidenciado *infra*, em 2009, o IPO do Porto faturou indevidamente à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 39.049 GDH Médicos de ambulatório, no montante de € 11.691.406,40.

²¹ A este propósito, *vide* o Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS

²² Custos totais do hospital/n.º de doentes padrão.



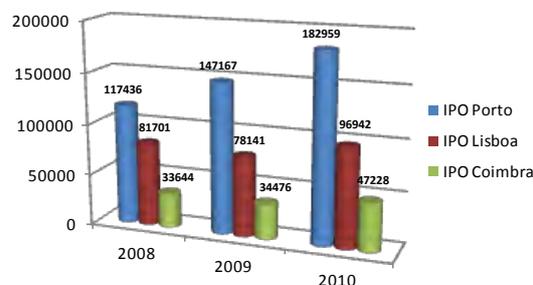
indicador de maior eficiência comparativa, aumentou esse custo unitário em 7,21%²³ e que, dos três Institutos de Oncologia, o IPO do Porto é o que no triénio em análise não cumpriu os objetivos de contenção da despesa fixados nos contratos programa²⁴. Estes dados indiciam que os resultados do IPO do Porto resultam mais do aumento dos proveitos do que do controlo dos custos e do aumento da eficiência.

- Em matéria de negociação dos contratos programa, nos Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra não se verificou o recurso a estratégias como as utilizadas pelo IPO do Porto.

✓ *Faturação de tratamentos de quimioterapia*

- O número de unidades contratadas e produzidas em GDH Médicos de ambulatório (que incluem tratamentos de radioterapia – GDH 409 e quimioterapia – GDH 410) pelo IPO do Porto encontra-se inflacionado, por este incluir ali, sem suporte nas regras de faturação dos contratos programa²⁵, os tratamentos com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (Grupo Farmaco-Terapêutico 16) administrados por via oral (quimioterapia oral).

Ambulatório – execução GDH Médico



- Aquelas regras²⁶ estabelecem que são faturáveis como GDH 410 os seguintes procedimentos: “00.10 – Implante do agente quimioterápico”; “99.25 - Injeção ou infusão de substância quimio-terapêutica do cancro” e “99.28 – Imunoterapia antineoplásica”, não se enquadrando aqui a quimioterapia oral. Porém, o IPO do Porto classifica como procedimento 99.25 a administração dos medicamentos administrados por via oral que não se inclui naqueles procedimentos, i.e., o IPO do Porto fatura o produto X pelo produto Y, sendo que X é diferente de Y, o que é uma impossibilidade formal e material.
- Recorde-se que os recursos para a saúde são limitados e a faturação irregular da quimioterapia oral pelo IPO do Porto constituiu uma deslocalização de recursos financeiros dentro do Serviço Nacional de Saúde, que poderiam ter sido orientados para outros hospitais com mais necessidades, o que é iníquo, além de não contribuir para a criação de valor no Serviço Nacional de Saúde.

²³ Sem prejuízo desse custo ter diminuído de 2009 para 2010.

²⁴ Cfr. Vol. II – Desenvolvimento da Auditoria – ponto 3.2 (quadro 10).

²⁵ Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de julho, que serve de referência à faturação dos episódios pelos hospitais no âmbito dos contratos programa.

²⁶ Designadamente, o Anexo II da Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de julho.



- Em 2009, último ano faturado na totalidade à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, embora ainda sem a validação dos dados pela mesma, o IPO do Porto faturou 74.582 episódios do GDH 410 de ambulatório (67.250 -produção base e 7.332 – produção marginal). Considerando

Quadro 2 -Faturação de GDH 410 Ambulatório

2009	Episódios	Preço Unit. Ajust ICM	Valor (€)
Faturação GDH 410 - 2009 (1)	74.582		22.854.098,35
Base	67.250	314,15	21.126.587,50
Marginal	7.332	235,61	1.727.510,85
Quimioterapia - R&C 2009 (2)*	35.533	314,15	11.162.691,95
Diferença (1)-(2)	39.049		11.691.406,40

* Fonte: Relatório e Contas de 2010 - que corrige o valor referido no Relatório e Contas de 2009 (37.425)

que apenas deviam ter sido faturadas como tal os dados relativos à produção de sessões de quimioterapia realizadas no hospital de dia, constantes do Relatório e Contas do IPO do Porto, 35.533, estima-se que o mesmo tenha faturado irregularmente à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, € 11.691.406,40, a preços da produção base de GDH Médico de ambulatório (€ 314,15).

- Por outro lado, os Institutos de Oncologia de Lisboa e de Coimbra faturam apenas os tratamentos com medicamentos administrados por via intravenosa, em concordância com as regras de faturação. A situação criada pelo IPO do Porto dificulta de sobremaneira a análise económico-financeira comparativa dos três Institutos de Oncologia.

Em sede de contraditório, argumenta o Conselho de Administração do IPO do Porto que a quimioterapia oral é “similar” às outras formas de quimioterapia e que a interpretação constante do Relatório resulta de “... uma falha administrativa na definição do preçário...” e que não existindo “... no livro de codificação ICD-9-CM código para terapêutica anti-neoplásica oral...”, a “... prática de uso do código mais aproximado é frequente...”, pelo que “... o gestor que não tem indicação expressa em contrário, deve faturar este ato e, na falta de uma referência específica, deve utilizar o GDH genérico e único de quimioterapia.”.

Acrescenta, ainda, que se “...vingar a interpretação do Tribunal de Contas (...) a medicação que está em causa fornecer, ou não, aos doentes...” ascende a € 7,1 milhões, aludindo aos custos com a quimioterapia oral em 2011, sendo “... claro que, o SNS absorverá sempre estes custos, de uma forma ou de outra...”.

A propósito da argumentação aduzida pelo Conselho de Administração do IPO do Porto importa clarificar o seguinte:

- as observações e conclusões constantes do Relatório de Auditoria resultam das regras de faturação dos contratos programa, constantes de circulares normativas da Administração Central do Sistema de Saúde, IP²⁷, articuladas com o disposto na Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro²⁸, que aprovou as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde e o respetivo Regulamento;
- a “interpretação” feita pelo Tribunal de Contas corresponde à interpretação feita pelos outros Institutos de Oncologia e à posição veiculada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, sobre esta matéria, inclusive no âmbito do contraditório²⁹.

²⁷ Nos anos em análise: Circular Normativa n.º 3, de 8 de abril de 2008, Circular Normativa n.º 6, de 31 de julho de 2009, e Circular Normativa n.º 8, de 28 de julho de 2010.

²⁸ E antes da vigência desta com a Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho, alterada pela Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de janeiro.

²⁹ Volume III págs 17 e segs. E, já anteriormente, no exercício do contraditório do Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS, e no ofício n.º 2044, de 27 de janeiro de 2012, em que, tendo sido questionada especificamente sobre se os tratamentos com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores administrados por via oral (v.g. a quimioterapia oral) são procedimentos faturáveis pelas unidades hospitalares no âmbito dos contratos programa, designadamente como GDH Médico ou no âmbito de outra linha de produção, respondeu “... os únicos



Quanto à argumentação do Conselho de Administração do IPO do Porto de que o “... SNS absorverá sempre estes custos, de uma forma ou de outra ...”, na realidade e como observado na auditoria (cfr. ponto 6.6), os resultados e os indicadores financeiros deste Instituto são positivos, pelo que os custos com a quimioterapia oral seriam acomodados nos seus capitais próprios, não determinando qualquer fluxo financeiro do SNS para o mesmo. O que sucedeu porém, é que, o IPO do Porto não acomodou os custos com aquela quimioterapia, transferindo-os, à revelia das regras de faturação, para o Serviço Nacional de Saúde.

Por outro lado, essa decisão teve evidentes reflexos nos seus resultados, condicionando qualquer comparação que se tenha feito ou que se pretenda fazer com os resultados de outras instituições hospitalares, nomeadamente com os outros Institutos de Oncologia que disciplinadamente faturaram a quimioterapia endovenosa, mas não a quimioterapia oral, não sobrecarregando o orçamento do Serviço Nacional de Saúde com a faturação desta quimioterapia. É necessário, pois, proceder a uma correção da faturação emitida pelo IPO do Porto à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, para ficar em situação de igualdade com as outras instituições hospitalares.

Sobre este assunto, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informa que o Ministério da Saúde “... desenvolverá os melhores esforços no sentido de, através, da ACSS, IP, ARSN e Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, se proceder à apreciação aprofundada dos factos apurados e respetivas consequências ao nível da faturação e do respetivo financiamento ...” do IPO do Porto, concretizando os Conselhos Diretivos da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, os procedimentos que irão realizar ainda em 2012, designadamente auditoria aos processos clínicos e correções do financiamento da instituição.

- A disparidade entre o número de unidades contratadas e produzidas em GDH Médicos de ambulatório (que incluem tratamentos de radioterapia – GDH 409 e quimioterapia – GDH 410) pelos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto³⁰, por tão evidente, revela ineficácia do sistema de controlo do acompanhamento da execução e da faturação dos contratos programa pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e insuficiência das auditorias realizadas³¹. É impensável, pela sua grandeza, que tal disparidade entre Institutos de Oncologia não tivesse sido detetada.
- Apesar da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, ter efetuado auditorias à codificação clínica do IPO do Porto, os respetivos auditores não detetaram esta situação. Num universo de 40.431 episódios, relativos a oito GDH, incluindo o GDH 410, foi constituída uma amostra de 24 episódios, designadamente com base nos seguintes pressupostos: serem episódios com “(...) elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados”; margem de erro de 20%. Esta margem de erro determinou uma redução do tamanho da amostra.

procedimentos passíveis de registo são os de administração por via endovenosa de quimioterapia. Não estão assim contemplados os tratamentos por via oral.”

³⁰ Por comparáveis, considerando as respetivas áreas de influência e população abrangida (cfr. Desenvolvimento da Auditoria – Ponto 2 - Quadro 1, Vol. II).

³¹ Sem prejuízo das auditorias realizadas pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, aos Institutos de Oncologia do Porto e Coimbra, no último triénio, recorde-se que o Tribunal de Contas já havia recomendado aos Presidentes das cinco Administrações Regionais de Saúde, no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 16/2009- 2.ª S, o seguinte: “(...) Assegurar que os instrumentos e mecanismos de acompanhamento sejam devidamente utilizados, designadamente quanto ao desenvolvimento de rotinas, procedimentos, tendo em vista a melhoria da elaboração dos Relatórios de Acompanhamento e a formulação de Planos de Ação. Reforçar o acompanhamento da produção na vertente clínica face aos critérios de remuneração das várias linhas de produção, recorrendo, quando necessário, à realização de auditorias.”



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

- A mesma ocorrência também não foi identificada num relatório de auditoria interna realizada em 2009 pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, através de uma empresa de auditoria efetuada em regime de *outsourcing*.

Nas suas alegações, o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, informou que, em 2009 e 2010, os episódios codificados com o GDH 410 não foram objeto de auditoria à codificação clínica, passando a ser verificados "... nas auditorias realizadas em 2011, de acordo com a nova metodologia ..." de auditoria e identificação de riscos potenciais definida em 2010, sendo "... considerados GDH de elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados os que poderão ter uma propensão baixa para apresentar não conformidades de codificação, designadamente, os GDH (...) 410."

Questionada especificamente, no decurso do contraditório, sobre este assunto, a empresa de auditoria refere que "... não foi nosso objetivo formular opinião sobre a adequação dos resultados alcançados pelo IPO Porto. No que respeita à classificação dos GDH efetuados, tanto quanto a avaliação do processo nos permite concluir, a eficácia dos controlos para assegurar a correção da classificação era limitada." No que concerne especificamente ao aumento da produção de 2006 para 2007 referem ainda que "... o nosso relatório explica as razões que nos foram reportadas ..." ³² e que "Não foi objeto do nosso trabalho verificar a exatidão do número de tratamentos e a exatidão da sua classificação."

Considerando as evidências relatadas pela própria empresa de auditoria, a mesma não se devia ter limitado a aceitar como boas as explicações reportadas pelo IPO do Porto mas realizado procedimentos próprios de auditoria que permitissem aferir da sua fiabilidade. Não o tendo feito, questiona-se o benefício desta auditoria para o contribuinte.

✓ **Financiamento dos Institutos de Oncologia**

- O decréscimo da produção cirúrgica contratada, com contrapartida no acréscimo da produção contratada nas restantes linhas de atividade, e a faturação da quimioterapia oral gerou um sobrefinanciamento da atividade desenvolvida no IPO do Porto possibilitando-lhe o financiamento de investimentos na sua estrutura produtiva (instalações e equipamentos) que não tiveram paralelo nos Institutos de Oncologia de Lisboa e de Coimbra.
- As taxas de execução do IPO de Lisboa em GDH Cirúrgicos de ambulatório, são muito baixas, apesar da melhoria registada ao longo do triénio: 2008 – 60,5%; 2009 – 77%; 2010 – 77,3% - devido à falta de capacidade do IPO de Lisboa em cirurgia do ambulatório. Com o abandono do projeto das novas instalações, em 2010 ³³, o plano estratégico 2010-2012, incluiu, entre as ações urgentes de remodelação e reorganização dos serviços, a cirurgia do ambulatório de modo a oferecer uma melhor e mais atempada resposta aos doentes.

No exercício do contraditório, o Conselho de Administração do IPO de Lisboa informa que "... criou e equipou uma unidade de cirurgia de ambulatório e criou condições num serviço para a aplicação do conceito de *One-day-surgery* no Serviço de Cabeça e Pescoço estando progressivamente a melhorar a atividade cirúrgica de ambulatório."

³² Referindo-se à explicação constante da pág. 67 do referido relatório: "A variação é justificada pelo crescimento do número de episódios de GDH de ambulatório resultante de alteração na classificação das sessões de quimioterapia e radioterapia. Classificadas até 2006 como sessões de hospital de dia, a quimioterapia e radioterapia passaram a ser consideradas como GDH de ambulatório médico em 2007 (Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho).

³³ Até então previa-se a mudança do IPO de Lisboa para novas instalações.



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

- No que concerne ao hospital de dia, o elevado número de sessões contratadas e realizadas pelo IPO de Lisboa, deve-se ao facto de apenas este IPO dispor nesta linha de produção de sessões de Hematologia, para além de, até 2009, faturar também “Outras” sessões.
- Verificou-se que o procedimento “65270 – Manutenção e heparinização de cateter com ou sem reservatório subcutâneo” corresponde, no IPO de Lisboa, a uma sessão de hospital de dia de Hematologia, faturável pelo preço de € 368,28, e no IPO de Coimbra, a “Outras” sessões de hospital de dia, faturáveis pelo preço de € 25,27³⁴.
- A faturação das sessões em hospital de dia é uma área que exige maior clarificação por parte do financiador³⁵. Já em 2006, a Comissão para a Contratualização em Saúde, em documento aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde em 20 de novembro, recomendava que “(...) ao nível do Hospital de Dia se clarifique que tipo de sessões podem ser classificadas como tal, para que todos os hospitais tenham a mesma interpretação (...)”.

A este respeito, o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, informa “... que as regras de faturação encontram-se plasmadas nas Circulares Normativas e Informativas de Faturação emitidas anualmente pela ACSS ...” indicando algumas dessas Circulares.

Verifica-se, porém, que nesta matéria, estas circulares continuam a suscitar diferentes práticas no que respeita à classificação dos procedimentos. Note-se que a clarificação deve ser feita de modo a não suscitar diversas interpretações.

6.2.2. Cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência

- Desde 2005 que os contratos programa passaram a incluir objetivos de qualidade e eficiência assistencial e económica, de cujo cumprimento fica dependente a atribuição de incentivos institucionais. A atribuição destes incentivos tem substituído progressivamente, a atribuição de um valor de convergência que tem como objetivo compensar os Hospitais pelos desvios entre os custos operacionais e a valorização da produção contratada, de modo a viabilizar a sustentabilidade financeira e económica dos hospitais menos eficientes, e que não estando dependente de um melhor desempenho dos Hospitais, não induz eficiência³⁶. No triénio 2008-2010, os Institutos de Oncologia não receberam qualquer valor a título de convergência, tendo sido compensados em função do maior ou menor cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência.
- Em 2010 o valor dos incentivos institucionais correspondeu a uma percentagem do valor dos contratos programa de cerca de: 2,48% (€ 2.737.506,73) – IPO de Lisboa; 4,05% (€ 2.117.857) – IPO de Coimbra; 3,94% (€ 4.663.922,59) - IPO do Porto.
- Nesse ano, o IPO de Coimbra executou 93,75% dos seus objetivos, i.e., 15 em 16 objetivos foram cumpridos, faturando por esse cumprimento € 1.853.125,72³⁷.

³⁴ Nos anos em análise o IPO do Porto apenas contratualizou e faturou sessões de Imuno-hemoterapia no âmbito do hospital de dia.

³⁵ As regras de faturação não discriminam os procedimentos que são faturáveis como sessão de hospital de dia, sendo esses procedimentos definidos pelos Institutos de Oncologia com base nos procedimentos constantes do Anexo III da Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, que serve de referência à faturação dos episódios pelos hospitais no âmbito dos contratos programa.

³⁶ A este respeito vide Relatório n.º 11/2010 – 2ª S, de 18 de março - Auditoria orientada ao cálculo e atribuição do valor de convergência aos Hospitais EPE.

³⁷ Vide Desenvolvimento da Auditoria – ponto 3.2 - quadros 9 e 10 e Anexo 3 – quadros 6 e 8, Vol. II.



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto

- O IPO do Porto cumpriu 50% (7 em 14) dos objetivos, faturando € 3.002.400,00, e o IPO de Lisboa cumpriu 47,67% (7 em 15), faturando € 1.571.328,87³⁸. Estes Institutos de Oncologia não cumpriram os objetivos relativos à referenciação de doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nem os relativos ao peso da cirurgia do ambulatório no total das cirurgias programadas. Ambos os Institutos também ficaram aquém das metas relativas aos tempos de espera para cirurgia.
- No que concerne aos objetivos de desempenho económico, os Institutos de Oncologia do Porto (no triénio 2008-2010) e de Coimbra (em 2010) superaram os objetivos relativos aos resultados operacionais e ao custo unitário por doente padrão³⁹.
- Os resultados operacionais do IPO do Porto encontram-se, porém, sobrevalorizados pela faturação irregular à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, de medicamentos antineoplásicos cedidos aos doentes em ambulatório para utilização no domicílio (v.g. quimioterapia oral), como se se tratasse de GDH Médico de ambulatório e pela estratégia de negociação do contrato programa em matéria de GDH Cirúrgicos de internamento com a condescendência da Administração Regional de Saúde do Norte, IP.

- Considerando as perdas de *eficiência técnica* nos Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto, evidenciadas no Relatório n.º 30/2011⁴⁰ - é, muito provavelmente, possível, através de uma maior racionalização dos recursos utilizados, uma aproximação dos custos unitários por doente padrão daqueles Institutos ao custo unitário por doente padrão do IPO de Coimbra, que apresenta o custo mais baixo. De acordo com o referido nesse Relatório, o IPO de Coimbra revelou perdas de *eficiência na afetação*⁴¹ que, se superadas, se traduzirão num melhor desempenho.

Quadro 3 – Realização objetivos nacionais 2010

IPO	Objectivos nacionais CP 2010	Realizado
Porto	Custo unitário por doente padrão*	4.981,69 €
	Resultado operacional	13.482.268,0 €
	Consumos	6,29%
	FSE	3,74%
	Custos com pessoal	3,40%
	Compras	5,76%
Coimbra	Custo unitário por doente padrão*	3.371,96 €
	Resultado operacional	626.190,7 €
	Consumos	3,91%
	FSE	-8,29%
	Custos com pessoal	1,0%
	Compras	3,99%
Lisboa	Custo unitário por doente padrão*	5.725,04 €
	Resultado operacional	-15.499.428,3 €
	Consumos	6,18%
	FSE	31,02%
	Custos com pessoal	-1,85%
	Compras	6,0%

*Doente padrão - vide Glossário

- Os Institutos de Oncologia de Coimbra e de Lisboa registaram um bom desempenho quanto aos objetivos de crescimento da despesa com consumos, custos com pessoal e compras. O IPO de Coimbra registou, ainda, um bom desempenho quanto ao objetivo de crescimento

³⁸ Vide Desenvolvimento da Auditoria – ponto 3.2 - quadros 9 e 10 e Anexo 3 – quadros 6, 7 e 9, Vol. II.

³⁹ Doente padrão – vide Glossário. O número de doentes padrão aumentou no triénio 2008-2010, 8,57% no IPO de Lisboa, 7,84% no IPO de Coimbra e 6,71% no IPO do Porto, sendo que os anos em que se verificou um maior aumento foi, no IPO de Lisboa, em 2009, e nos Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto, em 2010.

⁴⁰ Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS - Volume II, págs. 208 e 209. A *eficiência técnica* avalia-se tendo em conta a produção realizada (por exemplo, doentes saídos do internamento), e a quantidade dos recursos utilizados (por exemplo, médicos e enfermeiros), sendo que um hospital é eficiente se obtém o mesmo nível de produção de outros hospitais, mas com, proporcionalmente, menor utilização de recursos.

⁴¹ A *eficiência na afetação* mede até que ponto determinado hospital (eficiente no preço) fica aquém de atingir um custo mínimo devido à incapacidade de fazer a “reafetação” dos seus custos entre os vários recursos disponíveis para a produção (por exemplo, diminuindo os custos com médicos e aumentando os custos com enfermeiros, em menor proporção, para a mesma produção).



da despesa com fornecimentos e serviços externos, ao invés do IPO de Lisboa cuja despesa nesta rubrica registou, em 2010, um desvio negativo de 31,02% face ao objetivo, em resultado da externalização de parte dos serviços de radioterapia.

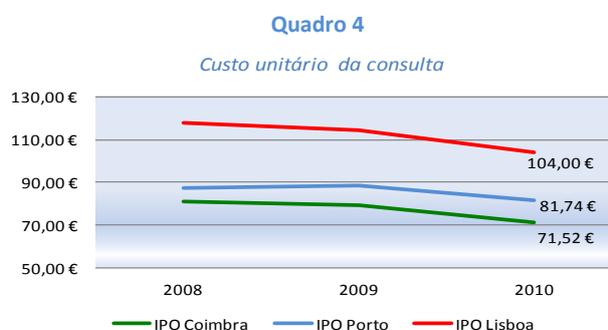
6.3. Eficiência da gestão

[Cfr. Desenvolvimento da Auditoria - ponto 4 - Vol. II]

- A análise de eficiência incidiu nas três grandes áreas de atividade dos Institutos de Oncologia: consultas externas, internamento e ambulatório, e em áreas que suportam a atividade de prestação de cuidados de saúde de maior volume financeiro.

6.3.1. Consulta externa

- Face aos resultados obtidos e aos recursos consumidos na área da Consulta Externa, o IPO de Coimbra foi o mais eficiente dos três Institutos de Oncologia no triénio 2008-2010.



- Numa perspetiva baseada nos recursos utilizados, para se alcançar uma situação eficiente deveria ocorrer uma substancial redução de custos no IPO de Lisboa.
- Em 2010, o IPO de Coimbra teve a maior produtividade do trabalho médico (3.264 consultas/médico em tempo completo) e o IPO de Lisboa da enfermagem (8.987 consultas/enfermeiro em tempo completo).
- A disparidade do número de consultas por sala, médico e enfermeiro⁴², nos três Institutos de Oncologia é reveladora do potencial de poupança que é possível obter através da introdução de melhorias tendentes a uma maior eficiência técnica.
- O montante estabelecido nos contratos programa para remuneração das consultas externas revelou-se aquém do necessário para compensar o défice operacional desta linha de produção nos três Institutos de Oncologia, apesar da tendência de evolução positiva registada no triénio em análise. Em 2010, a diferença entre os custos foram superiores aos proveitos em € 31.313.445,62, no IPO de Lisboa, € 4.209.164,37, no IPO de Coimbra e € 22.494.534,44, no IPO do Porto.

⁴² Cfr. Vol. II – Desenvolvimento da Auditoria – ponto 4.1 - quadro 12.



Quadro 5 - Consultas externas - Custos e proveitos

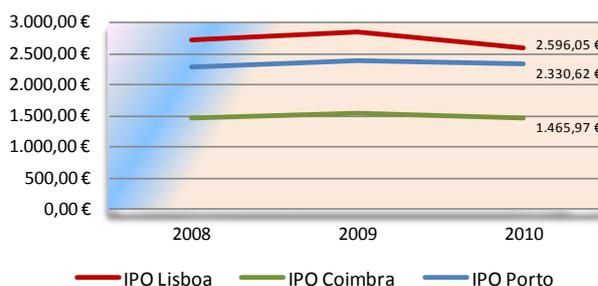
2010	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Custos totais	55.642.916,68 €	18.132.692,02 €	51.348.473,52 €
Proveitos totais	24.329.471,06 €	13.923.527,65 €	28.853.939,08 €
Diferença	31.313.445,62 €	4.209.164,37 €	22.494.534,44 €
	-56,28%	-23,21%	-43,81%

- Em 2010, os tempos médios de resposta do IPO do Porto aos pedidos de primeiras consultas emitidos através do sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas, ultrapassaram os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG). O IPO de Lisboa ultrapassou os TMRG para os níveis de prioridade 3 e 1 e o IPO de Coimbra apenas ultrapassou em 1 dia o TMRG estabelecido para as consultas de prioridade de nível 3.

6.3.2. Internamento/cirurgia

- Considerando os custos diretos totais do internamento e a produção realizada dos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto, cujos índices de *case-mix* são comparáveis, o IPO de Porto foi mais eficiente que o IPO de Lisboa no triénio 2008-2010, tendo um custo unitário por doente saído inferior.
- Quanto ao número de doentes saídos por médico e por enfermeiro, verifica-se que o IPO de Lisboa é o que apresenta maior produtividade por médico e o IPO de Coimbra maior produtividade por enfermeiro. Já quanto ao número de doentes saídos por cama, o IPO do Porto registou o maior número em 2008 (40,82) e 2009 (42,22) e o IPO de Lisboa em 2010 (41,79).
- No triénio 2008-2010, o custo por doente saído teve uma evolução discordante. De 2008 para 2009 registou-se um crescimento de 4,42%, 5,33% e 4,35%, nos Institutos de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto respetivamente e, de 2009 para 2010, uma diminuição de 8,81%, em Lisboa, 5,57%, em Coimbra, e 2,47%, no Porto.
- Ao longo do triénio os Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto diminuíram as suas Listas de Inscritos para Cirurgia. O IPO de Coimbra, apesar de ter reduzido o número de doentes em espera de 2009 para 2010, apresentava, neste ano, mais 107 doentes do que em 2008.
- O aumento das intervenções cirúrgicas no IPO do Porto, no ano de 2010, resultou de uma maior utilização do Bloco Operatório e da maior disponibilidade de camas para os doentes operados⁴³.

Quadro 6 - Custo unitário por doente saído



⁴³ Camas que, até então, eram ocupadas por doentes que efetuavam tratamento de quimioterapia com 1 dia de internamento, i.e., em regime de internamento, e que passaram a realizar essa quimioterapia em regime de ambulatório, no hospital de dia.



- O IPO de Coimbra é o que apresenta, em termos globais, melhores tempos de espera, verificando-se, ainda, uma diminuição desses tempos no IPO de Lisboa e, mais significativamente, no IPO do Porto.

6.3.3. Quimioterapia

- Os medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores têm o maior peso nos encargos com medicamentos nos Institutos de Oncologia, sendo ainda o grupo farmacológico que mais contribui para o aumento da despesa.
- Os Institutos de Oncologia realizam, anualmente, processos de aquisição conjuntos de alguns medicamentos de maior volume financeiro, o que tem permitido baixar o custo unitário de alguns medicamentos e, conseqüentemente gerar poupanças (em 2009, o IPO de Coimbra obteve poupanças no total € 517.883,15, o IPO do Porto € 1.482.456,00 e o IPO de Lisboa € 801.215,50), devendo esta prática ser alargada a outros medicamentos e ao fornecimento de serviços.
- Existindo genéricos, os três Institutos de Oncologia optam pela aquisição e dispensa do medicamento mais económico. As exceções a este princípio são casuísticas e objeto de parecer das Comissões de Farmácia e Terapêutica.
- Em 2011, a entrada no mercado de um titular de um medicamento genérico permitiu uma redução real do custo médio unitário desse medicamento no IPO do Porto de cerca de 85,3% relativamente ao custo médio unitário de 2010. Em 2010 esse custo era de € 115,23 e, em 2011, passou a ser de € 16,96.
- O surgimento no mercado de medicamentos genéricos durante o período de vigência de um contrato público de aprovisionamento (acordo quadro), celebrado pela central de compras do Ministério da Saúde, ao qual os Institutos de Oncologia e as outras unidades prestadoras de cuidados de saúde do setor empresarial do Estado estejam vinculados, pode impedir a obtenção de poupanças. É que existindo esse vínculo, as mesmas apenas poderão adquirir os medicamentos aos fornecedores reconhecidos por aquele contrato público de aprovisionamento, com eventual prejuízo para o erário público se entretanto surgir no mercado uma empresa com preços substancialmente mais baixos.
- A exigência da necessidade de dispensa pelo membro do Governo responsável pela área da saúde pode constituir um obstáculo administrativo à obtenção do melhor preço. A não vinculação aos contratos públicos de aprovisionamento sempre que as entidades públicas empresariais obtenham, comprovadamente, preços significativamente mais económicos junto de outros fornecedores, desde que notificada à central de compras e respeitadas as regras de formação dos contratos públicos⁴⁴, constituirá uma opção menos burocrática e

⁴⁴ Apesar da formação dos contratos, a celebrar pelos hospitais EPE, de valor inferior aos limiares comunitário (atualmente fixados em € 200.000, para os contratos de aquisições de bens e serviços, e em € 5.000.000, para os contratos de empreitada, cfr. Regulamento (CE) n.º 1251/2011, de 30 de novembro), não estar sujeita aos procedimentos de adjudicação constantes da parte II do Código dos Contratos Públicos, a mesma deve respeitar os princípios gerais da atividade administrativa, constantes do Código do Procedimento Administrativo (artigo 5º, n.ºs 3 e 5, do Código dos Contratos Públicos).



mais económica e eficiente. Esta situação é especialmente relevante no atual contexto de contenção de custos.

A propósito da vinculação ou não dos Institutos de Oncologia aos contratos públicos de aprovisionamento, o Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, central de compras do setor da saúde, considerou, em síntese, que a possibilidade dos contratos públicos de aprovisionamento poderem "... ser tornados obrigatórios por decisão do Ministro da Saúde ..." torna-os mais competitivos "... e que, durante a vigência dos mesmos, "... os grandes consumidores podem obter poupanças significativas na fase de *call-off*⁴⁵, os pequenos consumidores obtêm assim um melhor teto de preços."

Sobre este assunto, refira-se que a obrigatoriedade de aquisição com base nos contratos públicos de aprovisionamento não deixa qualquer margem para a emulação entre os hospitais e a própria central de compras pelos *inputs* mais económicos. A central de compras tem de apresentar resultados que justifiquem a sua existência, uma vez que os organismos públicos têm, com frequência, tendência para cair no imobilismo, prejudicial ao contribuinte.

Conforme evidenciado *supra* a agregação de quantidades no processo de aquisição de medicamentos tem produzido ganhos consideráveis para os três Institutos de Oncologia. A perda de autonomia dos Institutos de Oncologia, nesta matéria, e os ganhos que os mesmos têm conseguido poderão não ser compensados com as poupanças que se almejam com a sua vinculação aos contratos públicos de aprovisionamento.

Assim, a vinculação dos Institutos de Oncologia aos contratos públicos de aprovisionamento celebrados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, deve ser sustentada do ponto de vista económico-financeiro. Essa sustentação deve conter uma quantificação dos ganhos que, fundamentadamente, se esperam alcançar com a sua vinculação, para monitorização e controlo *ex post*⁴⁶.

Igualmente, encontrando-se os Institutos de Oncologia vinculados a adquirirem aos fornecedores reconhecidos pelos contratos públicos de aprovisionamento, um requerimento dos mesmos com vista à sua desvinculação, no qual demonstrem que conseguem preços mais económicos junto de outros fornecedores, deve ser apreciado por entidade não envolvida no processo⁴⁷ e apenas recusado por decisão devidamente sustentada do ponto de vista económico-financeiro.

- Perante medicamentos exclusivos, mas semelhantes do ponto de vista farmacológico e clínico, os Institutos de Oncologia procedem à substituição de determinadas substâncias ativas por outras menos dispendiosas ou com condições económico-financeiras mais favoráveis, ficando a utilização das substâncias mais dispendiosas sujeitas a apreciação, caso a caso, das justificações clínicas e a normas de uso muito restritas.
- As normas de orientação terapêutica utilizadas são suportadas em evidência científica e são objeto de revisão perante a existência de novas tecnologias ou a possibilidade de aplicação a outras patologias ou estádios da doença. Não existe, contudo, evidência das mesmas

⁴⁵ A estratégia dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, assenta na celebração de acordos quadro, desenvolvidos em duas fases: 1ª Fase – seleção de fornecedores com preço máximo; 2ª Fase (*call-off*) – consulta pelas unidades de saúde dos fornecedores qualificados/selecionados no âmbito do acordo quadro e negociação de aspetos sujeitos a concorrência no âmbito do acordo.

⁴⁶ É um mau começo que a constituição da atual central de compras do Ministério da Saúde não tenha sido precedida de um estudo económico-financeiro para controlo *ex post*.

⁴⁷ Por questões de imparcialidade face à concorrência, i.e., face aos fornecedores não reconhecidos pelos contratos públicos de aprovisionamento. Note-se, ainda, que a existência da central de compras apenas se justificará se e enquanto trouxer poupanças para o sistema de saúde, pelo que se os hospitais demonstrarem conseguir maiores poupanças por outras vias, a missão daquela extinguir-se-á.



serem sistematicamente objeto de análises sobre o impacto real nos resultados dos cuidados de saúde prestados (avaliação *ex post*).

- Alguns dos medicamentos utilizados, no âmbito das normas de orientação clínica, são de utilização recente nos hospitais, tendo a respetiva autorização de introdução no mercado sido dada com base em ensaios clínicos realizados pela indústria. A reavaliação desses medicamentos com base nos resultados da sua aplicação em meio hospitalar pode evitar que produtos com elevado custo/efetividade, relativamente a substitutos terapêuticos, continuem a ser financiados pelo sistema de saúde.

O Conselho de Administração do IPO de Lisboa esclarece que “... que, nas reuniões semanais da Comissão de Farmácia e Terapêutica a avaliação dos pedidos individuais implica uma revisão permanente do desempenho do medicamento, i.e., cada novo doente que entra em terapêutica é avaliado com base no conhecimento acrescentado sobre o uso do medicamento na Instituição. Por outro lado, existem avaliações formais em curso sobre medicamentos relevantes, de que se salienta o estudo sobre biosimilares de filgastim e o estudo sobre utilização de trastuzumab em cancro da mama metastático.”

6.3.4. Radioterapia

- As condições físicas dos Serviços de Radioterapia dos Institutos de Oncologia, o parque tecnológico instalado e as técnicas empregues nos tratamentos são distintas, o que prejudica a equidade no atendimento, no conforto e no tratamento dos doentes.
- O IPO de Lisboa foi o mais eficiente em 2009, nomeadamente registou o custo médio unitário por tratamento de radioterapia mais económico⁴⁸. No entanto, a desativação de equipamento instalado por obsolescência ou por avarias frequentes, os atrasos registados na instalação e entrada em funcionamento de equipamento adquirido em 2005 e a subcontratação de serviços a entidades privadas a um custo médio de tratamento superior ao de produção própria tornou-o no mais ineficiente em 2010⁴⁹.
- Os custos unitários, por procedimento, suportados pelo IPO de Coimbra com a subcontratação de serviços de radioterapia convencional, em 2009 e 2010, foram superiores aos custos incorridos pelos outros Institutos de Oncologia.
- Esta situação, para além de evidenciar a falta de articulação dos Institutos de Oncologia na negociação da subcontratação deste tipo de prestação de serviços que, à semelhança dos processos de aquisição conjunta de medicamentos, poderia gerar poupanças, foi o resultado da saída de especialistas da instituição⁵⁰. Perante a incapacidade de resposta dos Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto⁵¹, o IPO de Coimbra optou por subcontratar, de forma pouco cuidada, pois não procurou o melhor preço, o prestador que já lhe havia

⁴⁸ Em 2009, o custo unitário/tratamento foi de € 128,51, no IPO de Lisboa, € 154,67, no IPO do Porto e de € 238,16 no IPO de Coimbra.

⁴⁹ A este propósito *vide* o Relatório n.º 12/2011 do Tribunal de Contas – Auditoria orientada às aquisições de bens e serviços do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE. Em 2010, o custo unitário/tratamento foi de € 189,51, no IPO de Lisboa, € 136,10, no IPO do Porto e de € 184,82 no IPO de Coimbra.

⁵⁰ Confrontado com a diferença dos custos, o IPO de Coimbra invocou o caráter excecional e imprevisível da subcontratação com origem numa “(...) mudança na direção de serviço de radioterapia por aposentação da Diretora então em exercício e que culminou com a saída de 3 especialistas seniores (...) sendo que a urgência foi encontrar um Centro para o qual os doentes pudessem ser referenciados sem prejuízo para o assegurar dos seus tratamentos (...)”.

⁵¹ Que foram consultados, a esse respeito, pelo IPO de Coimbra.



assegurado os tratamentos aquando da remodelação do serviço em 2006, por preços mais elevados.

Quadro 7 – Custos da subcontratação de radioterapia convencional – por procedimento

- Tipo de procedimentos -		Contração externa de serviços de radioterapia - em acelerador linear -					
		IPO Lisboa		IPO Porto		IPO Coimbra	
Código	Procedimento	Prestadores 1, 2 e 3	Prestador 1	Prestador 2	Prestador 1	Prestador 2	
45160	Tratamento simples	74,29 €	74,00 €	68,00 €	80,00 €	80,00 €	
45170	Tratamento intermédia	86,64 €	87,00 €	75,00 €	85,00 €	85,00 €	
45180	Tratamento complexo	101,18 €	101,00 €	84,00 €	95,00 €	95,00 €	
45100	Dosimetria simples	59,57 €	60,00 €	60,00 €	12,00 €	12,00 €	
45105	Dosimetria intermédia	73,53 €	74,00 €	70,00 €	30,00 €	27,00 €	
45110	Dosimetria complexa	93,96 €	94,00 €	90,00 €	50,00 €	47,00 €	
45010	Planeamento simples	99,75 €	100,00 €	104,00 €	160,00 €	160,00 €	
45015	Planeamento intermédio	104,50 €	105,00 €	109,00 €	210,00 €	215,00 €	
45020	Planeamento complexo	118,75 €	119,00 €	124,00 €	270,00 €	270,00 €	
45055	Simulação simples	127,78 €	128,00 €	134,00 €	230,00 €	220,00 €	
45065	Simulação intermédia	135,57 €	136,00 €	142,00 €	240,00 €	240,00 €	
45075	Simulação complexa	167,77 €	168,00 €	176,00 €	245,00 €	250,00 €	
-	Consulta	30,00 €	30,00 €	30,00 €	60,00 €	40,00 €	

Nota: O IPO do Porto conseguiu uma redução de 3% nos preços dos respetivos prestadores para 2011

- Apesar do IPO do Porto ter negociado preços mais baixos com um dos seus dois prestadores de serviços de radioterapia convencional, o mesmo, inexplicavelmente do ponto de vista da boa gestão, referencia os doentes para um e para outro prestador, indiferenciadamente, sem esgotar a capacidade de resposta do prestador mais económico.
- No triénio 2008-2010, o Serviço de Radioterapia do IPO do Porto registou a maior produtividade do parque tecnológico instalado.
- O IPO de Coimbra vem assegurando, desde junho de 2010, os tratamentos de radiocirurgia e radioterapia estereotáxica fracionada aos doentes do IPO de Lisboa, por este não ter o equipamento necessário à realização daquelas técnicas.
- O custo unitário direto por tratamento da produção própria dos Institutos de Oncologia é inferior ao da produção subcontratada, desde que otimizada a utilização dos equipamentos e o aproveitamento dos recursos humanos.

6.3.5. Medicina nuclear

- Os três Institutos de Oncologia dispõem de um Serviço de Medicina Nuclear, no entanto, o IPO de Coimbra é o único que não dispõe de tomógrafo para a realização de tomografias por emissão de positrões (PET ou PET-CT⁵²), tendo recorrido no triénio 2008-2010, à contratação da prestação destes serviços (PET-CT) a entidades externas.
- O IPO do Porto dispõe do único tomógrafo que combina as tecnologias PET e TAC (PET-CT), o que lhe tem permitido realizar exames a doentes de outras entidades e, deste modo, rentabilizar o investimento realizado e aproveitar a capacidade instalada.

⁵² A PET é a tomografia por emissão de positrões, sendo que a PET-CT é uma evolução desta, combinando as tecnologias PET e TAC.



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia
de Lisboa, de Coimbra e do Porto

- O IPO de Lisboa tem rentabilizado a capacidade instalada do seu Serviço de Medicina Nuclear, nomeadamente através de um contrato estabelecido com o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.
- O IPO de Lisboa dispõe de um tomógrafo que lhe permite realizar exames PET. Sempre que necessário o IPO de Lisboa adquire os exames PET-CT a prestadores externos.
- Os custos unitários de produção de um exame PET-CT foram calculados pelo IPO do Porto em € 619,70, o valor cobrado por entidades privadas ao IPO de Lisboa por esse exame foi de € 900,00 e o preço praticado ao IPO de Coimbra pelo Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde foi de € 700,00, o que evidencia a desadequação e sobrevalorização do preço definido na tabela de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde que é de € 1.415,80.
- À semelhança do já observado⁵³ relativamente aos preços pagos pelo Estado pelos tratamentos de radioterapia, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, negligenciou a fixação dos preços administrativos dos exames PET, superiores aos valores praticados no mercado, induzindo comportamentos conducentes à irracionalidade económica no sistema.
- A principal componente dos custos de um exame PET ou PET-CT nos Institutos de Oncologia é um radiofármaco, a fluorodesoxiglicose marcada com Flúor-18 (¹⁸F-FDG), produzido por um ciclotrão.
- Os radiofármacos utilizados pelos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto são, ainda, importados de Espanha. O único ciclotrão em atividade em Portugal, no Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde, obteve autorização do Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, para a comercialização de ¹⁸F-FDG, em 28 de dezembro de 2011⁵⁴.
- O valor das aquisições de ¹⁸F-FDG, importada⁵⁵ pelas três unidades hospitalares do setor público que realizam exames PET⁵⁶, ascendeu, em 2009, a € 2.093.922,00 e, em 2010, a € 2.145.319,00.
- As unidades hospitalares do setor público têm reportado⁵⁷ ao Instituto Nacional de Estatística, IP, as importações de ¹⁸F-FDG em códigos diferentes do correspondente a esta substância⁵⁸. Deste modo, os dados disponíveis no Instituto Nacional de Estatística, IP,

⁵³ No Relatório n.º 12/2011, 2ª Secção, do Tribunal de Contas, de 5 de maio - Auditoria orientada às aquisições de bens e serviços do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE.

⁵⁴ O pedido de autorização de introdução no mercado foi submetido ao Infarmed em 21 de novembro de 2011, no decorrer de contactos da equipa de auditoria junto do Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde.

⁵⁵ Direta ou indiretamente, através da sucursal no nosso país do fornecedor espanhol.

⁵⁶ Para além dos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto, os Hospitais da Universidade de Coimbra (integrados no atual Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE) dispõem também de um equipamento PET, adquirindo o radiofármaco em causa ao fornecedor espanhol. Como referido em conclusão anterior o IPO de Coimbra não dispõe de equipamento PET, tendo adquirido externamente a realização desse exame, designadamente ao Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde.

⁵⁷ O reporte é feito com base na Lei n.º 22/2008, de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional), sendo obrigatório para todos os serviços ou organismos, pessoas singulares e coletivas, nos termos do artigo 4º n.º2, da referida Lei.

⁵⁸ O código "2844 40 30 - Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom" da Nomenclatura Combinada, instituída pelo Regulamento (CEE) n.º 2658/87, do Conselho, para responder às exigências da pauta aduaneira comum, das estatísticas do comércio externo da Comunidade e de outras políticas comunitárias relativas à importação ou à exportação de mercadorias, e alterada pelo



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia
de Lisboa, de Coimbra e do Porto

relativos aos fluxos de importações de “*Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom*”, em 2009 e 2010, respetivamente, € 552.507 e € 534.111, são inexatos, colocando em causa a fiabilidade e qualidade desses dados e não contribuindo para a satisfação dos utilizadores de forma eficiente⁵⁹, prejudicando, designadamente, o cálculo económico na avaliação de projetos de investimento.

- Para além das entidades do setor público, existem entidades do setor privado da saúde que também importam ¹⁸F-FDG. Acrescendo os valores das importações realizadas pelo setor público, reportados noutros códigos, aos valores disponíveis no Instituto Nacional de Estatística, IP, sob o código “*Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom*”, que foram fornecidos por entidades do setor privado, as importações de ¹⁸F-FDG totalizaram aproximadamente⁶⁰ € 2,6 milhões/ano (€ 2.646.429,00, em 2009, e 2.679.430,00, em 2010).
- A comercialização de ¹⁸F-FDG produzida em Portugal determinará, assim, uma redução de custos no Serviço Nacional de Saúde, pela redução dos custos de produção e de transporte do produto⁶¹ com impacto nos preços faturados pelo fornecedor às unidades hospitalares, e consequentemente contribuirá para a diminuição do défice externo e para o aumento do Produto Interno Bruto.

No âmbito do contraditório, o Conselho Diretivo do Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, salienta que “... tendo em conta o rápido decaimento radioativo neste fármaco (...), a importação a partir de Espanha resulta em apenas 10% da atividade radioativa à chegada ao destino. Em consequência, a mesma quantidade de fármaco quando produzida próximo do local de utilização pode ser administrada a um maior número de doentes, permitindo uma maior rentabilidade dos custos associados à utilização deste medicamento.” Informa, ainda, que a comercialização de ¹⁸F-FDG produzido em Portugal poderá reduzir os custos, com a aquisição do mesmo, em cerca de 50%.

- No biénio 2009-2010, a relação entre custos totais e produção evidencia maior eficiência do Serviço de Medicina Nuclear do IPO do Porto face ao do IPO de Lisboa, pelo que se salienta o bom desempenho daquele Serviço.

Regulamento (EU) n.º 1006/2011, da Comissão. Aquele código inclui cerca de 50 substâncias, entre as quais ¹⁸F-FDG. Por seu turno, as unidades hospitalares consultadas reportaram as importações noutros códigos “3006 30 00” e “3822 00 00”.

⁵⁹ Cfr. estabelecido no artigo 8º, n.º 2, da Lei n.º 22/2008, de 13 de maio, e artigo 4º, n.º 2, al. a), do Decreto-Lei n.º 166/2007, de 3 de maio.

⁶⁰ Note-se que o Código “2844 40 30” da Nomenclatura Combinada inclui outras substâncias para além da ¹⁸F-FDG e que, tal como as entidades do setor público reportaram num código errado as importações daquela substância, também as entidades do setor privado podem ter reportado o valor das suas importações noutros códigos.

⁶¹ Devido à maior proximidade entre o local de expedição/produção e os locais de realização dos exames PET, o produto pode ser expedido com uma atividade menor do que aquela a que é expedido em Espanha, o que implicará custos de produção inferiores. Aliás no nosso país só se realizam exames em PET que se baseiem na utilização de ¹⁸F-FDG, pois o ritmo a que se dá o seu decaimento (tempo ao fim do qual só se dispõe de metade da quantidade inicial é de cerca de 2 horas). A existência de um ciclotrão a produzir em Portugal permite a utilização em exames e estudos de outras substâncias com utilidade clínica demonstrada, mas cuja elevada taxa de decaimento apenas permite a sua utilização nas imediações do ciclotrão. Tratando-se de uma substância radioativa os custos de transporte são significativos, pelo que a maior proximidade entre os locais de produção e utilização contribuirá também para a redução desses custos, com reflexo nos preços praticados pelo fornecedor.



6.3.6. Alimentação

- Ao contrário dos outros Institutos de Oncologia, o IPO de Coimbra assegura o serviço de alimentação através de meios próprios. Esta prática de gestão tem alcançado bons resultados em termos económicos e de satisfação dos doentes.
- O IPO de Coimbra apresentou os custos unitários por refeição mais baixos em 2009 e 2010 e foi o melhor classificado dos três Institutos de Oncologia, quanto à alimentação no internamento, no “*Sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes dos hospitais em 2009*” da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- A opção pelo fornecimento da alimentação em regime de *outsourcing*, a partir de janeiro de 2009, determinou o aumento dos custos unitários por refeição no IPO do Porto que, em 2008, era o mais eficiente dos três Institutos de Oncologia. O aumento desses custos era, aliás, evidenciado, num estudo económico-financeiro elaborado pelo IPO do Porto antes da adjudicação do serviço, que concluía que o valor da melhor proposta apresentada a concurso, era 3,7% superior à redução dos custos internos previstos com a externalização do serviço. Assim, a decisão do Conselho de Administração do IPO do Porto, ao contrariar as conclusões do estudo de viabilidade económico-financeira, não é coerente com a boa gestão dos dinheiros públicos.

Relativamente a esta situação, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informou, em contraditório, que iria questionar o Conselho de Administração do IPO do Porto a este respeito.

- O IPO de Lisboa apresenta os piores resultados em termos de custo unitário por refeição e de qualidade apercebida pelos utentes, pelo que se justifica a análise e alteração das práticas de gestão instituídas nesta área.

6.4. Qualidade

[Cfr. Desenvolvimento da Auditoria - ponto 5 - Vol. II]

- Os Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto integram os programas de garantia global da qualidade do *Casper Healthcare Knowledge Accreditation* (CHKS), tendo sido reacreditados em 2010, e da *Organization of European Cancer Institutes* (OECI), desde 2011. O IPO de Lisboa iniciou o processo de acreditação global da OECI em 2010, tendo, no entanto, diversos serviços e laboratórios acreditados por outras entidades.
- Os Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto dispõem de estruturas de governação clínica e de gestão do risco, com estratégias definidas. No IPO de Lisboa estas estratégias encontram-se em desenvolvimento em resultado também do próprio processo de acreditação pela *Organization of European Cancer Institutes* (OECI).
- No que respeita à satisfação dos doentes, os Institutos de Oncologia apresentam resultados positivos elevados nos questionários analisados.



6.5. Boas práticas de gestão

[Cfr. Desenvolvimento da Auditoria - ponto 6 - Vol II]

No conjunto dos Institutos de Oncologia destacam-se as seguintes boas práticas:

- A constituição de um grupo de trabalho conjunto para negociar a aquisição dos medicamentos de maior volume financeiro, pelos três Institutos.
- A rentabilização dos investimentos em grandes equipamentos (aproveitamento da capacidade instalada) pela prestação de serviços a outras entidades, públicas e privadas, nos serviços de Medicina Nuclear dos Institutos de Oncologia do Porto e Lisboa.
- A substituição de determinadas substâncias ativas por outras menos dispendiosas semelhantes do ponto de vista farmacológico e clínico, em todos os Institutos.
- A integração em processos de acreditação pelos três Institutos.
- A renovação e atualização do parque tecnológico da Radioterapia, de modo a realizar o maior número de técnicas de tratamento e reduzindo a dependência de entidades privadas, nos Institutos de Oncologia do Porto e Coimbra.
- A renegociação de contratos de prestação de serviços e/ou fornecimento de produtos, procurando novos fornecedores e melhores preços sem perda de qualidade, no serviço de Medicina Nuclear do IPO de Coimbra.
- O aproveitamento da capacidade instalada (n.º de exames/tratamentos por equipamento), do serviço de Medicina Nuclear do IPO do Porto e dos serviços de Radioterapia deste Instituto e do IPO de Coimbra.
- A internalização de atividades de suporte à atividade principal das unidades de saúde quando é mais económico e sem perda de qualidade, no serviço de Alimentação do IPO de Coimbra.
- A ambulatorização dos tratamentos de quimioterapia efetuados em regime de internamento de curta duração (1 dia de internamento), no IPO do Porto.
- A redução a escrito de procedimentos, em todos os Institutos.
- A existência de regras de referenciação e admissão dos doentes, nos três Institutos de Oncologia.
- A contratualização interna da atividade dos serviços, no IPO de Coimbra.



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia
de Lisboa, de Coimbra e do Porto

- Se corrigidos os resultados do IPO do Porto, em 2009, do valor da faturação de quimioterapia oral, € 11.691.406,40, verifica-se uma diminuição de 8,38% nos proveitos operacionais e de 90% no resultado líquido do exercício. Nesse ano os proveitos operacionais foram de € 127.873.731,83 e o resultado líquido do exercício de € 1.303.429,36 ao invés de € 139.565.138,23 e € 12.994.835,76, como registado nos documentos de prestação de contas. Por outro lado, em 2009, a estratégia de negociação do contrato programa gerou proveitos ao IPO do Porto estimados em € 11.042.914,09⁶².
- O IPO de Lisboa tem uma atividade de exploração sistematicamente deficitária, não sendo capaz de gerar resultados de tesouraria suficientes para financiar a sua atividade corrente, pelo que os capitais próprios estão a decrescer (em 2010, -15,3% do que em 2009).
- No triénio em análise, o IPO de Coimbra apresenta os melhores resultados relativos no esforço de contenção de custos, verificando-se aumentos nos custos totais de 3%, em 2009, e de 2,5%, em 2010. No IPO de Lisboa os custos totais aumentaram 5,3% em 2009, e 6,5%, em 2010, e no IPO do Porto, os aumentos foram de 9,6%, em 2009, e de 4,4%, em 2010. Note-se que o número de doentes padrão aumentou, no triénio em todos os Institutos de Oncologia, sendo que no IPO de Coimbra o aumento mais significativo ocorreu em 2010 (mais 7,53% de doentes padrão do que no ano anterior), com um decréscimo de 4,67% nos custos totais do referido instituto por doente padrão, o que evidencia uma utilização mais racional dos recursos.

Quadro 9 - Custos totais dos Institutos de Oncologia por doente padrão

Ano		IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
		Custos totais	Doente padrão	Custos totais/doente padrão*	Custos totais	Doente padrão	Custos totais/doente padrão*	Custos totais	Doente padrão	Custos totais/doente padrão*
2008	Unid.	120.214.556,89 €	21.344,59	5.632,09 €	50.111.352,00 €	14.449,27	3.468,09 €	117.857.467,33 €	25.195,61	4.677,70 €
2009	Unid.	126.627.363,42 €	22.374,05	5.659,56 €	51.606.116,00 €	14.491,15	3.561,22 €	129.171.488,87 €	24.839,82	5.200,18 €
	Δ%	5,33%	4,82%	0,49%	2,98%	0,29%	2,69%	9,60%	-1,41%	11,17%
2010	Unid.	134.802.361,36 €	23.173,82	5.817,01 €	52.900.999,00 €	15.582,43	3.394,91 €	134.824.317,12 €	26.885,43	5.014,77 €
	Δ%	6,46%	3,57%	2,78%	2,51%	7,53%	-4,67%	4,38%	8,24%	-3,57%
Triénio	Δ%	12,13%	8,57%	3,28%	5,57%	7,84%	-2,11%	14,40%	6,71%	7,21%

Fonte: Custos - Demonstração de resultados dos IPO; N.º de doentes padrão - ACSS

* Os custos totais/doente padrão e o custo por doente padrão mencionado no ponto 7.2, quadro 9 são distintos, pois os do presente quadro têm por base os custos dos IPO e o custo por doente padrão daquele ponto, os preços suportados pelo Estado no âmbito dos contratos-programa. O conceito constante do glossário refere-se ao custo por doente padrão objeto do ponto 7.2, quadro 9.

- A diminuição dos custos totais deve ter origem numa redução dos custos unitários. O que não for compensado com eficiência pode passar a ser contingentado, pelo que se deve dar a maior ênfase ao custo unitário. No triénio 2008-2010 o IPO de Coimbra foi o que apresentou a melhor performance, diminuindo os custos unitários por doente padrão em 2,11%. Os Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto, aumentaram esses custos unitários em 3,28% e 7,21%, respetivamente.
- Considerando os indicadores financeiros que medem a capacidade das empresas de fazerem face às suas responsabilidades de curto prazo (liquidez geral), a proporção dos ativos que são financiados por capitais próprios (autonomia financeira) e por estes *versus* os capitais alheios (solvabilidade), verifica-se que os Institutos de Oncologia apresentavam, em 2008 e 2009, uma situação financeira superior à da generalidade das entidades que integram o Serviço Nacional de Saúde.

⁶² Cfr. ponto 6.2.1.



Quadro 10 - Indicadores financeiros

Indicadores	2008				2009				2010		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	SNS*	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	SNS*	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Liquidez geral	5,55	6,86	3,53	0,80	3,71	7,92	3,51	0,83	2,21	9,52	1,78
Solvabilidade	1,92	1,77	3,22	0,39	1,95	2,00	3,48	0,42	1,53	2,28	2,51
Autonomia financeira	0,66	0,64	0,76	0,28	0,66	0,67	0,78	0,30	0,60	0,70	0,72

* Fonte: Relatório de Auditoria n.º 16/2011 - 2ª S (quadros 17 e 18), inclui as entidades que integram o SNS (SPA e EPE)

- Os atrasos na faturação dos atos clínicos condicionam a análise das demonstrações financeiras⁶³.

Em sede de alegações, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informa que “No que respeita aos atrasos na faturação de atos clínicos, o Ministério da Saúde procederá à ponderação do conteúdo da presente recomendação” e que “Quanto aos encerramentos contabilísticos, importa realçar que a ACSS emitiu (...) a Circular Normativa n.º 1/2011 que determina a obrigatoriedade do encerramento mensal da contabilidade.”

A este propósito salienta-se a Circular Normativa da ACSS não tem obviado, por si, aos atrasos no encerramento contabilístico. Por outro lado, se se pretende, designadamente a efetiva implementação da Lei dos Compromissos⁶⁴ e evitar atrasos nos pagamentos aos fornecedores, é necessário que todos os atos e procedimentos relativos à gestão orçamental e de tesouraria sejam realizados atempadamente. Esta exigência coloca-se não apenas às unidades prestadoras de serviços de saúde, mas, também, ao Estado financiador, representado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Note-se, a observação que o Conselho de Administração do IPO de Coimbra fez a propósito dos atrasos na faturação: “... convirá esclarecer que o atraso na faturação de atos clínicos, no que ao IPO de Coimbra diz respeito, não depende em nada dos gestores ...”, sublinhando que o “... envio de ficheiros com valores de faturação (...), não produz qualquer efeito ...” enquanto não são validados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. “Até lá, o valor recebido constitui adiantamento por conta de serviços prestados e os proveitos reportados constituem estimativas.”

A demora do processo de validação, realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, conduz, ainda, a que as demonstrações financeiras, sendo estimadas, não traduzam de forma verdadeira e apropriada a situação económico-financeira das entidades. Este assunto é desenvolvido na Auditoria ao Controlo da Execução Orçamental e Atividade do Sistema de Controlo Interno do Ministério da Saúde – Relatório n.º 12/2012, 2ª Secção.

6.7. Implementação das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção

[Cfr. Desenvolvimento da Auditoria - ponto 8 - Vol. II]

- Os Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra, tendo aprovado os planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, em 8 de julho e 21 de dezembro de 2010, respetivamente, não elaboram os relatórios de acompanhamento da execução do plano, cfr. recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção. O Instituto de Oncologia do Porto aprovou aquele plano em 26 de outubro de 2011.

⁶³ Em outubro de 2011, o IPO do Porto ainda não tinha faturado à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, os atos clínicos realizados em 2010.

⁶⁴ Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro.



7. Recomendações

Atentas as conclusões da auditoria, formulam-se as seguintes recomendações:

▪ **Ao Ministro da Saúde**

- I. Considerar a avaliação e disseminação das boas práticas identificadas entre os Institutos de Oncologia.
- II. Ponderar a reorganização (previamente suportada numa Análise Custo-Benefício) dos Institutos de Oncologia em centro hospitalar, de âmbito nacional, instituindo um modelo de governação comum e centralizado num único órgão de gestão, de forma a otimizar os recursos do Serviço Nacional de Saúde.
- III. Ponderar o não cumprimento das regras de faturação dos contratos programa levada a cabo pelo Conselho de Administração do IPO do Porto, nomeadamente a faturação de quimioterapia oral como GDH Médicos de ambulatório, e a estratégia de negociação dos contratos programa na avaliação de desempenho dos membros daquele Conselho de Administração.
- IV. Considerando o desempenho dos elementos do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, na negociação dos contratos programa com o IPO do Porto, em 2009 e 2010, traduzido em concessões lesivas para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, ponderar na avaliação da *performance* dos membros dos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde, IP, o modo como negociam os contratos programa.
- V. Garantir que as decisões de maior impacto financeiro e os planos de investimento das instituições de saúde são precedidos de Análise Custo-Benefício ou outras adequadas⁶⁵, que previnam uma aplicação racional do dinheiro dos contribuintes (estudo de alternativas/escolhas).
- VI. Determinar um levantamento rigoroso da capacidade instalada no Serviço Nacional de Saúde, respeitante a grandes equipamentos, bem como dos recursos humanos que lhe estão afetos.
- VII. Promover a divulgação na rede dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde de informação atualizada sobre a oferta pública de meios complementares de diagnóstico e terapêutica de custo mais elevado.
- VIII. Fazer preceder a atribuição de licenças de instalação de grandes equipamentos, como o ciclotrão, de Análises Custo-Benefício que incluam a ponderação da capacidade instalada e as licenças já atribuídas a nível nacional.

⁶⁵ Como, Análises Custo-Efetividade, Análises Custo-Minimização ou Análises Custo-Utilidade.



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

- IX. Ponderar a desvinculação dos Institutos de Oncologia⁶⁶, entidades públicas empresariais, da obrigatoriedade de aquisição aos fornecedores reconhecidos no âmbito dos contratos públicos de aprovisionamento celebrados pela central de compras do Ministério da Saúde, sempre que aqueles Institutos demonstrem conseguir preços significativamente mais económicos do que os oferecidos por aqueles fornecedores.

A informação de suporte ao ato administrativo (de autorização da desvinculação) deve ser sustentada em fundamentação técnico-económica e realizada por entidade não envolvida no processo.

- X. Introduzir medidas que abreviem significativamente os prazos para obtenção de licenças, autorizações ou outros atos necessários à produção e comercialização em Portugal de produtos, designadamente os que, como a ¹⁸F-FDG, têm forte impacto na diminuição do défice externo.
- XI. Introduzir medidas que sancionem eficazmente os gestores das entidades por atrasos na faturação e validação de atos clínicos e encerramentos contabilísticos superiores a três meses.
- XII. Garantir que a acumulação de funções dos membros dos Conselhos de Administração dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde preenche os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público, designadamente no que respeita à impossibilidade do exercício de atividade clínica privada⁶⁷.

▪ **Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP**

- I. Acompanhar o processo de contratualização de modo a garantir que a produção contratada está ajustada à capacidade instalada e é coerente com os dados históricos de produção e as necessidades da população.
- II. Realizar uma ação de auditoria à codificação clínica e à faturação dos contratos programa dos Institutos de Oncologia, com vista à verificação da conformidade da codificação clínica e da faturação dos episódios realizados aos beneficiários do SNS.
- III. Realizar ações de auditoria à codificação clínica e à faturação dos contratos programa a outras unidades hospitalares, a fim de identificar eventuais práticas como a evidenciada na presente auditoria ou equivalentes e manter sob vigilância a faturação do IPO do Porto.
- IV. Emitir normas que clarifiquem os procedimentos faturáveis como sessões de hospital de dia.

⁶⁶ Considerando a possibilidade de dispensa prevista nos atos que homologam os contratos públicos de aprovisionamento (até 2010, portarias e, após esta data despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde – cfr. artigo 4º, n.º 10, do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de Março). Note-se que a vinculação dos Institutos de Oncologia aos contratos públicos de aprovisionamento, como entidades integrantes do setor empresarial do Estado, é excecional. De princípio, estas entidades não estão vinculadas ao sistema nacional de compras instituído pelo Decreto-Lei n.º 37/2007, de 19 de fevereiro (cfr. artigo 3º). A possível vinculação dos Institutos de Oncologia e outras entidades do Serviço Nacional de Saúde, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, encontra-se prevista no artigo 4º do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro (que revogou o n.º 2 do artigo 10º do Decreto-Lei n.º 200/2008, de 9 de outubro, que já estabelecia essa possibilidade).

⁶⁷ Decorrente da alteração realizada pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro, ao Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março.



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

- I. Assegurar que a produção contratualizada em sede de contratos programa está ajustada à capacidade instalada, e coerente com os dados históricos de produção e com as necessidades de saúde da população.

▪ **Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE**

- I. Assegurar que as decisões de maior impacto financeiro e os planos de investimento são precedidos de Análises Custo-Benefício ou outros estudos adequados, que previnam uma racional (estudo de alternativas/escolhas) aplicação do dinheiro dos contribuintes.
- II. Concentrar serviços de modo a aumentar a eficiência dos processos e diminuir custos de estrutura, com o objetivo de atingir os níveis de eficiência já alcançados nos outros Institutos de Oncologia.
- III. Proceder à aquisição de radiofármacos de produção nacional, sempre que o respetivo fornecedor se apresente nos procedimentos de contratação pública com a proposta economicamente mais vantajosa.
- IV. Cumprimento das normas relativas ao princípio de unidade de tesouraria do Estado.
- V. Instituir medidas e procedimentos que garantam a fiabilidade dos registos da contabilidade analítica.
- VI. Alargar os processos de aquisição conjuntos a outros medicamentos e ao fornecimento de serviços.
- VII. Aproximar os tempos médios de resposta aos pedidos de primeiras consultas e cirúrgicas aos tempos máximos de resposta garantidos.
- VIII. Adotar medidas de exatidão dos reportes com informação estatística, considerando a nomenclatura combinada instituída pelo Regulamento (CEE) n.º 2658/87, do Conselho, conferindo, para que não se verifiquem erros que prejudiquem a realização de avaliações económicas com base nos dados estatísticos nacionais.

▪ **Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE**

- I. Assegurar que as decisões de maior impacto financeiro e os planos de investimento são precedidos de Análise Custo-Benefício ou outros estudos adequados, que previna uma racional (estudo de alternativas/escolhas) aplicação do dinheiro dos contribuintes.
- II. Instituir medidas e procedimentos que garantam a fiabilidade dos registos da contabilidade analítica.



- III. Rever os preços acordados com entidades privadas prestadoras de serviços de radioterapia⁶⁸ para, no mínimo, poder beneficiar dos preços mais económicos já praticados aos Institutos de Oncologia do Porto e de Lisboa.
 - IV. Alargar os processos de aquisição conjuntos a outros medicamentos e ao fornecimento de serviços.
- ***Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE***
- I. Utilizar de forma sistemática as Análises Custo-Benefício ou outros estudos adequados, designadamente fazendo preceder da realização das mesmas os planos de investimento.
 - II. Proceder à aquisição de radiofármacos de produção nacional, sempre que o respetivo fornecedor se apresente nos procedimentos de contratação pública com a proposta economicamente mais vantajosa.
 - III. Instituir medidas e procedimentos que garantam a fiabilidade dos registos da contabilidade analítica.
 - IV. Cumprimento das normas relativas à faturação dos contratos programa e ao princípio de unidade de tesouraria do Estado.
 - V. Alargar os processos de aquisição conjuntos a outros medicamentos e ao fornecimento de serviços.
 - VI. Esgotar a capacidade de resposta do prestador de serviços de radioterapia convencional que apresenta preços mais económicos, antes da referenciação dos doentes para o outro prestador de serviços.
 - VII. Aproximar os tempos médios de resposta aos pedidos de primeiras consultas e cirúrgicas aos tempos máximos de resposta garantidos.
 - VIII. Adotar medidas de exatidão dos reportes com informação estatística, considerando a nomenclatura combinada instituída pelo Regulamento (CEE) n.º 2658/87, do Conselho, conferindo, para que não se verifiquem erros que prejudiquem a realização de avaliações económicas com base nos dados estatísticos nacionais.

⁶⁸ Na eventualidade de ser necessário recorrer a estas entidades para a prestação de cuidados de radioterapia. Desde o início de 2010 que o Serviço de Radioterapia do IPO de Coimbra vem assegurando o tratamento de todos os seus doentes com indicação para radioterapia.



- ***Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE***
 - I. Adotar medidas de exatidão dos reportes com informação estatística, considerando a nomenclatura combinada instituída pelo Regulamento (CEE) n.º 2658/87, do Conselho, conferindo, para que não se verifiquem erros que prejudiquem a realização de avaliações económicas com base nos dados estatísticos nacionais.
 - II. Proceder à aquisição de radiofármacos de produção nacional, sempre que o respetivo fornecedor se apresente nos procedimentos de contratação pública com a proposta economicamente mais vantajosa.



III - Emolumentos

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º e 11º, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de agosto, e 3-B/2000, de 4 de abril, são devidos emolumentos, num total de € 17.164,00, suportados em partes pelos Institutos de Oncologia de Lisboa (€ 5.721,34), Coimbra (€ 5.721,33) e Porto (€ 5.721,33), cfr. Anexo 15, Vol. II.

IV – Determinações Finais

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

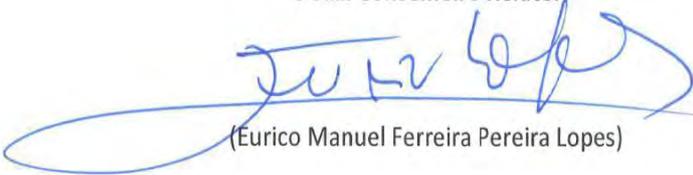
1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da al. a) do nº 2 do artigo 78º da Lei nº 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
 - Ao Ministro de Estado e das Finanças;
 - Ao Ministro da Saúde;
 - Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE;
 - Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Porto, Francisco Gentil, EPE;
 - Ao Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, EPE;
 - Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
 - Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, IP.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, o mesmo, constituído pelos Volumes I, II e III, seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e divulgado no sítio do Tribunal.
4. Expressar aos responsáveis, dirigentes e funcionários das entidades envolvidas e/ou auscultadas o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta ação.
5. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de seis meses, após a receção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.



6. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, nº 4, 55º nº 2, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, na redação dada pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto.

Tribunal de Contas, em 3 de maio de 2012

O Juiz Conselheiro Relator

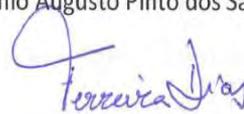


(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos

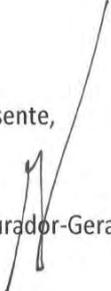


(António Augusto Pinto dos Santos Carvalho)



(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

Fui presente,



O Procurador-Geral Adjunto

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e no Instituto Português de Oncologia do Porto

Ajudar o Estado e a sociedade a gastar melhor

Tribunal de Contas



Processo n.º 21/2011 - Audit
Relatório n.º 14/2012 - 2ª Secção
Volume II - Desenvolvimento e
Anexos

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



- Volume II -

Índice Geral

Desenvolvimento da Auditoria

1. A DOENÇA ONCOLÓGICA (ALGUNS DADOS)	9
2. ESTRUTURA E PROCESSOS DOS INSTITUTOS DE ONCOLOGIA – FRANCISCO GENTIL	10
2.1. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO	10
2.2. CARACTERIZAÇÃO GERAL	13
3. EXECUÇÃO E FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE	18
3.1. PRODUÇÃO CONTRATADA E REALIZADA	18
3.2. CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA	34
4. EFICIÊNCIA DA GESTÃO	38
4.1. CONSULTA EXTERNA	38
4.2. INTERNAMENTO/CIRURGIA	41
4.3. QUIMIOTERAPIA	47
4.4. RADIOTERAPIA	52
4.5. MEDICINA NUCLEAR	56
4.6. ALIMENTAÇÃO	62
5. QUALIDADE	63
6. BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO	65
7. SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA	66
7.1. GESTÃO DE TESOURARIA E ANÁLISE DE FLUXOS DE CAIXAS.....	67
7.2. SITUAÇÃO ECONÓMICA	69
7.3. SITUAÇÃO FINANCEIRA	72
8. IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO	73

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – ÁREA DE INFLUÊNCIA	11
QUADRO 2 – EVOLUÇÃO DOS PEDIDOS DE 1ª CONSULTA CTH	12
QUADRO 3 – INTERNAMENTO GDH CIRÚRGICOS – CONTRATADO VS EXECUTADO.....	20
QUADRO 4 – ANTINEOPLÁSICOS CEDIDOS EM AMBULATÓRIO (EXEMPLOS - SEMANA)	26
QUADRO 5 – ANTINEOPLÁSICOS CEDIDOS EM AMBULATÓRIO (EXEMPLOS - MÊS)	26
QUADRO 6 – FATURAÇÃO DE GDH 410 AMBULATÓRIO	27
QUADRO 7 – SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA - IPO DO PORTO.....	32
QUADRO 8 – SESSÕES DE HOSPITAL DE DIA	33
QUADRO 9 – DISTRIBUIÇÃO DO INCENTIVO INSTITUCIONAL	35
QUADRO 10 – OBJETIVOS DE DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO - EXECUÇÃO	36
QUADRO 11 – PRODUÇÃO, CUSTOS E PROVEITOS	39
QUADRO 12 – INDICADORES DE CAPACIDADE E EFICIÊNCIA	40
QUADRO 13 – TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA GARANTIDOS – 1ª CONSULTA	41
QUADRO 14 – TEMPOS MÉDIOS DE RESPOSTA IPO – CTH	41
QUADRO 15 – ATIVIDADE, CAPACIDADE E EFICIÊNCIA.....	42
QUADRO 16 – PRODUÇÃO CIRÚRGICA NO TRIÉNIO 2008-2010	44
QUADRO 17 – LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA – TRIÉNIO 2008-2010.....	45
QUADRO 18 – TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA GARANTIDOS – CIRURGIA ONCOLÓGICA	46
QUADRO 19 – TEMPOS DE RESPOSTA – IPO LISBOA (2010).....	46
QUADRO 20 – TEMPOS DE RESPOSTA – IPO COIMBRA (2010)	47
QUADRO 21 – TEMPOS DE RESPOSTA – IPO PORTO (2010).....	47
QUADRO 22 – PRODUÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE RADIOTERAPIA EM 2010.....	53



QUADRO 23 – EQUIPAMENTOS DE RADIOTERAPIA EM 2010	53
QUADRO 24 – CUSTOS E ATIVIDADE DOS SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA	53
QUADRO 25 – CUSTOS MÉDIOS DE PRODUÇÃO – IPO DO PORTO	54
QUADRO 26 – CUSTOS DA RADIOCIRURGIA	55
QUADRO 27 – CUSTOS DA SUBCONTRATAÇÃO DE RADIOTERAPIA CONVENCIONAL – POR PROCEDIMENTO	56
QUADRO 28 – CUSTOS E ATIVIDADE DOS SERVIÇOS DE MEDICINA NUCLEAR C/ TOMÓGRAFO	57
QUADRO 29 – CUSTOS COM A ALIMENTAÇÃO	62
QUADRO 30 – CUSTOS TOTAIS DOS INSTITUTOS DE ONCOLOGIA POR DOENTE PADRÃO	69
QUADRO 31 – RESULTADOS	71
QUADRO 32 – INDICADORES FINANCEIROS	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - CANCRO - TAXA DE INCIDÊNCIA 2008	9
GRÁFICO 2 - CANCRO - TAXA DE MORTALIDADE, AMBOS OS SEXOS 2009	10
GRÁFICO 3 – NOVOS DOENTES 2010 - PROVENIÊNCIA	11
GRÁFICO 4 – EXECUÇÃO DAS PRINCIPAIS LINHAS DE PRODUÇÃO	19
GRÁFICO 5 – CONSULTAS EXTERNAS – 1 ^{as} CONSULTAS	20
GRÁFICO 6 - INTERNAMENTO – GDH CIRÚRGICO	21
GRÁFICO 7 – AMBULATÓRIO – EXECUÇÃO GDH MÉDICO	25
GRÁFICO 8 – CUSTOS MÉDIOS DE PRODUÇÃO – IPO LISBOA	54
GRÁFICO 9 – PRODUÇÃO PRÓPRIA E SUBCONTRATADA – IPO LISBOA	54
GRÁFICO 10 – MAPA DE EVOLUÇÃO DE FLUXOS DE CAIXA	68
GRÁFICO 11 – MAPA DE SALDOS DE TESOURARIA	68

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – NOVA UNIDADE DE RADIOTERAPIA DO IPO DO PORTO	52
FIGURA 2 – EQUIPAMENTO DE PET-CT	58



ANEXOS

ANEXO 1 – ESTRUTURA E PROCESSOS.....	77
ANEXO 2 – RECURSOS FINANCEIROS.....	98
ANEXO 3 – CONTRATOS PROGRAMA	102
ANEXO 4 – INDICADORES DA ATIVIDADE CIRÚRGICA.....	110
ANEXO 5 – MEDICAMENTOS	113
ANEXO 6 – INDICADORES DE QUALIDADE	114
ANEXO 7 – SATISFAÇÃO DO UTENTE	121
ANEXO 8 – TOTAL DAS DISPONIBILIDADES POR BANCO.....	128
ANEXO 9 – DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA – MÉTODO INDIRETO	129
ANEXO 10 – DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS - CUSTOS	132
ANEXO 11 – DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS - PROVEITOS.....	133
ANEXO 12 – DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS - RESULTADOS.....	134
ANEXO 13 – BALANÇO	135
ANEXO 14 – INDICADORES ECONÓMICO-FINANCEIROS	136
ANEXO 15 – NOTAS DE EMOLUMENTOS	137



Tribunal de Contas



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

*Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto*



Tribunal de Contas



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

*Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto*

DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA



Tribunal de Contas



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

*Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto*

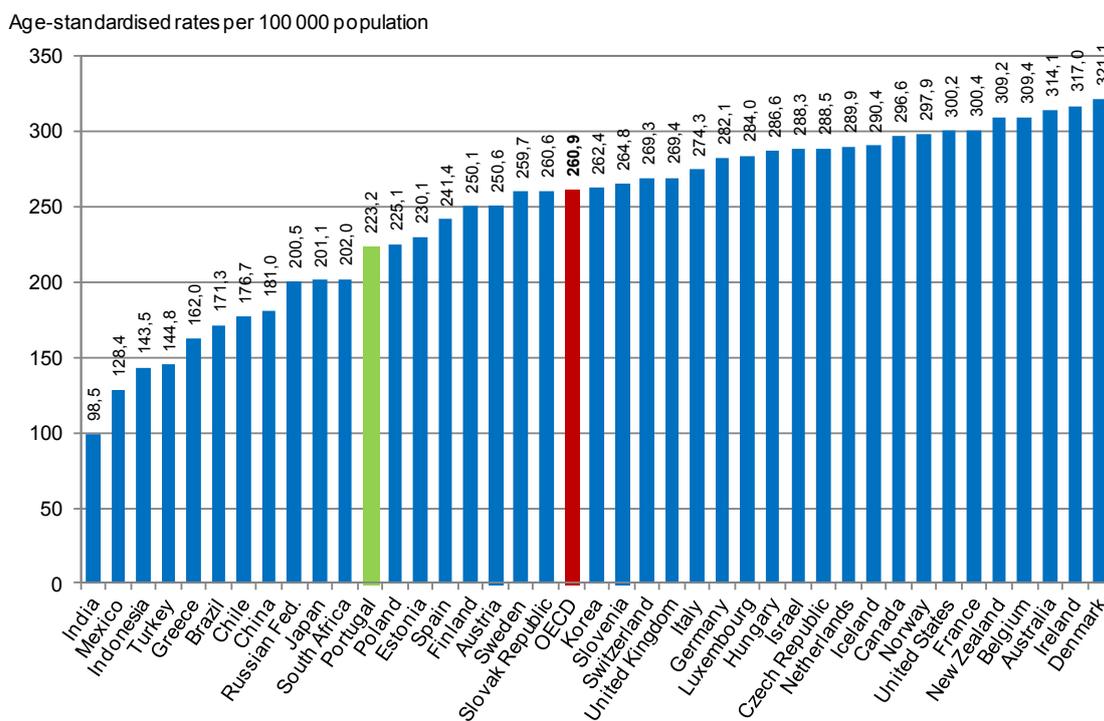


1. A doença oncológica (alguns dados)

De acordo com os últimos dados de incidência do Registo Oncológico Nacional, em 2005 foram diagnosticados em Portugal 38.519 novos casos de cancro (284,64/100.000 habitantes). O cancro mais frequente foi o coloretal (42,76/100.000), seguido dos cancros da mama (40,67/100.000), da próstata (34,20/100.000), da pele (20,12/100.000), dos brônquios e pulmão (20,10/100.000) e do estômago (19,93/100.000).

Dados da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) relativos às taxas de incidência do cancro e à respetiva mortalidade revelam que Portugal apresenta valores abaixo da média dos países desta organização¹. Contudo, um estudo da Organização Mundial de Saúde² anuncia que, globalmente, o número de mortes por cancro irá aumentar de 7,4 milhões em 2004 para 11,8 milhões em 2030, em especial devido ao envelhecimento da população. Esta estimativa torna premente a introdução de medidas que garantam a sustentabilidade atual e futura dos sistemas de saúde, entre os quais o português, sem nunca colocar em causa os ganhos em saúde até agora alcançados, mas antes contribuindo para aumentar esses ganhos.

Gráfico 1 - Cancro - Taxa de incidência 2008



Fonte: OECD Health Data 2011; IS-GBE (2011)

¹ Vide, também, Anexo 1, ponto 1, *in fine*.

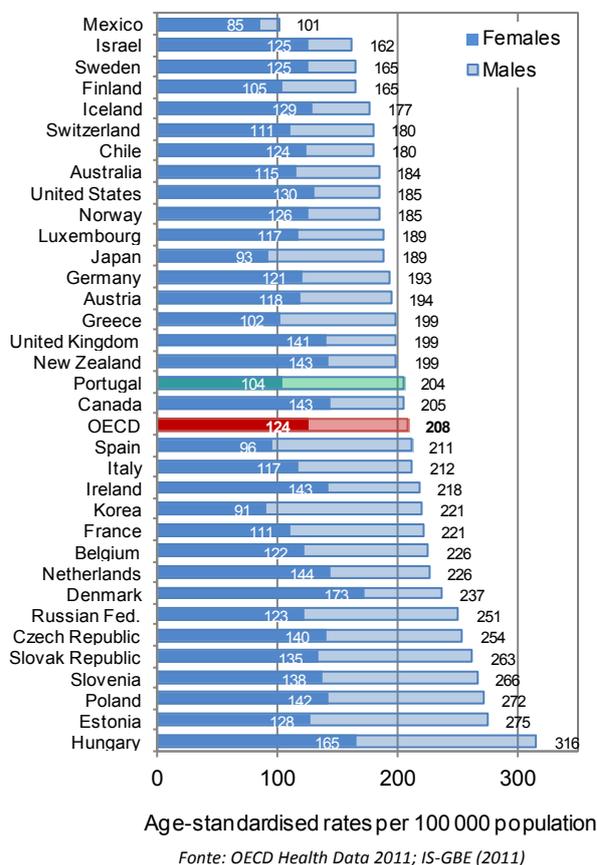
² World Health Statistics 2008.



Gráfico 2 - Cancro - Taxa de mortalidade, ambos os sexos 2009

Sendo ainda uma das principais causas de mortalidade prematura, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, em discussão, refere que em Portugal, na última década, este indicador, medido pelos Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP), “decreceu 30% (INE, 2011)”.

Ainda, assim, entre as causas de morte consideradas como sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, identifica os tumores malignos, com especial relevância para a mama feminina, traqueia, brônquios e pulmão, cólon, reto e ânus e colo do útero. Cuidados de saúde adequados como o acesso, o controlo dos fatores de risco e o tratamento em tempo útil, contribuem para a diminuição dos AVPP.



2. Estrutura e processos dos Institutos de Oncologia – Francisco Gentil³

2.1. Contexto de intervenção

Os Institutos de Oncologia são centros de referência multidisciplinares para a prestação de cuidados de saúde no domínio da oncologia – tratamento do cancro, constituindo a Plataforma A⁴ da Rede de Referência Hospitalar de Oncologia⁵, elaborada em execução do Plano Oncológico Nacional 2001-2005.

³ 1878 – 1964. Cirurgião de grande capacidade técnica e visão na luta contra o cancro em Portugal. Em 1923, na sequência da publicação do Decreto nº 9333, que criou o Instituto Português para o Estudo do Cancro, hoje Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, foi nomeado Presidente da Comissão Diretora do novo Instituto, tornando indissociáveis a Instituição e o seu fundador. Do Anexo 1 consta uma caracterização mais detalhada dos Institutos de Oncologia.

⁴ No âmbito da Rede de Referência Hospitalar de Oncologia foram definidas três plataformas de especialização das unidades hospitalares prestadoras de cuidados de saúde na área oncológica, A, B e C, cabendo às unidades hospitalares integradas na plataforma A, para além das funções atribuídas às plataformas B e C, tratar as patologias menos frequentes e que exigem técnicas e tecnologias mais diferenciadas.

⁵ A Rede de Referência Hospitalar de Oncologia foi definida como um sistema através do qual se pretendia regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde na área da oncologia, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional. O funcionamento da Rede devia permitir: articular em rede todos os agentes envolvidos no controlo da doença oncológica, em função das características dos recursos disponíveis e das determinantes e condicionantes regionais e nacionais; explorar complementaridades;



A área geográfica de intervenção de cada Instituto é a definida no âmbito das administrações regionais de saúde, nomeadamente:

Quadro 1 – Área de influência

Entidade	Área de influência	População
IPO Lisboa	Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas	4.848.736
IPO Coimbra	Região Centro	1.788.295
IPO Porto	Região Norte, incluindo Douro Sul e Aveiro Norte	3.745.439

Fonte: Planos Estratégicos



Sem prejuízo da definição de áreas de influência territorial, os Institutos de Oncologia recebem doentes de outras regiões, maioritariamente provenientes de áreas geográficas próximas.

Gráfico 3 – Novos doentes 2010 - Proveniência



Os doentes são referenciados para os Institutos de Oncologia pelas unidades funcionais dos Agrupamentos Centros de Saúde (ACES), pelos hospitais públicos ou privados e por médicos particulares. O IPO de Lisboa dispõe ainda de uma “consulta aberta”, na qual os doentes, embora sem pedido de referência, mas com suspeita de doença oncológica e munidos de exames complementares de diagnóstico já realizados, são atendidos no próprio dia.

A referência pelas unidades funcionais dos ACES pode ser feita por via eletrónica, através do sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas (CTH)⁶, que estabelece a ligação entre o médico assistente e os Institutos de Oncologia, ou por carta/fax, quando aquelas unidades ainda não disponham daquele sistema de informação. A referência pelos hospitais e médicos particulares é

concentrar experiências e recursos, maximizando a rentabilidade destes; definir as funções, os campos de intervenção e as responsabilidades de cada um dos agentes e instituições intervenientes; garantir o acesso rápido à unidade geograficamente mais próxima do local de residência habitual, mantendo a ligação com a estrutura de cuidados primários.

⁶ O Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas, foi criado pela Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, prevendo-se a sua implementação progressiva até dezembro de 2008. Contudo, atualmente, ainda existem unidades funcionais dos ACES que não dispõem do sistema. O regulamento da Consulta a Tempo e Horas estabeleceu normas e mecanismos de referência dos pedidos de consulta hospitalar com vista ao atendimento segundo níveis de prioridade das situações, à melhor orientação do doente no sistema e à circulação de informação clínica entre as diferentes unidades que o compõem. O sistema de informação implementado para o efeito é o ALERT P1.



feita através de carta/faxe. Os doentes podem, também, entregar diretamente o pedido de referenciação nos serviços de gestão de doentes daqueles institutos.

A título ilustrativo, veja-se, no quadro 2, o n.º de doentes que são referenciados para os Institutos de Oncologia através do Sistema da CTH. A utilização deste sistema, cuja implementação progressiva teve início em 2008⁷, tem vindo a aumentar em Lisboa e Coimbra.

**Quadro 2 – Evolução dos pedidos de
1ª consulta CTH**

IPO	2009	2010
Lisboa	3.049	4.178
Coimbra	1.663	3.340
Porto	4.070	3.582

Fonte: IPO

Todos os pedidos são inseridos, por via eletrónica, no caso dos que chegam pelo sistema da CTH, ou manual, nas aplicações informáticas utilizadas no agendamento e na gestão da marcação de consultas de cada Instituto de Oncologia, sendo-lhe atribuídos níveis de prioridade por médicos triadores, a que estão associados tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), gerais ou específicos de determinadas doenças, como seja o caso das oncológicas⁸.

A referenciação dos doentes para os Institutos de Oncologia deve ser sustentada em justificação clínica, incluindo a história clínica e eventual anexação de resultados de exames complementares, encontrando-se nomeadamente disponíveis nos sítios de internet do IPO de Lisboa e do Porto informação sobre as regras de referenciação e admissão do doente⁹.

O objetivo das regras de referenciação é o de evitar as situações de devolução de pedidos de referenciação por ausência ou insuficiente fundamentação e/ou falta de anexação de resultados clínicos considerados imprescindíveis à realização da avaliação. Os Institutos de Oncologia têm mantido uma atitude proactiva na divulgação das normas de referenciação junto das entidades referenciadoras¹⁰. Ainda, assim, os profissionais alegam que muitos dos pedidos recebidos, pelos Institutos, vêm sem informação clínica ou com informação clínica insuficiente, originando devoluções às entidades referenciadoras, com impacto nos tempos de resposta.

No que concerne à articulação dos Institutos de Oncologia com as unidades e equipas da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), verificou-se que todos os Institutos de Oncologia têm equipas de gestão de altas (EGA) e manuais internos de procedimentos de referenciação de doentes para a RNCCI.

⁷ Por isso só se utilizaram os dados (completos) dos anos 2009 e 2010.

⁸ Os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para consultas de especialidade hospitalar foram inicialmente fixados para a generalidade das consultas no regulamento da CTH (Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho) – 30 dias, 60 dias e 150 dias, se a realização da consulta for considerada pelo médico triador dos hospitais, respetivamente, como “Muito Prioritária”, “Prioritária” ou de “Prioridade Normal”. Os dias contam-se seguidos. Posteriormente, a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, que estabeleceu os TMRG para acesso aos diversos cuidados de saúde, incluindo as consultas hospitalares, manteve, como regra geral, os prazos definidos pela Portaria n.º 615/2008, e estabeleceu prazos específicos para as consultas relativas à doença oncológica – 7 dias, 14 dias e 60 dias, se a realização da consulta for considerada pelo médico triador dos hospitais, respetivamente, como “Muito Prioritária” ou “Prioridade de Nível 3”, “Prioritária” ou “Prioridade de Nível 2” ou de “Prioridade Normal” ou “Prioridade de Nível 1”. No caso das doenças oncológicas existe ainda uma “Prioridade de Nível 4”, em que o doente é admitido pelo serviço de urgência, ou, no caso dos Institutos de Oncologia, pelo respetivo serviço permanente de atendimento não programado.

⁹ <http://www.ipoportor.min-saude.pt/InfoUtente/Referenciacao/>;

<http://www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=6759>. O estabelecimento de regras de referenciação para o acesso aos cuidados prestados pelos Institutos de Oncologia encontra suporte na Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia, nos Sistemas Integrados de Acesso aos Cuidados Hospitalares, como o referente à Consulta a Tempo de Horas.

¹⁰ Via e-mail, news letter, faxe, sistema de informação da CTH.



2.2. Caracterização geral

Na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, os Institutos de Oncologia foram objeto de transformação em entidades públicas empresariais. Em conformidade com os respetivos Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, os Institutos de Oncologia são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, fazendo parte integrante do Sector Empresarial do Estado.

Sobre a recomendação dirigida ao Ministro da Saúde no sentido de “Ponderar a reorganização (previamente suportada numa Análise Custo-Benefício) dos Institutos de Oncologia em centro hospitalar, de âmbito nacional, instituindo um modelo de governação comum e centralizado num único órgão de gestão, de forma a otimizar os recursos do Serviço Nacional de Saúde”, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informou que o “... Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (...) apresentou um conjunto vasto de recomendações, entre as quais a proposta da criação de um Centro Hospitalar único com os três Institutos de Oncologia” e que neste “... contexto, o Ministério da Saúde encontra-se a ponderar a reorganização técnico-funcional mais adequada e assertiva para os cuidados oncológicos em Portugal.”.

Os Institutos de Oncologia estão ainda sujeitos a poderes de superintendência do Ministro da Saúde, nomeadamente quanto à aprovação de objetivos e estratégias, à homologação do regulamento interno e à tutela conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde no que concerne às seguintes matérias:

- Aprovação de planos de atividades, de orçamentos e de documentos de prestação de contas;
- Autorização da aquisição ou oneração de bens imóveis e da realização de investimentos cujas verbas não estivessem previstas nos orçamentos aprovados e cujo valor seja superior a 2% do capital estatutário;
- Determinação de aumentos e reduções do capital estatutário;
- Autorização da contração de empréstimos de valor, individual ou acumulado, igual ou superior a 10% do capital estatutário;
- Autorização de cedências de exploração de serviços hospitalares, da constituição de associações com outras entidades públicas e da participação no capital social de sociedades comerciais¹¹.

Excecionalmente, em 2012, “tendo em atenção a restrição de recursos e a impossibilidade de acumulação de novos pagamentos em atraso...” a realização de investimentos pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde, passou a estar sujeita a autorização prévia do Ministro da Saúde, sempre que o valor total do investimento, a ser pago em 2012 ou anos posteriores, ultrapasse € 100.000¹².

Para além da exceção referida, a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, veio submeter a assunção de compromissos plurianuais pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde, independentemente do seu valor, a autorização prévia dos Ministros das Finanças e da Saúde, salvo quando resultarem da execução de planos plurianuais legalmente aprovados.

São órgãos dos Institutos de Oncologia os respetivos conselhos de administração e fiscais únicos.

¹¹ Cfr. art.ºs 3º, n.º 1, 6º, 10º, e 11º do Decreto-Lei n.º 233/2005.

¹² Cfr. Despacho n.º 3402/2012, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, 2ªS, n.º 48, de 7 de março.



O quadro legal de referência para a estrutura e funcionamento dos conselhos de administração resulta da conjugação do Estatuto do Gestor Público com o disposto nos estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

Apesar de, até janeiro de 2012¹³, ser possível cumular com o exercício de funções executivas as atividades médicas dos membros executivos dos estabelecimentos do SNS, nos termos previstos nos n.ºs 3 e 4 do art.º 20º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, e o Presidente do Conselho de Administração do IPO do Porto ter exercido pontualmente atividade clínica privada nos anos de 2008 a 2011, o mesmo não foi “... notificado de qualquer decisão expressa do (...) Secretário de Estado Adjunto e da Saúde sobre o pedido formulado em 29 de Agosto de 2008”¹⁴. O deferimento tácito de pedidos de acumulação¹⁵ não constitui uma boa prática, uma vez que não são apreciadas as circunstâncias de interesse público que possam tornar conveniente ou inconveniente essa acumulação.

Tendo o Presidente do Conselho de Administração do IPO do Porto iniciado um novo mandato em dezembro de 2011¹⁶ o mesmo informou “... não ter apresentado qualquer pedido, por ter sido revogada a alínea f) do n.º 3 do art.º 20º do Estatuto do Gestor Público pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e ainda por não desenvolver atividade clínica, salvo em situações excecionais impostas por razões éticas ou deontológicas, o que se coloca fora de qualquer atividade voluntária.”¹⁷

Apesar dos Estatutos dos Hospitais EPE preverem a existência de conselhos consultivos, os mesmos não se encontram constituídos. Dispõem ainda de auditores internos e de comissões/órgãos de apoio técnico¹⁸.

A área clínica dos Institutos de Oncologia encontra-se, ainda, suportada em serviços, agregados em departamentos, que atuam nas áreas de especialidade relativas à prestação de cuidados.

A gestão da doença oncológica implica a abordagem multidisciplinar do doente, que assenta na cooperação entre a cirurgia, a medicina e a radioterapia, e outras especialidades como a anatomia patológica e a radiologia, bem como a cooperação de profissionais ligados a cuidados de suporte (Dor, Psicologia, Nutrição, Reabilitação, Acompanhamento Social).

Com vista a facilitar esta cooperação, os Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto iniciaram já uma nova forma de organização da atividade clínica, com a criação de unidades multidisciplinares de patologia, designadas por Clínicas de Patologia (v.g. Clínica da Mama, Clínica de Digestivos, Clínica de Pulmão, Clínica da Pele), que pretendem ser a base de toda a estruturação assistencial. É da competência das Clínicas de Patologia a realização de consultas de diagnóstico, consultas de grupo de decisão terapêutica, consultas de grupo de segunda opinião, consultas de seguimento e consultas de especialidade, assim como a realização de técnicas de diagnóstico e tratamento específicos.

¹³ O Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março), designadamente os art.º 20º, n.ºs 2, 3 e 4, e art.º 22, n.º 4 anterior foram alterados pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro. A possibilidade de cumulação referida no texto foi revogada por este diploma.

¹⁴ Ofício do IPO do Porto - Ref. 91/CA, de 29 de Março de 2012.

¹⁵ Cfr. artigo 108º, n.º 3, al. g), do Código de Procedimento Administrativo.

¹⁶ Cfr. Despacho n.º 16897/2011 dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, publicado no DR, 2.ª S – N.º 240, de 16 de Dezembro de 2011.

¹⁷ Ofício do IPO do Porto - Ref. 91/CA, de 29 de Março de 2012.

¹⁸ Cfr. ponto 3.1 do Anexo 1.



Por seu turno, o Regulamento Interno do IPO de Coimbra prevê que os serviços de prestação de cuidados de saúde se integrem em programas horizontais, contribuindo para a realização das reuniões dos grupos de decisão terapêutica.

Para além dos serviços/departamentos clínicos, todos os Institutos de Oncologia têm serviços de apoio logístico e de ensino e investigação.

Como instrumentos de gestão, verificou-se que os Institutos de Oncologia respeitam o previsto no art.º 22.º dos respetivos Estatutos, nomeadamente elaboraram:

- Planos plurianuais e anuais de atividades, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos,
- Orçamento anual de investimento;
- Orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos;
- Orçamento anual de tesouraria;
- Balanço previsional;
- Contratos programa externos.

Verificou-se, ainda, que o IPO de Coimbra utiliza o mecanismo da contratualização interna na definição de objetivos com as diversas unidades orgânicas¹⁹.

Da documentação recolhida em trabalho de campo verificou-se ainda que os Institutos de Oncologia não utilizam suficientemente a Análise Custo-Benefício (ACB), ou outras²⁰, como instrumento de suporte às suas decisões de gestão, nomeadamente, não submeteram as decisões de investimento de maior volume financeiro àquela análise.

A incorporação da avaliação da capacidade instalada a nível regional e/ou nacional nas Análises Custo-Benefício é especialmente relevante para os investimentos superiores a 2% do capital estatutário que devem ser aprovados pelos Ministros das Finanças e da Saúde e para aqueles que, sendo de menor valor, se destinam a patologias menos frequentes. Acresce que estas últimas decisões de investimento eram até 2012²¹ da responsabilidade exclusiva dos conselhos de administração das unidades hospitalares que frequentemente não se articulam de modo a rentabilizar os equipamentos²².

O IPO do Porto produziu várias análises que evidenciam a preocupação pela racional aplicação dos dinheiros públicos, de entre os quais se destacam: internalização da realização de estudos urodinâmicos; externalização do serviço de alimentação; realização de exames PET fora do horário normal de trabalho; produção de componentes sanguíneas; aquisição de equipamento para realização de fotoforese extracorporeal.

No exercício do contraditório, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, e o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, consideram que “A realização de Análises Custo-Benefício para avaliação das necessidades de investimento deve, efetivamente, sustentar as decisões de investimento, sejam em equipamentos ou outras ...” e que a mesma “... deve ser generalizada ao nível das instituições” e informam que apesar da ACSS, IP, promover essa prática na análise de projetos de instalação de equipamento médico

¹⁹ Cfr. Ponto 3.2. do Anexo 1.

²⁰ Análises Custo-Efetividade, Análises Custo-Minimização ou Análises Custo-Utilidade.

²¹ Cfr. referido *supra*, em 2012, a realização de investimentos pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde de valor superior a € 100.000 está sujeita a autorização prévia do Ministro da Saúde.

²² Com a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, esta responsabilidade deixou de ser exclusiva quando os projetos de investimento impliquem a assunção de compromissos plurianuais, caso em que a mesma está sujeita a autorização prévia dos Ministros das Finanças e da Saúde.



pesado, no âmbito do Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio, sujeitos a autorização ministerial, "... está prevista a explicitação destes critérios no âmbito da revisão da referida legislação, cujo processo já decorre..."

No que concerne ao levantamento da capacidade instalada a nível regional e/ou nacional, informa o Ministro da Saúde, que, se encontra prevista "... a criação de um registo nacional para os equipamentos privados ..." ²³ e que "... a ACSS encontra-se a concluir um estudo sobre as Atuais e Futuras Necessidade de Médicos para o SNS". Informa, também, que os grandes equipamentos do setor público constam já do Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA) dos contratos programa.

Sobre este assunto, o Tribunal ressalva que a informação disponível e a disponibilizar deve conter dados sobre a rentabilização desses equipamentos e respetivos recursos humanos, para que a viabilidade económica dos mesmos não seja posta em causa com os respetivos custos a serem onerados do custo de oportunidade da capacidade instalada desperdiçada/ociosa.

Relacionado com este assunto, o Reitor da Universidade de Coimbra, refere "... que a eventual instalação de um terceiro ciclotrão no país ²⁴ vem elevar a capacidade de produção instalada para níveis que manifestamente o país não necessita, colocando em causa a viabilidade económica..." dos projetos. Note-se que uma das deficiências apontadas, no presente Relatório, à avaliação económica do projeto de instalação de um ciclotrão no IPO de Lisboa, entretanto suspenso, foi a não consideração pelo mesmo do impacto da instalação de um ciclotrão no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, e do início da comercialização de radiofármacos pela Universidade de Coimbra - Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde (cfr. ponto 9.5).

Sobre a utilização da Análise Custo-Benefício como instrumento de suporte às decisões de gestão dos Institutos de Oncologia, os respetivos Conselhos de Administração (CA), no exercício do contraditório, concordam, em geral, com a importância da avaliação económica em saúde, mas referem as limitações da Análise Custo-Benefício quando aplicada ao setor da saúde.

A propósito do alegado, refira-se que este Tribunal considera a prática de elaboração de estudos económicos como uma evolução face ao que se tem constatado em sucessivas auditorias realizadas, nas quais se tem concluído pela ausência de qualquer tipo de sustentação económica das decisões.

Contudo, considerando a escassez de recursos, propugna-se que todas as decisões de gestão com impacto económico-financeiro sejam **sistematicamente** suportadas por estudos de avaliação económica em saúde que considerem todas as alternativas possíveis e tenham por base pressupostos credíveis. Esses estudos podem ser Análises Custo-Benefício, Análises Custo-Efetividade, Análises Custo-Minimização ou Análises Custo-Utilidade ²⁵, devendo os gestores optar pelo mais adequado a cada caso concreto. As diferenças entre eles encontram-se na forma como os benefícios são medidos e avaliados.

A aplicação sistemática da avaliação económica em saúde, sempre que as decisões de gestão impliquem a utilização de recursos ou alterações nessa utilização, é a única forma de evitar eventuais cortes "cegos" na despesa que podem conduzir, em última instância, ao racionamento da prestação de cuidados de saúde.

Os Institutos de Oncologia, à semelhança das restantes entidades públicas empresariais do setor da saúde, ainda, utilizam o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) ²⁶, com as adaptações estabelecidas no Despacho Conjunto n.º 17164/2006, de 7 de junho, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde ²⁷. Considerando que as entidades empresariais do setor público não

²³ A informação do setor público consta do Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA) dos contratos programa.

²⁴ Para além do existente na Universidade de Coimbra – Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde, o Reitor informa que "... está em fase final de licenciamento um ciclotrão privado no Porto..."

²⁵ Drummond *et al.*, 1997.

²⁶ Cfr. artigo 24º dos Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

²⁷ Publicado no DR 2ªS, n.º 164, de 25 de agosto de 2006. O referido despacho conjunto admitiu a existência de contas previstas no Plano Oficial de Contabilidade (POC) e dispensou os hospitais EPE da utilização das contas de controlo orçamental e de ordem – classe 0, e da conta



apresentam quaisquer diferenças relativamente às empresas do setor privado no que respeita ao controlo das contas, a aplicação de um plano diferente do utilizado pelo setor privado, designadamente pelos hospitais privados, não tem justificação.

As deficiências e constrangimentos detetados na contabilidade analítica, identificados no ponto 4 do Volume I, evidenciam que a contabilidade analítica não é ainda suficientemente utilizada como instrumento de gestão, quer no planeamento, quer com vista a melhorar índices de eficiência e produtividade.

Em sede de contraditório o Conselho de Administração (CA) do IPO de Lisboa informa que “... tem um projeto de revisão da Contabilidade Analítica em curso associado à segunda fase do projeto de implementação de um sistema de custeio por atividade...”.

O Conselho de Administração do IPO de Coimbra alega que a contabilidade analítica, “... deverá ser encarada não tanto como uma ferramenta de análise económica”, mas antes como “... um instrumento crucial para a elaboração dos objetivos de contratualização (...) e para a sua monitorização (...). De facto, sendo, de acordo com o sistema de financiamento em vigor, os serviços prestados pelo hospital remunerados por linhas de produção, poderá estar um pouco esvaziado de sentido utilizar instrumentos que avaliem o custo de cada um dos atos, até porque o preço de referência²⁸ não se altera em função dessa avaliação.”

Relativamente a esta observação, sublinhe-se que a contabilidade analítica constitui um instrumento relevante de gestão interna, permitindo designadamente identificar/sinalizar serviços onde podem ser implementadas medidas tendentes a incrementar a sua eficiência e produtividade.

Por outro lado, o apuramento correto dos custos, que deve ser feito ao nível das unidades prestadoras de cuidados de saúde, contribuirá para uma maior sustentação do preço de financiamento hospitalar, determinado administrativamente. O Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 - Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS, evidencia diversas deficiências na determinação desse preço.

25 – devedores e credores pela execução do orçamento e respetivas subcontas, sem prejuízo de os hospitais EPE deverem produzir documentos de prestação de contas contendo informação orçamental e financeira, de acordo com uma estrutura de mapas em anexo ao referido despacho.

²⁸ Numa alusão ao preço de financiamento hospitalar. Cfr. resulta da informação constante Anexo II ao presente Relatório, para efeitos de financiamento e determinação dos preços unitários da sua atividade, os Institutos de Oncologia foram integrados pelo Ministério da Saúde no Grupo 1 do financiamento hospitalar. Existem, ainda, mais três grupos de financiamento. A distinção entre os grupos de financiamento tem por base fatores estruturais, como o grau de diferenciação técnica de cada unidade, e traduz preços unitários distintos (mais elevados no Grupo 1 e menos elevados no Grupo 4). Dentro de cada Grupo e para efeitos de determinação dos preços unitários da atividade das unidades hospitalares, é ainda atribuído a estas um índice de *case-mix*²⁸ que reflete a complexidade da sua atividade e, com base no qual, o preço unitário do grupo de financiamento é ajustado à unidade hospitalar.



3. Execução e financiamento da atividade

Em conformidade com o artigo 12º dos Estatutos, os Institutos de Oncologia são remunerados pelo Estado, através da execução dos contratos programa que estabelecem, designadamente, as metas qualitativas e quantitativas da atividade a produzir, os preços e os indicadores de avaliação de desempenho assistencial e económico dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes. No Anexo 2 encontra-se uma descrição dos contratos programa celebrados nos anos de 2008 a 2010, bem como dos valores envolvidos.

Neste ponto analisam-se as metas de produção contratadas e os desvios da execução face às mesmas, bem como o cumprimento, pelos Institutos de Oncologia, dos objetivos de qualidade e de desempenho.

3.1. Produção contratada e realizada

Os quadros 1, 2 e 3 do Anexo 3 refletem, por Instituto, as metas de produção contratadas, a sua execução e respetiva evolução ao longo do triénio. Os dados utilizados são os da faturação dos Institutos de Oncologia à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), com exceção dos anos de 2009 e 2010 do IPO do Porto relativamente ao qual, por a faturação ainda se encontrar em curso, foram utilizados os dados da produção, ajustados às regras da faturação base e marginal, de modo a tornar os dados comparáveis²⁹. Da análise dos quadros destaca-se o seguinte:

a) Os três Institutos de Oncologia apresentam taxas de execução elevadas em todas as principais linhas de produção, sendo que o IPO do Porto é o que apresenta, durante os três anos em análise, maior número de taxas de execução superiores a 100%.

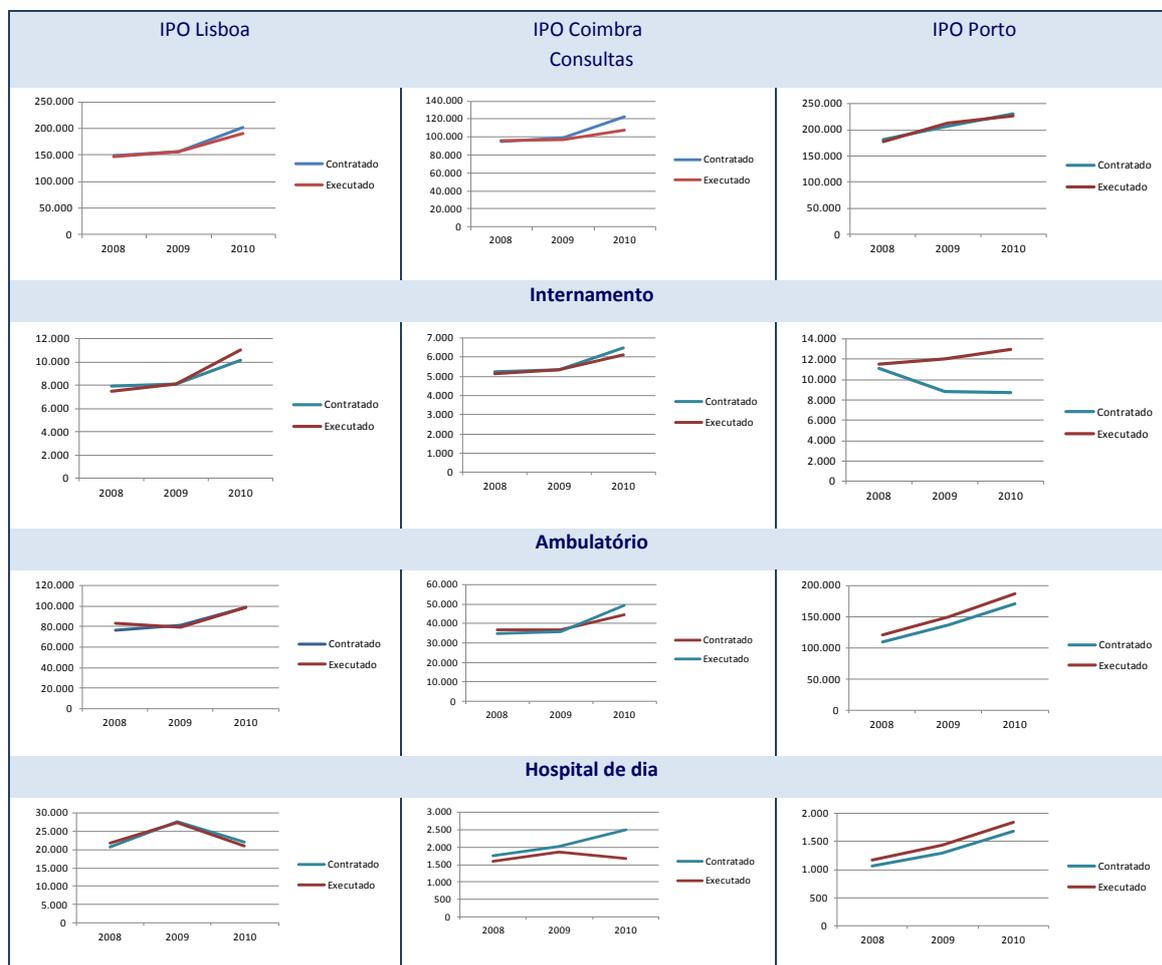
Considerando as regras de financiamento dos contratos programa relativas ao pagamento da produção marginal/adicional, sintetizadas no quadro 3 do Anexo 2, sempre que as taxas de execução ultrapassam os 100%, os preços médios recebidos pelos hospitais, por episódio, são inferiores ao preço estabelecido para a produção base contratada³⁰. Assim, o IPO do Porto é o que apresenta preços médios mais baixos.

²⁹ I.e. sempre que a faturação da produção realizada só pode ser faturada até um máximo de 10% para além das unidades de produção contratadas (produção marginal) ajustou-se a quantidade da produção a esse limite. Como referido no Anexo 2, apenas a produção cirúrgica adicional não se encontra limitada.

³⁰ A este respeito note-se a observação do Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS – no sentido de que “Embora as quantidades contratadas não pareçam restringir a produção desenvolvida pelas unidades hospitalares, aquelas têm uma influência indireta no preço recebido pelas unidades produzidas, uma vez que as regras previstas para a remuneração da produção acima do contratado resultam na diminuição do preço médio efetivo recebido pela totalidade da produção”.



Gráfico 4 – Execução das principais linhas de produção

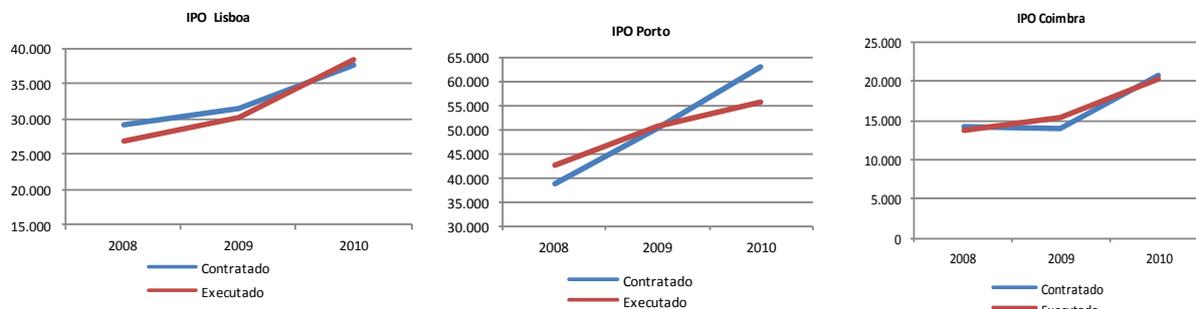


b) Apesar de em 2010, o número de **consultas** executadas ter ficado aquém das metas contratadas, com exceção das primeiras consultas no IPO de Lisboa e das consultas subsequentes no IPO do Porto, verificou-se um aumento significativo, no triénio, do número de primeiras consultas executadas em todos os Institutos de Oncologia - 30,37% (12.956) no IPO do Porto; 42,22% (11.389) no IPO de Lisboa; 46,89% (6.452) no IPO de Coimbra – com impacto positivo no acesso aos cuidados prestados por estes hospitais³¹.

³¹ Em 2007, a metodologia elaborada para os contratos programa procedeu à identificação de preços diferenciados para 1^{as} consultas (preço base +10% em relação ao preço das consultas subsequentes) e subsequentes. Na Auditoria orientada ao cálculo e atribuição do valor de convergência aos Hospitais EPE (Relatório n.º 11/2010 – 2ª S, de 18 de março) verificou-se uma evolução crescente dos preços unitários praticados pelos contratos programa no triénio de 2005-2007 que coincidiu com a valorização crescente que foi conferida à linha de produção Consulta Externa justificada pelo incentivo da acessibilidade aos cuidados hospitalares, razão pela qual as quantidades contratualizadas e realizadas aumentaram, a partir de 2007. Note-se, ainda, que uma parte dos incentivos institucionais atribuídos aos hospitais, incluindo os Institutos de Oncologia, no triénio 2008-2010, em análise na presente auditoria, depende do cumprimento de um objetivo de eficiência assistencial, o peso das primeiras consultas no total de consultas externas (cfr. quadros do ponto 3 – Anexo 3).



Gráfico 5 – Consultas externas – 1^{as} consultas



c) No **internamento** verificou-se, também, um aumento significativo da produção executada nos três Institutos de Oncologia, destacando-se o **IPO de Lisboa** que aumentou em 55,70% (2.200 episódios) a sua produção em GDH Médicos, e 38,78% (1.257 episódios) a produção de GDH Cirúrgicos, com impacto positivo no acesso dos utentes a estes cuidados.

✓ **Negociação dos contratos programa**

d) Em 2009 e 2010, o **IPO do Porto** negociou com a Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARSN), representante regional do Estado financiador³², metas de produção em **GDH Cirúrgicos de internamento**, muito aquém da sua capacidade instalada e das necessidades da população³³. Em 2009 a meta negociada foi de 1.632 GDH Cirúrgicos e, em 2010, de 540 GDH Cirúrgicos. Respetivamente, menos 2.712 (-62,43%) e 3.804 (-87,57%) episódios do que os contratados em 2008.

Quadro 3 – Internamento GDH Cirúrgicos – contratado vs executado

Internamento GDH Cirúrgicos	Doentes saídos*		
	Contratado	Executado	% execução
2008**	4.344	4.627	106,5%
2009	1.632	4.735	290,1%
2010	540	5.727	1060,6%

*Unidade disponível para os três anos

**Inclui GDH Cirúrgicos Urgentes

³² O processo de fixação das quantidades a contratar, no âmbito dos contratos programa, assenta na negociação entre os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde e as unidades hospitalares da respetiva região, tendo por base a verba disponível anualmente para o orçamento do SNS e as necessidades em saúde das populações da respetiva área de influência, em especial no que respeita às primeiras consultas, redução das listas de espera para cirurgia e seguimento de estratégias nacionais como a promoção do desenvolvimento da cirurgia de ambulatório. Sobre o processo de contratualização, vide o Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS.

³³ Aliás, os planos de atividade do IPO do Porto estabeleciam o objetivo de reduzir as listas de espera para cirurgia, prevendo-se nos Planos de Desempenho de 2009 e 2010, que sustentam o processo de contratação com o Estado, um aumento da atividade cirúrgica convencional e da capacidade instalada nessa área, cfr. quadros seguintes:

IPO Porto - Previsão da atividade cirúrgica convencional

Atividade cirúrgica convencional	P. Desempenho 2009			P. Desempenho 2010		
	2008 P*	2009 P	08/09	2009 P*	2010 P	09/10
Base	3.781	3.969	4,97%	3.940	4.019	2,01%
Adicional	1.100	1.155	5,00%	1.150	1.173	2,00%

*Previsão de execução à data da elaboração dos CP, respetivamente, Setembro de 2008 e Setembro de 2009

Fonte: Planos de Desempenho 2009 e 2010

IPO Porto - Previsão da capacidade

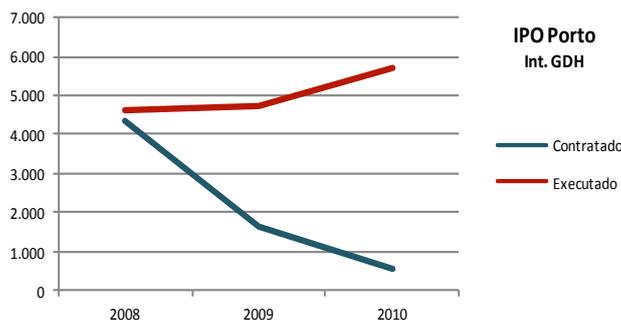
Bloco Operatório	2008	2009	2010	Δ 08-10
Salas	6	8	8	33,33%
Horas - cir. base	222	269	286,6	29,10%
Horas - cir. adicional	35	32	31,6	-9,71%
Médicos n.º	87	94	91,0	4,60%
Médicos - Horas normais	986	1.124	1.531,4	55,38%

Fonte: Planos de Desempenho 2008, 2009 e 2010



Estas metas não tiveram qualquer reflexo na produção executada que, no triénio, registou um aumento de 23,77% (1.100 episódios).

Gráfico 6 - Internamento – GDH cirúrgico



Esta situação foi o resultado de uma estratégia do IPO do Porto com vista a maximizar os proveitos decorrentes dos contratos programa, sem prejuízo do acesso aos cuidados por ele prestados³⁴.

A redução das metas de produção em GDH Cirúrgicos permitiu ao IPO do Porto aumentar as metas de produção nas restantes linhas de atividade (consultas, GDH Médicos de internamento, entre outras) mantendo-se, em termos de previsão orçamental, dentro da verba, do orçamento do SNS, que lhe foi destinada pela ARSN.

Não estando o pagamento da atividade cirúrgica adicional³⁵ limitado em termos de unidades produzidas³⁶, sendo a mesma paga, independentemente do número de unidades produzidas, pela tabela de preços do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), ainda que a preços inferiores ao da atividade contratada, o IPO do Porto diminuiu a produção contratada em GDH Cirúrgicos de internamento, e aumentou os objetivos de produção nas restantes linhas de produção de modo a, realizando-os, garantir a totalidade ou a quase totalidade do seu financiamento a preços da produção base ou próximos dos mesmos.

Esta situação, condescendida pela ARSN, constitui um aproveitamento das regras de financiamento dos hospitais que prosseguem objetivos de satisfação de necessidades em saúde e desde, 2009, de contenção e controlo orçamental.

O financiamento do IPO do Porto em 2009 e 2010 não resultou, como devia, de uma priorização das necessidades das populações e da distribuição equitativa pelas mesmas do orçamento disponível para o hospital, admitindo, *ab initio*, um desvio entre o orçamentado e o executado, pelo menos na linha de produção cirúrgica em regime de internamento. Acresce que, considerando as deficiências de conceção e de operacionalização do atual sistema de financiamento hospitalar³⁷, a adoção de

³⁴ Expressa designadamente no *Business Plan – 2007-2009*.

³⁵ Unidades de produção que ultrapassam as unidades de atividade cirúrgica contratada.

³⁶ Ao contrário da atividade marginal das restantes linhas de produção que se encontra limitada em termos de unidades produzidas Nestas linhas de produção, se o volume da produção realizada pelo Hospital for superior ao volume contratado, o Estado (SNS) assume o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, a um preço marginal, inferior ao preço da produção base – cfr. Quadro 3 do Anexo 2. Toda a produção que excede o limite não é paga.

³⁷ A este propósito, *vide* o Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS.



estratégias como a descrita aumenta o risco de incentivar a multiplicação de prestações de cuidados hospitalares, para obtenção de proveitos, e de desincentivar a adoção de decisões eficientes, através da racionalização dos custos. Note-se que o quadro 30 evidencia que no triénio 2008-2010 dos três Institutos o IPO do Porto foi o que registou o maior aumento dos custos totais por doente padrão (7,21%), ao contrário do IPO de Coimbra que registou uma diminuição (-2,11%).

Nas suas alegações, o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, vai ao encontro das conclusões do Relatório de Auditoria, referindo que na “... reunião ocorrida a 29 de março de 2011 na ARS Norte para avaliação do Contrato programa 2010 foi feita uma análise do desempenho das instituições com referência à atividade desenvolvida no ano de 2010, inclusive para o IPO Porto ...”, tendo-se assinalado “... a divergência muito expressiva entre os valores contratualizados e a atividade realizada no IPO (...), resultante do valor contratualizado ser significativamente inferior ao ano de 2009, quando, aparentemente, não existia alteração de circunstâncias que justificasse tal contratualização.”.

O Conselho Diretivo da ACSS, IP, reconhece ainda que esta situação “ ... pode permitir o aumento do fluxo financeiro com origem no Orçamento do Estado (...) e cria distorções na alocação de recursos financeiros entre as entidades do SNS” e informa que a “... ACSS e as ARS estão alertadas para esta matéria estando a implementar mecanismos para reduzir o risco de ocorrência deste tipo de situações (...) e que a ACSS irá propor à Tutela uma alteração do contrato programa que estabeleça como teto máximo de faturação a valorização da produção contratada, independentemente, da realização de produção adicional/marginal entre linhas de produção.

Por seu turno, o Conselho de Administração do IPO do Porto refere que “... incompreensivelmente.” o Relatório “... sugere que o IPOFG deveria contratualizar os seus cuidados com prejuízo económico e que não deveria procurar a *mix* de produção que otimiza os seus recebimentos.” e que estando “... no contexto de uma auditoria às práticas de gestão das instituições não se percebe a incoerência e regista-se o desajuste do comentário, porventura radicado na falta de definição prévia de uma perspetiva de análise – se a das instituições, se a do SNS, se a da sociedade Portuguesa, etc. A perspetiva de gestão dos hospitais EPE é ditada por estatuto próprio e, salvo melhor opinião, deveria ser a adotada por defeito nestas auditorias.”

A este propósito importa referir que as perspetivas não são conflitantes. A perspetiva do Tribunal de Contas, enquanto órgão independente que fiscaliza a boa gestão financeira, para além da legalidade e da regularidade das receitas e das despesas públicas, terá de ser, não apenas a da entidade auditada, mas também e, principalmente, a do SNS e das Finanças Públicas, pois gerindo as entidades públicas, inclusive as empresas públicas, dinheiros públicos, dos contribuintes, qualquer decisão dos seus gestores terá impacto naqueles níveis.

Esta aliás deve ser, também, a perspetiva do setor empresarial do Estado, no qual se inserem os hospitais EPE, na medida em que a sua “... atividade deve orientar-se no sentido da obtenção de níveis adequados de satisfação das necessidades da coletividade, bem como desenvolver-se segundo parâmetros exigentes de qualidade, economia e eficácia, **contribuindo igualmente para o equilíbrio económico e financeiro do conjunto do setor público**”³⁸.

No caso dos hospitais entidades públicas empresariais, a perspetiva do SNS e das Finanças Públicas é ainda mais evidente, pois o seu financiamento provém essencialmente do Orçamento do Estado, através da celebração de contratos programa entre o Estado, representado pelas Administrações Regionais de Saúde, IP, e pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e aquelas entidades.

Um dos objetivos dos contratos programa é o estabelecimento de limites à despesa anual. Assim, ao nível do Orçamento do Estado são previstas as despesas decorrentes, para o Estado financiador, da produção contratada com os hospitais EPE³⁹. Com a sua estratégia negocial, o IPO do Porto malogrou o estabelecimento de limites à despesa anual, originando um aumento da despesa com origem no Orçamento do Estado.

³⁸ Cfr. art.º 4º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro. Sublinhado nosso.

³⁹ Relatório de Auditoria n.º 30/2011 - 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS.



Embora os contratos programa incorporem um mecanismo de pagamento de produção que excede o contratado (produção marginal/adicional)⁴⁰, o mesmo deve ser excecional de modo a que a execução financeira dos mesmos não exceda significativamente o valor contratualizado.

Neste sentido, a produção marginal/adicional é paga a um preço inferior ao da produção normal até um limite de 10% da produção contratada. A partir desse limite não é paga. Apenas os episódios programados de GDH Cirúrgicos de internamento e de ambulatório são pagos ilimitadamente, sendo as unidades produzidas a mais remuneradas com base nos preços do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)⁴¹. Esta possibilidade evidencia a existência de um mecanismo de desorçamentação no próprio modelo do contrato programa que é deixado à boa-fé dos contratantes.

Na situação em análise, a estratégia negocial do IPO consistiu em esgotar/aproveitar na medida do possível as “outras linhas de produção” dado ficarem *plafonadas* em termos de faturação no âmbito da negociação do contrato programa e deixarem toda a “folga” possível nos GDH cirúrgicos uma vez que a sua faturação é ilimitadamente aceite.

Note-se que, no ano de 2009⁴², esta estratégia terá gerado um sobrefinanciamento a favor do IPO do Porto de € 11.042.914,09, conforme Quadros 10, 12, 13 e 14 do Anexo 3.

Repare-se que o IPO do Porto contratou 4.267 GDH cirúrgicos de internamento em 2007, 4.344 em 2008 e apenas 1.632 em 2009 e 540 em 2010, tendo nestes mesmos anos executado 4.735 (em 2009) e 5.727 (em 2010), valores aliás “em linha” com o histórico⁴³. Note-se que a execução, em 2009 e em 2010, foi surpreendentemente superior em 190% e 960% ao contratado, nesses mesmos anos.

É por demais evidente que os valores de 1.632 e 540 são “estratégicos” e visaram a obtenção de financiamento adicional do SNS.

Por fim, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, apesar de compreender “... a recomendação que ...” lhe “... é dirigida ...” informa que perante “... uma proposta inicial do IPO do Porto de aumento de produção em todas as linhas de atividade que extravasavam largamente o *budget* estipulado para aquele hospital (...), foi solicitado uma reformulação da proposta que pudesse cumprir aquele desígnio e que privilegiasse os cuidados considerados mais indispensáveis à população (...). O julgamento da nova proposta apresentada, com enfoque na área da ambulatorização de cuidados (...) em detrimento da área cirúrgica, foi justificado pela necessidade de não reduzir a componente hospital de dia (...), designadamente radioterapia, e porque havia uma forma, regularmente definida (...), de suprir eventuais necessidades de acréscimo de atividade cirúrgica para além do contrato, que não coartava a resposta a quem necessitava daquele tipo de cuidados.”.

Questionado especificamente sobre se a estratégia negocial do IPO do Porto é ou não conducente ao aumento do fluxo financeiro com origem no Orçamento do Estado para o SNS no montante de ≈€ 11 milhões, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, refere que se a mesma não tivesse ocorrido deixariam “... de ter qualquer tipo de financiamento cerca de 37.000 GDH Médicos de ambulatório...”.

A resposta do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, que negocia as quantidades a contratar com o IPO do Porto no âmbito dos contratos programa, revela uma condescendência para com a estratégia utilizada. Porém, como acima ficou demonstrado, a mesma frustrou um dos objetivos da celebração dos contratos programa e não contribuiu para a equidade na distribuição dos recursos do SNS.

⁴⁰ Considerando a incerteza associada ao processo de previsão da produção anual.

⁴¹ Cfr. Contratos programa. Para maiores desenvolvimentos sobre o funcionamento e avaliação deste sistema, pode ser consultado o Relatório do Tribunal de Contas n.º 25/2007 – 2.ª S – Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC.

⁴² À data do trabalho de campo, o IPO do Porto ainda não havia faturado à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, a totalidade do ano de 2009.

⁴³ Utilizou-se o n.º de doentes saídos em GDH cirúrgicos de internamento por ser a unidade disponível no IPO do Porto para os anos de 2009 e 2010.



Acresce que o problema do eventual subfinanciamento, implícito na resposta do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, não se resolve com a aceitação de estratégias como a descrita mas com a introdução de reformas estruturais, tais como a implementação efetiva das redes de referência hospitalar, alterações no sistema de financiamento e a introdução de medidas que permitam ganhos de eficiência. Note-se que o Relatório de Auditoria n.º 30/2011 concluiu que o total das perdas devido a ineficiências em unidades hospitalares ascendeu em 2008 a cerca de € 745 milhões.

Refira-se, ainda, que os 37.000 GDH Médicos de ambulatório que, segundo o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, deixariam de ser financiados em 2009, caso o contrato programa tivesse sido celebrado nos moldes do contrato programa de 2008, correspondem, aproximadamente, à quimioterapia oral faturada como GDH Médicos de ambulatório, sem sustentação nas regras de faturação daqueles contratos. Conforme evidenciado *infra*, em 2009, o IPO do Porto faturou indevidamente à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 39.049 GDH Médicos de ambulatório, no montante de € 11.691.406,40. Trata-se de uma subversão das regras de contratação delineada pelo IPO do Porto e que parece ter tido acolhimento pela Administração Regional de Saúde do Norte, IP.

Finalmente, sobre a observação do Relatório de que "... a adoção de *estratégias* como a descrita aumenta o risco de incentivar a multiplicação de prestações de cuidados hospitalares, para obtenção de proveitos, e de desincentivar a adoção de decisões eficientes, através da racionalização", o Conselho de Administração do IPO do Porto, alega que naquele instituto não existem "...cuidados que não correspondam a necessidades dos doentes ...".

A este respeito refira-se que o Relatório se limita a observar, em abstrato, que a aceitação de estratégias como a descrita aumenta os riscos do sistema de financiamento dos hospitais identificados em Relatório de Auditoria anterior, uma vez que não se encontrando até ao momento os contratos programa sustentados num levantamento efetivo das necessidades da população e sendo a unidade de pagamento do sistema de financiamento o episódio, as unidades de saúde têm um incentivo a aumentar a sua produção, em prejuízo da racionalização da sua atividade.

Note-se, porém, que a estratégia negocial do IPO do Porto garantiu-lhe o pagamento de quase toda a sua atividade. No entanto, como se pode observar no quadro 30, no triénio 2008-2010, o IPO do Porto, apesar de registar um custo unitário por doente padrão inferior ao do IPO de Lisboa o que é indicador de maior eficiência comparativa, aumentou esse custo unitário em 7,21%⁴⁴ e que, dos três Institutos de Oncologia, o IPO do Porto é o que no triénio em análise não cumpriu os objetivos de contenção da despesa fixados nos contratos programa (cfr. quadro 10). Estes dados indiciam que os resultados do IPO do Porto resultam mais do aumento dos proveitos do que do controlo dos custos e do aumento da eficiência.

As deficiências do sistema de financiamento são reconhecidas pelo Ministro da Saúde e pelo Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, que nas suas alegações informam que pela primeira vez, em 2012, a "... alocação de recursos para contratualização hospitalar a cada região de saúde considera as necessidades da população servida. Até ao momento, a distribuição de recursos financeiros dependia dos custos históricos gerados e pela capacidade de produção de cuidados de saúde de cada instituição. Ora este formato tem vindo a demonstrar distorções em matéria de prestação de cuidados de saúde que importa corrigir. Com esta medida pretende-se melhorar a equidade na alocação de recursos financeiros no sistema ...".

⁴⁴ Sem prejuízo desse custo ter diminuído de 2009 para 2010.

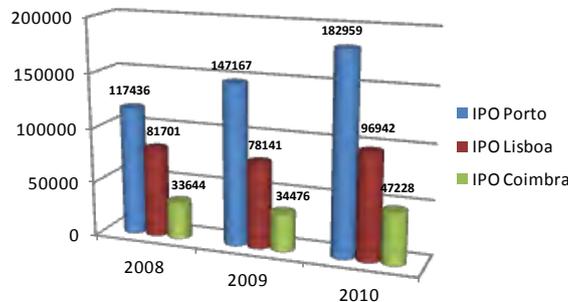


✓ *Faturação de tratamentos de quimioterapia*

e) O número de unidades contratadas e produzidas em **GDH Médicos de ambulatório** (que incluem tratamentos de radioterapia – GDH 409 e quimioterapia – GDH 410) pelo **IPO do Porto** encontra-se inflacionado, por este Instituto faturar, como GDH Médico de ambulatório, os tratamentos com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (Grupo Farmaco-Terapêutico 16) administrados por via oral (quimioterapia oral), sem suporte nas regras de faturação dos contratos programa.

Os Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra incluem apenas os tratamentos com medicamentos administrados por via intravenosa.

Gráfico 7 – Ambulatório – execução GDH médico



De acordo com a informação prestada pelo próprio IPO do Porto, “(...) os GDH Médicos de ambulatório de quimioterapia correspondem aos GDH 410 e 876, com Diagnóstico Principal V58.11 e Procedimento 99.25 (...)”, confirmando-se que o IPO classifica como procedimento 99.25 a administração dos medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores administrados por via oral.

Esta situação não tem qualquer suporte nas regras de faturação dos contratos programa, nem encontra acolhimento junto da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), representante a nível nacional do Estado financiador:

- A Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro⁴⁵, descreve o procedimento utilizado pelo IPO do Porto para faturar a quimioterapia oral, como “*Injeção ou infusão de substância quimioterapêutica do cancro*”⁴⁶;
- A ACSS no exercício do contraditório do Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS informou “(...) que existem tratamentos com uma evolução difícil de acompanhar pelo contrato programa e pelo modelo dos GDH, nomeadamente a introdução de medicamentos de quimioterapia oral que substituem as sessões de quimioterapia tradicionais, tendo por isso sido proposto na revisão do modelo de financiamento dos hospitais de 2009 uma abordagem específica para a área da oncologia, constituindo objetivo da Unidade Operacional de Financiamento e de Contratualização a realização de estudo a partir da Base de Dados de GDH para conhecimento e aprofundamento da área da Oncologia, tendo já abordado a Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas para colaboração e parceria

⁴⁵ Que serve de referência à faturação dos episódios pelos hospitais no âmbito dos contratos programa.

⁴⁶ Os outros procedimentos faturáveis como GDH de quimioterapia são o “00.10 – Implante do agente quimioterápico” e 99.28 “99.28 – Imunoterapia antineoplásica”.



neste estudo. Mas é sabido que o modelo de financiamento é prospetivo e com linhas de produção agregadas, sendo expectável que quando certos GDH não refletem o custo total atual de certas terapêuticas, outros se encontrarão, expectavelmente, sobrefinanciados, também em virtude de inovações técnicas em certos segmentos de tratamento, não devendo a análise ser demasiado casuística.”.

A revisão do modelo de financiamento referido pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, não ocorreu até à presente data.

**Quadro 4 – Antineoplásicos cedidos em ambulatório
(exemplos - semana)**

Medicamento	Custo médio Unit. (€)	Quantidade dispensada (semana)	Valor Total (semana)
Sorafenib 200 mg comp	31,73	14	444,22
Imatinib 400 mg comp	81,87	14	1.146,18
Erlotinib 150 mg comp	74,20	7	519,40
Temozolamida 20 mg cáps	3,71	3	11,13
Temozolamida 100 mg cáps	16,96	3	50,88
Talidomida 50 mg comp	13,78	7	96,46
Sunitinib 50 mg cáps	180,20	7	1.261,40
Sunitinib 12,5 mg cáps	45,05	7	315,35
Capecitabina 500 mg comp	3,91	42	164,22
Capecitabina 150 mg comp	1,17	28	32,76
Megestrol	0,73	30	21,90
Vinorelbina 20 mg cáps	65,45	1	65,45
Vinorelbina 30 mg cáps	96,46	3	289,38
Nilotinib 200 mg comp	34,18	7	239,26
Lenalidomida 25 mg comp	273,43	7	1.914,01
Dasatinib 70 mg comp	68,47	14	958,58
Dasatinib 50 mg comp	68,47	7	479,29
Total			8.009,87

Obs: As quantidades agregadas na cor azul são fornecidas na mesma receita.

Fonte: IPO Porto

**Quadro 5 – Antineoplásicos cedidos em ambulatório
(exemplos - mês)**

Medicamento	Custo médio Unit. (€)	Quantidade dispensada (mês)	Valor Total (mês)
Tamoxifeno 20 mg comp	0,07	30	2,10
Exemestano 25 mg comp	0,47	30	14,10
Bicalutamida 50 mg comp	0,10	30	3,00
Anastrozol 1 mg comp	0,95	30	28,50
Letrozole 2,5 mg comp	0,22	30	6,60
Total			54,30

Fonte: IPO Porto

A faturação irregular da quimioterapia oral como GDH Médico de ambulatório, foi justificada pelo IPO do Porto com a evolução dos tratamentos em quimioterapia e as boas práticas clínicas, que vão no sentido da substituição dos tratamentos tradicionais realizados no hospital por tratamentos que podem ser realizados no domicílio, sendo que a impossibilidade de os faturar não incentiva a sua utilização. Apresentou, ainda, a título de exemplo, custos semana/utente e mês/utente com a cedência dos medicamentos em causa, cfr. quadros 4 e 5.

Comparativamente com os preços faturados pelos GDH de ambulatório no âmbito dos contratos programa (IPO de Lisboa – € 289,23; IPO de Coimbra – € 295,70; IPO do Porto – € 314,15⁴⁷), o custo semanal dos medicamentos antineoplásicos cedidos a cada utente em ambulatório é por vezes superior. O mesmo já não acontece relativamente aos medicamentos antineoplásicos cedidos mensalmente que também deram origem à faturação pelo IPO do Porto de GDH Médicos⁴⁸.

Sem colocar em causa a eventual necessidade de uma abordagem específica para a área da oncologia, também referida pela ACSS, no exercício do contraditório do Relatório n.º 30/2011⁴⁹, a atuação do IPO do Porto gerou-lhe proveitos sem suporte nas regras de faturação da produção realizada no âmbito dos contratos programa.

⁴⁷ Vide Anexo 2. Preços da produção base dos contratos programa de 2010.

⁴⁸ A cedência semanal deu origem, no IPO do Porto, à faturação de um GDH Médico/doente/semana. A cedência mensal deu origem à faturação de um GDH Médico/doente/mês.

⁴⁹ O número de prescrições de antineoplásicos, cedidos pelas farmácias dos Institutos de Oncologia para os doentes fazerem a terapêutica no domicílio em 2009 e 2010 foi de:

Cedência de medicamentos	IPO Lisboa		IPO Coimbra		IPO Porto	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
N.º de prescrições	19.708	19.825	11.299	11.099	61.308	61.235
N.º de doentes	4.994	4.959	4.162	4.121	6.388	6.524
Prescrições/doente	3,95	4,00	2,71	2,69	9,60	9,39

Fonte: Informação fornecida pelos IPO



Quadro 6 – Faturação de GDH 410 Ambulatório

2009	Episódios	Preço Unit. Ajust ICM	Valor (€)
Faturação GDH 410 - 2009 (1)	74.582		22.854.098,35
Base	67.250	314,15	21.126.587,50
Marginal	7.332	235,61	1.727.510,85
Quimioterapia - R&C 2009 (2)*	35.533	314,15	11.162.691,95
Diferença (1)-(2)	39.049		11.691.406,40

* Fonte: Relatório e Contas de 2010 - que corrige o valor referido no Relatório e Contas de 2009 (37.425)

Em 2009, último ano faturado na totalidade à ACSS, embora ainda sem a validação dos dados pela mesma, o IPO do Porto faturou 74.582 GDH 410 de ambulatório (67.250 - produção base e 7332 – produção marginal). Considerando que apenas deviam ter sido faturadas como tal os dados relativos à produção de sessões de quimioterapia realizadas no hospital de dia, constantes do Relatório e Contas do IPO do Porto, 35.533, estima-se que o IPO do Porto, a preços da produção base (€ 314,15) tenha faturado a mais à ACSS € 11.691.406,40.

Em sede de contraditório, considera o Conselho de Administração do IPO do Porto que “... há aspetos de base que por não terem sido bem qualificados, implicam conclusões que perderão validade assim que aqueles sejam esclarecidos” alegando que, como o Relatório reconhece, “... a essência dos GDH é ser um sistema de classificação de doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos” (pág. 6 do Relatório) e que a “... quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar de doença oncológica, e que a sua administração compreende as formas orais, endovenosas, subcutâneas, dentre outras” (a este propósito *vide* ponto 9.3, 1º parágrafo, do Relatório).

A argumentação do Conselho de Administração do IPO do Porto resume-se à demonstração de que a quimioterapia oral é “similar” às outras formas de quimioterapia e que a interpretação constante do Relatório resulta de “... uma falha administrativa na definição do preçário.”. Deste modo refere o Conselho de Administração do IPO do Porto que:

- “Não existe no livro de codificação ICD-9-CM código para terapêutica anti-neoplásica oral”;
- “Os códigos mais aproximados para codificação do procedimento são os 99.25 (Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance) e o 99.28 (Injection or infusion of biological response modifier (BRM) as antineoplastic agente)”; (...)
- “Existe documentação da ACSS (eg: Circular Normativa n.º 8 de 21.07.2008) aonde se esclarecem dúvidas, que remetem para a faturação por GDH, *maxime* o 410, “todas as situações de administração de quimioterapia e de colocação de (...) independentemente da patologia e da especialidade””;
- “A prática de uso do código mais aproximado é frequente...”;
- “... o gestor que não tem indicação expressa em contrário, deve faturar este ato e, na falta de uma referência específica, deve utilizar o GDH genérico e único de quimioterapia.”;
- “No passado, estes processos foram examinados por auditores da tutela e da gestão administrativa em saúde ...” que não concluíram de modo semelhante ao Tribunal de Contas; referindo-se às auditorias realizadas pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, referenciadas *infra* no Relatório;
- “Se vingar a interpretação do Tribunal de Contas (...) a medicação que está em causa fornecer, ou não, aos doentes...” ascende a € 7,1 milhões, aludindo aos custos com a quimioterapia oral em 2011, sendo “... claro que, o SNS absorverá sempre estes custos, de uma forma ou de outra...”. Acrescenta, ainda, que a interpretação do Tribunal pode “... mesmo implicar o afluxo para além das possibilidades de resposta de doentes aos IPO’s (...) de outros hospitais a té de privados, a partir do momento em que estas instituições se vejam impedidas de ser ressarcidas do uso da medicação oral.”;



Por fim, o Conselho de Administração do IPO do Porto propõe outras formas de proceder à faturação da quimioterapia oral, para além da solução por ele preconizada e que entende ser a melhor.

A propósito da argumentação aduzida pelo Conselho de Administração do IPO do Porto importa em primeiro lugar clarificar que as observações e conclusões constantes do Relatório de Auditoria resultam das regras de faturação dos contratos programa, constantes de circulares normativas da Administração Central do Sistema de Saúde, IP⁵⁰, articuladas com o disposto na Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro⁵¹, que aprovou as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde e o respetivo Regulamento.

Ora no que respeita à faturação de episódios médicos de ambulatório lê-se no ponto 2 do capítulo II daquelas circulares normativas, que **“Só são faturados os episódios classificados em GDH médicos que apresentem preço para ambulatório, cujos procedimentos efetuados constem da lista de procedimentos da Tabela II do Anexo II da Portaria n.º 132/2009 ...”**⁵². Redação semelhante consta do n.º 2 do art.º 13º da Portaria n.º 132/2009. Daqui decorre claramente que um episódio apenas pode ser faturado como GDH 410, com a designação genérica de “Quimioterapia”⁵³, se reunir duas condições:

- Apresentar preço para ambulatório;
- Ser um procedimento da Tabela II do Anexo II da Portaria, i.e., “00.10 – Implante do agente quimioterápico”; “99.25 - Injeção ou infusão de substância quimio-terapêutica do cancro” e “99.28 – Imunoterapia antineoplásica”.

Se bastasse ser “quimioterapia”⁵⁴ e apresentando preço para ambulatório, o Estado-financiador não exigia a verificação do segundo requisito, através do qual limitou os procedimentos de quimioterapia que podem ser faturados, nos quais não se inclui a administração de quimioterapia oral.

Acresce que a “interpretação” feita pelo Tribunal de Contas corresponde à interpretação feita pelos outros Institutos de Oncologia e à posição veiculada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, sobre esta matéria⁵⁵.

Por outro lado, da própria argumentação aduzida pelo Conselho de Administração do IPO do Porto também se conclui que não existe código para a faturação da quimioterapia oral, tendo aquele Instituto decidido, unilateralmente, utilizar “os códigos mais aproximados”. O próprio admite que “Dado tratar-se de formulações recentes não tiveram ainda um consenso quanto ao processo administrativo embora, como reconhece o Tribunal de Contas, este processo esteja a ser ponderado pelas entidades competentes.”. Ou seja, o IPO do Porto antecipou-se a uma eventual decisão que, sobre a matéria, venha a ser tomada pelo Estado financiador.

Quanto à argumentação do Conselho de Administração do IPO do Porto de que o “... SNS absorverá sempre estes custos, de uma forma ou de outra ...”, na realidade, como observado na auditoria (pontos 7.2 e 7.3), os

⁵⁰ Nos anos em análise: Circular Normativa n.º 3, de 8 de abril de 2011, Circular Normativa n.º 6, de 31 de julho de 2009, e Circular Normativa n.º 8, de 28 de julho de 2010. A Circular Normativa n.º 8, de 21 de julho de 2008, da ACSS, indicada nas alegações do Conselho de Administração do IPO do Porto, tem por objeto o esclarecimento de “... dúvidas que foram sendo colocadas pelas várias instituições sobre a Portaria 110-A/2007, de 23 de janeiro, [entretanto revogada pela Portaria n.º 132/2009] e o Contrato programa dos hospitais.” No que respeita à faturação de GDH Médicos de ambulatório a mesma esclarece que, estando, a partir de então, prevista a faturação das sessões de quimioterapia em hospital de dia como GDH Médico de ambulatório, essas deixaram de ser faturadas, como até então, através da linha de produção hospital de dia. A Circular Normativa n.º 8, de 21 de julho de 2008, não se sobrepõe às regras de faturação que constam das Circulares Normativas anteriormente citadas, devendo ser conjugada com estas.

⁵¹ E antes da vigência desta com a Portaria n.º 567/2006, de 12 de junho, alterada pela Portaria 110-A/2007, de 23 de janeiro.

⁵² Sublinhado nosso.

⁵³ Cfr. Tabela que constitui o Anexo I da Portaria n.º 132/2009.

⁵⁴ Note-se, aliás, que este Tribunal não propugna que a quimioterapia oral não seja quimioterapia. O que está em causa é se a mesma pode ser ou não faturada com base nas regras atualmente vigentes.

⁵⁵ Nas alegações apresentadas no âmbito da presente auditoria – Volume II págs 17 e segs. E, já anteriormente, no exercício do contraditório do Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS, cfr. já citado no relato, e no ofício n.º 2044, de 27 de janeiro de 2012, em que, tendo sido questionada especificamente sobre se os tratamentos com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores administrados por via oral (v.g. a quimioterapia oral) são procedimentos faturáveis pelas unidades hospitalares no âmbito dos contratos programa, designadamente como GDH Médico ou no âmbito de outra linha de produção, respondeu “... os únicos procedimentos passíveis de registo são os de administração por via endovenosa de quimioterapia. Não estão assim contemplados os tratamentos por via oral.”.



resultados deste Instituto são positivos, pelo que os custos com a quimioterapia oral seriam acomodados nos seus capitais próprios, não implicando qualquer fluxo financeiro do SNS para o mesmo. O que sucedeu, porém, é que o IPO do Porto não acomodou os custos com aquela quimioterapia, transferindo-os, à revelia das regras de faturação, para o Serviço Nacional de Saúde.

Por outro lado, essa decisão teve evidentes reflexos nos seus resultados, condicionando qualquer comparação que se tenha feito ou que se pretenda fazer com os resultados de outras instituições hospitalares, nomeadamente com os outros Institutos de Oncologia que disciplinadamente faturaram a quimioterapia endovenosa, mas não a quimioterapia oral, não sobrecarregando o orçamento do SNS com a faturação desta quimioterapia. É necessário, pois, proceder a uma correção da faturação emitida pelo IPO do Porto à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, para ficar em situação de igualdade com as outras instituições hospitalares.

Finalmente, quanto à observação de que no passado os “... processos [da quimioterapia oral] foram examinados por auditores da tutela e da gestão administrativa em saúde”, designadamente a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, uma empresa de auditoria (por ordem da Administração Central do Sistema de Saúde, IP) e o fiscal único, que não viram “... irregularidade nos mesmos assuntos que o Tribunal analisou ...” remete-se para as alegações que estas entidades apresentaram, e que são objeto de análise na alínea seguinte.

A faturação de quimioterapia oral foi, também, objeto de observações, no âmbito do contraditório, por parte do Ministro da Saúde, através do respetivo Chefe do Gabinete, do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP.

Assim, o Ministro da Saúde informa que o Ministério da Saúde “... desenvolverá os melhores esforços no sentido de, através, da ACSS, IP, ARSN e Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, se proceder à apreciação aprofundada dos factos apurados e respetivas consequências ao nível da faturação e do respetivo financiamento ...” do IPO do Porto.

Por sua vez, o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, para além de confirmar a interpretação do Tribunal de Contas e a prática dos Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra nesta matéria, classificando a prática do IPO do Porto “...como incorreta e não admissível...”, informa que “... irá proceder, no mais breve período de tempo [abril de 2012], a uma auditoria aos processos clínicos em causa e proceder às devidas correções em termos de financiamento da instituição” e que se encontram ainda agendadas, para o ano de 2012, auditorias à codificação clínica dos outros Institutos de Oncologia e de todas as instituições EPE.

Por fim, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, sublinha que “... nenhuma auditoria realizada alertou para os factos agora evidenciados...” considerando “... essencial promover este tipo de ações, nomeadamente no âmbito do contrato programa” e informa que “... face à conclusão relativa à codificação irregular do GDH 410 (...), a contratualização desta linha de produção será ajustada já no processo negocial de 2012.”.

f) As situações descritas nas als. d) e e) relativas ao IPO do Porto são graves.

A subversão das regras que regulam a contratação entre o Estado e as unidades de saúde, como fizeram o IPO do Porto e a ARSN na situação relativa à contratação de GDH Cirúrgicos de internamento, conjuntamente com a faturação irregular da quimioterapia oral por parte do IPO do Porto, gerou um sobrefinanciamento da atividade desenvolvida neste Instituto possibilitando-lhe a realização de investimentos na sua estrutura produtiva (instalações e equipamentos) que não tiveram paralelo nos Institutos de Oncologia de Lisboa e de Coimbra.

A disparidade entre o número de unidades contratadas e produzidas em GDH Médicos de ambulatório (que incluem tratamentos de radioterapia – GDH 409 e quimioterapia – GDH 410) pelos Institutos de



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto

Oncologia de Lisboa e do Porto⁵⁶, por tão evidente, revela ineficácia do sistema de controlo do acompanhamento da execução e da faturação dos contratos programa pela ACSS, IP, e insuficiência das auditorias realizadas⁵⁷.

Apesar da ACSS, IP, ter efetuado auditorias à codificação clínica do IPO do Porto, os auditores não detetaram esta situação. Num universo de 40.431 episódios, relativos a oito GDH, incluindo o GDH 410, foi constituída uma amostra de 24 episódios, designadamente com base nos seguintes pressupostos: serem episódios com “(...) elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados”; margem de erro de 20%. Esta margem de erro determinou uma redução do tamanho da amostra.

A mesma ocorrência também não foi identificada num relatório de auditoria interna realizada em 2009 pela ACSS, IP, através de uma empresa de auditoria contratada⁵⁸.

Das alegações produzidas pelo Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, destaca-se o facto de em 2009 e 2010 não serem objeto de auditoria à codificação clínica os episódios codificados com o GDH 410. Estes episódios passaram a ser verificados “... nas auditorias realizadas em 2011, de acordo com a nova metodologia ...” de auditoria e identificação de riscos potenciais definida em 2010. “No entanto, estes episódios não constituem uma população homogénea em termos de complexidade de codificação. São considerados GDH de elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados os que poderão ter uma propensão baixa para apresentar não conformidades de codificação, designadamente GDH (...) 410 (...). Em virtude deste conjunto de GDH representar, por norma, uma proporção significativa (superior a 30%) na produção total de uma entidade hospitalar, a inclusão destes numa única amostra originaria resultados tendencialmente positivos.”

Trata-se da sustentação técnica subjacente à constituição das amostras nas auditorias à codificação clínica. Considerando, todavia, que as auditorias se baseiam em amostras limitadas de episódios clínicos – na auditoria realizada em janeiro de 2012 ao IPO do Porto com incidência no 1º trimestre de 2010, a amostra de episódios “com elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados” foi constituída por 24 episódios numa população de 40.431 – as mesmas apresentam o risco de não serem suficientes para detetarem situações como a relatada. Aliás é reconhecido naquele relatório de auditoria ao IPO do Porto que a “... auditoria baseou-se numa amostra limitada de episódios pelo que poderão existir outras Não Conformidades para além das relatadas.” e o próprio Manual de Auditoria à Codificação Clínica e Faturação do Contrato programa recomenda que a margem de erro da amostra não ultrapasse os 8% (no caso em apreço foi considerada uma margem de erro de 20%).

Relativamente à auditoria realizada através de uma empresa de auditoria o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, alega que as “... auditorias realizadas no âmbito das competências do Gabinete de Gestão de Risco e Auditoria não têm por objetivo a análise a dados clínicos...”, mas antes a “... avaliação do sistema de controlo interno (...) em qualquer das seguintes categorias de objetivos de controlo: Eficácia e eficiência das operações; Fiabilidade da informação de gestão e financeira produzida; Cumprimento dos regulamentos internos e das normas legais aplicáveis. (...). Para o efeito, referido pelo Tribunal de Contas, compete à Unidade de Financiamento e Contratualização a realização anual de auditorias à Faturação e à Codificação Clínica.”

⁵⁶ Por comparáveis, considerando as respetivas áreas de influência e população abrangida (cfr. Quadro 1 do presente relato).

⁵⁷ Sem prejuízo das auditorias realizadas pela ACSS aos IPO do Porto e de Coimbra, no último triénio, recorde-se que o Tribunal já havia recomendado aos Presidentes das cinco Administrações Regionais de Saúde, no âmbito do Relatório de Auditoria n.º 16/2009- 2.ª S, o seguinte: “(...) Assegurar que os instrumentos e mecanismos de acompanhamento sejam devidamente utilizados, designadamente quanto ao desenvolvimento de rotinas, procedimentos, tendo em vista a melhoria da elaboração dos Relatórios de Acompanhamento e a formulação de Planos de Ação. Reforçar o acompanhamento da produção na vertente clínica face aos critérios de remuneração das várias linhas de produção, recorrendo, quando necessário, à realização de auditorias.”

⁵⁸ Por contrato celebrado em 23 de abril de 2009, por ajuste direto, no valor de € 34.500,00.



A propósito das alegações apresentadas, salienta-se que a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas não teve, também, por objetivo uma análise aos dados clínicos. Porém, a situação foi sinalizada e confirmada através de procedimentos típicos de auditorias de resultados, financeiras e outras: aferição das rubricas de custos e proveitos do IPO do Porto e dos restantes Institutos de Oncologia; análise comparativa dos resultados operacionais e líquidos dos Institutos de Oncologia, em especial de Lisboa e do Porto, por comparáveis considerando a atividade assistencial e área de abrangência; análise da evolução dos proveitos e resultados no IPO do Porto; análise comparativa entre os registos da produção do Instituto de Oncologia do Porto constantes dos planos de desempenho, da contabilidade analítica e do relatório e contas⁵⁹; entrevistas com os diretores dos serviços com recolha de prova documental.

Tal como referido, estes procedimentos são utilizados em diversos tipos de auditoria. Contudo, apesar de no relatório de auditoria interna realizada em 2009 pela ACSS, IP, através de uma empresa de auditoria, que incluiu, também, "... uma análise crítica ao desempenho ..." ⁶⁰ se ter evidenciado que os Resultados Líquidos no IPO do Porto eram 27 vezes superiores aos resultados do IPO de Lisboa, e que a produção do IPO do Porto, em GDH Médicos de ambulatório e sessões de hospital de dia aumentou exponencialmente (72%) de 2006 para 2007, o mesmo não se pronunciou sobre a origem dos resultados alcançados no IPO do Porto nem verificou aquele aumento de produção.

Do mesmo modo, não se pronunciou sobre o cumprimento dos regulamentos internos e normas aplicáveis, neste caso associados a procedimentos de registo de produção incorretos, que interferem com uma avaliação do sistema de controlo interno daquela instituição, designadamente com a fiabilidade da informação de gestão financeira produzida.

Questionada especificamente, no decurso do contraditório, sobre este assunto, a empresa de auditoria refere que "... não foi nosso objetivo formular opinião sobre a adequação dos resultados alcançados pelo IPO Porto. No que respeita à classificação dos GDH efetuados, tanto quanto a avaliação do processo nos permite concluir, a eficácia dos controlos para assegurar a correção da classificação era limitada." No que concerne especificamente ao aumento da produção de 2006 para 2007 referem ainda que "... o nosso relatório explica as razões que nos foram reportadas ..." ⁶¹ e que " Não foi objeto do nosso trabalho verificar a exatidão do número de tratamentos e a exatidão da sua classificação."

Considerando as evidências relatadas pela própria empresa de auditoria, a mesma não se devia ter limitado a aceitar como boas as explicações reportadas pelo IPO do Porto mas realizado procedimentos próprios de auditoria que permitissem aferir da sua fiabilidade. Não o tendo feito, questiona-se o benefício desta auditoria para o contribuinte.

A auditoria da ACSS, IP, à codificação clínica, de janeiro de 2012, que incidiu sobre o primeiro trimestre de 2010, identificou diversas falhas na auditoria interna do IPO do Porto à codificação clínica, designadamente: o último relatório de auditoria à codificação clínica da ACSS, IP, não foi analisado pelo auditor interno nem divulgado pela equipa de codificadores; inexistência de um plano de trabalho ao nível da auditoria interna à codificação clínica; falta de motivação da equipa de codificadores para participar nos cursos de codificação, reciclagem e auditoria ministrados pela ACSS, IP.

⁵⁹ Sessões de quimioterapia:

Ano	Sessões Quimioterapia		
	Plano de Desempenho	Contabilidade analítica	Relatório e Contas
2008	86.239	36.684	31.406
2009	93.497	85.706	35.533
2010	97.450	97.450	36.644

Fonte: Planos de desempenho 2010 e 2011, contabilidade analítica e relatório e contas 2010

⁶⁰ Cfr. pág. 2 e págs. 66 e seguintes do relatório de auditoria produzido pela empresa de auditoria.

⁶¹ Referindo-se à explicação constante da pág. 67 do referido relatório: "A variação é justificada pelo crescimento do número de episódios de GDH de ambulatório resultante de alteração na classificação das sessões de quimioterapia e radioterapia. Classificadas até 2006 como sessões de hospital de dia, a quimioterapia e radioterapia passaram a ser consideradas como GDH de ambulatório médico em 2007 (Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho).



✓ Financiamento dos Institutos de Oncologia

g) Sem prejuízo do exposto na alínea e), refira-se que o IPO do Porto aumentou no triénio a sua produção de sessões de quimioterapia em hospital de dia (faturáveis efetivamente como GDH 410). De acordo com os dados constantes do Relatório e Contas de 2010, essas sessões aumentaram 13,14% de 2008 para 2009 e 3,13% de 2009 para 2010.

Este acréscimo deve-se essencialmente a um aumento no n.º de doentes tratados e a uma maior ambulatorização dos procedimentos⁶², designadamente com a transferência para ambulatório da quimioterapia efetuada em regime de internamento, no qual o doente tinha alta no dia seguinte ao da admissão.

Quadro 7 – Sessões de quimioterapia - IPO do Porto

Sessões de quimioterapia HD	2008	2009	2010
R&C de 2010	31.406	35.533	36.644
Δ (2008-2009) (2009-2010)		13,14%	3,13%

* Fonte: Relatório e Contas de 2010

O aumento da atividade enquadrou-se na estratégia definida pelo IPO do Porto⁶³ de melhorar a qualidade dos serviços, nomeadamente pela redução do tempo de espera para iniciar tratamento e pela mais valia para a qualidade de vida e morbidade do doente resultante da transição dos tratamentos de quimioterapia do internamento para o ambulatório, e de aumentar a sustentabilidade económica e financeira do IPO.

Quanto a este último objetivo, refira-se que a transição dos tratamentos de quimioterapia do internamento para o ambulatório resultou de um estudo realizado em 2008 pelo IPO do Porto com o objetivo de demonstrar a variação nos proveitos decorrentes dessa transferência, supondo que as camas libertas no internamento seriam ocupadas por doentes que gerariam um episódio cirúrgico médio. Segundo esse estudo, a transferência de 1.842 tratamentos de quimioterapia para ambulatório implicaria uma diminuição dos proveitos que seria compensada pelo aumento de 198 episódios cirúrgicos no internamento, com um saldo positivo estimado de € 9.587.079⁶⁴.

h) As taxas de execução do IPO de Lisboa em GDH Cirúrgicos de ambulatório, são muito baixas, apesar da melhoria registada ao longo do triénio: 2008 – 60,5%; 2009 – 77%; 2010 – 77,3%. Esta situação é o resultado da falta de capacidade do IPO de Lisboa em cirurgia do ambulatório, dispondo designadamente de 2 salas de bloco operatório para este fim e os seus congéneres de 3.

O plano estratégico 2007-2009, assente essencialmente na mudança do IPO de Lisboa para novas instalações⁶⁵, referia como ponto fraco a ausência de uma estrutura própria para cirurgia de ambulatório, prevendo a criação de uma unidade de cirurgia do ambulatório e o desenvolvimento de obras de beneficiação enquanto se aguardava o desenvolvimento do projeto das novas instalações, com impacto positivo no acesso dos doentes ao tratamento em causa, o que se verificou⁶⁶, embora não tenha sido suficiente para alcançar as metas contratadas com o Estado.

Com o abandono do projeto das novas instalações, em 2010, o plano estratégico 2010-2012, incluiu, entre as ações urgentes de remodelação e reorganização dos serviços, a cirurgia do ambulatório de modo a oferecer uma melhor e mais atempada resposta aos doentes.

⁶² Fonte: Relatório e Contas de 2010.

⁶³ Nomeadamente, Business Plan 2007-2009 e Plano Estratégico 2010-2012.

⁶⁴ O estudo não considerou os custos decorrentes do acréscimo da atividade assistencial.

⁶⁵ Cfr. Ponto 3.2 do Anexo 1.

⁶⁶ Em termos absolutos houve crescimento das cirurgias do ambulatório realizadas a doentes do SNS, por exemplo em 2009 foram realizadas mais 393 cirurgias do que em 2008.



A situação tem sido penalizadora para o IPO de Lisboa, que, para além de não auferir da totalidade dos proveitos previstos nos contratos programa, não tem cumprido, também, o objetivo de desempenho assistencial estabelecido nos contratos programa, relativo ao peso da cirurgia do ambulatório no total da cirurgia programada, não recebendo o correspondente incentivo financeiro⁶⁷.

No exercício do contraditório, o Conselho de Administração do IPO de Lisboa informa que “... criou e equipou uma unidade de cirurgia de ambulatório e criou condições num serviço para a aplicação do conceito de *One-day-surgery* no Serviço de Cabeça e Pescoço estando progressivamente a melhorar a atividade cirúrgica de ambulatório.”

i) No que concerne ao **hospital de dia**, o elevado número de sessões contratado e realizado pelo IPO de Lisboa, deve-se ao facto de apenas este IPO dispor nesta linha de produção de sessões de Hematologia⁶⁸, para além de, até 2009, faturar também “Outras” sessões⁶⁹.

Quadro 8 – Sessões de hospital de dia

Sessões em Hospital de Dia	2008			2009			2010		
	Contratado	Executado	% execução	Contratado	Executado	% execução	Contratado	Executado	% execução
IPO Lisboa									
Hematologia	8.004	8.804	✓ 110,0%	14.024	15.112	✓ 107,8%	19.702	18.406	✗ 93,4%
Imuno-Hemoterapia	1.741	1.292	✗ 74,2%	1.540	1.671	✓ 108,5%	2.442	2.686	✓ 110,0%
Outros	10.944	11.773	✓ 107,6%	11.956	10.620	✗ 88,8%	1)		
IPO Coimbra									
Imuno-Hemoterapia	264	289	✓ 109,5%	520	567	✓ 109,0%	544	698	✓ 128,3%
Outros	1.494	1.307	✗ 87,5%	1.500	1.288	✗ 85,9%	1.966	985	✗ 50,1%
IPO Porto									
Imuno-Hemoterapia	1.065	1.171	✓ 110,0%	1.301	1.431	✓ 110,0%	1.677	1.845	✓ 110,0%

1) Sem contratualização em 2010.

A faturação das sessões em hospital de dia é uma área que continua a exigir maior clarificação por parte do financiador⁷⁰. Já em 2006, a Comissão para a Contratualização em Saúde⁷¹, em documento aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde em 20 de novembro de 2006, recomendava que “(...) ao nível do hospital de dia se clarifique que tipo de sessões podem ser classificadas como tal, para que todos os hospitais tenham a mesma interpretação (...)”.

O quadro 5 do Anexo 3 elenca os procedimentos dos Institutos de Oncologia passíveis de serem faturados como sessões do hospital de dia entre 2008 e 2010⁷², sendo que apenas é passível de ser

⁶⁷ Vide, a este propósito o ponto 8.2.

⁶⁸ Na qual realizam, designadamente, punção lombar diagnóstica e terapêutica e administram hemoderivados.

⁶⁹ De acordo com as circulares de faturação o hospital de dia da ACSS é um serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância num período inferior a 24 horas. O seu preço varia de acordo com o tipo de sessão, cfr. quadro 2 do Anexo 2. Entre 2008 e 2010, as sessões do hospital de dia de Hematologia e Imuno-hemoterapia (que inclui a aplicação de transfusões de sangue) ascenderam a € 368,28, e as “Outras” sessões, a € 25,27. As circulares de faturação indicam que devem ser registados em “Outras” sessões do hospital de dia os procedimentos de quimioterapia que não deem lugar a GDH Médico de ambulatório.

⁷⁰ As regras de faturação não discriminam os procedimentos que são faturáveis como sessão de hospital de dia, sendo esses procedimentos definidos pelos Institutos de Oncologia com base nos procedimentos constantes do Anexo III da Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, que serve de referência à faturação dos episódios pelos hospitais no âmbito dos contratos programa.

⁷¹ Criada em junho de 2006, pelo Despacho n.º 14839/2006 do Secretário de Estado da Saúde, de 23 de junho, com a incumbência de definir o cronograma relativo ao processo de contratualização para 2007, do desenvolvimento de trabalhos e estudos relativos ao conhecimento dos custos e determinação de preços, da revisão e aperfeiçoamento dos instrumentos de negociação, modelo de financiamento, definição do contrato programa para 2007 e do plano de negócio trienal.

⁷² A partir de 2011, o IPO de Coimbra deixou de contratar sessões de hospital de dia, afetando os valores globais dos contratos, definidos pela Administração Regional de Saúde do Centro, IP, às outras linhas de produção.



faturada uma sessão por dia por doente. Verificou-se que o procedimento “65270 – Manutenção e heparinização de cateter com ou sem reservatório subcutâneo” corresponde, no IPO de Lisboa, a uma sessão de hospital de dia de Hematologia, faturável pelo preço de € 368,28, e no IPO de Coimbra, a “Outras” sessões de hospital de dia, faturáveis pelo preço de € 25,27.

A este respeito, o Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, informa “... que as regras de faturação encontram-se plasmadas nas Circulares Normativas e Informativas de Faturação emitidas anualmente pela ACSS ...” indicando algumas dessas Circulares.

Verifica-se, porém, que nesta matéria estas circulares continuam a suscitar diferentes práticas no que respeita à classificação dos procedimentos. Note-se que a clarificação deve ser feita de modo a não suscitar diversas interpretações.

3.2. Cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência

Desde 2005 que os contratos programa passaram a incluir objetivos de qualidade e eficiência assistencial e económica, de cujo cumprimento fica dependente a atribuição de incentivos institucionais. A atribuição destes incentivos tem substituído progressivamente, a atribuição de um valor de convergência que tem como objetivo compensar os Hospitais pelos desvios entre os custos operacionais e a valorização da produção contratada, de modo a viabilizar a sustentabilidade financeira e económica dos hospitais menos eficientes, e que não estando dependente de um melhor desempenho dos Hospitais, não induz eficiência⁷³.

No triénio 2008-2010, os Institutos de Oncologia não receberam qualquer valor a título de convergência, tendo sido compensados em função do maior ou menor cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência.

Em 2010 o valor dos incentivos institucionais correspondeu a uma percentagem do valor dos contratos programa de cerca de: 2,48% (€ 2.737.506,73) – IPO de Lisboa; 4,05% (€ 2.117.857) – IPO de Coimbra; 3,94% (€ 4.663.922,59) IPO do Porto, a distribuir da forma constante do quadro seguinte.

⁷³ A este respeito *vide* Relatório n.º 11/2010 – 2ª S, de 18 de março - Auditoria orientada ao cálculo e atribuição do valor de convergência aos Hospitais EPE.



Quadro 9 – Distribuição do incentivo institucional

2010	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
	100% - € 2.737.506,73	100% - € 2.117.857,97	100% - € 4.663.922,59
Objetivos institucionais comuns	30% - € 821.252,02	30% - € 635.357,39	45% - € 2.098.765,17
Taxa de reinternamentos primeiros 5 dias	10,0%	15,0%	15,0%
Profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infeção	10,0%	10,0%	10,0%
N.º doentes referenciados para RNCC/N.º doentes saídos	10,0%	10,0%	10,0%
Peso das primeiras consultas médicas no total das consultas médicas	15,0%	15,0%	15,0%
Peso da cirurgia do ambulatório no total das cirurgias programadas	15,0%	15,0%	15,0%
Demora média (dias)	10,0	10,0%	10,0%
Custo unitário por doente padrão	10,0 €	10,0%	10,0%
Resultado operacional	20,0 €	15,0%	15,0%
Objetivos regionais comuns	20% - € 547.501,35	20% - € 423.571,59	20% - € 932.784,52
Consumos	25,0%	25,0%	25,0%
FSE	25,0%	25,0%	25,0%
Custos com pessoal	25,0%	25,0%	25,0%
Compras	25,0%	25,0%	25,0%
Objetivos institucionais da região (diferentes para cada IPO) *	50% - € 1.368.753,37	50% - € 1.058.928,99	35% - € 1.632.372,91

* Vide Anexo 3 - ponto 3

Em 2010, destaca-se a execução, pelo IPO de Coimbra, de 93,75% dos seus objetivos, i.e., 15 em 16 objetivos foram cumpridos, faturando por esse cumprimento € 1.853.125,72, cfr. quadros 6 e 8 do Anexo 3.

O IPO do Porto cumpriu 50% (7 em 14) dos objetivos, faturando € 3.002.400,00, e o IPO de Lisboa cumpriu 47,67% (7 em 15), faturando € 1.571.328,87 (cfr. quadros 6, 7 e 9 do Anexo 3). Estes Institutos de Oncologia não cumpriram os objetivos relativos à referenciação de doentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nem os relativos ao peso da cirurgia do ambulatório no total das cirurgias programadas. Ambos os Institutos também ficaram aquém das metas relativas aos tempos de espera para cirurgia.

No que respeita aos objetivos de desempenho económico-financeiro, salienta-se a superação pelo IPO do Porto dos objetivos relativos aos resultados operacionais do triénio, que em 2010 ascenderam a € 13.482.268, mais € 12.631.761 do que o objetivo fixado, e pelo IPO de Coimbra que, com um resultado operacional positivo de € 626.190,70, em 2010, superou em € 1.602.513,70 o objetivo fixado de - € 976.323,00. O desempenho destes Institutos de Oncologia contrasta com o desvio registado no IPO de Lisboa face ao objetivo fixado, resultado da degradação dos resultados operacionais obtidos em 2010, -€ 15.499.428,3.



Quadro 10 – Objetivos de desempenho económico-financeiro - execução

IPO	Objectivos nacionais CP	2008			2009			2010		
		Objectivo	Realizado	Desvio	Objectivo	Realizado	Desvio	Objectivo	Realizado	Desvio
Porto	Custo unitário por doente padrão*	4.877,0 €	4.381,00 €	-496,00 €	5.916,0 €	5.128,97 €	-787,03 €	6.307,0 €	4.981,7 €	-1.325,31 €
	Resultado operacional	-3.499.594,0 €	11.501.561,0 €	15.001.155,0 €	-5.271.093,0 €	12.162.574,00 €	17.433.667,0 €	850.507,0 €	13.482.268,0 €	12.631.761,0 €
	Consumos	3,50%	11,10%	7,60%	5,00%	9,20%	4,20%	4,00%	6,29%	2,29%
	FSE	4,00%	11,50%	7,50%	6,00%	27,60%	21,60%	2,00%	3,74%	1,74%
	Custos com pessoal	0,40%	2,90%	2,50%	3,00%	4,50%	1,50%	2,00%	3,40%	1,40%
	Compras	3,50%	9,60%	6,10%	5,00%	10,00%	5,00%	4,00%	5,76%	1,76%
Coimbra	Custo unitário por doente padrão*	3.467,0 €	3.495,76 €	28,72 €	3.563,4 €	3.641,34 €	77,91 €	3.574,5 €	3.371,96 €	-202,53 €
	Resultado operacional	-2.142.329,0 €	23.244,0 €	2.165.573,0 €	-1.085.470,0 €	568.481,0 €	1.653.951,0 €	-976.323,0 €	626.190,7 €	1.602.513,7 €
	Consumos	5,90%	-5,74%	-11,64%	4,97%	3,86%	-1,11%	5,33%	3,91%	-1,42%
	FSE	4,00%	19,36%	15,36%	3,74%	17,77%	14,03%	3,73%	-8,29%	-12,02%
	Custos com pessoal	0,00%	2,58%	2,58%	0,00%	1,14%	1,14%	2,13%	1,0%	-1,10%
	Compras	5,90%	-7,59%	-13,49%	5,03%	4,76%	-0,27%	5,33%	3,99%	-1,34%
Lisboa	Custo unitário por doente padrão*	5.520,0 €	5.769,0 €	249,00 €	5.514,0 €	5.567,7 €	53,70 €	5.592,00 €	5.725,04 €	133,04 €
	Resultado operacional	2.644.190,0 €	-5.061.994,3 €	-7.706.184,3 €	-493.671,0 €	-1.292.964,1 €	-799.293,1 €	-5.932.558,9 €	-15.499.428,3 €	-9.566.869,4 €
	Consumos	9,20%	0,30%	-8,90%	4,00%	8,30%	4,30%	6,80%	6,18%	-0,62%
	FSE	9,80%	15,80%	6,00%	4,00%	-0,70%	-4,70%	0,00%	31,02%	31,02%
	Custos com pessoal	0,00%	3,70%	3,70%	0,00%	4,30%	4,30%	0,00%	-1,85%	-1,85%
	Compras	10,20%	6,90%	-3,30%	4,00%	7,19%	3,19%	6,60%	6,00%	-0,60%

* Cálculo do Doente Padrão:

Inputs: Preços do contrato-programa; Produção: GDH de internamento e ambulatório (médicos e cirúrgicos), consultas externas, urgências e sessões de hospital de dia; Índices de Case Mix de internamento e ambulatório.

Cálculo: (i) Ajustar os preços do contrato pelo Índice de Case Mix para o internamento e ambulatório; no caso do hospital de dia, o preço será uma média ponderada dos preços do contrato. (ii) Dividir o preço do internamento ajustado pelos preços das restantes linhas de produção (= Índice do doente padrão (IDP)). (iii) Multiplicar a produção das diferentes linhas pelo respectivo IDP. (O IDP do internamento é = a 1). (iv) Somar os valores obtidos ao total de doentes equivalentes (= total de doentes padrão).

Fonte: IPO - Cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência. ACSS - Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos-Programa 2010

Os resultados operacionais do IPO do Porto encontram-se, porém, influenciados positivamente pela situação descrita na alínea e) do ponto anterior, relativa à faturação irregular, como GDH Médico de ambulatório, de medicamentos antineoplásicos cedidos aos utentes em ambulatório para utilização no domicílio (v.g. quimioterapia oral) e pela estratégia de negociação do contrato programa em matéria de GDH Cirúrgicos de internamento com a condescendência da Administração Regional de Saúde do Norte, IP.

Nos três anos em análise o IPO do Porto cumpriu igualmente o objetivo relativo ao custo unitário por doente padrão, o que também se veio a verificar, em 2010, com o IPO de Coimbra.

Dos três Institutos de Oncologia, aquele que apresenta um custo unitário por doente padrão inferior é o IPO de Coimbra. Considerando as perdas de eficiência técnica nos Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto, evidenciadas no Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 - Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS⁷⁴ - é, muito provavelmente, possível uma aproximação dos custos unitários por doente padrão destes Institutos ao custo unitário por doente padrão do IPO de Coimbra⁷⁵. De acordo com o referido nesse Relatório, o

⁷⁴ Volume II, págs. 208 e 209. A eficiência técnica avalia-se tendo em conta a produção realizada (por exemplo, doentes saídos do internamento), e a quantidade dos recursos utilizados (por exemplo, médicos e enfermeiros), sendo que um hospital é eficiente se obtém o mesmo nível de produção de outros hospitais, mas com, proporcionalmente, menor utilização de recursos.

⁷⁵ Note-se que, o número de doentes padrão aumentou no triénio 2008-2010, 8,57% no IPO de Lisboa, 7,84% no IPO de Coimbra e 6,71% no IPO do Porto, sendo que os anos em que se verificou um maior aumento foi, no IPO de Lisboa, em 2009, e nos Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto, em 2010, cfr. quadro *infra*.

IPO	2008	2009	2010	Δ% 08/09	Δ% 08/09	Δ% 08/09
Lisboa	21.344,6	22.374,0	23.173,8	4,82%	3,57%	8,57%
Coimbra	14.449,3	14.491,1	15.582,4	0,29%	7,53%	7,84%
Porto	25.195,6	24.839,8	26.885,4	-1,41%	8,24%	6,71%

Fonte: ACSS



IPO de Coimbra revelou perdas de *eficiência na afetação*⁷⁶ que, se superadas, se traduzirão num melhor desempenho.

Ambos os Conselhos de Administração dos Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto, no exercício do contraditório, evocam níveis de complexidade/diferenciação, com impacto nos custos, superiores aos do IPO de Coimbra.

Porém, conforme decorre da definição constante do glossário, o custo por doente padrão, calculado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, é uma medida de atividade hospitalar global que agrega as diferentes atividades do hospital, ponderadas pelo seu peso relativo e a sua complexidade, tornando-os comparáveis. Acresce que, para efeitos de financiamento e determinação dos preços unitários da sua atividade, os Institutos de Oncologia foram integrados pelo Ministério da Saúde no Grupo 1 do financiamento hospitalar, tendo por base fatores estruturais, como o grau de diferenciação técnica dos mesmos⁷⁷.

A propósito da evocação do Relatório n.º 30/2011, considera o Conselho de Administração do IPO do Porto, nas suas alegações, que “Não é possível que diversas auditorias classifiquem o IPOPFPG como uma instituição eficiente e uma determinada análise divirja fortemente desta conclusão. Sucede que o Tribunal de Contas subcontratou uma empresa e aceitou como boa a análise que esta lhe fez. Só que o método é errado e, por isso, as conclusões inaplicáveis. Explicando: o IPOPFPG é um hospital altamente diferenciado e complexo no âmbito do SNS; por isso, até para financiamento, a ACSS considera-o num grupo específico. Infelizmente o estudo que apoia as conclusões do Tribunal afirma que o IPOPFPG é ineficiente e que para se tornar eficiente deveria adotar rácios (eg, de doentes/médico ou custos/cama) de hospitais como o de Anadia, de Cantanhede, de Guimarães ou de Vila Franca de Xira. Sem mais: o Tribunal de Contas não deveria ter aceite, ter pago e muito menos utilizado para criticar hospitais do SNS as conclusões deste estudo.”.

A este respeito importa referir o seguinte:

- No Relatório n.º 30/2011 foram identificadas as limitações ao mesmo, quer em termos de informação disponível quer em termos de qualidade (ponto 5 do referido Relatório);
- Especificamente no que respeita à análise da eficiência económica refere o Volume II (pag. 13) do Relatório o seguinte: “No que diz respeito à avaliação da eficiência económica dos hospitais verificou-se elevada heterogeneidade nos dados e indicadores de resultados, de produção, de recursos e de custos. A comparação com outras fontes de informação do Ministério da Saúde revelou discrepâncias nos elementos estatísticos de alguns hospitais. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados na análise de eficiência, dado que a metodologia utilizada se baseia na comparação relativa entre os indicadores de eficiência dos diferentes hospitais.”;
- Na análise de eficiência foi tida em consideração as especificidades de hospitais como os Institutos de Oncologia, que, aliás, pertencem ao mesmo grupo de financiamento hospitalar, pelo que “... foi decidido realizar uma segunda análise de eficiência económica, restringindo a amostra aos hospitais com centro de custo “Oncologia Médica”, e assim tornar a amostra eventualmente mais comparável como os IPO.” (cfr. Volume II – pág. 180). Assim, para além de integrarem a “Amostra Global”, os Institutos de Oncologia integraram também, uma “Amostra Restrita”, na qual se chegou aliás a conclusões semelhantes às da “Amostra Global”;
- Nesse Relatório não se conclui pela ineficiência do IPO do Porto, antes se assinalam as perdas de eficiência nas três vertentes analisadas (afetação, técnica e preço);

⁷⁶ A *eficiência na afetação* mede até que ponto determinado hospital (eficiente no preço) fica aquém de atingir um custo mínimo devido à incapacidade de fazer a “reafecção” dos seus custos entre os vários recursos disponíveis para a produção (por exemplo, diminuindo os custos com médicos e aumentando os custos com enfermeiros, em menor proporção, para a mesma produção).

⁷⁷ Vide Anexo 2.



- Finalmente, as reservas agora apresentadas não foram manifestadas pelo IPO do Porto no momento oportuno, i.e., no exercício do contraditório daquela auditoria, que consta na íntegra do ponto 1.37 do Volume III do Relatório de Auditoria, pelo que a sua apreciação na presente auditoria não tem qualquer fundamento.

O desvio acentuado do IPO do Porto do objetivo relativo ao crescimento dos custos com fornecimentos e serviços externos em 2009 resultou do crescimento da despesa com subcontratos, explicado pela externalização das reconstruções mamárias, pelo acréscimo de custos com a aquisição de componentes de sangue ao Instituto Português do Sangue e pelo aumento do custo com transportes.

4. Eficiência da gestão

O objetivo da análise de eficiência⁷⁸ é o de obter “custos de referência” nas três grandes áreas de atividade dos Institutos de Oncologia: o internamento, as consultas externas e o ambulatório, bem como em áreas que suportam a atividade de prestação de cuidados de saúde de maior volume financeiro, e quantificar poupanças de custos associadas com a obtenção de maior eficiência pela diminuição das diferenças entre os três Institutos.

Para o cálculo do indicador global de eficiência (*score* de eficiência) do internamento utilizou-se o número de doentes saídos, para as consultas externas o número total de consultas e para o ambulatório o n.º de episódios. Os dados utilizados são dados da produção total, que inclui a realizada no âmbito dos contratos programa celebrados com o Estado e a atividade prestada a beneficiários cuja responsabilidade pelo pagamento é de entidades terceiras.

4.1. Consulta externa

Por consulta externa entende-se a observação clínica, diagnóstico, prescrição ou verificação da evolução do estado de saúde de um utente que não exija internamento hospitalar.

No quadro seguinte apresenta-se a produção, os custos e os proveitos da consulta externa nos três Institutos de Oncologia no triénio 2008-2010.

⁷⁸ $Eficiência = \frac{Produção}{Recursos\ utilizados}$



Quadro 11 – Produção, custos e proveitos

Uma primeira conclusão a extrair, desde logo, é o crescimento do número de consultas realizadas nos três Institutos de Oncologia, o que traduz uma melhoria no acesso a cuidados de saúde⁷⁹.

O IPO de Coimbra foi o mais eficiente, quer em termos de custos unitários de produção, quer em termos de contenção dos custos, sendo o único que apresenta um decréscimo do custo unitário total por consulta. Entre 2008 e 2010, no IPO de Lisboa o custo unitário da consulta externa aumentou cerca de 11,1% e no IPO do Porto 8,8%.

Apesar de ter despendido mais recursos que o IPO do Porto, no triénio 2008-2010, o IPO de Lisboa realizou menos consultas. De facto, a análise detalhada da situação de cada Instituto revela que numa perspetiva baseada nos recursos utilizados, para se alcançar uma situação eficiente deveria ocorrer uma substancial redução de custos no IPO de Lisboa.

Consulta Externa	2008		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Custos diretos	23.061.685,62 €	9.928.377,85 €	20.192.645,38 €
N.º consultas realizadas	195.501	122.594	231.693
<i>Custo unitário direto</i>	117,96 €	80,99 €	87,15 €
Custos indiretos	22.869.053,74 €	8.440.896,31 €	25.896.875,81 €
Custos totais	45.930.739,36 €	18.369.274,16 €	46.089.521,19 €
<i>Custo unitário total</i>	234,94 €	149,84 €	198,92 €
Proveitos totais	19.883.081,52 €	12.878.286,23 €	24.163.526,88 €
Margem	-56,71%	-29,89%	-47,57%
2009			
Custos diretos	23.236.130,97 €	9.732.755,33 €	21.855.178,65 €
N.º consultas realizadas	203.380	123.138	247.369
<i>Custo unitário direto</i>	114,25 €	79,04 €	88,35 €
Custos indiretos	25.410.509,63 €	9.059.616,86 €	27.018.984,32 €
Custos totais	48.646.640,60 €	18.792.372,19 €	48.874.162,97 €
<i>Custo unitário total</i>	239,19 €	152,61 €	197,58 €
Proveitos totais	21.126.005,02 €	12.973.838,20 €	24.859.339,32 €
Margem	-56,57%	-30,96%	-49,14%
2010			
Custos diretos	22.164.166,28 €	9.089.507,05 €	20.192.645,38 €
N.º consultas realizadas	213.116	127.091	247.044
<i>Custo unitário direto</i>	104,00 €	71,52 €	81,74 €
Custos indiretos	33.478.750,40 €	9.043.184,97 €	31.155.828,14 €
Custos totais	55.642.916,68 €	18.132.692,02 €	51.348.473,52 €
<i>Custo unitário total</i>	261,09 €	142,67 €	207,85 €
Proveitos totais	24.329.471,06 €	13.923.527,65 €	28.853.939,08 €
Margem	-56,28%	-23,21%	-43,81%

Fonte: Custos, contabilidade analítica, proveitos, contabilidade geral.

Os custos totais da Consulta Externa nos três Institutos de Oncologia tiveram um acréscimo de 13,35% de 2008 para 2010, influenciados essencialmente, pelo aumento dos custos relacionados com o fornecimento e serviços externos e custos indiretos no IPO do Porto e pelo aumento dos custos indiretos no IPO de Lisboa.

Verificou-se, ainda, que o montante estabelecido nos contratos programa para remuneração das consultas externas revelou-se aquém do necessário para compensar o défice operacional desta linha de produção, apesar da tendência de evolução positiva registada no triénio em análise.

Note-se, porém, que contrariamente ao observado no IPO de Coimbra, em que a melhoria da cobertura dos custos deveu-se à evolução positiva de ambas as variáveis, custo e preço (produção faturável), no caso do IPO do Porto a evolução positiva no grau de cobertura de custos não foi conseguida pela redução de custos, mas por via do crescimento da produção (proveitos).

O quadro seguinte evidencia os principais indicadores relacionados com os recursos físicos e humanos afetos à Consulta Externa:

⁷⁹ Recorde-se que, em 2007, verificou-se uma valorização das consultas externas justificada pelo incentivo da acessibilidade aos cuidados hospitalares, razão pela qual as quantidades contratualizadas e realizadas têm aumentado (vide nota de rodapé 31).



Quadro 12 – Indicadores de capacidade e eficiência

Consulta Externa	2009		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
<i>N.º de salas de consulta</i>	70	63	105
<i>N.º de consultas/sala</i>	2.905	1.955	2.356
<i>N.º de médicos ETC</i>	80	38	76
<i>N.º de consultas/médico ETC</i>	2.554	3.251	3.236
<i>N.º de enfermeiros ETC</i>	23	28	76
<i>N.º de consultas/enfermeiro ETC</i>	8.999	4.444	3.272
2010			
<i>N.º de salas de consulta</i>	70	63	128
<i>N.º de consultas/sala</i>	3.045	2.038	1.854
<i>N.º de médicos ETC</i>	84	39	80
<i>N.º de consultas/médico ETC</i>	2.535	3.264	3.096
<i>N.º de enfermeiros ETC</i>	24	27	76
<i>N.º de consultas/enfermeiro ETC</i>	8.987	4.817	3.269

Fonte: Dados fornecidos pelos Institutos de Oncologia

A análise do quadro *supra* permite concluir que a produtividade apresenta um crescimento significativo entre 2009 e 2010 no Instituto de Oncologia de Coimbra. De facto, o número de consultas por sala, médico e enfermeiro registam um crescimento de 4,2%, 0,4% e 8,4%, respetivamente.

Em contrapartida, no biénio 2009-2010, os Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto registaram uma diminuição do número de consultas por médico e enfermeiro o que evidencia perdas de produtividade nesta área.

Apesar do decréscimo da produtividade registado em 2010, face a 2009, o IPO de Lisboa regista o maior número de consultas por enfermeiro e o Instituto de Oncologia de Coimbra o maior número de consultas por médico.

Conclui-se, ainda, que a disparidade do número de consultas por sala, médico e enfermeiro, nos três Institutos de Oncologia é reveladora do potencial de poupança que é possível obter através da introdução de melhorias tendentes à uma maior eficiência técnica.

No que respeita aos tempos médios de resposta aos pedidos de primeiras consultas emitidos através do sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas, verificou-se que em 2010 os tempos médios de resposta do IPO do Porto foram superiores aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) estabelecidos. O IPO de Lisboa ultrapassou os TMRG para os níveis de prioridade 3 e 1 e o IPO de Coimbra apenas ultrapassou em 1 dia o TMRG estabelecido para as consultas de prioridade de nível 3.



Quadro 13 – Tempos Máximos de Resposta Garantidos – 1ª consulta

Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro		
Nível de acesso*	Definição níveis de prioridade	TMRG - consultas doença oncológica**
Prioridade de Nível 4	Doentes com doença oncológica conhecida ou suspeita em que há risco de vida	Não aplicável. O doente é admitido pelo serviço permanente de atendimento não programado dos IPO.
Prioridade de Nível 3	Neoplasias agressivas; situações com progressão rápida, sem risco de vida imediato, mas podendo evoluir a curto prazo para essa fase	7 dias
Prioridade de Nível 2	Neoplasias sem características enquadráveis em nenhuma das restantes categorias, correspondendo à maioria das neoplasias	15 dias
Prioridade de Nível 1	Neoplasias indolentes	30 dias

* De acordo com a avaliação em triagem hospitalar

** A partir do registo do pedido de consulta no sistema de informação CTH pelo médico dos CSP

Quadro 14 – Tempos médios de resposta IPO – CTH

Nível de acesso consulta	Tempo de resposta (média de dias)		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Prioridade de Nível 3	13	8	11
Prioridade de Nível 2	14	13	23
Prioridade de Nível 1	40	19	79

Fonte: Informação IPO

4.2. Internamento/cirurgia

Considera-se internamento, médico ou cirúrgico, os cuidados de saúde prestados a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama, para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

Da análise comparativa ao desempenho dos serviços de internamento dos Institutos de Oncologia no triénio 2008-2010, obtiveram-se os seguintes resultados:



Quadro 15 – Atividade, capacidade e eficiência

Internamento	IPO Lisboa					
	2008	2009	2010	Δ 08/09	Δ 09/10	Δ 08/10
Doentes Saídos	11.120	11.284	11.911	1,47%	5,56%	7,11%
N.º de dias internamento	82.801	78.019	80.484	-5,78%	3,16%	-2,80%
Demora média	7,45	6,91	6,76	-7,14%	-2,27%	-9,25%
Lotação média do período	288	285	285	-1,04%	0,00%	-1,04%
Doentes saídos p/ cama	38,61	39,59	41,79	2,54%	5,56%	8,24%
Taxa de ocupação	78,77%	75,00%	77,37%	-4,78%	3,16%	-1,78%
N.º de médicos ETC*	60,84	67,80	67,54	11,43%	-0,38%	11,01%
Doentes saídos p/ médico ETC	182,77	166,43	176,35	-8,94%	5,96%	-3,51%
N.º de enfermeiros ETC	365,24	379,80	394,26	3,99%	3,81%	7,94%
Doentes saídos p/ enfermeiro ETC	30,45	29,71	30,21	-2,41%	1,69%	-0,77%
Índice de case-mix - GDH Médicos	1,3349	1,4390	1,4390	7,80%	0,00%	7,80%
Índice de case-mix - GDH Cirúrgicos	2,0241	1,9661	1,9661	-2,87%	0,00%	-2,87%
Custo por doente saído (Euros)	2.726,19	2.846,77	2.596,05	4,42%	-8,81%	-4,77%
Custos Diretos Totais (Euros)	30.315.188,04	32.123.006,08	30.921.504,32	5,96%	-3,74%	2,00%
Internamento	IPO Coimbra					
	2008	2009	2010	Δ 08/09	Δ 09/10	Δ 08/10
Doentes Saídos	6.427	6.476	6.556	0,76%	1,24%	2,01%
N.º de dias internamento	46.643	43.923	46.192	-5,83%	5,17%	-0,97%
Demora média	7,26	6,78	7,05	-6,54%	3,88%	-2,92%
Lotação média do período	180	175	185	-2,78%	5,71%	2,78%
Doentes saídos p/ cama	35,71	37,01	35,44	3,64%	-4,24%	-0,75%
Taxa de ocupação	70,99%	68,76%	68,41%	-3,14%	-0,52%	-3,64%
N.º de médicos ETC*	41,34	42,06	42,67	1,74%	1,45%	3,22%
Doentes saídos p/ médico ETC	155,47	153,97	153,64	-0,96%	-0,21%	-1,17%
N.º de enfermeiros ETC	149,78	152,47	157,43	1,80%	3,25%	5,11%
Doentes saídos p/ enfermeiro ETC	42,91	42,47	41,64	-1,02%	-1,95%	-2,95%
Índice de case-mix - GDH Médicos	1,0744	0,9961	0,9961	-7,29%	0,00%	-7,29%
Índice de case-mix - GDH Cirúrgicos	1,3621	1,4328	1,4328	5,19%	0,00%	5,19%
Custo por doente saído (Euros)	1.473,94	1.552,51	1.465,97	5,33%	-5,57%	-0,54%
Custos Dietos Totais (Euros)	9.473.032,69	10.054.070,34	9.610.882,32	6,13%	-4,41%	1,46%
Internamento	IPO Porto					
	2008	2009	2010	Δ 08/09	Δ 09/10	Δ 08/10
Doentes Saídos	13.022	13.469	13.083	3,43%	-2,87%	0,47%
N.º de dias internamento	96.253	101.134	101.951	5,07%	0,81%	5,92%
Demora média	7,39	7,51	7,79	1,58%	3,78%	5,43%
Lotação média do período	319	319	319	0,00%	0,00%	0,00%
Doentes saídos p/ cama	40,82	42,22	41,01	3,43%	-2,87%	0,47%
Taxa de ocupação	82,67%	86,86%	87,56%	5,07%	0,81%	5,92%
N.º de médicos ETC*	122,70	128,11	78,02	4,41%	-39,10%	-36,41%
Doentes saídos p/ médico ETC	106,13	105,14	167,69	-0,94%	59,50%	58,00%
N.º de enfermeiros ETC	387,45	399,85	390,93	3,20%	-2,23%	0,90%
Doentes saídos p/ enfermeiro ETC	33,61	33,69	33,47	0,23%	-0,65%	-0,43%
Índice de case-mix - GDH Médicos	1,2283	1,2360	1,2360	0,63%	0,00%	0,63%
Índice de case-mix - GDH Cirúrgicos	2,1362	2,0800	2,0800	-2,63%	0,00%	-2,63%
Custo por doente saído (Euros)	2.290,12	2.389,66	2.330,62	4,35%	-2,47%	1,77%
Custos diretos Totais	29.822.006,91	32.186.395,85	30.498.432,96	7,93%	-5,24%	2,27%

Fonte: Dados fornecidos pelos Institutos de Oncologia

*- Não estão considerados os médicos em regime de prestação de serviços.



Da análise do quadro *supra* verifica-se que o número de doentes saídos registou um acréscimo ao longo do triénio 2008-2010 em qualquer dos Institutos de Oncologia, mas foi o IPO de Lisboa que registou a maior variação positiva, cerca de 7,11%.

Considerando os custos diretos totais do internamento e a produção realizada do IPO de Lisboa e do Porto, cujos índices de *case-mix* são comparáveis, conclui-se que o IPO de Porto foi mais eficiente tendo um custo por doente saído inferior em cerca de 1,77% (€ 40,50).

No triénio 2008-2010, o custo por doente saído teve uma evolução discordante. De 2008 para 2009 registou-se um crescimento de 4,42%, 5,33% e 4,35%, nos Institutos de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto respetivamente e, de 2009 para 2010, uma diminuição de 8,81%, em Lisboa, 5,57%, em Coimbra, e 2,47%, no Porto.

No que concerne à variação do índice de *case-mix*, que traduz a evolução do grau de complexidade dos doentes tratados face ao valor médio nacional, verificou-se uma diminuição do índice associado aos GDH cirúrgicos nos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto e um crescimento no IPO de Coimbra que, ainda assim, comparativamente é inferior.

Em contrapartida, quanto aos GDH médicos, os Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto registam um acréscimo do nível de complexidade nos GDH Médicos, e o IPO de Coimbra uma diminuição de 7,29%.

De notar que de 2009 para 2010, os índices de *case mix* do internamento (médicos e cirúrgicos) mantiveram-se nas condições contratadas do ano anterior, de acordo com o Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 10 de fevereiro de 2010.

Quanto aos indicadores doentes saídos por médico e por enfermeiro, verifica-se que o IPO de Lisboa é o que apresenta maior produtividade por médico e o IPO de Coimbra maior produtividade por enfermeiro. Já quanto ao número de doentes saídos por cama, o IPO do Porto registou o maior número em 2008 (40,82) e 2009 (42,22) e o IPO de Lisboa em 2010 (41,79).

Apesar do IPO de Lisboa apresentar mais 0,91% dos custos no triénio 2008-2010 do que o IPO do Porto, tratou menos 15,33% de doentes do que este último, ou seja, foi menos eficiente.

O IPO de Coimbra registou ganhos de eficiência no triénio, porquanto se verificou que há um acréscimo de 1,46% nos custos diretos totais que corresponde a um acréscimo de 2,01% de doentes saídos.

Atividade Cirúrgica

Sendo a cirurgia o instrumento terapêutico mais relevante no combate das formas iniciais de tumores sólidos, importa lembrar que, pela necessidade da aniquilação de todo o tecido doente, e pela forma como a doença se propaga, envolvendo múltiplos órgãos, a perícia técnica e a multidisciplinaridade são particularmente necessárias e pertinentes.



Quadro 16 – Produção cirúrgica no triénio 2008-2010

IPO Lisboa	2008	2009	2010	Δ 08/09	Δ 09/10	Δ 08/10
Total de cirurgias programadas*	6.192	6.440	6.600	4,01%	2,48%	6,59%
N.º de cirurgias convencionais	4.118	4.342	4.446	5,44%	2,40%	7,97%
N.º de cirurgias ambulatorio	2.074	2.098	2.154	1,16%	2,67%	3,86%
Peso ambulatorio no total cirurgias	33,49%	32,58%	32,64%	-2,74%	0,18%	-2,56%
IPO Coimbra						
Total de cirurgias programadas*	4.945	5.084	5.335	2,81%	4,94%	7,89%
N.º de cirurgias convencionais	3.322	3.309	3.276	-0,39%	-1,00%	-1,38%
N.º de cirurgias ambulatorio	1.623	1.775	2.059	9,37%	16,00%	26,86%
Peso ambulatorio no total cirurgias	32,82%	34,91%	38,59%	6,38%	10,54%	17,59%
IPO Porto						
Total de cirurgias programadas*	8.508	8.067	8.805	-5,18%	9,15%	3,49%
N.º de cirurgias convencionais	4.881	4.406	4.811	-9,73%	9,19%	-1,43%
N.º de cirurgias ambulatorio	3.627	3.661	3.994	0,94%	9,10%	10,12%
Peso ambulatorio no total cirurgias	42,63%	45,38%	45,36%	6,46%	-0,05%	6,40%

* Por oposição a cirurgias urgentes. Inclui produção base e adicional

Fonte: Informação fornecida pelos IPO

Da análise do quadro *supra*, verifica-se que todos os Institutos de Oncologia registaram um aumento no total das cirurgias programadas, em regime de internamento e ambulatorio.

Regista-se, ainda, que as intervenções cirúrgicas em ambulatorio assumem um maior peso no IPO do Porto. O menor peso desta atividade no IPO de Lisboa deve-se à falta de capacidade deste instituto em virtude do abandono do projeto das novas instalações, em 2010⁸⁰.

O IPO de Coimbra registou o maior acréscimo nas cirurgias programadas no triénio em análise.

Dado o número crescente de doentes inscritos para cirurgia e o aumento constante do tempo de resposta a estes problemas, houve necessidade de ser criado um sistema que agrupasse todos os doentes.

Neste contexto foi criado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)⁸¹ com o objetivo de diminuir de forma sustentada o tempo de espera dos utentes que necessitam de tratamento cirúrgico e que o tratamento ocorra dentro de um tempo máximo estabelecido, considerado clinicamente aceitável, em função da respetiva patologia.

O quadro seguinte representa um resumo de indicadores sobre a resposta à procura de cuidados de cirurgia programada nos Institutos de Oncologia, no triénio 2008-2010:

⁸⁰ Até então previa-se a mudança do IPO de Lisboa para novas instalações. O plano estratégico 2010-2012, incluiu, entre as ações urgentes de remodelação e reorganização dos serviços a cirurgia do ambulatorio de modo a oferecer uma melhor e mais atempada resposta aos doentes.

⁸¹ Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro.



Quadro 17 – Lista de inscritos para cirurgia – Triénio 2008-2010

INDICADORES	IPO LISBOA	IPO COIMBRA	IPO PORTO	IPO LISBOA	IPO COIMBRA	IPO PORTO	IPO LISBOA	IPO COIMBRA	IPO PORTO
	Ano 2008			Ano 2009			Ano 2010		
Entradas em LIC	7.381	5.189	8.468	7.206	5.314	9.553	7.660	5.556	11.558
Total LIC no final ano	1.000	520	1.287	747	659	1.450	939	627	1.128
Média TE em dias	106	58	466	49	40	230	51	47	107
Mediana TE em dias	49	36	90	32	31	46	32	31	45
Total de operados	6.261	4.870	7.774	6.498	4.767	8.473	6.678	5.130	11.008
Média TE dos Operados em dias	45	24	65	45	37	71	38	37	42
Mediana TE dos Operados em dias	32	28	35	33	28	30	30	28	24
Total de Cancelamentos	1.475	592	1.412	1.434	436	1.035	932	472	921

Fonte: ACSS

Legenda do Quadro: LIC - Lista de inscritos para cirurgia; TE - Tempos de Espera

Ao longo do triénio os Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto diminuíram as suas Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC). O IPO de Coimbra, apesar de ter reduzido o número de doentes em espera de 2009 para 2010, apresentava, neste ano, mais 107 doentes do que em 2008.

Os resultados do IPO do Porto em 2008, relativos à LIC, estão condicionados pelos doentes em espera para Cirurgia Plástica (reconstrução mamária), uma vez que é nesta especialidade médica que se registaram, em média, o maior número de dias de espera (994 dias).

A partir de setembro de 2008 as reconstruções mamárias passaram a ser feitas no exterior, devido à falta de capacidade do IPO do Porto para dar resposta em tempos aceitáveis a este tipo de cirurgias⁸². Em 2009, efetuaram-se 107 reconstruções mamárias e, em 2010, 82.

O aumento das intervenções cirúrgicas no IPO do Porto, no ano de 2010, deve-se a uma maior utilização do Bloco Operatório e à libertação, para os doentes objeto de intervenção cirúrgica, de camas do internamento pela maior ambulatorização dos tratamentos de quimioterapia (passagem de doentes que efetuavam tratamento de quimioterapia com 1 dia de internamento para o hospital de dia).

Relativamente aos doentes operados, o IPO de Coimbra é o que apresenta, em termos globais, melhores tempos de espera, apesar de a média ter aumentado de 2008 para 2010, verificando-se, ainda, uma diminuição desses tempos no IPO de Lisboa e, mais significativamente, no IPO do Porto.

A Portaria nº 1529/2008, de 26 de dezembro, que regulamenta os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), estabeleceu os tempos máximos garantidos, por níveis de prioridade, para a realização de cirurgias por doença oncológica.

⁸² Tendo o IPO do Porto consultado, para o efeito, três prestadores de serviços e adjudicado àquele que apresentou o melhor preço, sem prejuízo da qualidade. O preço pago ao prestador encontra-se próximo do preço pago pelo Estado ao IPO do Porto no âmbito do contrato programa. Consultado o prestador de serviços em causa sobre as equipas de cirurgia plástica para reconstrução mamária, o mesmo informou que todos os elementos que as compõem "... eram especialistas do IPO do Porto ...".



Quadro 18 – Tempos Máximos de Resposta Garantidos – Cirurgia Oncológica

Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro		
Nível de prioridade*	Definição níveis de prioridade	TMRG - cirúrgias doença oncológica**
Prioridade de Nível 4	Doentes com doença oncológica conhecida ou suspeita em que há risco de vida	72 horas
Prioridade de Nível 3	Neoplasias agressivas; situações com progressão rápida, sem risco de vida imediato, mas podendo evoluir a curto prazo para essa fase	15 dias
Prioridade de Nível 2	Neoplasias sem características enquadráveis em nenhuma das restantes categorias, correspondendo à maioria das neoplasias	45 dias
Prioridade de Nível 1	Neoplasias indolentes	60 dias

* Prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista. Os tempos máximos de espera das Prioridades de Níveis 1 e 2 podem variar entre 5 e 15 dias com fundamento na gestão mais eficiente dos tempos de funcionamento do bloco operatório - cfr. n.º 75 do Regulamento do SIGIC aprovado pela Portaria n.º 45/2008.

** A partir da data de indicação para cirurgia, correspondente à data do registo no SIGIC. Excetuam-se dos tempos indicados as cirúrgias para correção morfológica em resultado de cirurgia oncológica anterior, em que a intervenção cirúrgica poderá realizar-se até 270 dias.

Os quadros seguintes ilustram em termos absolutos e percentuais o número de doentes operados dentro dos TMRG em 2010⁸³, registando-se um desempenho inferior no Nível de Prioridade 3 nos Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto, com percentagens de incumprimento mais significativas. O IPO de Coimbra regista um maior incumprimento no Nível de Prioridade 1, sendo este o nível de menor prioridade clínica.

Quadro 19 – Tempos de Resposta – IPO Lisboa (2010)

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível - Total -	Nível - % -	Cumprimento - % -	Incumprimento - % -
Nível 1	482	237	696	166	562	2.143	32,3%	73,8%	26,2%
Nível 2	153	529	2.214	304	311	3.511	53,0%	82,5%	17,5%
Nível 3	116	262	398	49	23	848	12,8%	44,6%	55,4%
Nível 4	117	8	2	0	0	127	1,9%	92,1%	7,9%
Subtotal	868	1.036	3.310	519	896	6.629			
Registos com alteração do nível de prioridade						49			
Total						6.678			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.

⁸³ Anos de 2008 e 2009 em Anexo 4, ponto 1.



Quadro 20 – Tempos de Resposta – IPO Coimbra (2010)

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível - Total -	Nível - % -	Cumprimento - % -	Incumprimento - % -
Nível 1	18	180	583	163	632	1.576	31,2%	59,9%	40,1%
Nível 2	43	400	2.061	151	39	2.694	53,3%	92,9%	7,1%
Nível 3	112	242	42	1	0	397	7,9%	89,2%	10,8%
Nível 4	371	7	6	0	0	384	7,6%	96,6%	3,4%
Subtotal	544	829	2.692	315	671	5.051			
Registos com alteração do nível de prioridade						79			
Total						5.130			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.

Quadro 21 – Tempos de Resposta – IPO Porto (2010)

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível - Total -	Nível - % -	Cumprimento - % -	Incumprimento - % -
Nível 1	2.471	399	1.434	320	1.115	5.739	52,2%	80,6%	19,4%
Nível 2	388	759	3.620	195	149	5.111	46,5%	93,3%	6,7%
Nível 3	49	50	24	3	1	127	1,2%	78,0%	22,0%
Nível 4	11	0	0	0	0	11	0,1%	100,0%	0,0%
Subtotal	2.919	1.208	5.078	518	1.265	10.988			
Registos com alteração do nível de prioridade						20			
Total						11.008			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.

4.3. Quimioterapia

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas⁸⁴. A administração de terapêutica médica antineoplásica (citotóxicos, hormonas e anti-hormonas e Imunomoduladores) pode ser realizada por via oral, endovenosa, intravesical, intratetal, subcutânea ou intramuscular.

Apesar destes medicamentos representarem apenas 0,49% do total dos encargos anuais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com medicamentos⁸⁵, quando consideramos apenas os medicamentos consumidos em meio hospitalar verifica-se que este grupo farmacoterapêutico representou 36,5% do total da despesa em 2010⁸⁶.

No caso dos Institutos de Oncologia este grupo farmacoterapêutico assume o maior peso nos encargos com consumos de medicamentos (em 2010, no IPO de Lisboa, representaram 68% do consumo total de medicamentos), devendo salientar-se ainda que é o grupo farmacológico que mais contribui para o aumento da despesa, justificado, em parte, pela introdução de moléculas inovadoras.

⁸⁴ Bonassa EMA. Enfermagem em quimioterapia. São Paulo: Atheneu, 1992:277.

⁸⁵ Fonte: Infarmed. Estatística do medicamento, 2009.

⁸⁶ Fonte: Infarmed. Consumo de medicamentos em meio hospitalar, 2010.



Relativamente à aquisição de medicamentos confirmou-se que, existindo genéricos, o princípio é o da dispensa daquele que tiver o melhor preço, de forma direta ou indireta (desconto comercial). Este pode ocasionalmente ser o medicamento de referência (marca), se este tiver o melhor preço do mercado. As exceções a este princípio são casuísticas⁸⁷ e objeto de parecer das Comissões de Farmácia e Terapêutica.

Perante medicamentos exclusivos⁸⁸, mas semelhantes do ponto de vista farmacológico e clínico, os Institutos de Oncologia procedem à substituição de determinadas substâncias ativas por outras menos dispendiosas ou com condições de aquisição (económico-financeiras) mais favoráveis, ficando a utilização das substâncias mais dispendiosas sujeitas a apreciação caso a caso das justificações clínicas e a normas de uso muito restritas⁸⁹.

Quanto à eficiência na aquisição de medicamentos, procedeu-se à seleção de uma amostra dos medicamentos de maior volume financeiro tendo-se verificado que os Institutos de Oncologia apresentam custos unitários de consumo por medicamento similares (*vide* Anexo 5), justificado, em parte, por desde outubro de 2006, os Institutos de Oncologia virem realizando, anualmente, um processo de negociação conjunto do preço de alguns medicamentos de maior volume financeiro com a indústria farmacêutica.

No entanto, em 2010, foram identificadas duas situações anastrozol e temozolamida em que o IPO do Porto tinha custos médios unitários superiores. No primeiro caso devido à existência de um protocolo comercial com o fornecedor do medicamento original. No segundo caso os custos médios unitários dos Institutos de Oncologia de Lisboa e de Coimbra (€ 69,86 e € 74,85, respetivamente, face a € 115,23 no IPO do Porto) foram inferiores por terem adquirido o medicamento a outros fornecedores a um preço unitário mais económico.

O caso particular do anastrozol no IPO do Porto.

Em 2010, o anastrozol teve um custo unitário de unidade consumida muito superior (709%) no IPO do Porto face ao custo unitário de unidade consumida dos outros Institutos de Oncologia. A análise desta situação permitiu concluir que o IPO do Porto havia adquirido o anastrozol ao fornecedor do medicamento de referência que, em 2010, praticou um preço unitário de venda muito superior a outros fornecedores daquela mesma substância ativa (genéricos).

De facto, se o IPO do Porto tivesse adquirido aquela substância ao fornecedor do IPO de Coimbra (o custo de aquisição daquele medicamento em 2010 foi de € 0,16) teria obtido uma poupança de € 941.713,90.

No entanto, verificou-se que o IPO do Porto celebrou um protocolo com o fornecedor do medicamento de referência que previa um *rappel* de 40% sobre o total das aquisições àquela empresa (incluindo medicamentos exclusivos) aplicável se o volume de compras anual àquele fornecedor fosse superior a € 2.600.001,00, o que se veio a verificar. Deste modo, mesmo admitindo a hipótese que aquele fornecedor estaria disposto a estabelecer com o IPO do Porto um protocolo com um desconto comercial igual ao estabelecido com o IPO de Lisboa (14%) - que não incluía aquele medicamento - e tivesse adquirido o anastrozol a outro fornecedor a um preço mais económico, ainda assim não existiu qualquer prejuízo com a aquisição daquele medicamento àquele fornecedor.

Concorda-se, porém, com a observação do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, auscultado em sede de contraditório, no sentido de que o *rappel* pode constituir um estímulo ao consumo, não contribui para a transparência dos preços e pode retirar à concorrência produtos.

⁸⁷ I.e., doente a doente pode ser apreciada uma justificação clínica resultante de uma reação adversa, a qual obrigatoriamente é reportada ao Infarmed. Por vezes, esta justificação é utilizada para substituir um genérico de uma marca por um genérico de outra marca.

⁸⁸ Sob patente ou únicos no mercado português.

⁸⁹ Sob patente ou únicos no mercado português.

⁸⁹ Por exemplo, no IPO de Lisboa, no caso dos medicamentos para o cancro da próstata, até ao advento de genéricos o uso de bicalutamida era limitado, com apreciação caso a caso de justificações clínicas e com normas de uso muito restritas, sendo de uso "livre" o similar terapêutico flutamida. Também no caso do cancro da mama, o uso de tamoxifeno (a cerca de 0,10€/cp) era preferido ao dos inibidores da aromatase (letrozol, anastrozol e exemestano), a mais de 3.50€/cp, sendo estes últimos de justificação caso a caso e uso muito restrito nomeadamente na terapêutica adjuvante. Quando surgiram genéricos de letrozol e anastrozol, ficou limitado o uso de exemestano a justificação clínica caso a caso. No IPO de Coimbra, verificou-se a substituição do Lenograstim (que em 2009 era adquirido a 100€/seringa) pelo Filgrastim (adquirido em 2010 a 38,46€/seringa).



Em 2010, a temozolamida, em consequência do surgimento de genéricos no mercado⁹⁰, foi objeto de um processo de negociação conjunto entre os três Institutos de Oncologia para 2011, passando o custo médio unitário em 2011 para € 16,96.

A entrada no mercado de medicamentos genéricos da temozolamida permitiu uma redução do custo médio unitário no IPO do Porto, em 2011, de cerca de 80% relativamente ao custo médio unitário de 2010, € 115,23.

Este exemplo permite alertar para o possível surgimento no mercado de medicamentos genéricos durante o período de vigência de um contrato público de aprovisionamento (acordo-quadro), celebrado pela central de compras do Ministério da Saúde, ao qual os Institutos de Oncologia e as outras unidades prestadoras de cuidados de saúde do setor empresarial do Estado estejam vinculados⁹¹. É que existindo esse vínculo, as mesmas apenas poderão adquirir os medicamentos aos fornecedores reconhecidos por aquele contrato público de aprovisionamento, com eventual prejuízo para o erário público se entretanto surgir no mercado uma empresa com preços substancialmente mais baixos.

Mesmo a exigência de um ato do membro do Governo que dispense os Institutos de Oncologia ou outras unidades prestadoras de cuidados de saúde da aquisição ao abrigo dos contratos públicos de aprovisionamento, pode constituir um obstáculo administrativo à obtenção do melhor preço, com o qual o estado das finanças públicas não pode condescender.

A não vinculação aos contratos públicos de aprovisionamento sempre que as entidades públicas empresariais obtenham, comprovadamente, preços significativamente mais económicos junto de outros fornecedores, desde que notificada à central de compras e respeitadas as regras de formação dos contratos públicos⁹², constituirá uma opção menos burocrática e mais económica e eficiente.

Tendo-se procedido à audição do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, central de compras do Ministério da Saúde, sobre as conclusões e a recomendação, dirigida ao Ministro da Saúde, sobre a matéria *supra* evidenciada, o mesmo apresentou, em síntese, as seguintes observações:

- A estratégia dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, assenta na celebração de acordos-quadro/contratos públicos de aprovisionamento, desenvolvidos em duas fases (seleção e *call-off*⁹³), considerando as conclusões da literatura científica, sobre este assunto⁹⁴;

⁹⁰ A autorização de introdução no mercado da temozolamida da Teva Pharma, B.V. é de 28 de janeiro de 2010.

⁹¹ O artigo 4º do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro, estabelece a possibilidade das aquisições a efetuar ao abrigo dos contratos públicos de aprovisionamento serem tornadas obrigatórias, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, para todos os serviços e estabelecimentos do SNS, entre os quais se integram as entidades públicas empresariais. Norma semelhante constava já do n.º 2 do artigo 10º do Decreto-Lei n.º 200/2008, de 9 de outubro, tendo a mesma sido revogada pelo Decreto-Lei n.º 108/2011. Note-se que, de princípio, as entidades do setor empresarial público, no qual se integram as entidades públicas empresariais, não estão vinculadas ao sistema nacional de compras instituído pelo Decreto-Lei n.º 37/2007, de 19 de fevereiro (cfr. artigo 3º), pelo que a vinculação das entidades públicas empresariais do setor da saúde aos contratos públicos de aprovisionamento celebrados pela central de compras do Ministério da Saúde decorre de um ato administrativo do membro do Governo responsável pela área da saúde, ao abrigo dos poderes de tutela e superintendência. Acresce que, nos termos do n.º 2 do artigo 255º do Código dos Contratos Públicos, as entidades adjudicantes não são obrigadas a celebrar contratos ao abrigo dos acordos quadro (contratos públicos de aprovisionamento), exceto se tal obrigatoriedade constar do caderno de encargos relativo a esses acordos.

⁹² Note-se que apesar da formação dos contratos, a celebrar pelos hospitais EPE, de valor inferior aos limiares comunitário (atualmente fixados em € 200.000, para os contratos de aquisições de bens e serviços, e em € 5.000.000, para os contratos de empreitada, cfr. Regulamento (CE) n.º 1251/2011, de 30 de novembro), não estar sujeita aos procedimentos de adjudicação constantes da parte II do Código dos Contratos Públicos, a mesma deve respeitar os princípios gerais da atividade administrativa, constantes do Código do Procedimento Administrativo (artigo 5º, n.ºs 3 e 5, do Código dos Contratos Públicos).

⁹³ 1ª Fase – seleção de fornecedores com preço máximo;

2ª Fase – consulta pelas unidades de saúde dos fornecedores qualificados/selecionados no âmbito do acordo quadro e negociação de aspetos sujeitos a concorrência no âmbito do acordo.



- “... os grandes consumidores podem obter poupanças significativas na fase de *call-off*, os pequenos consumidores obtêm assim um melhor teto de preços.”;
- A possibilidade dos contratos públicos de aprovisionamento poderem “... ser tornados obrigatórios por decisão do Ministro da Saúde ...” torna-os mais competitivos “... pela possibilidade que contém de punição aos piores preços, que ficarão fora do mercado ...” durante a vigência dos mesmos;
- A decisão do Ministro da Saúde “... é posterior ao desenvolvimento do concurso...”, considerando a “... carência de empresas concorrentes (...) e com o fim de evitar um fecho do mercado ...”;
- Os contratos públicos de aprovisionamento “... devem ter vigência anual ...”, abrindo-se “... a entrada de novos produtos nomeadamente genéricos com uma periodicidade adequada.”;
- “Deve ser a SPMS, EPE, a dar o parecer que habilita o Ministro da Saúde a decidir...” sobre a dispensa da obrigatoriedade de aquisição pelas entidades vinculadas, “já que: i) É a entidade no Ministério da Saúde que pode tecnicamente pronunciar-se sobre os méritos da proposta; ii) Tem uma perspetiva global dos efeitos da decisão no caso em apreço (...); iii) (...) a SPMS, EPE, não tem qualquer interesse material no processo, não sendo remunerada por operação ou pelos fornecedores nem se apropria de nenhuma parte da poupança.”

A obrigatoriedade de aquisição com base nos contratos públicos de aprovisionamento não deixa qualquer margem para a emulação entre os hospitais e a própria central de compras pelos *inputs* mais económicos fundamentalmente. Esta emulação deve estender-se à central de compras que tem de apresentar resultados que justifiquem a sua existência, uma vez que os organismos públicos têm, com frequência, tendência para cair no imobilismo, maléfico ao contribuinte.

Conforme relatado *infra* a agregação de quantidades no processo de aquisição de medicamentos tem produzido ganhos consideráveis para os três Institutos de Oncologia. A perda de autonomia dos Institutos de Oncologia, nesta matéria, e os ganhos que os mesmos têm conseguido poderão não ser compensados com as poupanças que se almejam com a sua vinculação aos contratos públicos de aprovisionamento. Ainda que na fase de “*call-off*” os Institutos de Oncologia possam negociar com os fornecedores dos contratos públicos de aprovisionamento preços mais baixos do que os fixados naqueles acordos, estes poderão ser superiores ao que os Institutos de Oncologia poderiam conseguir por outras vias - agrupamento de entidades adjudicantes/aquisição individual.

A vinculação dos Institutos de Oncologia aos contratos públicos de aprovisionamento celebrados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, deve ser sustentada do ponto de vista económico-financeiro. Essa sustentação deve conter uma quantificação dos ganhos que, fundamentadamente, se esperam alcançar com a sua vinculação, para monitorização e controlo *ex post*⁹⁵.

Igualmente, encontrando-se os Institutos de Oncologia vinculados a adquirirem aos fornecedores reconhecidos pelos contratos públicos de aprovisionamento, um requerimento dos mesmos com vista à sua desvinculação, no qual demonstrem que conseguem preços mais económicos junto de outros fornecedores, deve ser apreciado por entidade não envolvida no processo – imparcial face à concorrência, i.e., face aos fornecedores não reconhecidos pelos contratos públicos de aprovisionamento⁹⁶ - e apenas recusado por decisão devidamente sustentada do ponto de vista económico-financeiro.

⁹⁴ Que resumem do seguinte modo: “Um maior volume de aquisição, através de economias de escala, deve produzir uma redução do preço de aquisição”; “Os acordos-quadro ao retirarem carga burocrática ao processo final de aquisição, reduzem custos de contexto para ambas as partes sendo por isso mais eficientes na compra repetitiva ou em conjunto”; “O sistema de duas fases (...) tem vantagens sobre o sistema de uma única fase quando os mercados são dinâmicos.”

⁹⁵ É um mau começo que a constituição da atual central de compras do Ministério da Saúde não tenha sido precedida de um estudo económico-financeiro para controlo *ex post*.

⁹⁶ Note-se, ainda, que a existência da central de compras apenas se justificará se e enquanto trouxer poupanças para o sistema de saúde, pelo que se os hospitais demonstrarem conseguir maiores poupanças por outras vias, a missão daquela extingui-se-á.



A agregação de quantidades no processo de aquisição de medicamentos é uma boa prática de gestão e tem produzido ganhos consideráveis para os três Institutos de Oncologia e deve ser alargada a outros medicamentos e até ao fornecimento de serviços. Em 2009, foram estimadas poupanças no total, no IPO de Coimbra de € 517.883,15, no IPO do Porto de € 1.482.456,00 e no IPO de Lisboa de € 801.215,50.

Nesta área, verificou-se, ainda, a existência e utilização de normas de orientação clínica, em conformidade aliás com o exigido pelo processo de acreditação pela *Organization of European Cancer Institutes* (OECI), já concluído nos Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto e, em curso, no IPO de Lisboa. As normas de orientação clínica são aprovadas pelos Conselhos de Administração mediante parecer das respetivas Comissões de Farmácia e Terapêutica⁹⁷. As exceções, i.e, as indicações *off-label*, estão sempre dependentes do parecer daquelas Comissões e aprovação pelos Conselhos de Administração.

As normas de orientação terapêutica são suportadas em evidência científica e são objeto de revisão perante a existência de novas tecnologias ou a possibilidade de aplicação a outras patologias ou estádios da doença. Não existe, contudo, evidência das mesmas serem sistematicamente objeto de análises sobre o impacto real nos resultados dos cuidados de saúde prestados (avaliação *ex post*).

Considerando que muitas vezes os medicamentos utilizados, no âmbito das normas de orientação clínica, são de utilização recente nos hospitais, tendo a respetiva autorização de introdução no mercado sido dada com base em ensaios clínicos realizados pela indústria, a reavaliação dos mesmos com base nos resultados da sua aplicação em meio hospitalar pode evitar que produtos com elevado custo/efetividade relativamente a substitutos terapêuticos continuem a ser financiados pelo sistema de saúde.

A este propósito o Conselho de Administração do IPO de Lisboa esclarece que "... que, nas reuniões semanais da Comissão de Farmácia e Terapêutica a avaliação dos pedidos individuais implica uma revisão permanente do desempenho do medicamento, i.e. , cada novo doente que entra em terapêutica é avaliado com base no conhecimento acrescentado sobre o uso do medicamento na Instituição. Por outro lado, existem avaliações formais em curso sobre medicamentos relevantes, de que se salienta o estudo sobre biosimilares de filgastim e o estudo sobre utilização de trastuzumab em cancro da mama metastático."

⁹⁷ A nível nacional foram emitidas orientações clínicas de diagnóstico e terapêutica dos cancros da mama e do pulmão (2009).



4.4. Radioterapia

A radioterapia é uma especialidade clínica que utiliza radiações ionizantes para eliminar as células cancerígenas e é um dos métodos terapêuticos mais eficazes e custo-efetivos no tratamento do cancro.

Os três Institutos de Oncologia dispõem de Serviços de Radioterapia, no entanto, as condições físicas dos Serviços, o parque tecnológico instalado e as técnicas empregues no tratamento dos doentes são distintas⁹⁸.

Tendo por base alguns dos objetivos do Plano Oncológico Nacional 2001 a 2005, nomeadamente a consideração de que era fundamental “(...) renovar e modernizar os equipamentos desatualizados de radioterapia com prioridade para os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil (...)” e o crescente aumento do número de casos de cancro em todas as faixas etárias da população, o IPO do Porto levou a cabo um projeto de criação de uma nova unidade de Radioterapia Externa, no valor de € 35.271.993,55 (+IVA)⁹⁹, inaugurada em março de 2011.

A estratégia adotada, suportada em estudos prévios de viabilidade técnica, viabilidade ambiental e viabilidade económico-financeira (foi calculado um valor atual líquido do projeto de cerca dos 110 milhões de euros, com um valor de TIR ajustada de 45%), foi a de afirmar a nova unidade de Radioterapia como uma referência no sector.

A concretização, célere¹⁰⁰, deste projeto permitiu a implementação de novas técnicas de tratamento, o aumento da capacidade produtiva e a redução da dependência de entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde.

Pelo contrário, o parque tecnológico do Serviço de Radioterapia do IPO de Lisboa está, já desde alguns anos, obsoleto.

Figura 1 – Nova unidade de Radioterapia do IPO do Porto



Esta situação, agudizada em 2010, reduziu substancialmente a capacidade instalada do IPO de Lisboa para o tratamento de doentes e aumentou a dependência de entidades privadas que, como referido no Relatório de Auditoria n.º 12/2011, praticam preços oligopolistas e, no caso do IPO de Lisboa, superiores aos custos de produção própria. Esta situação, verificada no triénio 2007-2009 inverteu-se

⁹⁸ Para além da radioterapia convencional e da irradiação com modelação do feixe de radiação realizadas nos três Institutos de Oncologia, o IPO do Porto (a iniciar em 2011) e o IPO de Coimbra realizam radiocirurgia e radioterapia estereotáxica fracionada. O IPO do Porto realiza ainda radioterapia intraoperatória.

⁹⁹ Cfr. cláusula 37 do contrato SAL 011/2009 EMPR.

¹⁰⁰ Arranque do projeto em fevereiro de 2007 e início do funcionamento em março de 2011. O projeto implicou a abertura de concurso público internacional, empreitada de construção e o fornecimento, instalação e licenciamento de equipamento tecnológico de última geração. Trata-se de um novo edifício com 6.000 m², com 16 gabinetes de consulta médica, 7 aceleradores lineares, 10 bunkers, sala de pensos, unidade de recobro, 3 gabinetes de enfermagem, sala de refeições para doentes com necessidades especiais, 3 salas de espera e 400 lugares de estacionamento.



em 2010, porque houve uma diminuição drástica da produção interna sem correspondência em redução de custos, que são maioritariamente fixos, do Serviço de Radioterapia.

Quadro 22 – Produção dos equipamentos de Radioterapia em 2010

	Instalação	Acceleradores/Outros	2009	2010	Δ% 09-10
IPO Lisboa	1996	Saturno 40A	9.095	906	-90,0%
	1997	Saturno 40B	9.767	1.549	-84,1%
	1996	Saturno 41	10.666	5.148	-51,7%
	1997	Saturno 42	8.371	4.375	-47,7%
	1998	Elekta	13.664	4.629	-66,1%
	2007	Clinac 2100 CD	8.986	9.983	11,1%
	N.º tratamentos IPO		60.549	26.590	-56,09%
IPO Porto	-	Ortovoltagem	526	842	60,1%
	-	Cobalto	5.109	4.330	-15,2%
	1994	Mevatron KDS 2	13.852	12.830	-7,4%
	1997	Clinac 600c	16.244	15.370	-5,4%
	2001	Clinac 2100C	18.992	18.658	-1,8%
	2007	Clinac 2100CD	17.336	15.737	-9,2%
	N.º tratamentos IPO		72.059	67.767	-5,96%
IPO Coimbra	2006	Oncor 1	14.311	18.054	26,2%
	2007	Oncor 2	9.436	10.642	12,8%
	1996	Clinac 600	5.455	9.830	80,2%
	N.º tratamentos IPO		29.202	38.526	31,93%

Fonte: Serviços de Radioterapia

De facto, pela análise do quadro 22, é evidente a baixa produtividade, cujas causas são a antiguidade, as frequentes avarias e as paragens para manutenção corretiva, dos equipamentos de radioterapia pelo IPO de Lisboa.

Com exceção do equipamento de ortovoltagem e de cobalto¹⁰¹, cuja utilização era preterida se houvesse disponibilidade dos aceleradores lineares, verifica-se que o IPO do Porto teve o melhor aproveitamento da capacidade instalada.

Quadro 23 – Equipamentos de Radioterapia em 2010

Equipamentos - Radioterapia	2010		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Acelerador linear	6*	3	4
Braquiterapia baixa taxa de dose	2		2
Braquiterapia alta taxa de dose	1	1	1
Unidade de Cobalto 60			1
Radiocirurgia		1	

* 2 inativos

Fonte: Dados fornecidos pelos IPO.

O quadro seguinte evidencia a produção e a eficiência dos Serviços de Radioterapia no biénio 2009-2010:

Quadro 24 – Custos e atividade dos Serviços de Radioterapia

Radioterapia	IPO Lisboa		IPO Coimbra		IPO Porto	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
	<i>N.º de tratamentos*</i>	77.803	76.889	29.454	38.914	83.369
<i>Custos totais radioterapia</i>	9.998.144,20 €	14.571.112,64 €	7.014.824,92 €	7.192.239,53 €	12.894.896,07 €	12.001.241,73 €
<i>Custo médio unitário</i>	128,51 €	189,51 €	238,16 €	184,82 €	154,67 €	136,10 €

* Em regime de ambulatório e internamento

Saliente-se que o IPO de Lisboa apresentou o custo unitário por tratamento mais baixo em 2009 e o mais alto em 2010, ou seja, foi o mais eficiente em 2009 e o mais ineficiente em 2010.

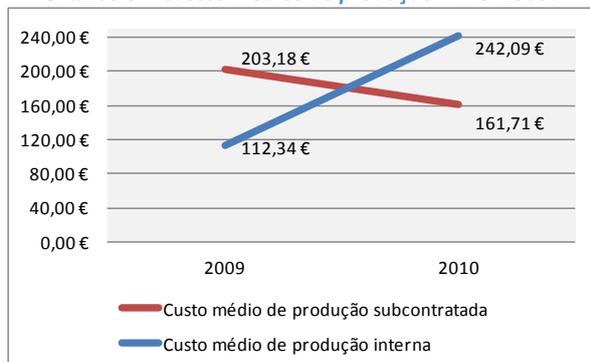
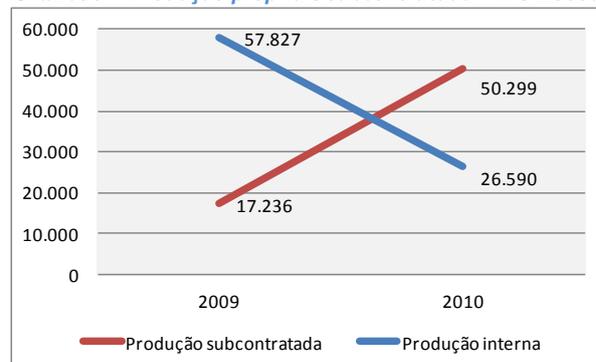
O mais baixo custo médio unitário do IPO de Lisboa em 2009, prende-se, essencialmente, com menores custos com o pessoal. De facto, comparativamente ao IPO do Porto, os custos totais do IPO de Lisboa foram inferiores em 22,5% quando os custos com o pessoal foram inferiores em 67,3%.

O crescimento registado no custo médio unitário do IPO de Lisboa em 2010, relativamente a 2009, deve-se, essencialmente, ao acréscimo do número de tratamentos realizados em entidades privadas

¹⁰¹ Com a entrada em funcionamento da Nova Unidade de Radioterapia Externa do IPO do Porto estes equipamentos foram desativados.



prestadoras de cuidados de saúde a um custo médio por tratamento superior ao de produção própria e à diminuição da produção interna, conforme se pode observar nos seguintes gráficos.

Gráfico 8 – Custos médios de produção – IPO Lisboa**Gráfico 9 – Produção própria e subcontratada – IPO Lisboa**

O IPO de Coimbra, por sua vez, apresenta o maior custo médio unitário por tratamento em 2009 e um custo médio unitário superior ao do IPO do Porto, que é o mais baixo em 2010. Considera-se, porém, que o custo médio por tratamento do IPO do Porto em 2010 está subavaliado, por não terem sido imputados aos centros de custo de Radioterapia a totalidade dos custos associados ao transporte de doentes que fazem radioterapia (em 2009, foram registados € 1.289.207,73 e, em 2010, apenas € 250.197,59, sem que esta diminuição tenha tido correspondência nos registos da contabilidade geral). Ainda assim, verifica-se que o custo médio de produção subcontratada do IPO do Porto é inferior ao custo médio de produção própria, conforme se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 25 – Custos médios de produção – IPO do Porto

Radioterapia	IPO Porto	
	2010	
	<i>Interno</i>	<i>Externo</i>
<i>N.º de tratamentos</i>	65.843	22.334
<i>Custos totais radioterapia</i>	9.354.009,84 €	2.647.231,89 €
<i>Custos diretos radioterapia</i>	7.030.712,84 €	2.647.231,89 €
<i>Custo médio unitário total</i>	142,07 €	118,53 €
<i>Custo médio unitário direto</i>	106,78 €	n/a

Fonte: Contabilidade analítica

No IPO de Coimbra, em 2009, o elevado custo unitário dos tratamentos de radioterapia foi consequência do decréscimo da produção realizada e do recurso a prestadores de serviços a preços superiores aos contratados pelos outros Institutos de Oncologia (cfr. quadro 27). Esta situação deveu-se à saída de especialistas da instituição¹⁰².

¹⁰² Confrontado com a diferença dos custos da subcontratação de serviços de radioterapia convencional (cfr. quadro 27), o IPO de Coimbra invocou o caráter excecional e imprevisível da subcontratação com origem numa "(...) mudança na direção de serviço de radioterapia por aposentação da Diretora então em exercício e que culminou com a saída de 3 especialistas seniores (...) sendo que a urgência foi encontrar um Centro para o qual os doentes pudessem ser referenciados sem prejuízo para o assegurar dos seus tratamentos (...). Perante a incapacidade de resposta dos Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto, o IPO de Coimbra optou por subcontratar o Centro que já lhe havia assegurado os tratamentos aquando da remodelação do serviço em 2006, não procurando no mercado os melhores preços.



Em sede de contraditório, o Conselho de Administração do IPO de Coimbra relativamente à saída de especialistas da instituição refere que “... passada a turbulência inerente ao processo negocial que encetaram com a Instituição que os contratou e à instabilidade que esse processo lhes causou e que diretamente esteve na origem da queda da capacidade de produção do serviço que originou a necessidade de recurso ao exterior (...) a Instituição passou a evidenciar um desempenho absolutamente notável ...” e que, através da “... formação médica pós-graduada em Radioterapia, foi possível, de forma planeada e sem comprometer os princípios contratuais (...) no que respeita às condições remuneratórias, continuar a investir na formação de internos, e assim garantir a contratação de novos médicos, repondo o stock de especialistas ...”.

Em 2010, os custos com a subcontratação de serviços de radioterapia representaram apenas cerca de 2% do total de custos do Serviço de Radioterapia, o que evidencia o carácter extraordinário do recurso a entidades privadas. Atualmente, o Serviço de Radioterapia do IPO de Coimbra assegura o tratamento de todos os seus doentes sem necessidade de recorrer a outras entidades, privadas ou públicas.

Saliente-se, ainda, que o IPO de Coimbra vem assegurando, desde junho de 2010, os tratamentos de radiocirurgia e radioterapia estereotáxica fracionada aos utentes do IPO de Lisboa, o que contribui para o aumento dos custos de produção próprios. Estas técnicas de tratamento implicam maior consumo de tempo dos profissionais e dos equipamentos, bem como o investimento em tecnologia específica que o IPO de Lisboa não possui e que o IPO do Porto não possuía no triénio em análise (a nova unidade de radioterapia previu a instalação da tecnologia necessária).

Quadro 26 – Custos da radiocirurgia

Tipo de procedimentos Radiocirurgia	Subcontratação externa/ produção interna			
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	
Consulta de decisão	160,00 €		0,00 €	
Contraste para radiocirurgia	75,00 €		0,00 €	
RM para radiocirurgia	250,00 €		0,00 €	
Analgesia	275,00 €		0,00 €	
Dosimetria para radiocirurgia	100,00 €		0,00 €	
Planeamento para radiocirurgia	270,00 €		0,00 €	
Quadro estereotáxico	60,00 €	Produção interna	0,00 €	
Recobro de radiocirurgia	600,00 €		0,00 €	
Simulação para radiocirurgia	245,00 €		0,00 €	
TC para radiocirurgia	125,00 €		0,00 €	
Tratamento radiocirurgia*	10.000,00 €		** 10.500,00 €	
Consulta follow-up radiocirurgia	100,00 €		0,00 €	
Total do custo por doente/intervenção	12.260,00 €		9.040,15 €	10.500,00 €

* Exemplo para código 31808 - Tratamento radiocirurgia (neoplasia encefálica)

** O IPO do Porto recorre a 3 prestadores de radiocirurgia. O preço indicado no quadro é o de um dos prestadores. Os outros dois participaram um preço de €11.000,00.

Deste modo, no triénio em análise, os Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto tiveram de recorrer a entidades privadas para o tratamento de doentes com radiocirurgia a um custo médio superior ao apurado pelo IPO de Coimbra. Verificou-se, também, que o IPO do Porto foi mais eficiente que o IPO de Lisboa na contratação de serviços de radiocirurgia, mormente porque contratou um preço global pelo tratamento do doente.



Quadro 27 – Custos da subcontratação de radioterapia convencional – por procedimento

- Tipo de procedimentos -		Contração externa de serviços de radioterapia - em acelerador linear -				
		IPO Lisboa		IPO Porto		IPO Coimbra
Código	Procedimento	Prestadores 1, 2 e 3	Prestador 1	Prestador 2	Prestador 1	Prestador 2
45160	Tratamento simples	74,29 €	74,00 €	68,00 €	80,00 €	80,00 €
45170	Tratamento intermédio	86,64 €	87,00 €	75,00 €	85,00 €	85,00 €
45180	Tratamento complexo	101,18 €	101,00 €	84,00 €	95,00 €	95,00 €
45100	Dosimetria simples	59,57 €	60,00 €	60,00 €	12,00 €	12,00 €
45105	Dosimetria intermédia	73,53 €	74,00 €	70,00 €	30,00 €	27,00 €
45110	Dosimetria complexa	93,96 €	94,00 €	90,00 €	50,00 €	47,00 €
45010	Planeamento simples	99,75 €	100,00 €	104,00 €	160,00 €	160,00 €
45015	Planeamento intermédio	104,50 €	105,00 €	109,00 €	210,00 €	215,00 €
45020	Planeamento complexo	118,75 €	119,00 €	124,00 €	270,00 €	270,00 €
45055	Simulação simples	127,78 €	128,00 €	134,00 €	230,00 €	220,00 €
45065	Simulação intermédia	135,57 €	136,00 €	142,00 €	240,00 €	240,00 €
45075	Simulação complexa	167,77 €	168,00 €	176,00 €	245,00 €	250,00 €
-	Consulta	30,00 €	30,00 €	30,00 €	60,00 €	40,00 €

Nota: O IPO do Porto conseguiu uma redução de 3% nos preços dos respetivos prestadores para 2011

Quanto aos valores contratados para os diferentes procedimentos de radioterapia convencional, verificou-se que os Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto acordaram aproximadamente os mesmos preços com o prestador de serviços 1, mas o IPO do Porto conseguiu negociar preços mais económicos com o prestador de serviços 2¹⁰³ (habitualmente, um doente faz vários tratamentos mas apenas um planeamento, uma simulação e uma dosimetria). Verificou-se, porém, que o IPO do Porto, inexplicavelmente do ponto de vista da boa gestão, referencia os doentes para um e para outro prestador, indiferentemente, sem esgotar a capacidade de resposta do prestador mais económico.

O grau de convergência dos preços praticados pelas entidades privadas, bem como a demonstração de que o custo unitário direto por tratamento da produção própria é inferior ao da produção subcontratada, desde que maximizada a utilização dos equipamentos e dos recursos humanos, é elucidativa do potencial de poupança que existe pelo aumento da produção por meios próprios e/ou abertura de um procedimento concorrencial com os privados agregando quantidades dos três Institutos de Oncologia.

4.5. Medicina nuclear

A medicina nuclear é uma especialidade médica dirigida fundamentalmente ao diagnóstico e avaliação funcional e metabólica dos diversos órgãos, aparelhos e sistemas do corpo humano, através da utilização de radiofármacos¹⁰⁴. Os radiofármacos são administrados aos pacientes, por via oral ou endovenosa, sendo posteriormente detetados em Câmaras Gama ou equipamentos de tomografia por emissão de positrões (PET ou PET-CT)¹⁰⁵.

¹⁰³ Note-se que os prestadores de serviços 1 e 2 são os mesmos nos três Institutos de Oncologia.

¹⁰⁴ Os radiofármacos são compostos, sem ação farmacológica, que têm na sua composição um radionuclídeo e são utilizados em Medicina Nuclear para diagnóstico e terapia de várias doenças. Para aplicações de diagnóstico em Medicina Nuclear utilizam-se radiofármacos que apresentam na sua constituição radionuclídeos emissores de radiação g ou emissores de pósitrons (b+). Fonte: OLIVEIRA, Rita em Preparações radiofarmacêuticas e suas aplicações. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. 2006, vol.42, n.2, pp. 151-165.

¹⁰⁵ A Tomografia por Emissão de Positrões (PET) é uma técnica de imagem médica que utiliza moléculas que incluem um componente radioativo (radionuclídeo). Quando administradas no corpo humano estas moléculas podem ser utilizadas para detetar e localizar reações bioquímicas associadas a determinadas doenças, nomeadamente nas áreas da oncologia, da cardiologia e da neurologia (Fonte: Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde – Universidade de Coimbra). O PET-CT constitui uma evolução do PET, conjugando as tecnologias PET e TAC. A elevada sensibilidade da PET-CT permite detetar precocemente alterações metabólicas e funcionais que precedem alterações



Figura 2– Equipamento de PET-CT

O custo unitário suportado pelo IPO de Lisboa com a aquisição de exames PET-CT a entidades externas, em 2010, foi de € 900,00¹⁰⁷.

Verificou-se, ainda, que em 2007, o IPO do Porto calculou o impacto financeiro do aumento da produção, fora do horário normal, do número de exames PET-CT realizados pelo Serviço de Medicina Nuclear.



Nessa análise, os custos próprios com a realização de um exame PET-CT foram calculados em € 619,70 (inclui custos com o pessoal, manutenção, amortização do equipamento e consumos de medicamentos, radiofármacos e material clínico).

Considerando o preço cobrado pelo IPO do Porto ao IPO de Coimbra, em 2008, pela realização daquele exame, € 1.392,80¹⁰⁸, conclui-se que o aproveitamento da capacidade instalada gerou, nesse ano, um benefício líquido estimado para o IPO do Porto de € 773,10 por exame.

O IPO de Coimbra, tendo de recorrer a entidades externas (do SNS ou outras) para a realização de exames PET-CT conseguiu, em 2009, através de uma renegociação de preços, um preço unitário de € 700,00 (ICNAS), o que lhe permitiu baixar, em 2010, cerca de 40% os custos com aqueles exames (próximo do custo real atualizado de cada exame calculado pelo IPO do Porto)¹⁰⁹.

Deste modo, considerando os custos unitários de produção de um exame PET-CT calculados pelo IPO do Porto (€ 619,70), o valor cobrado por entidades privadas ao IPO de Lisboa (€ 900,00) e o preço praticado ao IPO de Coimbra pelo ICNAS (€ 700,00), conclui-se que o preço definido na tabela de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde (€ 1.415,80) está desadequado e sobrevalorizado.

À semelhança do já observado¹¹⁰ relativamente aos preços pagos pelo Estado pelos tratamentos de radioterapia, a fixação de preços para os exames PET ou PET-CT superiores aos valores negociados com prestadores privados não induz a racionalidade gestonária no setor da saúde.

A principal componente dos custos de um exame PET ou PET-CT é o radiofármaco. De facto, na análise efetuada pelo IPO do Porto, em 2008, o radiofármaco utilizado representava aproximadamente 67% (€ 417,40)¹¹¹ dos custos totais por exame.

¹⁰⁷ No exercício do contraditório, o Conselho Diretivo do IPO de Lisboa informou que "... desde 2011 compra PET-CT ao exterior a valores inferiores a 600 euros ...".

¹⁰⁸ Valor definido na Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de janeiro, para os estudos PET. Posteriormente, a Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro alterou o valor para € 1.415,80.

¹⁰⁹ No âmbito do contraditório, o Reitor da Universidade de Coimbra referiu ser "... expetável que, também pelo efeito de escala [da comercialização dos radiofármacos utilizados no PET-TC], os preços praticados possam vir a ser, no curto/médio prazo, ainda mais atrativos".

¹¹⁰ No Relatório n.º 12/2011, 2ª Secção, do Tribunal de Contas, de 5 de maio - Auditoria orientada às aquisições de bens e serviços do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE.

¹¹¹ Em 2011, o custo do FDG por exame no IPO do Porto é de € 298,47. De facto, verificou-se que Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto realizam mais exames do que as unidades adquiridas. Em 2010, o IPO de Lisboa adquiriu a monodose de FDG a € 350,00, mas o custo do FDG por exame foi de € 272,80.



O radiofármaco mais utilizado nas doenças oncológicas é a fluorodesoxiglicose marcada com Flúor-18 (¹⁸F-FDG). Este radiofármaco, produzido por um ciclotrão¹¹², tem uma semivida curta pelo que tem de ser administrado ao doente poucas horas após a produção.

Se quanto à subcontratação de exames PET-CT o IPO de Coimbra foi o mais eficiente, quanto à aquisição do radiofármaco foi o IPO de Lisboa que conseguiu o preço mais económico, dado que conseguiu adquirir o produto a € 350,00 a dose, um valor significativamente abaixo do suportado pelo IPO do Porto que foi de € 490,00¹¹³.

De entre os principais motivos referidos pelos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto para o elevado custo do radiofármaco foi a inexistência de um produtor e fornecedor de radiofármacos em Portugal e, por esse motivo, este ter de ser importado de Espanha e, diariamente entregue nas instalações dos Institutos de Oncologia.

O valor das aquisições de ¹⁸F-FDG, importada¹¹⁴ pelas três unidades hospitalares do setor público que realizam exames PET¹¹⁵, ascendeu, em 2009, a € 2.093.922,00 e, em 2010, a € 2.145.319,00. Para além das entidades do setor público, existem entidades do setor privado da saúde que importam aquela substância para a realização dos respetivos exames PET.

As unidades hospitalares do setor público têm reportado¹¹⁶ ao Instituto Nacional de Estatística, IP, as importações de ¹⁸F-FDG em códigos que não correspondem ao desta substância¹¹⁷.

Deste modo, os dados disponíveis no Instituto Nacional de Estatística, IP, relativos aos fluxos de importações de “*Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom*”¹¹⁸, em 2009 e 2010, respetivamente, € 552.507 e € 534.111, são inexatos, colocando em causa a fiabilidade e qualidade desses dados e não contribuindo para a satisfação dos utilizadores de forma eficiente¹¹⁹, impossibilitando, designadamente, o cálculo económico de projetos.

No âmbito do contraditório, o Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Estatística, IP, informa que os dados relativos ao comércio intracomunitário decorrem da “... compilação de dados declarados mensalmente pelos operadores ao INE no âmbito do sistema Intrastat”, competindo “... às empresas que respondem (...) a correta classificação do produto transacionado, devendo em caso de dúvida contactar o INE, que auxiliará na determinação do código correto.” Informa, ainda, que o nível de detalhe dos Produtos Químicos e dos Produtos

¹¹² Acelerador cíclico de partículas.

¹¹³ Um dos fatores que poderá contribuir para esta situação é o fornecedor ter outros clientes na região de Lisboa e, deste modo, rentabilizar os custos com o transporte do produto.

¹¹⁴ Direta ou indiretamente, através da sucursal no nosso país do fornecedor sediado em Espanha.

¹¹⁵ Para além dos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto, os Hospitais da Universidade de Coimbra (integrados no atual Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE) dispõem também de um equipamento PET, adquirindo o radiofármaco em causa ao fornecedor espanhol. Como referido em conclusão anterior o IPO de Coimbra não dispõe de equipamento PET, tendo adquirido externamente a realização desse exame, designadamente ao Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde.

¹¹⁶ O reporte é feito com base na Lei n.º 22/2008, de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional), sendo obrigatório para todos os serviços ou organismos, pessoas singulares e coletivas, nos termos do artigo 4º n.º2, da referida Lei.

¹¹⁷ O código “2844 40 30 - *Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom*” da Nomenclatura Combinada, instituída pelo Regulamento (CEE) n.º 2658/87, do Conselho, para responder às exigências da pauta aduaneira comum, das estatísticas do comércio externo da Comunidade e de outras políticas comunitárias relativas à importação ou à exportação de mercadorias, e alterada pelo Regulamento (EU) n.º 1006/2011, da Comissão. Aquele código inclui cerca de 50 substâncias, entre as quais a ¹⁸F-FDG. Por seu turno, as unidades hospitalares consultadas reportaram as importações nos códigos “3006 30 00 - *Preparações opacificantes para exames radiográficos; reagentes de diagnóstico concebidos para serem administrados ao paciente*” (o IPO do Porto e os Hospitais da Universidade de Coimbra, atual Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE) e “3822 00 00 - *Reagentes de Diagnóstico ou de laboratório em qualquer suporte e reagentes de diagnóstico ou de laboratório preparados, mesmo apresentados num suporte, exceto os das posições 3002 ou 3006; materiais de referência certificados*” (o IPO de Lisboa)

¹¹⁸ Código “2844 40 30” da Nomenclatura Combinada, onde se inclui a ¹⁸F-FDG.

¹¹⁹ Cfr. estabelecido no artigo 8º, n.º 2, da Lei n.º 22/2008, de 13 de maio, e artigo 4º, n.º 2, al. a), do Decreto-Lei n.º 166/2007, de 3 de maio.



Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto

Farmacêuticos "... é muito elevado e de grande especificidade e complexidade técnica, em que cada código de produto contém um número significativo de subprodutos..." e que "... a informação a que tem acesso não permite aferir da correta classificação de determinado produto específico.". Assim, "... o INE irá contactar as três entidades envolvidas para que corrijam a informação reportada, quer ao nível do código de mercadoria (...), mas também que corrijam ou justifiquem os valores globais das importações de bens, que verificámos não perfazem o total que vem mencionado no referido Relatório."

E este propósito esclarece-se que o valor das aquisições de ¹⁸F-FDG importada pelas três unidades hospitalares, referido no Relatório, foi fornecido por estas, e, em 2010, inclui, no caso do IPO do Porto e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o valor do produto adquirido através da sucursal do fornecedor espanhol em Portugal¹²⁰.

Para além das entidades do setor público, existem entidades do setor privado da saúde que também importam ¹⁸F-FDG. Acrescendo os valores das importações realizadas pelo setor público, reportados noutros códigos, aos valores disponíveis no Instituto Nacional de Estatística, IP, sob o código "*Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom*", que foram fornecidos por entidades do setor privado, as importações de ¹⁸F-FDG ascenderam aproximadamente¹²¹ a 2,6 milhões de euros (€ 2.646.429,00, em 2009, e 2.679.430,00, em 2010).

A comercialização de ¹⁸F-FDG produzida em Portugal determinará, assim, uma redução de custos no Serviço Nacional de Saúde, pela redução dos custos de produção e de transporte do produto¹²² com impacto nos preços faturados pelo fornecedor às unidades hospitalares do setor público, e contribuirá para a diminuição do défice externo e para o aumento do Produto Interno Bruto.

No âmbito do contraditório, o Conselho Diretivo do Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, salienta que a "... importância deste produto, em particular, resulta do facto de Portugal importar atualmente a quase totalidade de radiofármacos que utiliza nas câmaras PET (...). Tendo em conta o rápido decaimento radioativo neste fármaco (...), a importação a partir de Espanha resulta em apenas 10% da atividade radioativa à chegada ao destino. Em consequência, a mesma quantidade de fármaco quando produzida próximo do local de utilização pode ser administrada a um maior número de doentes, permitindo uma maior rentabilidade dos custos associados à utilização deste medicamento." Informa, ainda, que a entrada no mercado de ¹⁸F-FDG produzido em Portugal poderá reduzir os custos, com a aquisição do mesmo, em 50%.

¹²⁰ Cfr. quadro seguinte:

	2009	2010*
IPO Porto - importação direta	1.014.182,00	534.100,00
IPO Porto - importação indireta*		510.184,00
IPO Lisboa	412.300,00	478.800,00
HUC - importação direta	667.440,00	473.397,00
HUC - importação indireta*		148.738
Total aquisições	2.093.922,00	2.145.219,00

* Através da sucursal do fornecedor espanhol em Portugal

¹²¹ Note-se que o Código "*2844 40 30 - Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom*" da Nomenclatura Combinada inclui outras substâncias para além de ¹⁸F-FDG e que, tal como as entidades do setor público reportaram num código errado as importações daquela substância, também as entidades do setor privado podem ter reportado o valor das suas importações noutros códigos.

A fim de verificar a necessidade ou não de correção da informação constante do código em causa, o Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Estatística, IP, informa, no âmbito do contraditório, que irá também contactar as entidades privadas que declararam valores nesse código.

¹²² Devido à maior proximidade entre o local de expedição/produção e os locais de realização dos exames PET, o produto pode ser expedido com uma atividade menor do que aquela a que é expedido em Espanha, o que implicará custos de produção inferiores. Aliás no nosso país só se realizam exames em PET que se baseiem na utilização de ¹⁸F-FDG, pois o ritmo a que se dá o seu decaimento (tempo ao fim do qual só se dispõe de metade da quantidade inicial é de cerca de 2 horas). A existência de um ciclotrão a produzir em Portugal permite a utilização em exames e estudos de outras substâncias com utilidade clínica demonstrada, mas cuja elevada taxa de decaimento apenas permite a sua utilização nas imediações do ciclotrão. Tratando-se de uma substância radioativa os custos de transporte são significativos, pelo que a maior proximidade entre os locais de produção e utilização contribuirá também para a redução desses custos, com reflexo nos preços praticados pelo fornecedor.



No que concerne à comercialização de ¹⁸F-FDG e de outros produtos com impacto positivo na diminuição do défice e no aumento do PIB, os mesmos informam sobre procedimentos expeditos de autorização de introdução no mercado deste radiofármaco, acrescentando o Conselho Diretivo do Infarmed, IP, que "... em situações semelhantes assumirá sempre a posição de acelerar o procedimento sem pôr em causa as exigências na avaliação da qualidade, segurança e eficácia durante o processo que conduz à autorização de introdução no mercado."

Com o objetivo de reduzir os custos com a aquisição de radiofármacos, o IPO de Lisboa lançou um concurso para construção e concessão de um centro de produção de radiofármacos. Este concurso ficou sem efeito por a única empresa qualificada para apresentar proposta não o ter feito, tendo o Conselho de Administração do IPO de Lisboa decidido não existirem condições para a reabertura do concurso.

Ainda assim, considerando o volume financeiro envolvido, importa analisar o processo de decisão e o modelo de instalação, exploração e de fornecimento previsto. Tratava-se de um projeto que não exigia investimento do IPO de Lisboa. Como contrapartida o IPO concederia o direito à exploração do centro de produção por um período de 17 anos (ocupação de espaço físico privilegiado) e o fornecimento de radiofármacos em regime de exclusividade, pelo prazo de 5 anos, num total estimado de 14.400 doses de ¹⁸F-FDG, € 3.936.516,00 (garantia de compra), o que constitui o interesse do negócio para o concessionário.

A decisão do IPO de Lisboa foi suportada numa avaliação económica do projeto que, no entanto, revela bastantes fragilidades¹²³ que poderiam ter afetado a atratividade e rentabilidade (que não foi calculada) do mesmo, nomeadamente não foi considerado o impacto da instalação de um ciclotrão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN)¹²⁴, sobre duas variáveis: a percentagem sobre a faturação mensal obtida pela exploração do centro de produção de radiofármacos (o impacto sobre os preços e sobre as quantidades estimadas de faturação do concessionário) e os preços de comercialização de radiofármacos pela empresa que irá explorar o ciclotrão no CHLN, EPE, e pelo ICNAS. Este Instituto obteve autorização para comercialização do referido radiofármaco em 28 de dezembro de 2011¹²⁵.

De acordo com a informação prestada pelo CHLN, EPE, a capacidade de produção deste equipamento será "(...) suficiente para fornecer radiofármacos emissores de positrões e todos os centros de PET instalados no país."¹²⁶. O mesmo foi informado pelo ICNAS relativamente à capacidade de produção do seu ciclotrão¹²⁷.

Existiu, ainda, o risco, que não foi quantificado, do IPO de Lisboa ficar contratualmente vinculado a comprar radiofármacos a um preço¹²⁸ superior ao que obteria em condições normais de mercado (caso pudesse adquirir os radiofármacos a outro fornecedor), até porque o número anual de doses de FDG consumidas deveria ser inferior ao previsto, protelando o prazo pelo qual o IPO deveria adquirir os radiofármacos ao concessionário. Note-se, que o número anual de doses de FDG consumidas em 2008, 2009 e 2010 foi de 1.189, 1.178 e 1.368, respetivamente e que foram previstos consumos anuais constantes, a partir de 2013, de 2.880 doses. De facto, mesmo considerando crescimentos anuais de

¹²³ Foram previstas receitas provenientes da faturação do concessionário ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, quando este tem (e tinha à data da realização do estudo pelo IPO de Lisboa) em curso um projeto de instalação de um ciclotrão e ao Hospital Garcia de Horta, EPE, que não tem equipamento PET.

¹²⁴ Projeto cujo procedimento de contratação se encontra em fase de Relatório Preliminar da fase de análise de avaliação de propostas.

¹²⁵ Autorização de introdução no mercado do Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP. O pedido de autorização de introdução no mercado foi submetido em 21 de novembro de 2011.

¹²⁶ E-mail de 21 de dezembro de 2011 do CHLN, EPE.

¹²⁷ Ofício n.º 403 – ICNAS, de 5 de dezembro de 2011.

¹²⁸ € 280,00. Nos três anos seguintes ao início da exploração será praticada uma redução de 2%.



7,5% (média do triénio 2008-2010) no número total de exames realizados e doses de FDG consumidas, o consumo de 14.400 doses só deverá ocorrer no final de 2019, ao invés de 2017 como previsto no referido estudo.

A este propósito salienta-se que todas as decisões de investimento e/ou gestão que envolvam elevados montantes financeiros devem ser precedidas de Análises Custo-Benefício rigorosas.

Destaque-se, ainda, que o CA do IPO de Coimbra refere que a oportunidade de investimento num PET-CT (orçado em € 3.408.573,00), apesar de aprovado em plano de investimento de médio prazo pelos Secretários de Estado das Finanças e da Saúde, deverá ser reanalisada aquando da remodelação das áreas cirúrgicas. Aguarda-se que esta reanálise seja sustentada por uma Análise Custo Benefício, que identifique as possíveis alternativas, uma vez que decisões insuficientemente sustentadas colocam em causa a sustentabilidade do sistema de saúde e, conseqüentemente, a satisfação das necessidades em saúde.

4.6. Alimentação

Esta é uma das áreas de suporte (*non core*) à atividade do hospital onde é fundamental garantir um equilíbrio adequado entre custos e a qualidade¹²⁹ do serviço prestado.

O quadro seguinte evidencia os custos totais e unitários, bem como o n.º de refeições servidas, nos três Institutos de Oncologia no triénio 2008-2010.

O IPO de Lisboa¹³⁰ apresentou sempre, ao longo do triénio 2008-2010, custos unitários por refeição superiores aos outros Institutos de Oncologia¹³¹.

Entre 2008 e 2010, os custos com a alimentação nos três Institutos de Oncologia registaram um aumento de 9,8%. Para o aumento verificado contribuiu, em parte, o IPO do Porto por, a partir de janeiro de 2009, ter optado pelo fornecimento da alimentação em regime de *outsourcing*. De facto, a subcontratação daquela atividade teve, em 2009, um "(...) impacto nos custos de 1,26 milhões de euros e uma redução nos consumos de produtos alimentares de 0,66 milhões de euros (...)"¹³².

Quadro 29 – Custos com a alimentação

Resultado global	N.º de refeições	Custos totais	Custo unitários
2008			
IPO Lisboa	336.821	2.175.153,33 €	6,46 €
IPO Coimbra	253.436	873.785,73 €	3,45 €
IPO Porto	560.087	1.923.215,69 €	3,43 €
2009			
IPO Lisboa	301.080	2.097.399,08 €	6,97 €
IPO Coimbra	250.256	924.218,61 €	3,69 €
IPO Porto	518.720	1.963.094,38 €	3,78 €
2010			
IPO Lisboa	338.928	2.410.795,85 €	7,11 €
IPO Coimbra	260.820	908.610,13 €	3,48 €
IPO Porto	525.591	2.139.203,60 €	4,07 €

Fonte: Elaboração própria com base na contabilidade analítica.

¹²⁹ Uma boa alimentação contribui para o restabelecimento dos doentes.

¹³⁰ Em 2010, os custos totais e unitários do IPO de Lisboa foram parcialmente estimados tendo por referência os custos totais diretos (exceto amortizações) de 2009, por os custos com a alimentação terem sido imputados ao centro de custo da Administração – Serviços Técnicos e Administrativos.

¹³¹ A aquisição de serviços de alimentação pelo IPO de Lisboa foi objeto do Relatório n.º 12/2011, de 5 de maio – Auditoria orientada às aquisições de bens e serviços do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE.

¹³² Fonte: Relatório e contas de 2009 do IPOFG, EPE. Certamente por lapso, no Relatório e Contas é mencionado o montante de 662 milhões de euros, pelo que se procedeu à correção.



Note-se, que apesar do IPO do Porto ter realizado um estudo económico-financeiro sobre a externalização do serviço de alimentação (documento de 14 de novembro de 2008), só o fizeram depois da abertura do concurso internacional e não, como deve acontecer, antes da abertura do procedimento de contratação legalmente aplicável.

Quanto ao estudo realizado¹³³, destaca-se o facto de o mesmo concluir que o valor global da proposta que se apresentava como “(...) *potencialmente ganhadora* (...)” no referido concurso (proposta que veio a ser adjudicada a 3 de dezembro de 2008) ser 3,7% superior à redução de custos internos prevista para o período 2009-2013. Ou seja, pese embora o estudo de viabilidade económico-financeira evidenciar custos acrescidos com o *outsourcing*, o CA do IPO do Porto decidiu em sentido contrário e, com isso, vem suportando custos com a alimentação superiores, conforme se pode concluir pela análise do quadro 29. Questionado sobre os motivos que sustentaram a decisão, o CA do IPO do Porto justificou-a pela garantia de prestação do serviço (absentismo dos funcionários da cozinha) e pela melhoria do serviço prestado. Note-se, que uma análise custo-benefício rigorosa permite quantificar os ganhos com aqueles fatores. Acresce, ainda, que não foram obtidas as reduções de custos com o pessoal estimadas porque não foram colocados quaisquer funcionários em situação de mobilidade especial, como previsto na análise efetuada.

Relativamente a esta situação, o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, informou, em contraditório, que iria questionar o Conselho de Administração do IPO do Porto a este respeito.

Ao contrário dos outros Institutos de Oncologia e da maioria dos hospitais do SNS, o IPO de Coimbra continua a assegurar o serviço de alimentação através de meios próprios. Esta prática de gestão tem alcançado bons resultados em termos económicos e de satisfação dos utentes¹³⁴. De facto, o IPO de Coimbra tem os custos unitários por refeição mais baixos em 2009 e 2010 e é o melhor classificado dos três Institutos de Oncologia quanto à alimentação no internamento do Sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes dos hospitais em 2009. Neste particular, evidencia-se a gestão pragmática e eficiente do IPO de Coimbra.

Em contraponto, o IPO de Lisboa apresenta os piores resultados em termos de custo unitário por refeição e de qualidade apercebida pelos utentes, pelo que se justifica a análise e alteração das práticas de gestão instituídas nesta área.

5. Qualidade

No que concerne a instrumentos de garantia da qualidade, os Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto integram os programas de garantia global da qualidade do *Casper Healthcare Knowledge Accreditation* (CHKS), tendo sido reacreditados em 2010, e da *Organization of European Cancer Institutes* (OECI), desde 2011.

A acreditação pelo CHKS incide sobre todos os processos do hospital, incluindo os administrativos. Por seu turno as áreas nucleares da acreditação pela OECI são o desenvolvimento de estratégias de

¹³³ Com aquela análise pretendia-se concluir se o aumento na rubrica de fornecimentos e serviços associado à subcontratação do serviço de alimentação era compensado pela diminuição de custos com o pessoal, produtos alimentares, manutenção e limpeza, através do confronto do Valor Global das Propostas apresentadas a concurso com o somatório de uma estimativa dos custos próprios a reduzir.

¹³⁴ Em inquéritos realizados internamente “(...) *Mais de 77% dos 1.227 utentes internados (...) considerou a alimentação fornecida como boa e muito boa.*”. Fonte: Relatório e Contas do IPO de Coimbra, 2010.



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto

Governança Clínica, a utilização de normas de orientação clínica, a monitorização de indicadores de qualidade clínica, gestão do risco clínico e a auditoria clínica como instrumento de melhoria contínua da qualidade clínica.

O IPO de Lisboa iniciou o processo de acreditação global da OEI em 2010, encontrando-se o mesmo em curso, tendo, no entanto, diversos serviços e laboratórios acreditados por outras entidades.

No âmbito das políticas internas da qualidade e em conformidade com as acreditações referidas, os Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto já dispõem de estruturas de governança clínica e de gestão do risco, com estratégias definidas. No IPO de Lisboa estas estratégias, que visam garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, numa perspetiva de melhoria contínua, contribuindo também para a eficiência na administração dos recursos, encontram-se em desenvolvimento (cfr. ponto 3.1 do Anexo 1).

Sobre estas estratégias e respetivas estruturas, o Tribunal de Contas tem apelado à *“procura de soluções eficientes que impliquem a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde que passa pela definição do modelo de governança que não confunda as funções de gestão com as funções técnicas/clínicas e que acentue a responsabilidade dos diretores clínicos e enfermeiros diretores enquanto diretores operacionais, quando muito integrando os conselhos de administração enquanto vogais não executivos”*¹³⁵.

Todos os IPO fazem, ainda, que pontualmente auditorias clínicas, destacando-se o IPO de Coimbra que tem implementado metodologias de realização de auditorias à qualidade dos registos do processo clínico, desde 2008, e à qualidade dos cuidados de enfermagem, desde 2010, para além de, desde 2007, procederem ao controlo da transcrição de medicamentos, em todos os serviços do internamento, de modo a garantirem a concordância entre a prescrição e a administração¹³⁶.

Tendo sido solicitada informação à ACSS sobre Percentagem de Reinternamentos¹³⁷ nos GDH Cirúrgicos (10 GDH com maior % de reinternamentos); 10 GDH com maior número de óbitos (doentes com idade <= 65 Anos; doentes com idade > 65 anos) e complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos¹³⁸, nos Institutos de Oncologia, a informação remetida consta do Anexo 6.

No que respeita à satisfação dos doentes, os Institutos de Oncologia apresentam resultados positivos elevados nos questionários analisados, cfr. Anexo 7.

A nível interno verificou-se que o IPO de Coimbra ausculta o grau de satisfação dos utentes em regime de ambulatório (consultas externas) e de internamento, desde março de 2009. Por seu turno o IPO do Porto tem procedido a questionários de satisfação no internamento desde 2006, tendo instalado “quiosques” eletrónicos para recolha da opinião dos utentes em diversas áreas de acesso aos serviços. Encontrava-se previsto à data da execução da auditoria a realização, em 2011, de questionários de satisfação aos utentes em regime de ambulatório (consultas externas).

¹³⁵ Relatório nº 17/2011, de 14 de julho, da 2ª Secção - Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governança dos Hospitais EPE.

¹³⁶ Os resultados destes procedimentos encontram-se sintetizados nos respetivos Relatórios e Contas.

¹³⁷ Episódio de internamento, subsequente a outro episódio, ocorrido num período de tempo igual ou inferior a 30 dias, exceto quando o segundo episódio é classificado nos Grupos de Diagnósticos Homogéneos GDH 249, 317, 409, 410, 465, 466 e 492.

¹³⁸ Classificadas com o Código CID – 9-MC – 998 - choque, hemorragia ou hematoma, laceração acidental, deiscência da cicatriz, corpo estranho, infeção, fístula ou outra, acontecendo durante ou resultando de um procedimento ou intervenção cirúrgica.



No IPO de Lisboa, os questionários de satisfação dos utentes (em regime de internamento e de ambulatório) foram aprovados pelo Conselho de Administração no decurso de 2011, prevendo-se a sua aplicação ainda nesse ano.

6. Boas práticas de gestão

Com este ponto do Relato pretende-se sintetizar algumas boas práticas de gestão identificadas nos Institutos de Oncologia. Pretende-se, também, que as boas práticas identificadas possam ser implementadas/replicadas em outras unidades hospitalares para melhoria do seu desempenho e eficiência.

Deste modo, a presente auditoria identificou um conjunto de boas práticas, que possibilitaram uma melhor eficiência na utilização dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos, constantes nos respetivos pontos deste Relato, das quais se destacam:

- ✓ A constituição de um grupo de trabalho conjunto para negociar a aquisição dos medicamentos de maior volume financeiro, nos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra;
- ✓ A rentabilização dos investimentos em grandes equipamentos (aproveitamento da capacidade instalada) pela prestação de serviços a outras entidades, públicas e privadas, nos Serviços de Medicina Nuclear do IPO do Porto e do IPO de Lisboa;
- ✓ A substituição de determinadas substâncias ativas por outras menos dispendiosas semelhantes do ponto de vista farmacológico e clínico, nos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra;
- ✓ A integração em processos de acreditação, nos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra;
- ✓ A renovação e atualização do parque tecnológico da Radioterapia, de modo a realizar o maior número de técnicas de tratamento, reduzindo a dependência de entidades privadas, nos Serviços de Radioterapia do IPO do Porto e do IPO de Coimbra;
- ✓ A renegociação de contratos de prestação de serviços e/ou fornecimento de produtos, procurando novos fornecedores e melhores preços sem perda de qualidade, no Serviço de Medicina Nuclear do IPO de Coimbra;
- ✓ O aproveitamento da capacidade instalada (n.º de exames/tratamentos por equipamento), do Serviço de Medicina Nuclear do IPO do Porto e dos Serviços de Radioterapia do IPO do Porto e do IPO de Coimbra;
- ✓ A internalização de atividades de suporte à atividade principal das unidades de saúde quando é mais económico e sem perda de qualidade, no Serviço de Alimentação do IPO de Coimbra;
- ✓ A ambulatorização dos tratamentos de quimioterapia efetuados em regime de internamento de curta duração (1 dia de internamento) no IPO do Porto;



- ✓ A redução a escrito dos procedimentos nos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra;
- ✓ A existência de regras de referenciação e admissão dos doentes nos três Institutos de Oncologia com o objetivo de evitar as situações de devolução de pedidos de referenciação por ausência ou insuficiente fundamentação;
- ✓ A contratualização interna no IPO de Coimbra.

7. Situação económico-financeira

Conforme referido no ponto 4 do Volume I, os atrasos na faturação dos atos clínicos condicionam a análise das demonstrações financeiras¹³⁹.

Sobre a recomendação dirigida ao Ministro da Saúde no sentido de “Introduzir medidas que sancionem eficazmente os gestores das entidades por atrasos na faturação de atos clínicos e encerramentos contabilísticos superiores a três meses”, o mesmo, através do Chefe do Gabinete, informa que “No que respeita aos atrasos na faturação de atos clínicos, o Ministério da Saúde procederá à ponderação do conteúdo da presente recomendação” e que “Quanto aos encerramentos contabilísticos, importa realçar que a ACSS emitiu (...) a Circular Normativa n.º 1/2011 que determina a obrigatoriedade do encerramento mensal da contabilidade.”

A este propósito salienta-se a Circular Normativa da ACSS não tem obviado, por si, aos atrasos no encerramento contabilístico. Por outro lado, se se pretende, designadamente a efetiva implementação da Lei dos Compromissos¹⁴⁰ e evitar atrasos nos pagamentos aos fornecedores, é necessário que todos os atos e procedimentos relativos à gestão orçamental e de tesouraria sejam realizados atempadamente. Esta exigência coloca-se não apenas às unidades prestadoras de serviços de saúde, mas, também, ao Estado financiador, representado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Note-se, a observação que o Conselho de Administração do IPO de Coimbra fez a propósito dos atrasos na faturação: “... convirá esclarecer que o atraso na faturação de atos clínicos, no que ao IPO de Coimbra diz respeito, não depende em nada dos gestores”, sublinhando que o “... envio de ficheiros com valores de faturação (...), não produz qualquer efeito ...” enquanto não são validados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. “Até lá, o valor recebido constitui adiantamento por conta de serviços prestados e os proveitos reportados constituem estimativas.”

A demora do processo de validação, realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, conduz, ainda, a que as demonstrações financeiras, sendo estimadas, não traduzam de forma verdadeira e apropriada a situação económico-financeira das entidades. Este assunto é desenvolvido na Auditoria ao Controlo da Execução Orçamental e Atividade do Sistema de Controlo Interno do Ministério da Saúde – Relatório n.º 12/2012, 2ª Secção.

¹³⁹ Em outubro de 2011, o IPO do Porto ainda não tinha faturado à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, os atos clínicos realizados em 2010.

¹⁴⁰ Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro.



7.1. Gestão de tesouraria e análise de fluxos de caixas

A boa gestão e o controlo das disponibilidades permitem gerar valor adicional.

Em 2010, os Institutos de Oncologia promoveram a grande maioria das operações de cobrança e pagamento e mantiveram depositados os seus excedentes de tesouraria em contas ou fundos¹⁴¹ junto do Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, I.P. (IGCP), dando cumprimento parcial ao estabelecido no princípio de unidade de tesouraria do Estado.

De facto, verificou-se existirem algumas contas na banca comercial justificadas pelos Institutos de Oncologia pela necessidade de realizar operações bancárias que não são asseguradas pelo IGCP, I.P. (cfr. Anexo 8).

Quanto à avaliação da dispersão, rentabilidade e controlo das aplicações financeiras e apesar de estarem instituídos procedimentos de controlo e acompanhamento da gestão das disponibilidades, detetaram-se algumas falhas, das quais se destacam:

1. No triénio 2008-2010, o IPO do Porto e o IPO de Lisboa mantiveram depósitos junto da banca comercial com taxas de juro¹⁴² bastante inferiores às praticadas pelo IGCP, IP, e no mercado bancário em geral, termos em que se conclui terem existido perdas de valor;
2. Foram detetadas contas bancárias abertas na banca comercial em que anteriores membros dos Conselhos de Administração dos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto ainda detinham poderes de movimentação das referidas contas;
3. Os Institutos de Oncologia de Lisboa e de Coimbra detinham contas abertas na banca comercial¹⁴³ que não foram movimentadas no triénio 2008-2010. Apesar de se ter confirmado de que não foram cobrados quaisquer montantes a título de manutenção, não se encontra justificação para a manutenção de contas abertas na banca comercial que não são movimentadas.

A aplicação criteriosa dos recursos financeiros, incluindo os excedentes de tesouraria, deve ser realizada por forma a obter uma estrutura financeira equilibrada e adequados níveis de eficiência e de rendibilidade, termos em que se conclui que deverão ser transferidos os excedentes de tesouraria depositados na banca comercial para contas junto IGCP, IP, e encerradas as contas bancárias que não apresentam movimentos.

Num contexto de carência de recursos financeiros assumem especial relevância as preocupações de carácter financeiro em detrimento dos resultados económicos, termos em que se dá início à análise da situação económico-financeira dos três Institutos de Oncologia pela componente de tesouraria.

¹⁴¹ Especificamente o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamento do SNS.

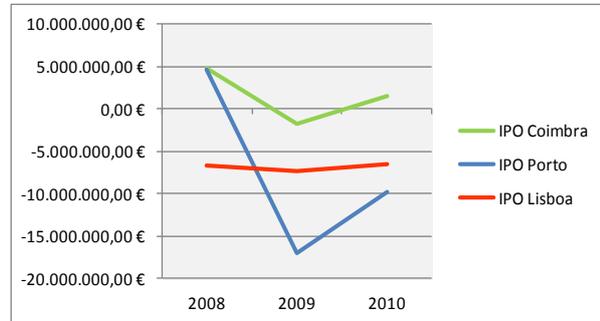
¹⁴² No caso do IPO do Porto um depósito no montante de € 300.000,00 na CGD com uma taxa de juro associada de 0,3%. No IPO de Lisboa existia um depósito a prazo no montante de € 17.000,00 no Montepio Geral com uma taxa de juro anual de 1,78% em 2008, 2,33% em 2009 e 1,02% em 2010.

¹⁴³ O IPO de Lisboa uma conta no Banco Espírito Santo e o IPO de Coimbra duas contas na Caixa Geral de Depósitos.



O Mapa de evolução de fluxos de caixa¹⁴⁴ evidencia que ao longo do triénio 2008-2010 o IPO de Lisboa apresentou sempre fluxos de caixa negativos superiores a € 6 milhões. Em contrapartida, o IPO de Coimbra apresentou fluxos de caixas positivos em dois dos três exercícios em análise. O IPO do Porto apresentou fluxos de caixa totais positivos em 2008 e negativos nos anos seguintes, em resultado dos fortes investimentos em capital fixo realizados em 2009 e 2010.

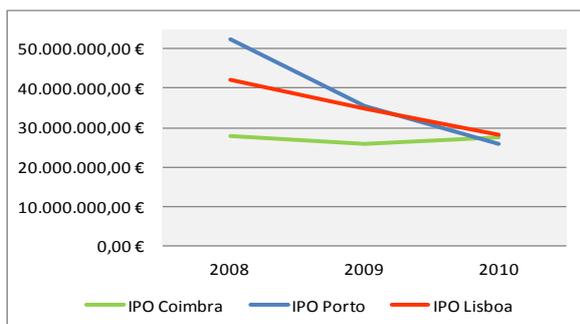
Gráfico 10 – Mapa de evolução de fluxos de caixa



Com efeito, (cfr. mapas do Anexo 9) no triénio em análise, o IPO do Porto apresentou nos exercícios de 2009 e 2010 fluxos de caixa totais negativos em resultado do avultado investimento (€ 35 milhões) que foi realizado na empreitada de construção do novo pavilhão de radioterapia, incluindo a subcontratação de serviços de consultoria externa e o fornecimento e instalação de 7 aceleradores e 10 *bunkers*.

Verifica-se, ainda, da análise da demonstração dos fluxos de caixa, que, ao contrário dos Institutos de Oncologia de Coimbra (apenas em 2009) e do Porto cujos fluxos de caixa negativos resultam da atividade de investimento, o IPO de Lisboa tem uma atividade de exploração sistematicamente deficitária, não sendo capaz de gerar excedentes de tesouraria suficientes para financiar a sua atividade corrente.

Gráfico 11 – Mapa de saldos de tesouraria



Se no final de 2008 o saldo de caixa e seus equivalentes dos três Institutos de Oncologia eram distintos, no final do ciclo financeiro 2009-2010 os saldos de caixa eram bastantes aproximados. Com efeito, a 31 de dezembro de 2010 o total das disponibilidades do IPO de Lisboa e do IPO do Porto estavam reduzidos a cerca de € 28,2 e € 25,7 milhões, respetivamente, refletindo o impacto negativo dos fluxos de caixa negativos dos anos transatos.

¹⁴⁴ Este mapa evidencia a tradução monetária da atividade da empresa, nomeadamente os valores libertados pela atividade e as suas necessidades de financiamento.



7.2. Situação económica

Tendo em vista uma melhor perceção dos fatores que concorreram para o desempenho económico dos três Institutos de Oncologia, elaborou-se os quadros comparativos das Demonstrações de Resultados por Natureza relativo aos anos de 2008 a 2010 (cfr. Anexos 10, 11 e 12).

Da avaliação realizada destacam-se as seguintes conclusões:

- Os custos totais do IPO de Lisboa e do IPO do Porto no triénio 2008-2010 cifraram-se em € 381 milhões, o IPO de Coimbra suportou custos no total de € 154 milhões.
- No triénio em análise, o IPO de Coimbra apresenta os melhores resultados no esforço de contenção de custos, verificando-se aumentos nos custos totais de cerca de 3%, em 2009, e de 2,5%, em 2010 por oposição aos aumentos, mais acentuados, nos outros Institutos de Oncologia. Note-se que o número de doentes padrão aumentou, no triénio em todos os Institutos de Oncologia, sendo que no IPO de Coimbra o aumento mais significativo ocorreu em 2010 (mais 7,53% de doentes padrão do que no ano anterior), com um decréscimo de 4,67% nos custos totais por doente padrão, o que evidencia uma utilização mais racional dos recursos.

Quadro 30 – Custos totais dos Institutos de Oncologia por doente padrão

Ano		IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
		Custos totais	Doente padrão	Custos totais/doente padrão*	Custos totais	Doente padrão	Custos totais/doente padrão*	Custos totais	Doente padrão	Custos totais/doente padrão*
2008	Unid.	120.214.556,89 €	21.344,59	5.632,09 €	50.111.352,00 €	14.449,27	3.468,09 €	117.857.467,33 €	25.195,61	4.677,70 €
2009	Unid.	126.627.363,42 €	22.374,05	5.659,56 €	51.606.116,00 €	14.491,15	3.561,22 €	129.171.488,87 €	24.839,82	5.200,18 €
	Δ%	5,33%	4,82%	0,49%	2,98%	0,29%	2,69%	9,60%	-1,41%	11,17%
2010	Unid.	134.802.361,36 €	23.173,82	5.817,01 €	52.900.999,00 €	15.582,43	3.394,91 €	134.824.317,12 €	26.885,43	5.014,77 €
	Δ%	6,46%	3,57%	2,78%	2,51%	7,53%	-4,67%	4,38%	8,24%	-3,57%
Triénio	Δ%	12,13%	8,57%	3,28%	5,57%	7,84%	-2,11%	14,40%	6,71%	7,21%

Fonte: Custos - Demonstração de resultados dos IPO; N.º de doentes padrão - ACSS

* Os custos totais/doente padrão e o custo por doente padrão mencionado no ponto 7.2, quadro 9 são distintos, pois os do presente quadro têm por base os custos dos IPO e o custo por doente padrão daquele ponto, os preços suportados pelo Estado no âmbito dos contratos-programa. O conceito constante do glossário refere-se ao custo por doente padrão objeto do ponto 7.2, quadro 9.

- Quanto à estrutura de custos, comparativamente, o IPO de Coimbra apresenta maior peso nas despesas com pessoal, o IPO do Porto nas despesas com produtos farmacêuticos e material clínico e o IPO de Lisboa em fornecimentos e serviços externos.
- A constituição de um grupo de trabalho conjunto entre os três Institutos de Oncologia para negociar a aquisição dos medicamentos de maior volume financeiro tem permitido obter poupanças significativas e, desta forma, atenuar o crescimento dos custos com medicamentos.
- Se, nalgumas situações, se verificou que o aumento dos custos teve correspondência no aumento da atividade, noutros casos o aumento dos custos foi consequência direta da diminuição da produção interna e o aumento da subcontratação de serviços, nomeadamente:
 - No caso do IPO de Lisboa, pela desativação de 2 dos 6 aceleradores lineares instalados e os largos períodos de paragem, por avaria, de outros 2 aceleradores em 2010. De



facto, o aumento dos custos operacionais de 2009 para 2010 deveu-se, em mais de 80%, à inoperacionalidade do parque tecnológico do Serviço de Radioterapia;

- No caso do IPO de Coimbra, em consequência de obras realizadas no Serviço de Anatomia Patológica em 2009.
- Se, por um lado, o IPO de Lisboa conseguiu uma poupança em termos absolutos de € 1,04 milhões na rubrica custos com o pessoal de 2009 para 2010, por outro lado, os fornecimentos e serviços externos incrementaram 31% (€ 6,67 milhões), o que acabou por anular a poupança referida.
- Relativamente ao acréscimo significativo das provisões do IPO de Coimbra em 2008, face a 2007, o mesmo resulta do apuramento das dívidas vencidas há mais de seis meses cujos devedores eram entidades privadas.
- No triénio em análise, os proveitos registados pelos Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto cresceram significativamente, passando de cerca de € 187,8 milhões em 2008, para € 207,9 milhões em 2009;
- A rubrica de subsídios à exploração inclui designadamente o financiamento de projetos de investigação, sendo que as variações ocorridas se devem, essencialmente, à variação na realização de ensaios clínicos.
- A diminuição da rubrica de outros proveitos operacionais de 2009 para 2010 verificada nos Institutos de Oncologia é explicada pela inclusão nos contratos programa dos beneficiários de subsistemas públicos, com impacto no reembolso, por estes subsistemas, de medicamentos cedidos em farmácia hospitalar.
- Os valores registados na rubrica de proveitos e ganhos extraordinários referem-se a correções de anos anteriores e a transferências de capital. No IPO do Porto o aumento verificado em 2009 deveu-se ao registo da faturação à ADSE referente a exercícios anteriores, uma vez que a estimativa registada, em 2008, em acréscimos de proveitos foi insuficiente em € 3.578.615,21.
- No triénio 2008-2010 os Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto apresentaram sempre resultados operacionais positivos.
- O IPO de Lisboa, no exercício de 2010, inverteu a tendência de resultados líquidos do exercício positivos que se verificara nos sete exercícios consecutivos anteriores.



7.3. Situação financeira

As principais conclusões quanto à situação financeira dos três Institutos de Oncologia (cfr. Anexos 13 e 14) são as que seguidamente se apresentam:

- No final de 2008, nas contas do ativo, as componentes de maior expressão nos três Institutos de Oncologia são o imobilizado e as disponibilidades.
- Nesse ano, o imobilizado representa cerca de 25% do total do total do ativo no IPO de Lisboa e no IPO do Porto, o que contrasta com a preponderância do imobilizado no IPO de Coimbra (aproximadamente 54,2%) que aumentou cerca de 53,9% % entre 2007 e 2008 por este Instituto ter relevado contabilisticamente os ajustamentos decorrentes do trabalho de inventariação e avaliação do seu património imobiliário.
- O imobilizado corpóreo líquido teve o maior crescimento (72,4%) no período em análise no IPO do Porto, € 29,3 milhões, que contrasta com a diminuição verificada no IPO de Coimbra - € 2,6 milhões. O crescimento desta rubrica reflete o investimento que vem sendo realizado pelo atual CA do IPO do Porto na melhoria das instalações e equipamentos daquele hospital.
- Relativamente à estrutura do ativo circulante no triénio 2008-2010, salienta-se a diminuição do peso relativo das disponibilidades em detrimento do aumento dos acréscimos e diferimentos no IPO de Lisboa e no IPO do Porto justificada, em parte, pelos atrasos na faturação das prestações de serviços efetuadas em 2010.
- No triénio 2008-2010, a representatividade das existências varia entre 0,9% e 1,7% do total do ativo do IPO de Coimbra e do IPO do Porto e entre 4,2% e 4,9% no IPO de Lisboa. Calculados os respetivos rácios de rotação de existências¹⁴⁶ (cfr. Anexo 14) verifica-se que é o IPO do Porto que apresenta a gestão mais eficiente no planeamento das compras e na gestão de *stocks* em armazém.
- Os saldos finais de existências dos três Institutos de Oncologia não incluem os *stocks* existentes nos serviços, resultando numa subavaliação das existências finais.
- Em 2010, verificou-se uma degradação dos capitais próprios do Instituto de Oncologia de Lisboa. Para tal contribuiu a incorporação anual resultante da exploração deficitária da sua atividade.
- Na área de dívidas a terceiros observam-se agravamentos substanciais dos valores em dívida ao longo do triénio no IPO de Lisboa e no IPO do Porto. Em sentido contrário, o IPO de Coimbra vem diminuindo, de forma sustentada, as dívidas a fornecedores.
- O total de créditos por cobrar do IPO de Lisboa diminuiu € 15,2 milhões de 2008 para 2010.
- Considerando os indicadores financeiros que medem a capacidade das empresas de fazerem face às suas responsabilidades de curto prazo (liquidez geral), a proporção dos ativos que são

¹⁴⁶ $Rotação\ de\ stocks = 12 * \frac{Saldo\ médio\ de\ existências}{Custo\ das\ mercadorias\ vendidas\ e\ das\ matérias\ consumidas}$



financiados por capitais próprios (autonomia financeira) e por estes *versus* os capitais alheios (solvabilidade) verifica-se que os Institutos de Oncologia apresentavam, em 2008 e 2009, uma situação financeira superior à da generalidade das entidades que integram o SNS.

Quadro 32 – Indicadores financeiros

Indicadores	2008				2009				2010		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	SNS*	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	SNS*	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Liquidez geral	5,55	6,86	3,53	0,80	3,71	7,92	3,51	0,83	2,21	9,52	1,78
Solvabilidade	1,92	1,77	3,22	0,39	1,95	2,00	3,48	0,42	1,53	2,28	2,51
Autonomia financeira	0,66	0,64	0,76	0,28	0,66	0,67	0,78	0,30	0,60	0,70	0,72

* Fonte: Relatório de Auditoria n.º 16/2011 - 2ª S (quadros 17 e 18), inclui as entidades que integram o SNS (SPA e EPE)

- O IPO de Coimbra evidenciou, ao longo do triénio, uma capacidade crescente em gerar ativos que possibilitem a satisfação de obrigações exigíveis no curto prazo. Esta condição encontra-se refletida na evolução do rácio de liquidez geral que passou de 6,86 em 2008 para 9,52 em 2010.

8. Implementação das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção

Em setembro de 2008 foi criado o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), entidade administrativa independente, que funciona junto do Tribunal de Contas e que tem como fim desenvolver, nos termos da lei, uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção. No âmbito da sua atividade o CPC já emitiu, até ao momento, duas recomendações:

- **Recomendação n.º 1/2009** – com o propósito de que as entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, elaborassem de planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas;
- **Recomendação n.º 1/2010** – com a finalidade de que as entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, publicitarem no sítio da respetiva entidade na internet o plano de prevenção de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas;

A 15 de fevereiro de 2011, o Instituto de Oncologia do Porto ainda não havia aprovado e remetido ao CPC o respetivo plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, ao abrigo da recomendação n.º 1/2009.

No âmbito do contraditório, o Conselho de Administração do IPO do Porto informou ter aprovado aquele plano em 26 de outubro de 2011.

Os Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra aprovaram o respetivo plano, em 8 de julho e 21 de dezembro de 2010, respetivamente, não tendo, porém, elaborado os relatórios de acompanhamento da execução do plano prevista na alínea d) do ponto 1.1. da referida recomendação.

Compete aos Conselhos de Administração dos Institutos de Oncologia assegurar a implementação de um sistema de controlo interno que desencoraje e minimize atividades potenciadoras de fraude, pelo que é absolutamente necessário que se avalie, de forma sistemática, os mecanismos de controlo instituídos, com vista ao seu aperfeiçoamento e atualização.



Quanto à **Recomendação n.º 1/2010** – verificou-se que os Institutos de Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto têm publicado nos sítios da internet os referidos planos, <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/>, <http://www.croc.min-saude.pt/> e <http://www.ipoportor.min-saude.pt/>, respetivamente. Verificou-se, porém, que o sítio na Internet do IPO de Coimbra não esteve acessível a utilizadores externos à rede do Instituto de Oncologia de Coimbra durante no período de abril a maio de 2011, tendo essa situação sido detetada e resolvida pelo próprio Instituto no final desse mês.



Tribunal de Contas



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

*Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto*

ANEXOS



Tribunal de Contas



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

*Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto*



Anexo 1 – Estrutura e processos

1. Contexto de intervenção

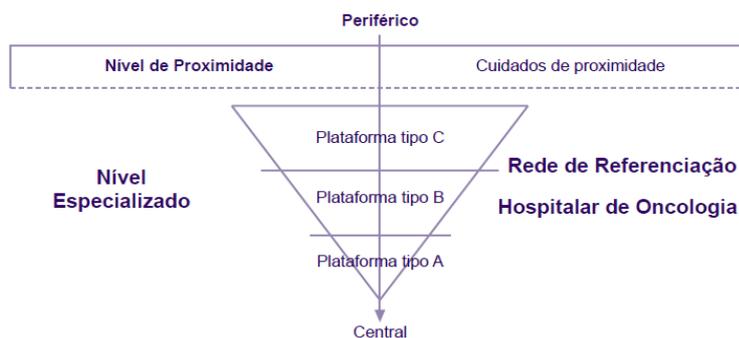
Os Institutos de Oncologia têm-se posicionado, desde a data da criação do primeiro Centro de Oncologia em 1923, como instituições hospitalares de referência na prestação de cuidados de saúde, no ensino e na formação na área da Oncologia, recebendo doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários e pelos Hospitais das respetivas áreas de influência.

Quadro 1 – Área de influência

Entidade	Área de influência	População
IPO Lisboa	Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas	4.848.736
IPO Coimbra	Região Centro	1.788.295
IPO Porto	Região Norte, incluindo Douro Sul e Aveiro Norte	3.745.439

Fonte: Planos Estratégicos 2010-2012

Figura 1 – Rede de Referência Hospitalar 2002



Tendo em conta as atribuições do, então, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil e respetivos Centros Regionais¹⁴⁷, os atuais Institutos de Oncologia, que lhes sucederam, integram a Plataforma A, o nível mais especializado, da Rede de Referência Hospitalar de Oncologia (RRH), definida em 2002¹⁴⁸, que lhes confere a responsabilidade pelo diagnóstico

e tratamento dos tumores “independentemente da sua incidência, em particular dos que exigem técnicas e tecnologia mais complexas e ou menos vulgarizadas”, pela investigação e pelo suporte técnico e formativo das restantes plataformas. Para além, dos Institutos de Oncologia, integram também a RRH outros Hospitais das áreas de influência daqueles, nas Plataformas C e B.

A distinção entre Plataformas foi definida com base no nível de especialização dos hospitais, tendo sido determinados para cada Plataforma a população abrangida, as patologias, os recursos e os requisitos orgânicos e funcionais necessários, sendo que as plataformas mais diferenciadas (A e B) integram as funções das plataformas menos diferenciadas (B e C).

¹⁴⁷ DL n.º 273/92, de 3 de dezembro. O Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil que incluía os Centros Regionais de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, antecedeu os atuais Institutos Português de Oncologia, que resultaram da transformação dos Centros Regionais, institutos públicos com autonomia administrativa e financeira, em três Sociedades Anónimas e, posteriormente, em Entidades Públicas Empresariais.

¹⁴⁸ A Rede de Referência Hospitalar em Oncologia, elaborada em execução do Plano Oncológico Nacional 2001-2005 (RCM n.º 129/2001, de 17 de agosto) e aprovada por Despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, em 17 de janeiro de 2002, foi definida como um sistema através do qual se pretendia regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde na área da oncologia, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional. O funcionamento da Rede devia permitir: articular em rede todos os agentes envolvidos no controlo da doença oncológica, em função das características dos recursos disponíveis e das determinantes e condicionantes regionais e nacionais; explorar complementaridades; concentrar experiências e recursos, maximizando a rentabilidade destes; definir as funções, os campos de intervenção e as responsabilidades de cada um dos agentes e instituições intervenientes; garantir o acesso rápido à unidade geograficamente mais próxima do local de residência habitual, mantendo a ligação com a estrutura de cuidados primários.



De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS) e o conseqüente Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 (PNPCDO) esta Rede devia ter sido reformulada, dando lugar a uma Rede de Referência Integrada em Oncologia (RRIO) que, diferentemente da RRH, deverá constituir um sistema que integre diferentes tipos de instituições (cuidados primários, diferenciados e paliativos) que se articulam entre si para prestarem cuidados especializados em oncologia, numa perspetiva integrada e globalizante. Esta rede não se encontra ainda implementada.

Apesar de Portugal ter Planos Oncológicos Nacionais desde 1990, que de um modo geral pretendem estabelecer estratégias globais de ação nas áreas relacionadas com a prevenção e o tratamento do cancro, de forma a obter maior qualidade e equidade de cuidados, o grau da respetiva execução tem ficado aquém do desejado.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identificou diversas causas da fraca implementação do Plano Oncológico Nacional 2001-2005, das quais se destacam as seguintes:

Causas da incipiente implementação do Plano Oncológico Nacional 2001-2005

1. *Incipiente acompanhamento da implementação do Plano Oncológico Nacional 2001-2005 pelas Comissões Oncológicas Regionais (COR)*, cuja responsabilidade de operacionalização incumbia às ARS*
2. *Responsabilidades pela intervenção mal definidas (DGS, IPO, ONG)*
3. *Excessiva dispersão da assistência oncológica, com desenvolvimento não programado de unidades de oncologia médica e demasiada concentração, nos grandes centros urbanos, da procura de cuidados cirúrgicos, com a conseqüente geração de listas de espera*
4. *Fraca implementação da Rede de Referência Hospitalar em Oncologia, quer em matéria de dotação de serviços e recursos humanos, quer em matéria de regulação e temporização dos fluxos de doentes.*

Fonte: Plano Nacional de Saúde – Volume II, págs. 60 e seguintes

** Criadas em execução da RCM n.º 129/2001, de 17 de agosto, Portaria n.º 1355/2002, de 15 de outubro*

Constituindo as doenças oncológicas a segunda causa de morte em Portugal, com um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, o combate às mesmas foi definido como uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde que identificou as orientações estratégicas e as intervenções necessárias.



Orientações estratégicas e intervenções necessárias

1. *Clarificação de responsabilidades e coordenação das atividades, através:*
 - a. *Da nomeação de um coordenador para as doenças oncológicas, o que ocorreu em Setembro de 2005*, que exercerá a sua ação através de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (aprovado em Dezembro de 2007);*
 - b. *Revisão da composição e termos de referência do Conselho Nacional de Oncologia;*
 - c. *Aprofundamento das relações entre o Programa Nacional, a DGS, as ARS, através das COR, as unidades oncológicas da rede e as ONG;*
2. *Melhorar a vigilância oncológica, através da uniformização e regulamentação do sistema de informação sobre o cancro, centralizando os dados para a avaliação dos ganhos em saúde, quer na vertente preventiva, quer na da efetividade terapêutica;*
3. *Promoção da prevenção primária;*
4. *Normalização e promoção de atividades de rastreio (colo do útero, mama e cólon e reto) e articulação com a rede de referência;*
5. *Melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde oncológicos, através da readaptação e implementação da RRH.*

*Extinto pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro (artigo 23º, n.º 1, al. b), em execução do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC)

Fonte: Plano Nacional de Saúde – Volume II, págs. 60 e seguintes

Em conformidade com a estratégia delineada, em Setembro de 2005 foi nomeado o primeiro Coordenador Nacional para as Doenças Oncológicas, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde¹⁴⁹ e, em dezembro de 2007, as Orientações Programáticas do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 (PNPCDO), que foi, posteriormente, objeto de um Programa de Desenvolvimento, aprovado em julho de 2009. O Conselho Nacional de Oncologia foi criado em 2008¹⁵⁰. Foi, também, instituída uma Comissão Coordenadora dos IPO, no âmbito da qual estes Institutos se articulam.

Os Institutos de Oncologia têm competências relevantes nas áreas prioritárias do PNPCDO contribuindo designadamente para o tratamento integrado da doença, através da sua participação na Rede de Referência Hospitalar, da gestão dos tempos de resposta às necessidades em saúde da população, da articulação com os cuidados de saúde primários e continuados e da elaboração de normas de orientação clínica¹⁵¹. Participam, ainda, nos programas de rastreio implementados pelas Administrações Regionais de Saúde, na vigilância epidemiológica, designadamente através da publicação dos Registos Oncológicos Regionais e Nacionais¹⁵², na investigação e na formação.

¹⁴⁹ Despacho n.º 19123/2005, de 16 de agosto, Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de agosto, revogado pelo Decreto-Lei n.º 218/2007, de 27 de maio. O Alto Comissariado da Saúde e as respetivas Coordenações Nacionais foram extintos pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro (artigo 23º, n.º 1, al. b), e n.º 3, al. a)), sendo as suas atribuições integradas (por fusão) na Direção-Geral da Saúde e no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP, em execução do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC). Nos termos do artigo 26º do referido Decreto-Lei, as fusões nele previstas apenas produzirão efeitos com a entrada em vigor dos novos diplomas orgânicos dos organismos em causa.

¹⁵⁰ Despacho n.º 3778/2008, de 14 de fevereiro.

¹⁵¹ A nível nacional e, em execução do PNPCDO, foram publicadas as recomendações de diagnóstico e terapêutica para os câncros da mama e do pulmão. O Plano previa ainda a elaboração de recomendações de diagnóstico e terapêutica para os câncros da próstata, do cólon e reto.

¹⁵² Os registos oncológicos encontram-se sediados nos IPO, contando com a colaboração de todas as instituições responsáveis pelo diagnóstico do cancro.



Áreas prioritárias do PNPCDO:

1. *O tratamento integrado da doença, através da implementação da Rede de Referência Integrada em Oncologia (RRIO), gestão da espera, reorganização dos serviços de radioterapia, elaboração de recomendações de diagnóstico e terapêutica e de linhas de orientação para cuidados de suporte e paliativos;*
2. *A prevenção primária, através da promoção de estilos de vida saudáveis, designadamente pelo combate ao tabagismo e sedentarismo, e prevenção da obesidade;*
3. *A vigilância epidemiológica, dotando as estruturas de sistemas de informação (registos oncológicos) que permitam planejar estratégias e monitorizar e avaliar as medidas tomadas;*
4. *A programação e implementação em todo o país programas de rastreio para os cancros do colo do útero, da mama e do cólon e reto;*
5. *A investigação;*
6. *A formação.*

*Que, diferentemente da RRH, deve constituir um sistema que integre diferentes tipos de instituições (cuidados primários, diferenciados e paliativos) que se articulam entre si para prestarem cuidados especializados em oncologia, numa perspetiva integrada e globalizante

Fonte: PNPCDO – Orientações Programáticas e Programa de Desenvolvimento

Apesar da vigilância epidemiológica permitir “um melhor conhecimento sobre os padrões de distribuição da doença oncológica e constituir uma base de trabalho indispensável à elaboração da política nacional de saúde para a área de oncologia”, reconhecendo-se que “dados progressivamente mais atuais e de melhor qualidade são um instrumento de grande valia para o planeamento, concretização, monitorização e avaliação das políticas de saúde oncológicas nacionais”¹⁵³, a mesma continua a não ser uma área prioritária em Portugal. Os últimos dados de incidência nacional do cancro, publicados em 2009¹⁵⁴, reportam a 2005, sendo que a nível regional os dados mais recentes publicados, relativos a 2009, são os da Região Centro¹⁵⁵.

De acordo com os últimos dados de incidência do Registo Oncológico Nacional, em 2005 foram diagnosticados em Portugal 38.519 novos casos de cancro (284,64/100.000 habitantes). O cancro mais frequente foi o coloretal (42,76/100.000), seguido dos cancros da mama (40,67/100.000), da próstata (34,20/100.000), pele (20,12/100.000), brônquios e pulmão (20,10/100.000) e estômago (19,93/100.000).

Dados da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) relativos às taxas de incidência do cancro e à mortalidade por doença oncológica revelam que Portugal se situa abaixo da média dos países desta organização, cfr. gráficos 1 e 2 do Desenvolvimento da Auditoria e seguintes.

¹⁵³ Cfr. Introdução do Registo Oncológico Nacional de 2005.

¹⁵⁴ Disponíveis em: http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2005.pdf.

¹⁵⁵ Disponíveis em: <http://www.croc.min-saude.pt/ROR/Publica%C3%A7%C3%B5es+Regionais/>



Gráfico 1 - Cancro da mama - Taxas de incidência, sexo feminino - 2008

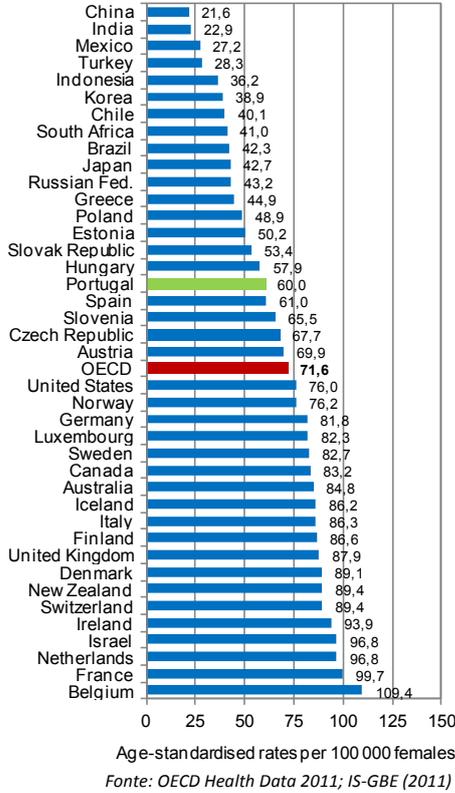


Gráfico 2 - Cancro da próstata - Taxas de incidência, sexo masculino - 2008

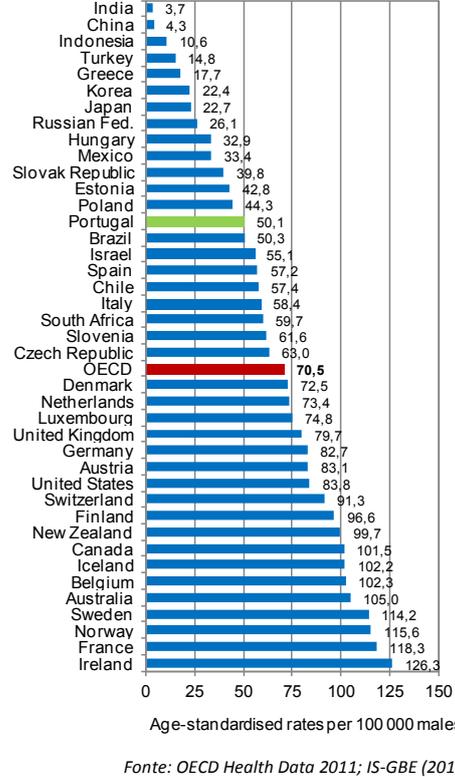


Gráfico 3 - Cancro da mama - Taxas de mortalidade, sexo feminino - 2009

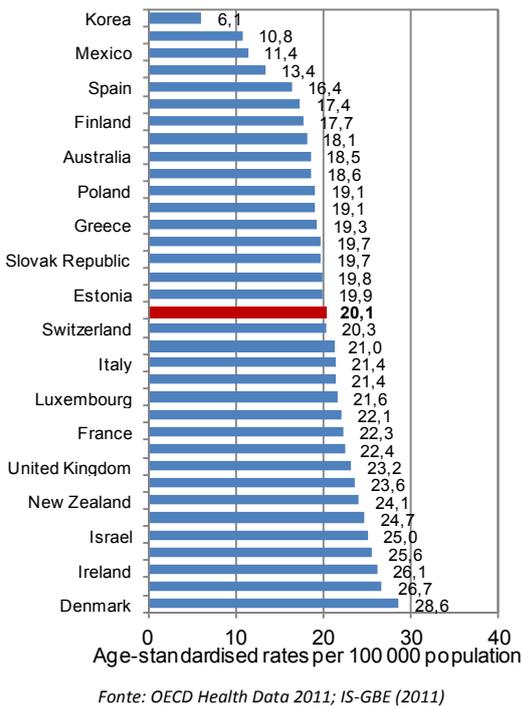


Gráfico 4 - Cancro da próstata - Taxas de mortalidade, sexo masculino - 2009

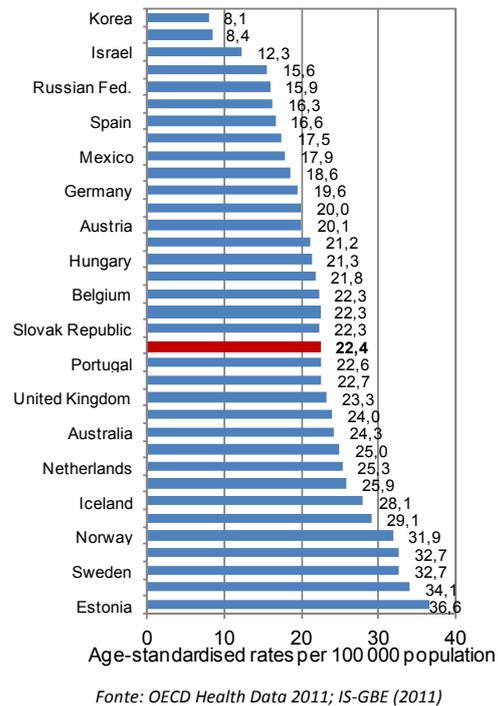
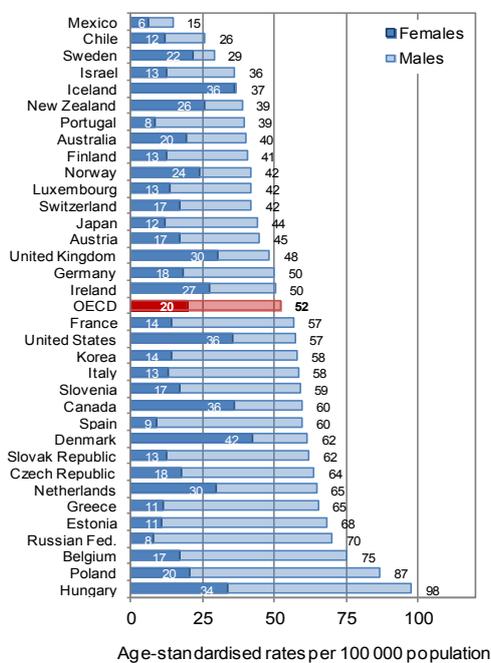




Gráfico 5 - Cancro do pulmão - Taxas de mortalidade, ambos os sexos - 2009



Fonte: OECD Health Data 2011; IS-GBE (2011)

2. Caracterização geral

2.1. História, missão e objetivos estratégicos

A história do Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil remonta a 1923, quando em resultado da atividade do Prof. Dr. Francisco Gentil, foi publicado o Decreto nº 9333 que criou o Instituto Português para o Estudo do Cancro, com sede em Lisboa, e nomeou aquele Professor Presidente da Comissão Diretora. Este decreto marcou o início de uma abordagem específica do cancro em Portugal e estabeleceu objetivos inovadores de investigação, ensino e assistência a doentes.

Em homenagem ao seu fundador o instituto passou, mais tarde, a designar-se por Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil.

Com o objetivo de dar resposta à população das regiões Centro e Norte do país foram criados centros regionais do IPO, em Coimbra e no Porto, em 1962 e 1974, respetivamente.

Em dezembro de 2002, os Centros Regionais de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto, até então institutos públicos integrados no Setor Público Administrativo¹⁵⁶, foram transformados em Sociedades Anónimas, de capitais exclusivamente públicos, passando a integrar o Setor Empresarial do Estado¹⁵⁷,

¹⁵⁶ Decreto-Lei n.º 273/92, de 3 de dezembro, Desde 1985 (Decreto-Lei n.º 445/85, de 24 de outubro) que os Centros Regionais tinham a natureza jurídica de institutos públicos, com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, sendo a sua atividade coordenada no âmbito da Comissão Coordenadora do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil.

¹⁵⁷ Decretos-Lei n.ºs 276/2002, de 9 de dezembro, 282/2002 e 289/2002, ambos de 10 de dezembro.



no qual se mantém, sem prejuízo da sua transformação em Entidades Públicas Empresariais, em junho de 2005¹⁵⁸.

A missão, visão, valores e objetivos dos três Institutos de Oncologia constam do quadro da página seguinte.

Quadro 2 – Missão, Visão, Valores e Objetivos

	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Missão	Centro oncológico multidisciplinar de referência para a prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, com actividade abrangente nas áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados, assegurando, a cada doente, cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, conforme o primado: "o doente em primeiro lugar".	Desenvolvimento de acções nos domínios da prestação de cuidados de saúde, da prevenção primária e secundária, da investigação, da formação e ensino oncológicos, do rastreio oncológico, do registo oncológico e da colaboração na definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional, constituindo-se como uma instituição de referência para os cidadãos que serve e para os serviços de saúde.	Prestação de cuidados de saúde, em tempo útil, centrada no doente, bem como, a prevenção, a investigação, a formação e o ensino no domínio da oncologia, garantindo elevados níveis de qualidade, humanismo e eficiência.
Visão	Constituir-se como um centro de referência nacional/internacional, vanguardista na abordagem global e multidisciplinar da doença oncológica, com primazia pela prestação de cuidados de saúde de qualidade ao utente enquanto contribui para a sustentabilidade do SNS.	A referência no diagnóstico e tratamento em oncologia.	A comunidade verá o doente oncológico como um doente crónico sem estigmas e com qualidade de vida, com tempos de tratamento mínimos e taxas de cura máximas. A tecnologia ao serviço do doente.
Valores	a) Prestar cuidados integrados de grande qualidade; b) Intervir na prevenção da doença oncológica; c) Constituir-se como centro de referência na implementação do plano oncológico nacional; d) Promover a investigação científica, o ensino e a formação na área oncológica, contribuindo para a elaboração de padrões na abordagem da doença; e) Prosseguir a melhoria contínua da qualidade e gestão eficiente dos recursos; f) Garantir a monitorização e avaliação das atividades planificadas e implementadas, introduzindo correções visando a melhoria da eficiência e eficácia.	a) A estrutura e a organização da actividade são definidas em função da dignidade humana e interesses dos utentes, numa perspectiva de promoção da saúde da comunidade e de satisfação das necessidades individuais de saúde. b) Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e oportunos, pela eficácia e eficiência técnica e económica, melhoria e actualização contínuas e cumprimento dos compromissos assumidos nos contratos-programa. c) Promoção da qualificação profissional, científica e técnica dos trabalhadores, da cultura da excelência e do espírito de equipa.	a) Qualidade; b) Integridade; c) Pessoas; d) Excelência; e) Comunidade.
Objetivos/Objeto	a) Prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, no domínio da oncologia, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; b) Intervir na prevenção da doença oncológica; c) Optimizar a utilização dos recursos disponíveis; d) Promover a investigação científica e a investigação em cuidados de saúde no domínio da oncologia; e) Constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados oncológicos; f) Constituir-se como centro de referência na implementação do Plano Oncológico Nacional; g) Integrar a rede de referência de oncologia, enquanto plataforma de alta diferenciação; h) Promover o ensino e a formação na área da oncologia, como condição para uma prática excelente; i) Promover a intensificação das actividades de registo oncológico; j) Prosseguir a melhoria contínua da qualidade; k) Promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo em simultâneo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito; l) Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.	a) Prestação de cuidados de saúde em oncologia, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral. b) Participação na formação de profissionais de saúde, de acordo com a sua capacidade formativa, conceber e desenvolver projectos e programas de investigação, formação, ensino e rastreio oncológicos, organizar e publicar o registo oncológico regional, bem como dar contributos para a definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional.	a) Centrar a atividade assistencial em torno do doente oncológico, utilizando os mais elevados padrões técnicos e de acordo com o estado da arte; b) Permitir uma acessibilidade fácil e proporcionar tratamentos em tempo oportuno a todos os doentes; c) Proporcionar uma medicina personalizada e humanizada; d) Acompanhar os progressos científicos e técnicos no tratamento da doença oncológica; e) Elaborar e implementar planos de ação tendentes a melhorar o diagnóstico precoce e a prevenção primária; f) Formar técnicos especializados em Oncologia; g) Promover a investigação: básica, de translação clínica, epidemiológica e outras no domínio da Oncologia.

Fonte: Regulamentos internos, planos estratégicos e sites institucionais de Internet

¹⁵⁸ Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho.



Os Institutos de Oncologia divulgam a sua missão, visão e objetivos organizacionais em vários documentos, designadamente nos regulamentos internos, planos estratégicos e planos de atividade anuais e relatórios de gestão. A sua formulação evidencia as áreas de excelência da intervenção dos Institutos de Oncologia na prestação de cuidados de saúde, no ensino e na formação na área da Oncologia, a dimensão humanista do tratamento da doença oncológica e, também, preocupações de sustentabilidade económica e financeira.

2.2. Capacidade

2.2.1. Instalações

Ao longo do triénio, a capacidade instalada nos Institutos de Oncologia de Lisboa e Coimbra não teve alterações significativas, ao contrário do IPO do Porto que, concluídas as obras de melhoria do edifício de medicina e do pavilhão de radioterapia aumentou significativamente a sua capacidade na Consulta Externa, no Bloco Operatório e no Hospital de Dia.

Em termos gerais, o IPO do Porto é o que tem maior capacidade instalada. É, também, aquele que apresenta maior volume de produção.

O IPO de Coimbra que ocupa uma área de 15.250 m², constituído por 5 blocos ligados entre si, adquiriu um terreno contíguo para ampliação e Remodelação do Edifício da Cirurgia e da Imagiologia com vista ao redimensionamento (ampliação e remodelação) das unidades de internamento.

Os constrangimentos à expansão das instalações do IPO de Lisboa na Praça de Espanha (ocupação das áreas limítrofes) e o projeto, entretanto abandonado, de realocação do IPO de Lisboa no Parque da Bela Vista prejudicaram o desenvolvimento e a concentração de recursos.

Quadro 3 – Capacidade instalada IPO Lisboa

Salas, Camas e Gabinetes (capacidade instalada)	2008	2009	2010
	IPO Lisboa		
Lotação internamento	288	285	285
Gabinetes de Consulta Externa	70	70	70
Salas de Pequena Cirurgia da Consulta Externa	4	4	4
Salas Bloco Operatório - Cirurgia Convencional	5	5	5
Salas Bloco Operatório - Cirurgia Ambulatória	2	2	2
Camas de Hospital de Dia	35	35	35
Cadeiras de Hospital de Dia	24	24	24
Camas da Unidade de Recobro	34	34	34

Fonte: Planos de desempenho 2008-2010, confirmados pelo IPO.



Quadro 4 – Capacidade instalada IPO Coimbra

Salas, Camas e Gabinetes (capacidade instalada)	2008	2009	2010
	IPO Coimbra		
Lotação internamento	186	186	191
Gabinetes de Consulta Externa	63	63	63
Salas de Pequena Cirurgia da Consulta Externa			
Salas Bloco Operatório - Cirurgia Convencional	5	5	5
Salas Bloco Operatório - Cirurgia Ambulatória	3	3	3
Camas de Hospital de Dia	6	6	6
Cadeiras de Hospital de Dia	16	16	16
Camas da Unidade de Recobro			

Fonte: Planos de desempenho 2008-2010, confirmados pelo IPO.

Quadro 5 – Capacidade instalada IPO Porto

Salas, Camas e Gabinetes (capacidade instalada)	2008	2009	2010
	IPO Porto		
Lotação internamento	319	319	319
Gabinetes de Consulta Externa	104	105	128
Salas de Pequena Cirurgia da Consulta Externa	39	39	39
Salas Bloco Operatório - Cirurgia Convencional	7	7	7
Salas Bloco Operatório - Cirurgia Ambulatória	3	3	3
Camas de Hospital de Dia	9	9	11
Cadeiras de Hospital de Dia	45	45	67
Camas da Unidade de Recobro	15	15	15

Fonte: Dados fornecidos pelo IPO.



2.2.2. Equipamentos

Os equipamentos existentes nos Institutos de Oncologia em 2010 constam do quadro seguinte, não se tendo registado alterações significativas relativamente aos dois anos anteriores. Em março de 2011 entrou em funcionamento o novo pavilhão de radioterapia do IPO do Porto, com sete novos aceleradores lineares. Em 2011, foi também concluída a instalação do equipamento HDR para tratamentos de Braquiterapia no IPO de Lisboa.

Quadro 6 – Equipamentos

Equipamentos	2010		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Imagiologia	17	17	22
Angiografia digital			1
Ecografia com Dopler	3	5	2
Ecografia sem Dopler	2	1	7
Mamografia Digital	2	1	1
Radiologia Simples - Equip. Fixos	3	2	3
Radiologia Simples - Equip. Móveis (transportáveis e blocos operatórios)	3	3	3
Radiologia Telecomandada Digital	1		2
Radiologia Telecomandada Convencional		2	0
Osteodensitómetro (por RX)		1	0
Tomografia Axial Computadorizada	3	2	3
Medicina Nuclear	4	1	6
Câmara Gama	3	1	4
PET	1		1
Osteodensitómetro (por RX)			1
Ressonância Magnética	1	1	1
Endoscopia		13	60
Radioterapia Oncológica	9	5	8
Acelerador linear	6*	3	4
Braquiterapia baixa taxa de dose	2		2
Braquiterapia alta taxa de dose	1	1	1
Unidade de Cobalto 60			1
Radiocirurgia		1	
Unidade de Hemodiálise			16
Arquivo Imagiológico Digital - PACS	1	1	1

* 2 inativos

Fonte: Dados fornecidos pelos IPO.

De um modo geral as decisões relativas à aquisição de equipamentos não são precedidas de Análises Custo-Benefício que, nomeadamente incorporem a avaliação da capacidade instalada a nível regional e/ou nacional.

Esta questão é especialmente relevante para os investimentos superiores a 2% do capital estatutário que devem ser aprovados pelos Ministros das Finanças e da Saúde e para aqueles que, sendo de menor valor, se destinam a patologias menos frequentes.

Acresce que estas últimas decisões de investimento são da responsabilidade exclusiva dos Conselhos de Administração das unidades hospitalares que frequentemente não se articulam de modo a rentabilizar os equipamentos.

Excecionalmente, em 2012, “tendo em atenção a restrição de recursos e a impossibilidade de acumulação de novos pagamentos em atraso...” a realização de investimentos pelas entidades do



Serviço Nacional de Saúde, passou a estar sujeita a autorização prévia do Ministro da Saúde, sempre que o valor total do investimento, a ser pago em 2012 ou anos posteriores, ultrapasse € 100.000¹⁵⁹.

Para além da exceção referida, a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, veio submeter a assunção de compromissos plurianuais pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde, independentemente do seu valor, a autorização prévia dos Ministros das Finanças e da Saúde, salvo quando resultarem da execução de planos plurianuais legalmente aprovados.

2.2.3. Recursos humanos

Os quadros seguintes expressam o n.º de trabalhadores e o regime de trabalho dos Institutos de Oncologia.

Quadro 7 – Recursos Humanos - IPO de Lisboa

Trabalhadores* a 31/12	2008	2009	2010
	IPO Lisboa		
Médicos (n.º)	277	269	289
Médicos ETC	319,00	314,37	331,51
Enfermeiros (n.º)	502	506	531
Enfermeiros ETC	564,20	567,61	598,13
Pessoal Dirigente (n.º) a)	19	22	23
Técnicos Superiores de Saúde (n.º) b)	22	24	26
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n.º)	168	175	178
Técnicos Superiores (n.º) c)	92	96	101
Outro Pessoal (n.º) d)	783	779	789

Profissionais por regime de trabalho	2008	2009	2010
	IPO Lisboa		
Profissionais			
C/ vínculo	1564	1541	1577
Contrato administrativo de provimento	62	58	60
Contrato a termo (certo e incerto)	194	230	267
Outros vínculos	43	42	33

Notas:
 *Pessoal com Vínculo": N.º de profissionais com vínculo definitivo à Instituição (vínculo definitivo do quadro da função pública assim como contrato individual de trabalho com vínculo definitivo)
 "Contrato Administrativo de Provimento": N.º de Contratos Administrativos de Provimento (CAP)
 "Contrato a Termo (Certo e Incerto)": N.º de Contratos de Trabalho a Termo (Certo e Incerto)
 "Outros Vínculos": N.º de Outras Situações (não consideradas nos campos anteriores),
 Fonte: Dados fornecidos pelo IPO

*Inclui todas as relações contratuais: vínculo definitivo do quadro da função pública e CIT com vínculo definitivo (s/ termo); e outros tipos de vínculos - CAP, CIT a termo certo e incerto, Requisições, Destacamentos, Prestação de Serviços, Outro.
 a) CA, Adm. Hosp. e outros cargos de direcção intermédia (Directores de Serviços (Ex: Directores Financeiros, Aprovisionamento, Informático, etc.) e Chefes de Divisão)
 b) Farmacêuticos e Psicólogos
 c) Inclui licenciaturas que não estão directamente ligadas à prestação de cuidados de saúde
 d) Inclui Assistentes Técnicos (também chefias); Assistentes Operacionais; Docentes; Outros.
 Fonte: Dados fornecidos pelo IPO

¹⁵⁹ Cfr. Despacho n.º 3402/2012, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, 2ªS, n.º 48, de 7 de março.



Quadro 8 – Recursos Humanos - IPO de Coimbra

Trabalhadores* a 31/12	2008	2009	2010
	IPO Coimbra		
Médicos (n.º)	153	154	151
Médicos ETC	171,04	167,05	165,59
Enfermeiros (n.º)	236	240	247
Enfermeiros ETC	235,79	240,95	247,69
Pessoal Dirigente (n.º) a)	15	14	14
Técnicos Superiores de Saúde (n.º) b)	5	6	7
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n.º)	85	88	92
Técnicos Superiores (n.º) c)	18	19	24
Outro Pessoal (n.º) d)	390	409	413

*Inclui todas as relações contratuais: vínculo definitivo do quadro da função pública e CIT com vínculo definitivo (s/ termo); e outros tipos de vínculos - CAP, CIT a termo certo e incerto, Requisições, Destacamentos, Prestação de Serviços, Outro.

a) CA, Adm. Hosp. e outros cargos de direcção intermédia (Directores de Serviços (Ex: Directores Financeiros, Aprovisionamento, Informático, etc.) e Chefes de Divisão)

b) Farmacêuticos e Psicólogos

c) Inclui licenciaturas que não estão directamente ligadas à prestação de cuidados de saúde

d) Inclui Assistentes Técnicos (também chefias); Assistentes Operacionais; Docentes; Outros.

Fonte: Dados fornecidos pelo IPO

Profissionais por regime de trabalho	2008	2009	2010
	IPO Coimbra		
Profissionais C/ vínculo	751	772	789
Contrato administrativo de provimento	31	28	25
Contrato a termo (certo e incerto)	108	114	120
Outros vínculos	13	16	14

Notas:
 "Pessoal com Vínculo": Nº de profissionais com vínculo definitivo à Instituição (vínculo definitivo do quadro da função pública assim como contrato individual de trabalho com vínculo definitivo)
 "Contrato Administrativo de Provimento": Nº de Contratos Administrativos de Provimento (CAP)
 "Contrato a Termo (Certo e Incerto)": Nº de Contratos de Trabalho a Termo (Certo e Incerto)
 "Outros Vínculos": Nº de Outras Situações (não consideradas nos campos anteriores)
 Fonte: Dados fornecidos pelo IPO

Quadro 9 – Recursos Humanos - IPO do Porto

Trabalhadores* a 31/12	2008	2009	2010
	IPO Porto		
Médicos (n.º)	292	305	320
Médicos ETC	310,55	328,64	338,37
Enfermeiros (n.º)	613	635	653
Enfermeiros ETC	571,54	604,84	612,20
Pessoal Dirigente (n.º) a)	19	14	20
Técnicos Superiores de Saúde (n.º) b)	57	59	59
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n.º)	139	147	150
Técnicos Superiores (n.º) c)	44	44	42
Outro Pessoal (n.º) d)	663	674	725

*Inclui todas as relações contratuais: vínculo definitivo do quadro da função pública e CIT com vínculo definitivo (s/ termo); e outros tipos de vínculos - CAP, CIT a termo certo e incerto, Requisições, Destacamentos, Prestação de Serviços, Outro.

a) CA, Adm. Hosp. e outros cargos de direcção intermédia (Directores de Serviços (Ex: Directores Financeiros, Aprovisionamento, Informático, etc.) e Chefes de Divisão)

b) Farmacêuticos e Psicólogos

c) Inclui licenciaturas que não estão directamente ligadas à prestação de cuidados de saúde

d) Inclui Assistentes Técnicos (também chefias); Assistentes Operacionais; Docentes; Outros.

Fonte: Dados fornecidos pelo IPO

Profissionais por regime de trabalho	2008	2009	2010
	IPO Porto		
Profissionais C/ vínculo	1592	1665	1817
Contrato administrativo de provimento	69	81	74
Contrato a termo (certo e incerto)	146	121	69
Outros vínculos	20	11	9

Notas:
 "Pessoal com Vínculo": Nº de profissionais com vínculo definitivo à Instituição (vínculo definitivo do quadro da função pública assim como contrato individual de trabalho com vínculo definitivo)
 "Contrato Administrativo de Provimento": Nº de Contratos Administrativos de Provimento (CAP)
 "Contrato a Termo (Certo e Incerto)": Nº de Contratos de Trabalho a Termo (Certo e Incerto)
 "Outros Vínculos": Nº de Outras Situações (não consideradas nos campos anteriores),
 Fonte: Dados fornecidos pelo IPO

Verifica-se que o IPO do Porto é o instituto que, em termos absolutos, tem maior número de trabalhadores, com exceção dos profissionais agrupados em pessoal dirigente, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores e outro pessoal, grupos em que o IPO de Lisboa o supera. O peso dos profissionais directamente ligados à prestação de serviços de saúde é maior no IPO do Porto, cfr. quadro seguinte:



Quadro 10 – Peso dos profissionais de saúde

% Trabalhadores de saúde*/Total de trabalhadores	2008	2009	2010
IPO Lisboa	52,01%	52,06%	52,87%
IPO Coimbra	53,10%	52,47%	52,43%
IPO Porto	60,26%	61,02%	60,03%

* Inclui médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica.

O peso da remuneração com o trabalho extraordinário nos grupos profissionais pessoal médico e pessoal de enfermagem é superior no IPO do Porto seguido, no pessoal médico, pelo IPO de Lisboa. No que concerne ao pessoal de enfermagem os IPO de Lisboa e Coimbra apresentam pesos com a remuneração de trabalho extraordinário próximos.

Quadro 11 – Peso horas extraordinárias médicos (€)

Pessoal Médico	IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010
Remuneração base	9.629.695,30 €	9.946.993,40 €	10.257.811,03 €	5.579.728,68 €	5.591.599,47 €	5.526.298,73 €	9.680.153,65 €	10.249.245,79 €	10.800.890,93 €
Trabalho extraordinário	2.114.110,66 €	2.207.184,58 €	2.138.780,80 €	527.980,67 €	532.807,02 €	535.612,09 €	2.470.675,97 €	2.811.987,93 €	2.782.306,71 €
Total	11.743.805,96 €	12.154.177,98 €	12.396.591,83 €	6.107.709,35 €	6.124.406,49 €	6.061.910,82 €	12.150.829,62 €	13.061.233,72 €	13.583.197,64 €
Trabalho extraordinário/custos c/ pessoal	21,95%	22,19%	20,85%	9,46%	9,53%	9,69%	25,52%	27,44%	25,76%

Fonte: Dados fornecidos pelos três IPO

Quadro 12 – Peso horas extraordinárias enfermeiros (€)

Pessoal de Enfermagem	IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010
Remuneração base	8.516.801,86 €	8.677.797,25 €	8.610.895,71 €	3.773.696,86 €	3.791.427,57 €	3.833.388,59 €	9.072.170,93 €	9.276.800,58 €	9.614.725,74 €
Trabalho extraordinário	93.379,29 €	73.114,37 €	110.834,13 €	23.983,55 €	44.909,88 €	43.505,56 €	507.785,55 €	951.026,03 €	856.329,82 €
Total	8.610.181,15 €	8.750.911,62 €	8.721.729,84 €	3.797.680,41 €	3.836.337,45 €	3.876.894,15 €	9.579.956,48 €	10.227.826,61 €	10.471.055,56 €
Trabalho extraordinário/custos c/ pessoal	1,10%	0,84%	1,29%	0,64%	1,18%	1,13%	5,60%	10,25%	8,91%

Fonte: Dados fornecidos pelos três IPO

Considerando que os Institutos de Oncologia não dispõem de Serviço de Urgência, mas apenas de um Serviço de Atendimento Não Programado, o peso das horas extraordinárias do pessoal médico nos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto, bem como do pessoal de enfermagem neste último é elevado, sendo premente a introdução de horários flexíveis, conforme previsto no memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica.

Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica

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



2.3. Regime jurídico

Os Institutos de Oncologia são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, fazendo parte integrante do Sector Empresarial do Estado¹⁶⁰.

Utilizam o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)¹⁶¹, com as adaptações estabelecidas no Despacho Conjunto n.º 17 164/2006, de 7 de junho¹⁶², dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, que admitiu a existência de contas previstas no Plano Oficial de Contabilidade (POC) e dispensou os hospitais EPE da utilização das contas de controlo orçamental e de ordem – classe 0, e da conta 25 – devedores e credores pela execução do orçamento e respetivas subcontas, sem prejuízo de os hospitais EPE deverem produzir documentos de prestação de contas contendo informação orçamental e financeira, de acordo com uma estrutura de mapas em anexo ao referido despacho.

Na qualidade de hospitais EPE estão obrigados ao envio dos documentos de prestação de contas à Inspeção-Geral de Finanças, à Direção-Geral do Tesouro e das Finanças e ao Tribunal de Contas¹⁶³.

Estão, ainda, sujeitos aos poderes de superintendência do Ministro da Saúde e à tutela conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde no que concerne a matérias de âmbito financeiro.

Encontram-se, também, sujeitos ao regime de tesouraria do Estado (RTE), com obrigatoriedade de manter as suas disponibilidades e aplicações financeiras no Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público¹⁶⁴.

A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas regem-se pelas normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do regime do direito comunitário relativo à contratação pública, sendo garantido, através dos regulamentos internos, o cumprimento dos princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão, designadamente a fundamentação das decisões tomadas¹⁶⁵. O regime regra dos trabalhadores dos Institutos de Oncologia é o contrato individual de trabalho (CIT)¹⁶⁶⁻¹⁶⁷.

3. Processos

3.1. Modelo de organização interna

Os Institutos de Oncologia regem-se, nesta matéria, pelos estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, e pelos respetivos regulamentos internos.

¹⁶⁰ Cfr. artigo 5º, n.º 1, do DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro, artigos 2º, n.º 1, al. b), e 18º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH) aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e artigos 2º, n.º 1, 3º, n.º 2, e 25º, n.º 1, do DL n.º 558/99, de 17 de dezembro.

¹⁶¹ Cfr. artigo 24º dos Estatutos aprovados pelo DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

¹⁶² Publicado no DR 2ªS, n.º 164, de 25 de agosto de 2006.

¹⁶³ Cfr. artigo 32º, n.º 1, do DL n.º 558/99, de 17 de dezembro, na redação dada pelo DL n.º 300/2007, de 23 de agosto, e artigo 51º, n.º 1, al. o), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.

¹⁶⁴ Artigos 102º, 132º, 63º e 77º das Leis n.ºs 67-A/2007, de 31 de dezembro (OE 2008), 64-A/2008, de 31 de dezembro (OE 2009), 3-B/2010, de 28 de abril (OE 2010), e 55-A/2010, de 31 de dezembro (OE 2011) respetivamente.

¹⁶⁵ Cfr. artigo 5º, n.º 3 do Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo DL n.º 18/2008, de 29 de janeiro..

¹⁶⁶ Estabelecido no Código do Trabalho e demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos.

¹⁶⁷ Cfr. artigos 14º, n.ºs 1 a 3, 15º, 16º e 17º do DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro.



São órgãos dos Institutos os respetivos Conselhos de Administração e Fiscais Únicos. Apesar dos respetivos estatutos preverem a existência de Conselhos Consultivos, os mesmos não se encontram constituídos.

Os Institutos de Oncologia dispõem ainda de auditores internos e de comissões/órgãos de apoio técnico, identificados no quadro seguinte.

Quadro 13 – Órgãos de apoio técnico

IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Comissão de Ética	Comissão de Ética	Comissão de Ética
Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços	Comissão de Qualidade e Segurança do Doente	Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Comissão de Farmácia e Terapêutica	Comissão de Farmácia e Terapêutica
Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar	Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar	Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar
Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho	Comissão de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho	Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho
Comissão Médica	Comissão Médica	Comissão Médica
Comissão de Enfermagem	Comissão de Enfermagem	Comissão de Enfermagem
Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	Direção do Internato Médico	Comissão dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
Unidade Técnica de Protecção e Segurança contra Radiações Ionizantes	Gestor do Risco Clínico	Comissão dos Técnicos Superiores
	Gestor do Risco Geral	Comissão de Catástrofe
	Gabinete de Qualidade e Comunicação	Governança Clínica
	Gabinete Coordenador da Formação	Comissão de Risco
	Conselho Científico	
	Gabinete Coordenador da Investigação	
	Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia	
	Equipa de Gestão de Altas	

Fonte: Regulamentos Internos

Obs: O fato dos IPO de Lisboa e Porto não identificarem, nos seus regulamentos internos, como órgãos de apoio técnico, designadamente, a Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia e a Equipa de Gestão de Altas, não significa que não tenham essas Unidades e Equipas, em conformidade com o estabelecido nos regimes jurídicos do SIGIC e dos Cuidados Continuados Integrados.

No âmbito das políticas internas da qualidade e em conformidade com os processos de acreditação do *Casper Healthcare Knowledge Accreditation (CHKS)* e da *Organization of European Cancer Institutes (OECI)*, os Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto já dispõem de estruturas de governação clínica¹⁶⁸ e de gestão do risco, com estratégias definidas. No IPO de Lisboa, estando a decorrer o processo de acreditação pela OECI, estas estratégias encontram-se em desenvolvimento.

Estas estratégias visam garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, numa perspetiva de melhoria contínua, contribuindo também para a eficiência na administração dos recursos.

A propósito destas estratégias e respetivas estruturas, o Tribunal de Contas tem apelado à *“procura de soluções eficientes que impliquem a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde que passa pela definição do modelo de governação que não confunda as funções de gestão com as funções técnicas/clínicas e que acentue a responsabilidade dos diretores clínicos e enfermeiros diretores enquanto diretores operacionais, quando muito integrando os conselhos de administração enquanto vogais não executivos”*¹⁶⁹.

¹⁶⁸ No IPO de Coimbra, a Comissão Médica, composta pelos Diretores de Departamentos e Serviços de Prestação de Cuidado e presidida pelo Diretor Clínico, garante a prossecução da estratégia da governação clínica, monitorizando indicadores de qualidade clínica, de ocorrências e identificação de riscos clínicos, a incidência a prevalência da doença oncológica no IPO de Coimbra, a qualidade dos registos clínicos, a elaboração de normas de orientação terapêutica, a realização das auditorias clínicas, entre outros. No IPO do Porto a Governança Clínica é presidida pelo Diretor Clínico, por um Médico Coordenador e um Enfermeiro, e coordena as áreas do risco clínico, auditoria clínica, processo clínico e registo oncológico institucional.

¹⁶⁹ Relatório nº 17/2011, de 14 de julho, da 2ª Secção - Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE.



Da análise dos Regulamentos Internos e organogramas verifica-se que a área clínica dos Institutos de Oncologia encontra-se, ainda, suportada em serviços, agregados em departamentos, que atuam nas áreas de especialidade relativas à prestação de cuidados.

A gestão da doença oncológica implica a abordagem multidisciplinar do doente, que assenta na cooperação entre a cirurgia, a medicina e a radioterapia, e outras especialidades como a anatomia patológica e a radiologia, bem como a cooperação de profissionais ligados a cuidados de suporte (Dor, Psicologia, Nutrição, Reabilitação, acompanhamento social).

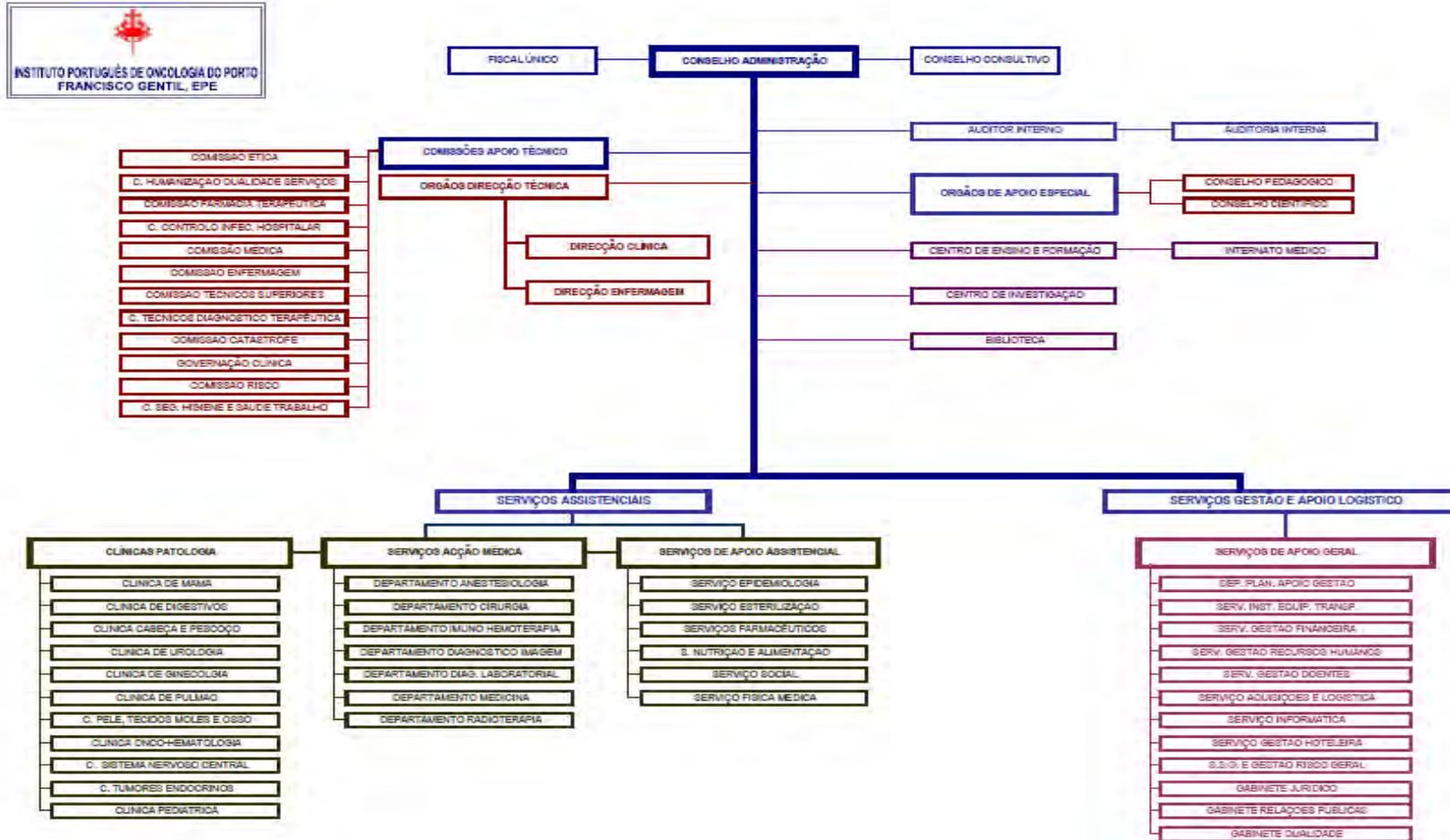
Com vista a facilitar esta cooperação, os Institutos de Oncologia de Lisboa e Porto iniciaram já uma nova forma de organização da atividade clínica, com a criação de unidades multidisciplinares de patologia, designadas por Clínicas de Patologia (v.g. Clínica da Mama, Clínica de Digestivos, Clínica de Pulmão, Clínica da Pele), que pretendem ser a base de toda a estruturação assistencial. É da competência das Clínicas de Patologia a realização de consultas de diagnóstico, consultas de grupo de decisão terapêutica, consultas de grupo de segunda opinião, consultas de seguimento e consultas de especialidade, assim como a realização de técnicas de diagnóstico e tratamento específicos.

Por seu turno, o Regulamento Interno do IPO de Coimbra prevê que os serviços de prestação de cuidados de saúde se integrem em programas horizontais, contribuindo para a realização das reuniões dos grupos de decisão terapêutica.

Para além dos serviços/departamentos clínicos, todos os Institutos de Oncologia têm serviços de apoio logístico e de ensino e investigação.



Organogramas



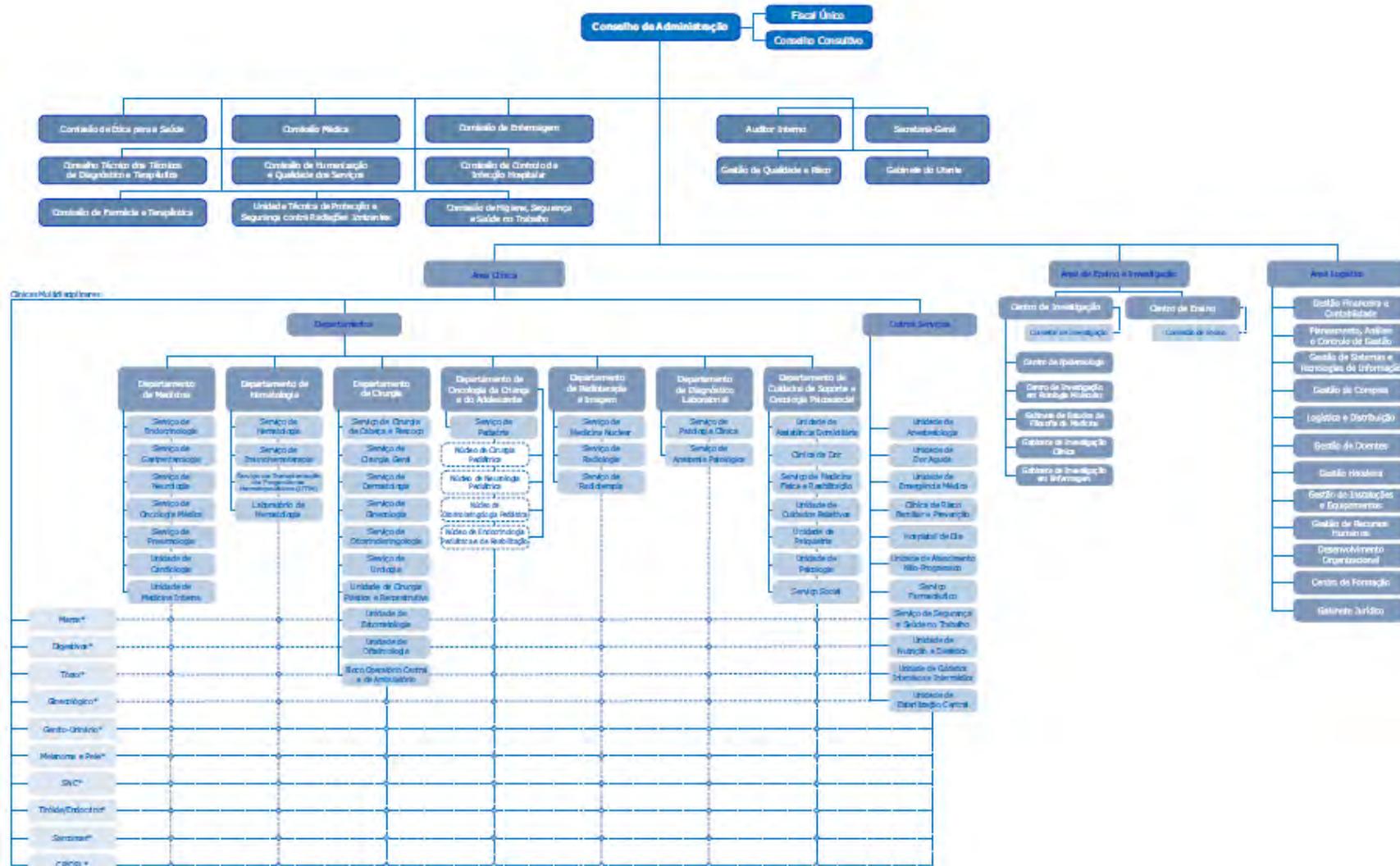


ajudar o Estado e a sociedade a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto

Organograma IPOLFG, EPE



* Clínica Multidisciplinar em presença a nível multidisciplinar. A definir posteriormente.



3.2. Instrumentos de gestão

Como instrumentos de gestão previsional, os Institutos de Oncologia elaboram os documentos previstos nos respetivos estatutos¹⁷⁰, i.e. planos plurianuais e anuais de atividades, de investimento e financeiros, orçamentos anuais de investimento, exploração e tesouraria, balanços previsionais e celebram contratos programa com o Estado, representado pelas Administrações Regionais de Saúde, IP, e pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Os planos de atividades e orçamentos que orientaram a atividade do IPO de Lisboa entre 2008 e 2009 assentaram essencialmente na realocização e novas instalações do instituto, referindo o Plano Estratégico 2007-2009 que o programa funcional das novas instalações estava em finalização. Em 2010, na ausência de uma decisão definitiva sobre aquele projeto e considerando o enquadramento macroeconómico, o Conselho de Administração do IPO optou por manter o instituto no seu local atual, renovando as instalações atuais. Trata-se de um projeto complexo e ainda em curso, encontrando-se cada etapa condicionada por uma reorganização do espaço entre os serviços.

Apesar de todos os Institutos de Oncologia disporem de mecanismos de acompanhamento interno da atividade realizada pelos respetivos serviços, apenas o IPO de Coimbra celebra contratos programa internos¹⁷¹. Esta contratualização consiste no desdobramento interno do contrato programa celebrado com o Estado e num acompanhamento da respetiva execução, tendo para o efeito uma ferramenta de análise específica – Indicador Global de Eficiência (IGE), que conjuga aspetos de produção, de qualidade e de desempenho económico e assistencial. O IGE permite estabelecer um ranking do cumprimento dos objetivos. Em 2010, 53% dos serviços ultrapassaram os objetivos e os restantes ficaram acima dos 90% de cumprimento. Existe a atribuição de incentivos/prémios ao desempenho, ainda que simbólicos¹⁷², aos serviços que atingiram ou superaram os objetivos.

Para suporte à execução dos objetivos departamentais estipulados, a cada departamento/serviço clínico do IPO de Coimbra corresponde um nível intermédio de gestão que auxilia a direção desse departamento no cumprimento das metas assistenciais definidas, informando sobre os recursos utilizados e os resultados de produção, serve de interface com os restantes serviços de apoio e é o interlocutor principal entre o departamento e o Conselho de Administração.

As deficiências e constrangimentos detetados na Contabilidade Analítica, identificados no ponto 4 do Volume I, impedem que a mesma seja utilizada como instrumento de gestão. A contabilidade analítica dos Institutos de Oncologia, como a dos restantes hospitais públicos, encontra-se organizada por departamento clínico, não permitindo apurar os custos associados a um procedimento ou ao tratamento de uma determinada patologia. O apuramento destes custos permitiria uma gestão mais eficiente da doença, sem prejudicar os resultados qualitativos.

A adequação da contabilidade analítica à organização dos Institutos de Oncologia por clínicas contribuirá para o apuramento de custos por patologia. Com o objetivo de apuramento dos custos por atividade, o IPO de Lisboa reiniciou, em 2011, um projeto do sistema de custeio.

¹⁷⁰ Cfr. artigo 22º dos Estatutos dos Hospitais EPE aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

¹⁷¹ Anualmente, o Conselho de Administração identifica os serviços com os quais celebra contratos programa com atribuição de incentivos, em função dos objetivos estratégicos. Os diretores de serviço podem candidatar-se à celebração de contratos programa, apresentando para o efeito proposta fundamentada.

¹⁷² De acordo com o Regulamento do Sistema de Incentivos, estes podem traduzir-se em melhoria das condições de trabalho, participação em ações de formação e estágios, apoio à investigação e prémios pecuniários. A atribuição dos incentivos tem em conta a avaliação do desempenho, o grau de cumprimento dos objetivos contratados pelo serviço e o valor do resultado líquido de exploração do IPO de Coimbra, sendo o fator de ponderação destes critérios fixado pelo Conselho de Administração. A distribuição individual de incentivos pelos trabalhadores é definida pelo Conselho de Administração, sob proposta do diretor do serviço, tendo em conta os critérios de atribuição dos incentivos anteriormente referidos.



Os Institutos de Oncologia de Lisboa e de Coimbra não utilizam suficientemente a Análise Custo Benefício (ACB) como instrumento de suporte às suas decisões de gestão, nomeadamente, não submeteram as decisões de investimento de maior volume financeiro àquela análise.

Não constituindo Análises Custo Benefício, o IPO do Porto, através do Gabinete de Apoio à Gestão, tem produzido vários estudos para suporte das decisões do Conselho de Administração, de entre os quais se destacam: internalização da realização de estudos urodinâmicos; externalização do serviço de alimentação; realização de tomografias por emissão de positrões fora do horário normal de trabalho; produção de componentes sanguíneas; aquisição de equipamento para realização de fotoforese extracorporal.



Anexo 2 – Recursos financeiros

Os Institutos de Oncologia são financiados pelo Orçamento do Estado (OE), através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados a beneficiários do SNS, celebrando, para o efeito, com o Estado, representado pelas ARS e pela ACSS, contratos programa (CP) que estabelecem, designadamente, os objetivos, as metas qualitativas e quantitativas da atividade produzida, os preços e os indicadores de avaliação de desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes¹⁷³. Os contratos programa são aprovados pelo Ministro da Saúde.

Em conformidade com as leis do Orçamento de Estado, os contratos programa têm sido celebrados por três anos, sendo objeto de acordos modificativos anuais que procedem a uma revisão da produção contratada, dos objetivos de qualidade e de desempenho económico-financeiro e dos preços a pagar pelo Estado.

Os últimos contratos programa celebrados com os IPO, relativos ao triénio 2007-2009, à semelhança do que aconteceu com as restantes unidades hospitalares, foram prorrogados para 2010, por despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 10 de Fevereiro de 2010, considerando os constrangimentos orçamentais que resultariam da aplicação de um novo modelo de financiamento hospitalar, então em análise.

No âmbito destes contratos, os IPO são remunerados essencialmente pela atividade desenvolvida em grandes linhas de produção - consulta externa, internamento médico e cirúrgico, ambulatório médico e cirúrgico, sessões de hospital de dia, dias de estadia em lar de doentes e serviço domiciliário¹⁷⁴, sendo a unidade de pagamento o episódio.

Quadro 1 – Valores totais por linha de produção

Unid.: euros

Actividade	2008			2009			2010		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Consultas Médicas									
Primeiras	4.018.774,36	1.932.828,00	5.315.825,32	4.323.091,96	1.919.120,00	6.891.559,92	5.165.311,48	2.831.935,72	8.614.518,44
Subsequentes	14.963.497,26	10.087.989,00	17.745.264,90	15.541.609,44	10.592.700,00	19.540.914,48	20.390.947,50	12.734.917,80	20.893.789,20
Internamento									
GDH Médicos	13.738.648,97	6.529.010,62	16.826.925,42	15.430.711,78	6.139.118,70	17.776.513,53	20.334.057,51	8.148.892,39	20.332.516,73
GDH Cirúrgicos	16.325.940,24	8.806.088,87	21.739.837,70	15.749.766,00	9.441.704,25	7.914.909,60	18.444.610,79	10.499.175,13	2.616.705,00
Ambulatório									
GDH Cirúrgicos	3.019.193,53	1.368.611,48	3.418.740,90	3.233.340,88	1.655.281,58	4.085.377,41	3.841.921,04	2.061.681,74	4.895.058,54
GDH Médicos	23.831.076,95	10.703.996,99	32.771.009,57	22.845.202,67	10.497.252,38	42.029.282,79	27.653.607,78	12.695.761,43	52.752.423,43
Hospital de Dia									
Hematologia e imuno-hemoterapia	3.588.888,60	97.225,92	392.218,20	5.731.909,92	191.505,60	479.132,28	8.155.192,32	200.344,32	617.605,56
Outros	276.554,88	37.753,38	1)	302.128,12	37.905,00	1)	1)	49.680,82	1)
Serviço Domiciliário	128.120,05	1)	57.560,58	82.187,87	1)	47.427,26	1)	1)	67.112,48
Lar de doentes	1.310.831,06	523.637,40	1.263.680,00	1.081.473,14	631.840,00	1.158.241,70	1.587.892,90	667.933,86	1.208.236,04
Total produção base	81.201.525,89	40.087.141,66	99.531.062,59	84.321.421,78	41.106.427,50	99.923.358,97	105.573.541,33	49.890.323,21	111.997.965,41

1) Produção não contratada.

Fonte: Contratos-Programa - Acordos Modificativos 2008-2010.

¹⁷³ Cfr. artigo 12º, n.ºs 1 e 2, do DL n.º 233/2005, e base XXXIII, n.º 1, da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde). Sobre o financiamento hospitalar *vide* Relatório n.º 30/2011, 2ª Secção, de 10 de novembro de 2011 – Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do SNS.

¹⁷⁴ O serviço domiciliário é prestado pelos IPO de Lisboa e Porto no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O IPO de Coimbra não presta este serviço.



No internamento e no ambulatório os episódios são classificados em GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos¹⁷⁵.

Os contratos programa estabelecem os preços unitários dos episódios contratados. Para efeitos de financiamento e determinação dos preços unitários da sua atividade, os IPO foram integrados pelo Ministério da Saúde no Grupo 1 do financiamento hospitalar¹⁷⁶. Dentro de cada Grupo e para efeitos de determinação dos preços unitários da atividade codificável em GDH, é ainda atribuído aos hospitais um índice de *case-mix*¹⁷⁷ que reflete a complexidade da sua atividade e, com base no qual, o preço unitário do grupo de financiamento é ajustado. No quadro *infra* destacam-se os IPO de Lisboa e Porto, com índices de *case-mix* mais elevados do que o IPO de Coimbra.

Quadro 2 – Preços unitários e índices de *case-mix*

Unid.: euros

Actividade	Preço Unit. 2008-2010	2008						2009-2010							
		IPO Lisboa		IPO Coimbra		IPO Porto		IPO Lisboa		IPO Coimbra		IPO Porto			
		Preço Unit. ICM	Ajust.												
Consultas Médicas															
Primeiras	137,08	NA	137,08	NA	137,08	NA	137,08	NA	137,08	NA	137,08	NA	137,08	NA	137,08
Subsequentes	124,62	NA	124,62	NA	124,62	NA	124,62	NA	124,62	NA	124,62	NA	124,62	NA	124,62
Internamento															
GDH Médicos	2.396,25	1,3349	3.198,75	1,0744	2.574,53	1,2283	2.943,31	1,4390	3.448,20	0,9961	2.386,90	1,2360	2.961,77		
GDH Cirúrgicos	2.396,25	2,0241	4.850,25	1,3621	3.263,93	2,1362	5.118,87	1,9661	4.711,27	1,4328	3.433,35	2,0800	4.984,20		
Ambulatório															
GDH Cirúrgicos	2.396,25	0,5396	1.293,02	0,4407	1.056,03	0,4586	1.098,92	0,5759	1.380,00	0,4764	1.141,57	0,5143	1.232,39		
GDH Médicos	2.396,25	0,1339	320,86	0,1263	302,65	0,1281	306,96	0,1207	289,23	0,1234	295,70	0,1311	314,15		
Hospital de Dia															
Hematologia	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28
Imuno-hemoterapia	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28	NA	368,28
Outros	25,27	NA	25,27	NA	25,27	NA	25,27	NA	25,27	NA	25,27	NA	25,27	NA	25,27
Serviço Domiciliário	41,53	NA	41,53	NA	41,53	NA	41,53	NA	41,53	NA	41,53	NA	41,53	NA	41,53
Lar de doentes	78,98	NA	78,98	NA	78,98	NA	78,98	NA	78,98	NA	78,98	NA	78,98	NA	78,98

Fonte: Contratos-Programa - Acordos Modificativos 2008-2010.

¹⁷⁵ Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

¹⁷⁶ Existem, ainda, mais três grupos de financiamento. A distinção entre os grupos de financiamento tem por base fatores estruturais, como o grau de diferenciação técnica de cada unidade, e traduz preços unitários distintos (mais elevados no Grupo 1 e menos elevados no Grupo 4).

¹⁷⁷ Coeficiente global de ponderação da produção dum hospital, refletindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos. Fonte: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>.



Quadro 3 – Produção marginal/adicional

As metas de produção anuais estabelecidas nos contratos programa responsabilizam as partes contratantes e permitem o estabelecimento de limites anuais ao crescimento da despesa, aplicando-se os preços contratados até ao limite das unidades de produção anual contratadas. Toda a produção realizada para além das unidades contratadas (produção marginal) é paga a um preço inferior ao daquela produção até um limite de 10% de unidades produzidas a mais. A partir desse limite, a produção realizada não é paga. Excetuam-se os episódios cirúrgicos programados¹⁷⁸ - GDH Cirúrgicos, de Internamento e de Ambulatório, cuja produção em excesso (produção adicional) é paga na totalidade pela tabela de preços do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)¹⁷⁹.

Actividade	Preço da produção marginal - % do preço da produção contratada	Limite máximo de unidades produzidas para além do contratado
Consultas		
Primeiras	58%	10%
Subsequentes	58%	10%
Internamento		
GDH Médicos	44%	10%
GDH Cirúrgicos Programados	Preços SIGIC	S/ limite
GDH Cirúrgicos Urgentes	Preços SIGIC	S/ limite
Ambulatório		
GDH Cirúrgicos	Preços SIGIC	S/ limite
GDH Médicos	75%	10%
Hospital de Dia	75%	10%
Serviço Domiciliário	58%	10%
Lar de doentes	44%	10%

Fonte: Contratos-Programa - Acordos Modificativos 2008-2010.

Os contratos programa celebrados estabelecem ainda o não pagamento de qualquer valor, sempre que seja produzido menos de 50% do que o contratado, o que não se verificou nos IPO.

Os quadros 1 a 3 do Anexo 3, refletem as taxas de execução da produção contratada no âmbito dos contratos programa.

Os contratos programa estabelecem, ainda, valores globais de remuneração da atividade dos IPO relativa à cedência de medicamentos em ambulatório hospitalar, à formação de internos e ao registo oncológico e incentivos institucionais ao cumprimento de objetivos de qualidade e de desempenho assistencial e económico-financeiro, acordados anualmente com os representantes do Estado.

Quadro 4 – Outros valores previstos nos contratos programa

Unid.: euros

Actividade	2008			2009			2010		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório	1.322.032,50	188.209,00	414.918,37	1.720.374,30	190.000,00	463.269,80	1.796.828,00	194.610,00	503.435,00
Internos	62.620,80	31.310,40	62.620,80	424.418,22	99.886,64	199.773,28	334.046,18	77.087,58	179.871,02
Incentivos Institucionais	1.763.540,58	805.455,83	2.219.322,49	3.632.428,80	1.792.627,20	4.344.500,00	2.737.506,73	2.117.857,97	4.663.922,59
Registo Oncológico	300.000,00	150.000,00	300.000,00	300.000,00	150.000,00	300.000,00	300.000,00	150.000,00	300.000,00

Fonte: Contratos-Programa - Acordos Modificativos 2008-2010.

Os quadros 7 a 9 do Anexo 3, refletem o cumprimento pelos Institutos de Oncologia dos objetivos de qualidade e de desempenho assistencial e económico-financeiro estabelecidos nos contratos programa.

Para além do Estado, respondem, ainda, pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde, designadamente os beneficiários do SNS na parte que lhes couber (taxas moderadoras), os subsistemas de saúde, constituindo, os valores pagos por estes, receitas próprias dos IPO¹⁸⁰.

¹⁷⁸ Por oposição a urgentes.¹⁷⁹ Portaria n.º 852/2009, de 8 de Julho, que revogou o Despacho n.º 24036/2004, do Ministro da Saúde, publicado no DR IIS, n.º 274, de 22 de setembro de 2004.¹⁸⁰ Artigos 23º e 26º do ESNS, artigo 7º, n.º 2, do DL n.º 233/2005, de 29 de dezembro.



Em resultado da Lei do Orçamento de Estado para 2010 ter procedido à inscrição no SNS de verbas correspondentes à faturação das instituições hospitalares aos subsistemas públicos de saúde, os beneficiários dos subsistemas públicos (ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM) passaram a ser considerados, para efeitos da produção realizada em execução dos contratos programa e do pagamento, como beneficiários do SNS.

A prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS cuja responsabilidade pelo pagamento é de entidades terceiras é residual.



Anexo 3 – Contratos programa

1. Execução física e financeira dos contratos programa

Quadro 1 – Execução física do contrato programa – IPO de Lisboa

Actividade	IPO Lisboa											
	2008			2009			2010			08/10		
	Contratado	Executado	% execução	Contratado	Executado	% execução	Contratado	Executado	% execução	Δ Contratado	Δ Executado	% execução
Consultas Médicas	149.390	146.513	98,1%	156.249	155.571	99,6%	201.306	190.538	94,7%	34,75%	30,05%	97,2%
Primeiras	29.317	26.978	92,0%	31.537	30.233	95,9%	37.681	38.367	101,8%	28,53%	42,22%	97,0%
Subsequentes	120.073	119.535	99,6%	124.712	125.338	100,5%	163.625	152.171	93,0%	36,27%	27,30%	97,2%
Internamento - Doentes equivalentes	7.918	7.460	94,2%	8.068	8.113	100,6%	10.126	10.993	108,6%	27,89%	47,36%	101,7%
GDH Médicos	4.295	3.950	92,0%	4.475	4.309	96,3%	5.897	6.150	104,3%	37,30%	55,70%	98,2%
GDH Cirúrgicos*	3.366	3.241	96,3%	3.343	3.554	106,3%	3.915	4.498	114,9%	16,31%	38,78%	106,3%
Ambulatório	76.608	83.113	108,5%	81.330	79.946	98,3%	98.396	99.094	100,7%	28,44%	19,23%	102,3%
GDH Cirúrgicos	2.335	1.412	60,5%	2.343	1.805	77,0%	2.784	2.152	77,3%	19,23%	52,41%	72,0%
GDH Médicos	74.273	81.701	110,0%	78.987	78.141	98,9%	95.612	96.942	101,4%	28,73%	18,65%	103,2%
Sessões em Hospital de Dia	20.689	21.869	105,7%	27.520	27.403	99,6%	22.144	21.092	95,2%	7,03%	-3,55%	100,0%
Serviço domiciliário - Visitas	3.085	2.336	75,7%	1.979	2.177	110,0%	1)					
Lar/Hotel - Dias de estadia	16.597	17.590	106,0%	13.693	15.062	110,0%	20.105	20.895	103,9%	21,14%	18,79%	106,3%

1) Sem contratualização em 2010, sem prejuízo da produção realizada nesse ano, designadamente 24.283 sessões em Hospital de Dia (Outros) e 2869 visitas domiciliárias.

*Inclui GDH Cirúrgicos Urgentes

Fonte: IPO - Mapas de execução do contrato programa. Dados de 2009 e 2010 ainda não validados na totalidade pela ACSS.

Quadro 2 – Execução física do contrato programa – IPO de Coimbra

Actividade	IPO Coimbra											
	2008			2009			2010			08/10		
	Contratado	Executado	% execução	Contratado	Executado	% execução	Contratado	Executado	% execução	Δ Contratado	Δ Executado	% execução
Consultas Médicas	95.050	96.109	101,1%	99.000	97.057	98,0%	122.849	107.778	87,7%	29,25%	12,14%	95,0%
Primeiras	14.100	13.761	97,6%	14.000	15.400	110,0%	20.659	20.213	97,8%	46,52%	46,89%	101,3%
Subsequentes	80.950	82.348	101,7%	85.000	81.657	96,1%	102.190	87.565	85,7%	26,24%	6,34%	93,8%
Internamento - Doentes equivalentes	5.234	5.139	98,2%	5.322	5.352	100,6%	6.472	6.105	94,3%	23,65%	18,80%	97,5%
GDH Médicos	2.536	2.486	98,0%	2.572	2.727	106,0%	3.414	3.022	88,5%	34,62%	21,56%	96,6%
GDH Cirúrgicos	2.698	2.653	98,3%	2.750	2.625	95,5%	3.058	3.083	100,8%	13,34%	16,21%	98,3%
Ambulatório	36.654	34.983	95,4%	36.950	35.922	97,2%	44.741	49.235	110,0%	22,06%	40,74%	101,5%
GDH Cirúrgicos	1.296	1.339	103,3%	1.450	1.446	99,7%	1.806	2.007	111,1%	39,35%	49,89%	105,3%
GDH Médicos	35.358	33.644	95,2%	35.500	34.476	97,1%	42.935	47.228	110,0%	21,43%	40,38%	101,4%
Sessões em Hospital de Dia	1.758	1.596	90,8%	2.020	1.855	91,8%	2.510	1.683	67,1%	42,78%	5,45%	81,6%
Lar/Hotel - Dias de estadia	6.630	7.104	107,1%	8.000	6.549	81,9%	8.457	8.629	102,0%	27,56%	21,47%	96,5%

Fonte: IPO - Mapas de execução do contrato programa. Dados de 2009 e 2010 ainda não validados na totalidade pela ACSS.



Quadro 3 – Execução física do contrato programa – IPO do Porto

IPO Porto												
Actividade	2008			2009			2010			08/10		
	Contratado	Executado	% execução	Contratado	Executado	% execução	Contratado	Executado	% execução	Δ Contratado	Δ Executado	% execução
Consultas Médicas	181.174	178.330	98,4%	207.078	213.387	103,0%	230.503	226.254	98,2%	27,23%	26,87%	99,9%
Primeiras	38.779	42.656	110,0%	50.274	50.820	101,1%	62.843	55.612	88,5%	62,05%	30,37%	98,2%
Subsequentes	142.395	135.674	95,3%	156.804	162.567	103,7%	167.660	170.642	101,8%	17,74%	25,77%	100,4%
Internamento - Doentes saídos*	11.067	11.492	103,8%	8.792	12.017	136,7%	8.730	12.930	148,1%	-21,12%	12,51%	127,5%
GDH Médicos	6.723	6.865	102,1%	7.160	7.282	101,7%	8.190	7.203	87,9%	21,82%	4,92%	96,7%
GDH Cirúrgicos**	4.344	4.627	106,5%	1.632	4.735	290,1%	540	5.727	1060,6%	-87,57%	23,77%	231,6%
Ambulatório	109.871	120.627	109,8%	137.103	150.731	109,9%	171.894	186.569	108,5%	56,45%	54,67%	109,3%
GDH Cirúrgicos	3.111	3.191	102,6%	3.315	3.564	107,5%	3.972	3.610	90,9%	27,68%	13,13%	99,7%
GDH Médicos	106.760	117.436	110,0%	133.788	147.167	110,0%	167.922	182.959	109,0%	57,29%	55,79%	109,6%
Sessões em Hospital de Dia	1.065	1.171	110,0%	1.301	1.431	110,0%	1.677	1.845	110,0%	57,46%	57,53%	110,0%
Serviço domiciliário - Visitas	1.386	897	64,7%	1.142	1.121	98,2%	1.616	1.403	86,8%	16,59%	56,41%	82,6%
Lar/Hotel - Dias de estadia	16.000	13.964	87,3%	14.665	11.766	80,2%	15.298	15.676	102,5%	-4,39%	12,26%	90,1%

*Unidade disponível para os três anos

**Inclui GDH Cirúrgicos Urgentes

Fonte: IPO - Mapas de acompanhamento da execução do contrato programa: 2008 Mapa da faturação (exceto internamento - informação da produção); 2009 e 2010 informação da produção por faturação ainda estar em curso, ajustada às regras de faturação da produção base e marginal.

Em resultado desta atividade os Institutos de Oncologia, faturaram à ACSS os seguintes montantes:

Quadro 4 – Execução financeira dos contratos programa

Ano	IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
	Contratado	Faturado	%	Contratado	Faturado	%	Contratado	Faturado	%
2008	81.201.525,89	79.739.744,17	-1,8%	40.087.141,66	39.402.292,29	-1,7%	100.568.860,95	102.344.612,45	1,8%
2009	84.321.421,78	83.791.108,47	-0,6%	41.106.427,50	40.118.615,05	-2,4%	100.323.355,17	100.490.560,33	0,2%
Δ 08-09	3,84%	5,08%		2,54%	1,82%		-0,24%	-1,81%	
2010	105.573.541,33	105.849.600,19	0,3%	49.890.323,21	48.590.971,59	-2,6%	113.009.462,65	n.d.	
Δ 09-10	25,20%	26,33%		21,37%	21,12%		12,65%		

Unid: euros

Obs.: Inclui a produção nas linhas de atividade analisadas no texto e, no caso do IPO do Porto, o valor das sessões de hemodiálise. Não inclui Medicamentos de cedência hospitalar; formação de internos; incentivos institucionais.

2009 - IPO Porto, não inclui faturação produção cirúrgica adicional (não disponível); IPO Coimbra e Lisboa - faturação a aguardar validação pela ACSS.

2010 - IPO Porto, faturação emitida até Novembro; IPO Coimbra e Lisboa - faturação a aguardar validação pela ACSS

Fonte: IPO - Mapas de execução dos contratos programas.



2. Procedimentos faturáveis como Hospital de Dia

Quadro 5 – Procedimentos faturáveis como Hospital de Dia

Contrato-Programa - Sessões Hospital de Dia (2008-2010)					Procedimento (Portaria 132/2009)		
Tipo	Preço	Procedimentos faturáveis IPO Lisboa	Procedimentos faturáveis IPO Porto	Procedimentos faturáveis IPO Coimbra	Código	Preço	
Hematologia	€ 368,28	Manutenção e heparinização de cateter com ou sem reservatório subcutâneo	Não contratou	Não tem - "Manutenção e heparinização de cateter com ou sem reservatório subcutâneo é faturado como sessão hospital de dia "Outros"	65270	25,70 €	
		Manutenção e heparinização de cateter percutâneo			65275	15,70 €	
		Punção lombar diagnóstica			63600	60,40 €	
		Punção lombar terapêutica			63610	119,60 €	
		Administração de hemoderivados ou outros fármacos em perfusão			99350	15,00 €	
Imuno-hemoterapia	€ 368,28	Aplicação de uma transfusão de sangue	Aplicação de uma transfusão de sangue	Aplicação de uma transfusão de sangue	55110	24,00 €	
			Plasmaférese terapêutica		55095	1.295,70 €	
			Citaférese		55100	397,10 €	
			Flebotomia terapêutica		55105	39,40 €	
			Fotoférese extra-corporal (sessão)		99020	1.262,40 €	
Outros	€ 25,27	<i>(2008-2009; 2010 não foi contratualizado)</i>					
		Administração de soros (inclui vigilância)		Administração de Soros (inclui vigilância)	99100	15,50 €	
		Oxigenoterapia		Oxigenoterapia	99030	16,90 €	
		Aerossóis		Aerossóis	60438	7,70 €	
		Algaliação		Algaliação	90273	40,50 €	
		Injeção por via subcutânea		Injeção por via subcutânea	99070	3,40 €	
		Injeções por via IM		Injeções por via IM	99080	3,50 €	
		Injeção por via IV		Injeção por via IV	99090	5,20 €	
			Não contratou	Manutenção e heparinização de cateter com ou sem reservatório subcutâneo	65270	25,70 €	
					80290	11,00 €	
					32235	209,70 €	
					32215	21,60 €	
					95040	97,00 €	
					99335	7,00 €	
					99340	17,00 €	
					80280	8,60 €	
					Instil. Vesical agentes antineoplásicos	S/ referência	-
					Intubação gástrica ou colocação de sonda no tubo digest	52225	11,70 €
					Paracentese diagnóstica	51890	20,50 €
					Paracentese terapêutica	51970	25,90 €
					Penso lesão aberta (perda epiderme) s/infeção	99140	12,10 €
					Penso simples	99150	7,70 €
					Toracocentese	81930	60,40 €
					Aerossóis ultra-sónicos	60437	7,80 €
					Aplicação de cateter intravenoso central tunelizado	65255	78,50 €
					Extração de pontos incluindo penso simples	99160	9,50 €
					Inaloterapia de pentamidina para tratamento ou profilaxia	81235	38,60 €
			Administração quimioterapia dentro SNC através de cateter	65120	sem valor		

Fonte: IPO



3. Execução dos indicadores de qualidade e eficiência

Em resultado do cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência assistencial e económica fixados nos contratos programa, os Institutos de Oncologia faturaram a título de incentivos institucionais o seguinte:

Quadro 6 – Objetivos de qualidade e eficiência assistencial e económica - faturação

Ano	IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
	Previsto	Faturado	%	Previsto	Faturado	%	Contratado	Faturado	%
2008	1.763.540,58	1.328.386,94	-24,7%	805.455,83	670.541,98	-16,7%	2.219.322,49	1.625.655,60	-26,7%
2009	3.632.428,80	2.328.386,85	-35,9%	1.792.627,20	1.514.769,98	-15,5%	4.344.500,00	3.149.763,00	-27,5%
Δ 08-09	105,97%	75,28%		122,56%	125,90%		95,76%	93,75%	
2010	2.737.506,73	1.571.328,87	-42,6%	2.117.857,97	1.853.125,72	-12,5%	4.663.922,59	3.002.400,00	-35,6%
Δ 09-10	-24,64%	-32,51%		18,14%	22,34%		7,35%	-4,68%	

Obs.: 2010 - IPO Porto - Informação da ARSN, relativamente à qual o IPO Porto suscitou questões.

Fonte: IPO - Mapas de execução dos contratos programas.

A execução dos objetivos consta dos quadros seguintes (7 a 9).

Quadro 7 – Objetivos de qualidade e eficiência assistencial e económica – execução – IPO Lisboa

IPO Lisboa							
Objectivos nacionais		2008		2009		2010	
		Objectivo	Realizado	Objectivo	Realizado	Objectivo	Realizado
Qualidade e serviço	Taxa de reinternamentos primeiros 5 dias	4,5%	3,5%	3,5%	4,2%	3,5%	4,45%
	Profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infeção	10,0%	9,9%	10,0%	18,6%	10,0%	38,78%
Acesso	N.º doentes referenciados para RNCC/N.º doentes saídos nas especialidades de Oncologia Médica, Cirurgia geral e Neurologia	2,0%	1,7%	2,5%	3,1%	2,0%	1,82%
	Peso das primeiras consultas médicas no total das consultas médicas	19,5%	18,3%	19,8%	18,4%	19,2%	19,17%
Desempenho assistencial	Peso da cirurgia do ambulatório no total das cirurgias programadas	37,1%	33,5%	43,0%	32,6%	39,6%	34,39%
	Demora média (dias)	7,7	7,4	7,5	6,9	7,1	6,72%
Desempenho económico-financeiro	Custo unitário por doente padrão	5.520,0 €	5.769,0 €	5.514,0 €	5.567,7 €	5.592,00 €	5.725,04 €
	Resultado operacional	2.644.190,0 €	-5.061.994,3 €	-493.671,0 €	-1.292.964,1 €	-5.932.558,9 €	-15.499.428,3 €
Objectivos regionais (comuns aos IPO)							
Desempenho económico-financeiro	Consumos	9,2%	0,3%	4,0%	8,3%	6,8%	6,18%
	FSE	9,8%	15,8%	4,0%	-0,7%	0,0%	31,02%
	Custos com pessoal	0,0%	3,7%	0,0%	4,3%	0,0%	-1,85%
	Compras	10,2%	6,9%	4,0%	7,2%	6,6%	6,0%
Objectivos institucionais da Região (IPOLx)							
Acesso/ desempenho assistencial	% 1as consultas -Cirurgia geral	22,0%	21,1%				
	% 1as consultas - Oncologia médica	10,2%	8,6%				
	% doentes em LIC > 9 meses - Cirurgia plástica	40,0%	21,1%				
	% doentes em LIC > 9 meses - ORL	30,0%	7,0%				
	Taxa de resolução da LIC pelo Hospital - Cirurgia plástica	48,0%	80,8%				
	Taxa de resolução da LIC pelo Hospital - ORL	65,0%	100,4%				
	% 1.ª consultas - Dermatologia			34,2%	32,5%		
	% 1.ª consultas - Oncologia médica			9,0%	9,1%		
	Tempo médio de espera do Hospital			90	46,7		
	Tempo médio de espera de cada especialidade 1)			100,0%	100,0%		
	% Doentes Oncológicos em LIC > 3 meses			0,0%	2,8%		
	% Doentes Oncológicos em LIC > 12 meses			0,0%	0,1%		
	Tempo de espera em LIC < x dias					60	49,9
	% Doentes Oncológicos em LIC > 2 meses					0,0%	10,4%
	% Doentes em LIC > 12meses					0,0%	0,6%

1) O grau de cumprimento foi apurado em proporção de especialidades que cumpriram o requisito de tempo médio.

Fonte: IPO - Cumprimentos dos objetivos de qualidade e eficiência. ACSS - Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos-Programa 2010



Quadro 8 – Objetivos de qualidade e eficiência assistencial e económica – execução – IPO Coimbra

IPO Coimbra							
Objectivos nacionais		2008		2009		2010	
		Objectivo	Realizado	Objectivo	Realizado	Objectivo	Realizado
Qualidade e serviço	Taxa de reinternamentos primeiros 5 dias	2,4%	2,40%	2,2%	2,22%	2,2%	2,05%
	Profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infeção	10,0%	38,00%	10,0%	46,87%	10,0%	29,84%
Acesso	N.º doentes referenciados para RNCC/N.º doentes saídos nas especialidades de Oncologia Médica, Cirurgia geral e Neurologia	1,0%	1,08%	1,0%	1,46%	1,5%	2,16%
	Peso das primeiras consultas médicas no total das consultas médicas	16,0%	14,60%	16,0%	16,51%	17,0%	17,7%
Desempenho assistencial	Peso da cirurgia do ambulatório no total das cirurgias programadas	31,0%	32,82%	33,0%	34,91%	35,0%	38,54%
	Demora média (dias)	7,2	7,26	7,4	6,78	6,74	7,00
Desempenho económico-financeiro	Custo unitário por doente padrão	3.467,0 €	3.495,76 €	3.563,4 €	3.641,34 €	3.574,5 €	3.371,96 €
	Resultado operacional	-2.142.329,0 €	23.244,0 €	-1.085.470,0 €	568.481,0 €	-976.323,0 €	626.190,7 €
Objectivos regionais (comuns aos IPO)							
Desempenho económico-financeiro	Consumos	5,9%	-5,74%	4,97%	3,86%	5,33%	3,91%
	FSE	4,0%	19,36%	3,74%	17,77%	3,73%	3,67%
	Custos com pessoal	0,00%	2,58%	0,00%	1,14%	2,13%	1,03%
	Compras	5,9%	-7,59%	5,03%	4,76%	5,33%	-8,29%
Objectivos institucionais da Região Centro							
Acesso/ desempenho assistencial	Taxa de crescimento da lista de espera cirúrgica	-6,0%	-31,01%				
	Taxa de crescimento da lista de espera 1as consultas	0,0%	-100,0%				
	% Prescrição Electrónica de Medicamentos em Ambulatório			50,0%	n.d		
	Taxa de crescimento da lista de espera 1as consultas - Dermatologia			0,0%	-52,52%		
	Taxa de crescimento da lista de espera 1as consultas - Dermatologia			-50,0%	-76,06%		
	Taxa de crescimento da lista de espera 1as consultas - Urologia			-50,0%	20,93%		
	Tempo médio de avaliação do pedido de 1as consultas (dias)					3	8,95
	% 1as consultas realizadas num prazo não superior a 150 dias					75,0%	99,9%
	Tempo médio de espera para cirurgia (meses)					1,8	1,7
	N.º de doentes em espera para cirurgia há mais de 18 meses					0,0	0,0

Fonte: IPO - Cumprimentos dos objetivos de qualidade e eficiência. ACSS - Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos-Programa 2010



Quadro 9 – Objetivos de qualidade e eficiência assistencial e económica – execução – IPO Porto

IPO Porto							
Objectivos nacionais		2008		2009		2010 ¹⁾	
		Objectivo	Realizado	Objectivo	Realizado	Objectivo	Realizado
Qualidade e serviço	Taxa de reinternamentos primeiros 5 dias	3,9%	3,72%	3,9%	4,26%	3,9%	3,93%
	Profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infeção	10,0%	54,40%	20,0%	50,00%	20,0%	81,77%
Acesso	N.º doentes referenciados para RNCC/N.º doentes saídos nas especialidades de Oncologia Médica, Cirurgia geral e Neurologia	3,0%	0,95%	5,0%	0,60%	1,0%	0,80%
	Peso das primeiras consultas médicas no total das consultas médicas	22,0%	23,80%	24,0%	23,90%	24,0%	26,80%
Desempenho assistencial	Peso da cirurgia do ambulatório no total das cirurgias programadas	37,0%	45,38%	44,0%	45,20%	45,0%	39,89%
	Demora média (dias)	7,7	7,63	7,7	7,50	8,0	7,73
Desempenho económico-financeiro	Custo unitário por doente padrão	4.877,0 €	4.381,00 €	5.916,0 €	5.128,97 €	6.307,0 €	4.981,7 €
	Resultado operacional	-3.499.594,0 €	11.501.561,0 €	-5.271.093,0 €	12.162.574,00 €	850.507,0 €	13.482.268,0 €
Objectivos regionais (comuns aos IPO)							
Desempenho económico-financeiro	Consumos	3,5%	11,1%	5,0%	9,2%	4,0%	6,29%
	FSE	4,0%	11,5%	6,0%	27,6%	2,0%	3,74%
	Custos com pessoal	0,4%	2,9%	3,0%	4,5%	2,0%	3,40%
	Compras	3,5%	9,6%	5,0%	10,0%	4,0%	5,76%
Objectivos institucionais da Região (IPOPorto)							
Qualidade	Infeção hospitalar	Qualitativo 2)	Realizado	Qualitativo 2)	Realizado		
Desempenho assistencial	Doente Padrão/Médico ETC	75,0	82,5	71,0	79,8		
Desempenho assistencial	Tempo máximo de espera para cirurgia (meses)					<12	Realizado parcial
	Tempo máximo de espera para 1ª consulta (dias)					<120	Realizado

1) 2010 - Informação da ARSN, relativamente à qual o IPO Porto suscitou questões.

2) Sistema organizacional da Comissão de Controlo da Infeção; sistema de vigilância epidemiológica; formação; higienização das mãos; procedimentos de prevenção e controlo.

Fonte: IPO - Cumprimentos dos objetivos de qualidade e eficiência. ACSS - Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos-Programa 2010

O desvio acentuado do IPO do Porto do objetivo relativo ao crescimento dos custos com fornecimentos e serviços externos em 2009 resultou do crescimento da despesa com subcontratos (+51,6% do que em 2008), explicado pela externalização das reconstruções mamárias, pelo acréscimo de custos com a aquisição de componentes de sangue ao Instituto Português do Sangue e pelo aumento do custo com transportes.



4. Contrato programa 2009 IPO Porto - negociação de GDH Cirúrgicos de Internamento – hipótese de trabalho

Hipótese de trabalho: contrato programa de 2009 celebrado com base nas quantidades de 2008

Quadro 10 – Contrato programa 2008 (contratado)

Quadro 10 - 2008 - Contrato-programa						
Atividade assistencial	Contratado	Preço	Índice			Montante
1ª consultas	38779	137,08 €				5.315.825,32 €
2ª consultas	142395	124,62 €				17.745.264,90 €
Internamento - GDH médico	5717	2.396,25 €	1,2283			16.826.925,42 €
Internamento - GDH cirúrgico	4247	2.396,25 €	2,1362			21.739.837,70 €
Ambulatório - GDH cirúrgico	3111	2.396,25 €	0,4586			3.418.740,90 €
Ambulatório - GDH médico	106760	2.396,25 €	0,1281			32.771.009,57 €
Sessões hospital dia	1065	368,28 €				392.218,20 €
Lar	16000	78,98 €				1.263.680,00 €
Outros - produção						1.095.358,94 €
Outros - medicamentos, internos e incentivos						2.696.861,66 €
Total						103.265.722,61 €

Obs.: Unidade de produção do internamento – doentes equivalentes

Quadro 11 – Contrato programa 2009 (contratado)

Quadro 11 - 2009 - Contrato-programa							Δ%
Atividade assistencial	Contratado	Preço	Índice			Montante	
1ª consultas	50274	137,08 €				6.891.559,92 €	29,64%
2ª consultas	156804	124,62 €				19.540.914,48 €	10,12%
Internamento - GDH médico	6002	2.396,25 €	1,236			17.776.513,53 €	4,99%
Internamento - GDH cirúrgico	1588	2.396,25 €	2,08			7.914.909,60 €	-62,61%
Ambulatório - GDH cirúrgico	3315	2.396,25 €	0,5143			4.085.377,41 €	6,56%
Ambulatório - GDH médico	133788	2.396,25 €	0,1311			42.029.282,79 €	25,32%
Sessões hospital dia	1301	368,28 €				479.132,28 €	22,16%
Lar	14665	78,98 €				1.158.241,70 €	-8,34%
Outros - produção						447.423,46 €	
Outros - medicamentos, internos e incentivos						5.007.543,08 €	
Total						105.330.898,25 €	

Obs.: Unidade de produção do internamento – doentes equivalentes



Quadro 12 – Contrato programa 2009 (executado)

Quadro 12 - 2009 - Execução Contrato-programa							Δ%
Atividade assistencial	Produção	Preço	Índice	Base	Adicional	Total	
1ª consultas	50820	137,08 €		6.891.559,92 €	43.410,49 €	6.934.970,41 €	1,09%
2ª consultas	162567	124,62 €		19.540.914,48 €	416.547,33 €	19.957.461,81 €	3,68%
Internamento - GDH médico	6104	2.396,25 €	1,236	17.776.513,53 €	132.924,01 €	17.909.437,54 €	1,70%
Internamento - GDH cirúrgico - doentes equivalentes*	4607	2.396,25 €	2,08	7.914.909,60 €	13.542.569,82 €	21.457.479,42 €	190,11%
Ambulatório - GDH cirúrgico	3564	2.396,25 €	0,5143	4.085.377,41 €	276.178,91 €	4.361.556,32 €	7,51%
Ambulatório - GDH médico	153862	2.396,25 €	0,1311	42.029.282,79 €	3.152.243,33 €	45.181.526,13 €	15,00%
Sessões hospital dia	1431	368,28 €		479.132,28 €	35.907,30 €	515.039,58 €	9,99%
Lar	11766	78,98 €		929.278,68 €		929.278,68 €	-19,77%
Outros - produção						447423,46 €	
Outros - medicamentos, internos e incentivos						5.007.543,08 €	
Total						122.701.716,43 €	

*Estimativa

16,49%

Nota: Foi solicitado à ACSS, IP, o valor da faturação adicional de GDH cirúrgicos.

Obs.: Produção - dados exprimem a totalidade da produção.

Quadro 13 – Contrato programa 2009 – hipótese de trabalho – atualização da produção de 2008 mantendo o valor global do contrato programa de 2009 (contratado)

Quadro 13 - 2009 - Contrato-programa - hipótese de trabalho - atualização da produção de 2008 mantendo o valor global do contrato-programa de 2009					Δ%
Atividade assistencial	Contratado	Preço	Índice	Montante	
1ª consultas	38.658	137,08 €		5.299.175,09 €	
2ª consultas	141.949	124,62 €		17.689.683,18 €	
Internamento - GDH médico	5.699	2.396,25 €	1,236	16.879.374,81 €	
Internamento - GDH cirúrgico	4.234	2.396,25 €	2,08	21.101.595,31 €	
Ambulatório - GDH cirúrgico	3.101	2.396,25 €	0,5143	3.821.960,81 €	
Ambulatório - GDH médico	106.426	2.396,25 €	0,1311	33.433.431,29 €	
Sessões hospital dia	1.062	368,28 €		390.989,69 €	
Lar	15.950	78,98 €		1.259.721,90 €	
Outros - produção				447.423,46 €	
Outros - medicamentos, internos e incentivos				5.007.543,08 €	
Total				105.330.898,62 €	

Obs.: Unidade de produção do internamento – doentes equivalentes

Quadro 14 – Contrato programa 2009 – hipótese de trabalho (executado)

Quadro 14 - 2009 - Execução Contrato-programa - hipótese de trabalho							Δ%
Atividade assistencial	Produção	Preço	Índice	Base	Adicional	Total	
1ª consultas	50.820	137,08 €		5.299.175,09 €	307.352,16 €	5.606.527,25 €	31,46%
2ª consultas	162.567	124,62 €		17.689.683,18 €	1.026.001,62 €	18.715.684,81 €	14,52%
Internamento - GDH médico - doentes equivalentes*	6.104	2.396,25 €	1,236	16.879.374,81 €	527.665,05 €	17.407.039,86 €	7,10%
Internamento - GDH cirúrgico - doentes equivalentes*	4.607	2.396,25 €	2,08	21.101.595,31 €	1.674.552,68 €	22.776.147,99 €	8,82%
Ambulatório - GDH cirúrgico	3.564	2.396,25 €	0,5143	3.821.960,81 €	513.253,85 €	4.335.214,66 €	14,92%
Ambulatório - GDH médico	153.862	2.396,25 €	0,1311	33.433.431,29 €	2.507.507,35 €	35.940.938,63 €	44,57%
Sessões hospital dia	1.431	368,28 €		390.989,69 €	102.014,24 €	493.003,93 €	34,79%
Lar	11.766	78,98 €		929.278,68 €		929.278,68 €	-26,23%
Outros - produção						447423,46 €	
Outros - medicamentos, internos e incentivos						5.007.543,08 €	
Total						111.658.802,35 €	

*Estimativa

6,01%

Diferencial entre a receita faturada e a hipótese de trabalho **11.042.914,09 €**

Nota: Através do ofício n.º 3.692 de 12 de Março, a ACSS, IP, informou que os montantes faturados pelo IPO do Porto em 2009 de produção adicional foram os seguintes:

internamento cirúrgico: € 12.726.199,36

ambulatório cirúrgico de € 119.666,05

Ajustada a hipótese de trabalho para os montantes acima indicados o diferencial de faturação a favor do IPO do Porto ascende a € 11.394.893,17.



Anexo 4 – Indicadores da Atividade Cirúrgica

1. Tempos de resposta para cirurgia

1.1. Ano 2008

Quadro 1 - IPO Lisboa

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível -Total -	Nível -% -	Cumprimento -%-	Incumprimento -%-
Nível 1	327	164	393	131	466	1.481	27,7%	68,5%	31,5%
Nível 2	195	371	1.432	447	556	3.001	56,1%	66,6%	33,4%
Nível 3	86	117	330	105	127	765	14,3%	26,5%	73,5%
Nível 4	93	11	3	0	0	107	2,0%	86,9%	13,1%
Subtotal	701	663	2.158	683	1.149	5.354			
Registos com alteração do nível de prioridade						907			
Total						6.261			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.

Quadro 2 - IPO Coimbra

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível -Total -	Nível -% -	Cumprimento -%-	Incumprimento -%-
Nível 1	78	242	663	114	800	1.897	39,3%	57,8%	42,2%
Nível 2	80	435	1.370	169	151	2.205	45,7%	85,5%	14,5%
Nível 3	85	254	65	5	2	411	8,5%	82,5%	17,5%
Nível 4	310	7	0	0	0	317	6,6%	97,8%	2,2%
Subtotal	553	938	2.098	288	953	4.830			
Registos com alteração do nível de prioridade						40			
Total						4.870			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.

Quadro 3 - IPO Porto

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível -Total -	Nível -% -	Cumprimento -%-	Incumprimento -%-
Nível 1	1.525	412	764	165	731	3.597	46,4%	79,7%	20,3%
Nível 2	139	312	1.688	697	859	3.695	47,6%	57,9%	42,1%
Nível 3	24	66	193	79	79	441	5,7%	20,4%	79,6%
Nível 4	18	4	0	0	0	22	0,3%	81,8%	18,2%
Subtotal	1.706	794	2.645	941	1.669	7.755	100,0%		
Registos com alteração do nível de prioridade						19			
Cirurgias - Total						7.774			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.



1.2. Ano 2009

Quadro 4 - IPO Lisboa

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível - Total -	Nível -% -	Cumprimento -%-	Incumprimento -%-
Nível 1	674	127	429	138	558	1.926	29,8%	71,0%	29,0%
Nível 2	230	510	1.847	545	507	3.639	56,4%	71,1%	28,9%
Nível 3	97	193	356	66	51	763	11,8%	38,0%	62,0%
Nível 4	117	6	4	0	0	127	2,0%	92,1%	7,9%
Subtotal	1.118	836	2.636	749	1.116	6.455			
Registos com alteração do nível de prioridade						43			
Total						6.498			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.

Quadro 5 - IPO Coimbra

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível - Total -	Nível -% -	Cumprimento -%-	Incumprimento -%-
Nível 1	45	128	641	243	582	1.639	34,8%	64,5%	35,5%
Nível 2	83	502	1.595	194	47	2.421	51,3%	90,0%	10,0%
Nível 3	103	245	43	0	0	391	8,3%	89,0%	11,0%
Nível 4	259	4	0	0	1	264	5,6%	98,1%	1,9%
Subtotal	490	879	2.279	437	630	4.715			
Registos com alteração do nível de prioridade						52			
Total						4.767			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.

Quadro 6 - IPO Porto

Nível de prioridade	até 3 dias	4 a 15 dias	16 a 50* dias	51 a 65* dias	mais de 65** dias	Nível - Total -	Nível -% -	Cumprimento -%-	Incumprimento -%-
Nível 1	1.590	608	841	292	697	4.028	47,9%	82,7%	17,3%
Nível 2	217	439	2.924	391	230	4.201	50,0%	85,2%	14,8%
Nível 3	39	54	58	4	3	158	1,9%	58,9%	41,1%
Nível 4	23	0	0	0	0	23	0,3%	100,0%	0,0%
Subtotal	1.869	1.101	3.823	687	930	8.410			
Registos com alteração do nível de prioridade						63			
Total						8.473			

Fonte: ACSS

* 60 dias + 5 dias tolerância

** 65 dias + 15 dias tolerância

Legenda do Quadro: Valores com sombreado castanho representam as cirurgias que ultrapassaram os TMRG.



2. Atividade Cirúrgica – outros indicadores

Quadro 7 - IPO Lisboa

Cirurgia internamento	IPO Lisboa					
	2008	2009	2010	Δ 08/09	Δ 09/10	Δ 08/10
N.º de cirurgias	4.118	4.342	4.446	5,44%	2,40%	7,97%
Salas de bloco operatório	5	5	5	0,00%	0,00%	0,00%
N.º de cirurgias/salas de bloco	824	868	889	5,44%	2,40%	7,97%
N.º de médicos ETC	32,69	31,33	35,57	-4,15%	13,54%	8,83%
N.º de cirurgias/médico ETC	125,99	138,60	124,99	10,01%	-9,82%	-0,79%
N.º de enfermeiros ETC	34,20	35,20	35,94	2,92%	2,10%	5,09%
N.º de cirurgias/enfermeiro ETC	120,41	123,35	123,71	2,44%	0,29%	2,74%
N.º de horas bloco disponíveis	280	270	249	-3,57%	-7,78%	-11,07%
N.º de horas utilizadas	n.d.	209	215		2,87%	

Notas: Cirurgia convencional inclui base e adicional.

Fonte: Informação fornecida pelos IPO

Quadro 8 - IPO Coimbra

Cirurgia internamento	IPO Coimbra					
	2008	2009	2010	Δ 08/09	Δ 09/10	Δ 08/10
N.º de cirurgias	3.322	3.309	3.276	-0,39%	-1,00%	-1,38%
Salas de bloco operatório	5	5	5	0,00%	0,00%	0,00%
N.º de cirurgias/salas de bloco	664	662	655	-0,39%	-1,00%	-1,38%
N.º de médicos ETC	18,26	18,34	20,03	0,43%	9,23%	9,70%
N.º de cirurgias/médico ETC	181,90	180,41	163,53	-0,82%	-9,36%	-10,10%
N.º de enfermeiros ETC	32,73	32,61	32,78	-0,34%	0,52%	0,17%
N.º de cirurgias/enfermeiro ETC	101,51	101,46	99,93	-0,05%	-1,51%	-1,55%
N.º de horas bloco disponíveis (semana)	182	185	166	1,65%	-10,27%	-8,79%
N.º de horas utilizadas (semana)	129	126	128	-2,53%	1,54%	-1,02%

Notas: Cirurgia convencional inclui base e adicional.

Fonte: Informação fornecida pelos IPO

Quadro 9 - IPO Porto

Cirurgia internamento	IPO Porto					
	2008	2009	2010	Δ 08/09	Δ 09/10	Δ 08/10
N.º de cirurgias	4.881	4.406	4.811	-9,73%	9,19%	-1,43%
Salas de bloco operatório	7	7	7	0,00%	0,00%	0,00%
N.º de cirurgias/salas de bloco	697	629	687	-9,73%	9,19%	-1,43%
N.º de médicos ETC	12,86	12,73	21,13	-1,01%	65,99%	64,31%
N.º de cirurgias/médico ETC	379,55	346,11	227,69	-8,81%	-34,22%	-40,01%
N.º de enfermeiros ETC	40,58	52,17	52,73	28,57%	1,07%	29,94%
N.º de cirurgias/enfermeiro ETC	120,29	84,46	91,24	-29,79%	8,03%	-24,15%
N.º de horas bloco disponíveis (semana)	256	272	326	6,25%	19,85%	27,34%
N.º de horas utilizadas (semana)	232	241	283	3,88%	17,43%	21,98%

Notas: Cirurgia convencional inclui base e adicional.

Fonte: Informação fornecida pelos IPO

Os médicos ETC, no IPO do Porto, não incluem os prestadores de serviços, pelo que o número de cirurgias/médico ETC encontra-se sobrevalorizado.

A inexistência de indicadores bem definidos e cálculos exatos sobre os recursos humanos utilizados, incluindo os prestadores de serviços, impedem o apuramento rigoroso dos custos com a atividade.



Anexo 5 – Medicamentos

Descrição	Custo e quantidades consumidas em 2010								
	IPO Lisboa			IPO Porto			IPO Coimbra		
	Quant.	Montante	Custo unitário	Quant.	Montante	Custo unitário	Quant.	Montante	Custo unitário
Piperacilina 4000 mg + Tazobactam 500 mg Pó sol inj	34.691	107.490,41 €	3,10 €	30.607	96.563,89 €	3,15 €	2.521	7.909,39 €	3,14 €
Aprepitant 80 mg Cáps	1.206	24.140,07 €	20,02 €	5.193	103.984,02 €	20,02 €	439	8.522,63 €	19,41 €
Tacrolimus 5 mg/ml Sol inj Fr 1 ml IV	356	48.666,84 €	136,70 €	677	92.632,83 €	136,83 €	0	0,00 €	
Lenalidomida 15 mg Cáps	2.249	582.344,27 €	258,93 €	338	83.304,85 €	246,46 €	81	21.968,00 €	271,21 €
Noradrenalina 1 mg/ml Sol inj Fr 5 ml IV	412	8.624,48 €	20,93 €	3.830	80.503,23 €	21,02 €	10	209,34 €	20,93 €
Nilotinib 200 mg Cáps	4.086	146.622,82 €	35,88 €	1.675	60.177,25 €	35,93 €	0	0,00 €	
Aprepitant 125 mg Cáps	601	18.863,71 €	31,39 €	1.945	61.012,89 €	31,37 €	215	6.547,41 €	30,45 €
Fludarabina 10 mg Comp	71	2.087,40 €	29,40 €	2.103	61.997,82 €	29,48 €	222	6.564,00 €	29,57 €
Imatinib 100 mg Comp	14.528	297.731,55 €	20,49 €	10.869	222.703,52 €	20,49 €	936	19.158,53 €	20,47 €
Voriconazol 200 mg Comp	6.144	226.674,20 €	36,89 €	6.080	224.628,95 €	36,95 €	76	2.796,66 €	36,80 €
Valganciclovir 450 mg Comp	2.352	65.182,62 €	27,71 €	9.172	255.695,04 €	27,88 €	0	0,00 €	
Sorafenib 200 mg Comp	14.218	479.315,56 €	33,71 €	7.814	263.239,84 €	33,69 €	1.796	60.684,15 €	33,79 €
Anastrozol 1 mg Comp	41.149	10.092,83 €	0,25 €	515.699	1.023.710,04 €	1,99 €	289.318	72.815,28 €	0,25 €
Exemestano 25 mg Comp	14.054	48.444,70 €	3,45 €	132.157	457.251,12 €	3,46 €	50.581	174.836,30 €	3,46 €
Sunitinib 50 mg Cáps	2.225	398.704,38 €	179,19 €	2.086	373.850,40 €	179,22 €	701	125.268,51 €	178,70 €
Temozolomida 100 mg Cáps	4.975	347.559,64 €	69,86 €	1.745	201.074,88 €	115,23 €	1.521	113.842,79 €	74,85 €
Vinorelbina 30 mg Cáps	36	3.440,63 €	95,57 €	1.367	131.267,20 €	96,03 €	1.232	118.254,47 €	95,99 €
Erlotinib 150 mg Comp	4.647	342.894,89 €	73,79 €	5.913	436.799,30 €	73,87 €	1.402	103.208,72 €	73,62 €
Total			1.077,28 €			1.113,06 €			



Anexo 6 – Indicadores de qualidade

1. Reinternamentos em GDH CIRÚRGICOS (10 GDH com maior %)

Quadro resumo

IPO	2008			2009			2010		
	% de Reinternamentos nos GDH cirúrgicos			% de Reinternamentos nos GDH cirúrgicos			% de Reinternamentos nos GDH cirúrgicos		
	Nº de reinternamentos	Nº de internamentos	%	Nº de reinternamentos	Nº de internamentos	%	Nº de reinternamentos	Nº de internamentos	%
IPO- Porto	300	12.235	2,45%	308	12.101	2,55%	130	7.020	1,85%
IPO- Coimbra	162	6.436	2,52%	109	6.479	1,68%	139	6.554	2,12%
IPO- Lisboa	333	9.993	3,33%	315	10.470	3,01%	297	10.811	2,75%
Total - 3 IPO	795	28.664	2,77%	732	29.050	2,52%	566	24.385	2,32%

Fonte: ACSS

O IPO de Lisboa é o que apresenta uma maior taxa de reinternamentos em GDH cirúrgicos tendo, no entanto registado uma melhoria no triénio.

2008	10 GDH com maior % reinternamentos*				
	GDH	Nº de reinternamentos	Nº de internamentos	% (Hospital)	% (3 IPO)
IPO- Porto	363	31	99	31,31%	25,68%
	803	6	34	17,65%	12,90%
	483	4	30	13,33%	10,42%
	579	4	32	12,50%	18,52%
	553	4	36	11,11%	16,39%
	482	8	73	10,96%	12,12%
	155	8	75	10,67%	10,73%
	154	11	104	10,58%	9,55%
	148	17	171	9,94%	8,92%
	786	14	141	9,93%	5,43%
IPO- Coimbra	482	9	41	21,95%	12,12%
	155	7	42	16,67%	10,73%
	408	23	148	15,54%	14,32%
	257	10	74	13,51%	5,42%
	564	10	96	10,42%	7,89%
	270	4	42	9,52%	2,39%
	169	3	33	9,09%	5,80%
	268	3	39	7,69%	4,84%
	786	5	67	7,46%	5,43%
	875	3	45	6,67%	2,87%
IPO- Lisboa	305	8	33	24,24%	20,83%
	147	12	57	21,05%	9,74%
	260	45	279	16,13%	7,23%
	363	7	49	14,29%	25,68%
	408	29	207	14,01%	14,32%
	303	5	42	11,90%	6,17%
	148	9	81	11,11%	8,92%
	265	4	37	10,81%	6,02%
	585	8	74	10,81%	9,41%
	482	19	183	10,38%	12,12%

* Apenas são apresentados resultados quando o número de episódios por GDH for igual ou superior a 30

Fonte: ACSS



2009	10 GDH com maior % reinternamentos *				
	GDH	Nº de reinternamentos	Nº de internamentos	% (Hospital)	% (3 IPO)
IPO- Porto	363	38	100	38,00%	33,33%
	579	8	30	26,67%	23,40%
	171	6	31	19,35%	11,25%
	170	10	53	18,87%	13,83%
	803	11	61	18,03%	15,85%
	155	9	73	12,33%	10,00%
	483	4	36	11,11%	7,45%
	63	5	49	10,20%	10,31%
	482	5	54	9,26%	10,18%
	585	8	88	9,09%	8,62%
IPO- Coimbra	564	14	92	15,22%	10,63%
	443	4	33	12,12%	12,00%
	344	5	44	11,36%	5,43%
	155	5	45	11,11%	10,00%
	482	4	45	8,89%	10,18%
	148	6	81	7,41%	7,21%
	257	8	108	7,41%	5,17%
	268	3	41	7,32%	4,62%
	265	2	32	6,25%	2,52%
	402	2	37	5,41%	8,96%
IPO- Lisboa	305	7	45	15,56%	13,21%
	258	39	262	14,89%	6,97%
	260	33	237	13,92%	6,56%
	804	6	54	11,11%	7,56%
	482	19	176	10,80%	10,18%
	408	18	168	10,71%	9,36%
	75	10	95	10,53%	9,25%
	148	8	85	9,41%	7,21%
	63	3	33	9,09%	10,31%
	257	5	55	9,09%	5,17%

* Apenas são apresentados resultados quando o número de episódios por GDH for igual ou superior a 30
Fonte: ACSS



2010	10 GDH com maior % reinternamentos *				
	GDH	Nº de reinternamentos	Nº de internamentos	% (Hospital)	% (3 IPO)
IPO- Porto	363	10	36	27,78%	26,67%
	585	9	52	17,31%	11,02%
	468	5	38	13,16%	14,58%
	310	3	37	8,11%	7,04%
	155	4	64	6,25%	11,11%
	154	4	65	6,15%	8,20%
	146	2	42	4,76%	6,82%
	148	3	86	3,49%	9,13%
	804	1	30	3,33%	2,35%
	265	1	32	3,13%	7,03%
IPO- Coimbra	148	10	74	13,51%	9,13%
	154	5	38	13,16%	8,20%
	155	5	40	12,50%	11,11%
	482	5	43	11,63%	9,34%
	564	8	69	11,59%	8,66%
	55	6	75	8,00%	5,24%
	394	3	43	6,98%	4,48%
	257	8	118	6,78%	6,40%
	147	2	35	5,71%	4,17%
	875	2	36	5,56%	1,37%
IPO- Lisboa	259	11	42	26,19%	11,11%
	155	9	58	15,52%	11,11%
	257	13	89	14,61%	6,40%
	260	21	164	12,80%	6,29%
	305	6	49	12,24%	11,48%
	265	7	60	11,67%	7,03%
	148	8	70	11,43%	9,13%
	258	43	379	11,35%	6,30%
	149	13	124	10,48%	5,68%
	482	18	217	8,29%	9,34%

* Apenas são apresentados resultados quando o número de episódios por GDH for igual ou superior a 30
Fonte: ACSS

2. Óbitos (10 GDH com maior número de óbitos)

Quadro resumo

IPO	Nº óbitos <=65/N.º de internamentos*				Nº óbitos >65/N.º de internamentos*				
	Nº Óbitos	Nº de internamentos (<=65)	% (Hospital)	% (3 IPO)	Nº Óbitos (>65)	Nº de internamentos (>65)	% (Hospital)	% (3 IPO)	
2008	IPO- Porto	220	595	36,97%	5,17%	202	371	54,45%	101,44%
	IPO- Coimbra	136	432	31,48%	-10,46%	117	1.070	10,93%	-59,54%
	IPO- Lisboa	235	654	35,93%	2,20%	194	457	42,45%	57,06%
	TOTAL 3 IPO	591	1.681	35,16%	-3,08%	513	1.898	27,03%	98,96%
2009	IPO- Porto	257	720	35,69%	9,23%	191	382	50,00%	37,98%
	IPO- Coimbra	106	360	29,44%	-9,90%	128	526	24,33%	-32,84%
	IPO- Lisboa	220	704	31,25%	-4,37%	197	516	38,18%	5,36%
	TOTAL 3 IPO	583	1.784	32,68%	-5,05%	516	1.424	36,24%	10,50%
2010	IPO- Porto	133	393	33,84%	85,92%	129	253	50,99%	17,57%
	IPO- Coimbra	129	1.571	8,21%	-54,89%	159	409	38,88%	-10,36%
	IPO- Lisboa	222	695	31,94%	75,49%	196	454	43,17%	-0,46%
	TOTAL 3 IPO	484	2.659	18,20%	106,52%	484	1.116	43,37%	6,75%

* Nos 10 GDH com maior número de óbitos
Fonte: ACSS



2008	10 GDH com maior nº óbitos <=65					10 GDH com maior nº óbitos >65				
	GDH	Nº Óbitos	Nº de internamentos (<=65)	%(Hospital)	%(3 IPO)	GDH	Nº Óbitos	Nº de internamentos (> 65)	%(Hospital)	%(3 IPO)
IPO- Porto	172	59	123	47,97%	48,09%	172	62	104	59,62%	45,07%
	82	39	80	48,75%	40,61%	82	38	73	52,05%	50,31%
	541	18	37	48,65%	26,98%	346	16	25	64,00%	52,63%
	203	18	53	33,96%	33,59%	203	15	36	41,67%	32,96%
	64	18	109	16,51%	22,48%	366	13	20	65,00%	51,90%
	274	14	33	42,42%	46,46%	403	13	32	40,63%	30,00%
	366	14	41	34,15%	39,85%	99	12	20	60,00%	57,14%
	239	14	45	31,11%	24,80%	557	11	17	64,71%	51,85%
	552	13	34	38,24%	42,11%	318	11	22	50,00%	47,83%
	463	13	40	32,50%	32,50%	578	11	22	50,00%	43,75%
IPO- Coimbra	172	25	50	50,00%	48,09%	172	33	91	36,26%	45,07%
	64	19	62	30,65%	22,48%	203	18	69	26,09%	32,96%
	274	18	45	40,00%	46,46%	366	15	33	45,45%	51,90%
	82	14	44	31,82%	40,61%	274	12	38	31,58%	42,65%
	10	11	21	52,38%	39,42%	346	9	20	45,00%	52,63%
	11	11	25	44,00%	22,22%	82	7	18	38,89%	50,31%
	366	10	29	34,48%	39,85%	239	7	22	31,82%	28,75%
	203	10	32	31,25%	33,59%	552	6	10	60,00%	29,11%
	409	10	110	9,09%	6,63%	409	5	168	2,98%	3,11%
	586	8	14	57,14%	50,75%	410	5	601	0,83%	0,61%
IPO- Lisboa	172	42	89	47,19%	48,09%	82	36	70	51,43%	50,31%
	82	40	105	38,10%	40,61%	172	33	89	37,08%	45,07%
	64	30	127	23,62%	22,48%	203	26	74	35,14%	32,96%
	366	29	63	46,03%	39,85%	541	19	42	45,24%	39,47%
	10	21	51	41,18%	39,42%	578	16	38	42,11%	43,75%
	552	15	37	40,54%	42,11%	64	15	35	42,86%	28,87%
	203	15	43	34,88%	33,59%	274	13	22	59,09%	42,65%
	541	15	84	17,86%	26,98%	366	13	26	50,00%	51,90%
	274	14	21	66,67%	46,46%	403	13	50	26,00%	30,00%
	586	14	34	41,18%	50,75%	272	10	11	90,91%	76,19%

Fonte: ACSS

2009	10 GDH com maior nº óbitos <=65					10 GDH com maior nº óbitos > 65				
	GDH	Nº Óbitos	Nº de internamentos (<=65)	%(Hospital)	%(3 IPO)	GDH	Nº Óbitos	Nº de internamentos (> 65)	%(Hospital)	%(3 IPO)
IPO- Porto	172	49	141	34,75%	35,33%	172	46	91	50,55%	44,80%
	82	46	106	43,40%	36,69%	463	38	41	92,68%	88,37%
	463	35	50	70,00%	67,31%	82	27	60	45,00%	41,67%
	64	30	148	20,27%	21,16%	541	15	30	50,00%	42,86%
	274	20	49	40,82%	50,00%	203	14	43	32,56%	28,37%
	541	19	33	57,58%	36,61%	318	12	22	54,55%	51,22%
	203	17	85	20,00%	19,63%	346	12	22	54,55%	49,15%
	552	15	47	31,91%	31,82%	552	9	15	60,00%	44,90%
	10	14	36	38,89%	33,88%	403	9	26	34,62%	24,51%
	366	12	25	48,00%	44,05%	182	9	32	28,13%	25,71%
IPO- Coimbra	172	28	81	34,57%	35,33%	172	31	86	36,05%	44,80%
	274	22	46	47,83%	50,00%	274	19	41	46,34%	48,65%
	64	17	61	27,87%	21,16%	366	14	22	63,64%	49,40%
	82	11	36	30,56%	36,69%	64	14	31	45,16%	30,71%
	11	6	21	28,57%	18,29%	203	13	57	22,81%	28,37%
	366	5	12	41,67%	44,05%	346	10	22	45,45%	49,15%
	10	5	20	25,00%	33,88%	82	8	22	36,36%	41,67%
	403	4	17	23,53%	17,27%	239	7	17	41,18%	32,39%
	154	4	26	15,38%	11,24%	173	6	37	16,22%	12,00%
	203	4	40	10,00%	19,63%	409	6	191	3,14%	2,59%
IPO- Lisboa	172	35	95	36,84%	35,33%	172	35	73	47,95%	44,80%
	82	34	106	32,08%	36,69%	82	35	86	40,70%	41,67%
	64	26	136	19,12%	21,16%	541	27	62	43,55%	42,86%
	274	23	35	65,71%	50,00%	366	21	47	44,68%	49,40%
	10	22	65	33,85%	33,88%	64	20	56	35,71%	30,71%
	541	21	77	27,27%	36,61%	274	14	23	60,87%	48,65%
	366	20	47	42,55%	44,05%	203	13	41	31,71%	28,37%
	239	16	71	22,54%	18,95%	578	11	46	23,91%	26,98%
	552	12	34	35,29%	31,82%	403	11	55	20,00%	24,51%
	203	11	38	28,95%	19,63%	552	10	27	37,04%	44,90%

Fonte: ACSS



2010	10 GDH com maior nº óbitos <=65					10 GDH com maior nº óbitos >65				
	GDH	Nº Óbitos	Nº de internamentos (<=65)	% (Hospital)	% (3 IPO)	GDH	Nº Óbitos	Nº de internamentos (> 65)	% (Hospital)	% (3 IPO)
IPO- Porto	172	38	81	46,91%	33,96%	172	37	70	52,86%	50,21%
	82	29	66	43,94%	37,04%	82	29	43	67,44%	41,61%
	541	12	22	54,55%	36,96%	552	13	21	61,90%	51,02%
	64	12	86	13,95%	19,94%	578	8	13	61,54%	27,08%
	552	9	16	56,25%	36,84%	203	8	19	42,11%	37,19%
	366	7	15	46,67%	50,68%	585	8	33	24,24%	26,87%
	403	7	21	33,33%	28,57%	366	7	14	50,00%	54,79%
	203	7	29	24,14%	21,60%	346	7	15	46,67%	56,25%
	239	7	37	18,92%	17,05%	239	6	12	50,00%	38,18%
	274	5	20	25,00%	43,40%	541	6	13	46,15%	42,68%
IPO- Coimbra	64	33	84	39,29%	19,94%	172	45	100	45,00%	50,21%
	172	22	78	28,21%	33,96%	203	19	65	29,23%	37,19%
	274	20	62	32,26%	43,40%	274	17	46	36,96%	43,37%
	82	16	52	30,77%	37,04%	64	16	49	32,65%	24,43%
	203	12	50	24,00%	21,60%	366	13	18	72,22%	54,79%
	11	7	17	41,18%	34,38%	346	11	21	52,38%	56,25%
	366	6	19	31,58%	50,68%	82	10	34	29,41%	41,61%
	409	5	211	2,37%	2,54%	173	10	40	25,00%	10,68%
	239	4	15	26,67%	17,05%	239	9	18	50,00%	38,18%
	410	4	983	0,41%	0,17%	403	9	18	50,00%	31,34%
IPO- Lisboa	82	35	98	35,71%	37,04%	172	40	73	54,79%	50,21%
	172	30	106	28,30%	33,96%	541	29	67	43,28%	42,68%
	10	26	73	35,62%	34,00%	82	23	72	31,94%	41,61%
	366	24	39	61,54%	50,68%	366	20	41	48,78%	54,79%
	541	22	67	32,84%	36,96%	203	18	37	48,65%	37,19%
	274	21	24	87,50%	43,40%	274	15	26	57,69%	43,37%
	64	20	156	12,82%	19,94%	10	15	35	42,86%	37,25%
	586	16	36	44,44%	38,18%	64	15	57	26,32%	24,43%
	11	14	41	34,15%	34,38%	586	11	26	42,31%	39,39%
	403	14	55	25,45%	28,57%	552	10	20	50,00%	51,02%

Fonte: ACSS

3. Complicações relacionadas com procedimento cirúrgico (998.xx)

Quadro resumo

IPO	2008				2009				2010			
	Nº de complicações	Internamentos Cir.	% (Hospital)	% (3 IPO)	Nº de complicações	Internamentos Cir.	% (Hospital)	% (3 IPO)	Nº de complicações	Internamentos Cir.	% (Hospital)	% (3 IPO)
IPO- Lisboa	245	4.260	5,75%	27,87%	268	4.455	6,02%	27,69%	239	4.499	5,31%	26,75%
IPO- Coimbra	285	3.208	8,88%	43,04%	272	3.064	8,88%	40,85%	238	3.149	7,56%	38,09%
IPO- Porto	311	5.186	6,00%	29,08%	327	4.778	6,84%	31,46%	211	3.021	6,98%	35,16%

Fonte: ACSS

O IPO de Coimbra é o que apresenta uma maior taxa de complicações em procedimentos cirúrgicos tendo, no entanto registado uma melhoria no triénio.



2008	Descrição	Complicações relacionadas com procedimento cirúrgico (998.xx)		
		Nº de complicações	% (Hospital)	% (3 IPO)
IPO- Porto	Choque Post-Operatório (998.0)	10	0,19%	0,21%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	100	1,93%	2,28%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	18	0,35%	0,52%
	Deiscência de Cicatriz Cirúrgica (998.3x)	70	1,35%	1,46%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	2	0,04%	0,02%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	97	1,87%	1,67%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	12	0,23%	0,44%
	Reação Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	2	0,04%	0,05%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	0	0,00%	0,00%	
IPO- Coimbra	Choque Post-Operatório (998.0)	0	0,00%	0,21%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	136	4,24%	2,28%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	10	0,31%	0,52%
	Deiscência de Cicatriz Cirúrgica (998.3x)	66	2,06%	1,46%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	0	0,00%	0,02%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	46	1,43%	1,67%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	27	0,84%	0,44%
	Reação Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	0	0,00%	0,05%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	0	0,00%	0,00%	
IPO- Lisboa	Choque Post-Operatório (998.0)	16	0,38%	0,21%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	52	1,22%	2,28%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	38	0,89%	0,52%
	Deiscência de Cicatriz Cirúrgica (998.3x)	49	1,15%	1,46%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	1	0,02%	0,02%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	68	1,60%	1,67%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	17	0,40%	0,44%
	Reação Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	4	0,09%	0,05%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	0	0,00%	0,00%	

Fonte: ACSS

2009	Descrição	Complicações relacionadas com procedimento cirúrgico (998.xx)		
		Nº de complicações	% (Hospital)	% (3 IPO)
IPO- Porto	Choque Post-Operatório (998.0)	7	0,15%	0,19%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	97	2,03%	2,52%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	38	0,80%	0,63%
	Deiscência de Cicatriz Cirúrgica (998.3x)	69	1,44%	1,41%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	1	0,02%	0,01%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	92	1,93%	1,72%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	22	0,46%	0,42%
	Reação Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	0	0,00%	0,14%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	1	0,02%	0,01%	
IPO- Coimbra	Choque Post-Operatório (998.0)	0	0,00%	0,19%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	152	4,96%	2,52%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	18	0,59%	0,63%
	Deiscência de Cicatriz Cirúrgica (998.3x)	51	1,66%	1,41%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	0	0,00%	0,01%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	38	1,24%	1,72%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	10	0,33%	0,42%
	Reação Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	3	0,10%	0,14%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	0	0,00%	0,01%	
IPO- Lisboa	Choque Post-Operatório (998.0)	16	0,36%	0,19%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	61	1,37%	2,52%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	22	0,49%	0,63%
	Deiscência de Cicatriz Cirúrgica (998.3x)	53	1,19%	1,41%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	0	0,00%	0,01%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	82	1,84%	1,72%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	20	0,45%	0,42%
	Reação Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	14	0,31%	0,14%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	0	0,00%	0,01%	

Fonte: ACSS



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

Tribunal de Contas

Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto

2010	Descrição	Complicações relacionadas com procedimento cirurgico (998.xx)		
		Nº de complicações	% (Hospital)	% (3 IPO)
IPO- Porto	Choque Post-Operatório (998.0)	2	0,07%	0,22%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	60	1,99%	2,44%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	33	1,09%	0,56%
	Deiscência de Cicatriz Cirurgica (998.3x)	41	1,36%	1,12%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	0	0,00%	0,02%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	60	1,99%	1,47%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	15	0,50%	0,49%
	Reacção Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	0	0,00%	0,12%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	0	0,00%	0,01%	
IPO- Coimbra	Choque Post-Operatório (998.0)	0	0,00%	0,22%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	139	4,41%	2,44%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	7	0,22%	0,56%
	Deiscência de Cicatriz Cirurgica (998.3x)	36	1,14%	1,12%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	2	0,06%	0,02%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	37	1,17%	1,47%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	9	0,29%	0,49%
	Reacção Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	7	0,22%	0,12%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	1	0,03%	0,01%	
IPO- Lisboa	Choque Post-Operatório (998.0)	21	0,47%	0,22%
	Hemorragia, Hematoma ou Seroma Complicando um Procedimento (998.1x)	61	1,36%	2,44%
	Perfuração ou Laceração Acidentais durante um Procedimento (998.2)	20	0,44%	0,56%
	Deiscência de Cicatriz Cirurgica (998.3x)	43	0,96%	1,12%
	Corpo Estranho Deixado Acidentalmente durante um Procedimento (998.4x)	0	0,00%	0,02%
	Infecção Post-Operatória (998.5x)	60	1,33%	1,47%
	Fístula Pós-Operatória Persistente (998.6)	28	0,62%	0,49%
	Reacção Aguda a Material Estranho Deixado Acidentalmente em Procedimento (998.7)	0	0,00%	0,00%
	Complicação Especificada de Procedimento, ncop (998.8x)	6	0,13%	0,12%
Complicação não Especificada de Procedimento, ncop (998.9)	0	0,00%	0,01%	

Fonte: ACSS



Anexo 7 – Satisfação do utente

1. Gabinete do Utente – exposições apresentadas e tipologia das reclamações

IPO	2007			2008			2009		
	TAA	TR	%	TDOSU	TRSU	%	TCE	TRCE	%
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	328.636	147	0,45	336.527	199	0,59	276.952	156	0,56
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	144.710	56	0,39	149.577	48	0,32	151.369	76	0,50
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	250.593	154	0,61	252.228	162	0,64	328.402	152	0,46

Legenda: TAA - Total da Atividade Assistencial; TR - Total de Reclamações; % - Peso das Reclamações face à Atividade Assistencial Considerada (Taxa de Reclamações - Permilagem).

Fonte: Relatório Gabinete do Utente - 2009 - IGAS.

IPO	TAA	TR	%	TCE	TRCE	%	TDS	TRI	%
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	276.952	156	0,56	220.592	30	0,14	12.169	10	0,82
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	151.369	76	0,50	125.360	54	0,43	6.477	11	1,7
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	328.402	152	0,46	241.946	40	0,17	11.285	24	2,13

Legenda: TAA - Total da Atividade Assistencial; TR - Total de Reclamações; TDOSU - Total de Doentes Observados no Serviço de Urgência; TRSU - Total de Reclamações no Serviço de Urgência;

TCE - Total de Consultas Externas; TRCE - Total de Reclamações na Consulta Externa; TDS - Total de Doentes Saídos; TRI - Total de Reclamações no Internamento; % - Peso das Reclamações face

à Atividade Assistencial Considerada (Taxa de Reclamações - Permilagem).

Fonte: Relatório Gabinete do Utente - 2009 - IGAS.

2. Qualidade apercebida pelos utentes

O último relatório do Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA, desenvolvido pela ACSS e pelo Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa, de 2009¹⁸¹, incidiu sobre as valências de Consultas Externas, Internamento e Cirurgia de Ambulatório (esta última pela primeira vez) e Urgências (esta última não existente nos IPO).

Aspetos metodológicos do Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA:

População alvo e seleção da amostra.

Utentes dos Hospitais EPE e SPA com idade inferior a 80 anos (à data de 30 de junho de 2009) que, no primeiro trimestre de 2009:

- frequentaram uma consulta externa;
- usufruíram de uma cirurgia de ambulatório;
- utilizaram o serviço de urgência;
- estiveram internados.

¹⁸¹ Foram realizados 4 estudos, em 2003, 2005, 2008 e 2009.



Foram realizadas amostragens probabilísticas, através de tiragem sistemática de utentes, estratificada por Hospital e por valência (Internamentos, Consultas Externas, Urgências e Cirurgia de Ambulatório).

Indicadores do Modelo de Medida por Variável Latente - Valência de Consultas Externas

Imagem	Médicos
1 - Hospital de confiança 2 - Hospital experiente 3 - Hospital que se preocupa com os seus utentes 4 - Hospital inovador e tecnologicamente avançado	1 - Atenção e disponibilidade demonstradas pelo médico 2 - A forma como os médicos explicaram a condição do utente 3 - Competência e profissionalismo dos médicos 4 - As explicações dadas pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e exames a realizar 5 - A informação fornecida sobre os cuidados e práticas a seguir após a consulta 6 - Qualidade global do desempenho do médico
Processo de admissão	Enfermeiros
1 - Facilidade em conseguir a consulta 2 - Qualidade das indicações para encontrar a entrada do edifício pretendido e a recepção 3 - Qualidade do atendimento da recepção	1 - Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros 2 - Competência e profissionalismo dos enfermeiros 3 - Qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem
Instalações	Exames e Tratamentos
1 - Facilidade em encontrar o gabinete de consulta 2 - Limpeza e higiene do gabinete de consulta 3 - Conforto e comodidade do gabinete de consulta 4 - Protecção da privacidade no gabinete de consulta 5 - Conforto e limpeza do local de espera 6 - Qualidade global das instalações do hospital	1 - Tempo de Espera 2 - Simpatia e disponibilidade demonstradas pelos técnicos de saúde responsáveis 3 - Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis 4 - Qualidade global dos serviços prestados na realização de exames e tratamentos
Qualidade Global	Tempo de Espera
1 - Qualidade global do serviço prestado	1 - Tempo de espera para ser atendido antes da consulta 2 - Tempo de espera entre a saída da consulta e a saída do hospital
Reclamações	Satisfação
1 - Forma como foi resolvida uma efectiva reclamação (para os que reclamaram) 2 - Percepção sobre a forma de resolução de uma reclamação (para os que não reclamaram)	1 - Satisfação global com o Hospital 2 - Satisfação comparada com as expectativas (realização das expectativas) 3 - Comparação do Hospital com um Hospital que considere ideal
	Lealdade
	1 - Probabilidade de voltar a escolher o Hospital em caso de necessidade 2 - Recomendação a familiares, amigos e colegas



Indicadores do Modelo de Medida por Variável Latente - Valência de Cirurgia de Ambulatório

Imagem

- 1 - Hospital de confiança
- 2 - Hospital experiente
- 3 - Hospital que se preocupa com os seus utentes
- 4 - Hospital inovador e tecnologicamente avançado

Processo de Admissão

- 1 - Facilidade em obter a cirurgia
- 2 - Qualidade das informações para encontrar a entrada do edifício pretendido e a recepção
- 3 - Qualidade do atendimento da recepção

Instalações

- 1 - Limpeza e higiene do local da cirurgia
- 2 - Conforto e comodidade do local da cirurgia
- 3 - Protecção da privacidade no local da cirurgia
- 4 - Conforto e limpeza do local de espera
- 5 - Qualidade Global das Instalações do hospital

Qualidade Global

- 1 - Qualidade global do serviço prestado

Reclamações

- 1 - Forma como foi resolvida uma efectiva reclamação (para os que reclamaram)
- 2 - Percepção sobre a forma de resolução de uma reclamação (para os que não reclamaram)

Médicos

- 1 - Atenção e disponibilidade demonstradas pelo médico
- 2 - A forma como os médicos explicaram a condição do utente
- 3 - Competência e profissionalismo dos médicos
- 4 - As explicações dadas pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e exames a realizar
- 5 - A informação fornecida sobre os cuidados e práticas a seguir após a cirurgia
- 6 - Qualidade global do desempenho do médico

Enfermeiros

- 1 - Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros
- 2 - Competência e profissionalismo dos enfermeiros
- 3 - Qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem

Exames e Tratamentos

- 1 - Tempo de Espera
- 2 - Simpatia e disponibilidade demonstradas pelos técnicos de saúde responsáveis
- 3 - Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis
- 4 - Qualidade global dos serviços prestados na realização de exames e tratamentos

Tempo de Espera

- 1 - Tempo de espera antes da cirurgia
- 2 - Tempo de espera entre a saída da cirurgia e a saída do hospital

Satisfação

- 1 - Satisfação global com o Hospital
- 2 - Satisfação comparada com as expectativas (realização das expectativas)
- 3 - Comparação do Hospital com um Hospital que considere ideal

Lealdade

- 1 - Probabilidade de voltar a escolher o Hospital em caso de necessidade
- 2 - Recomendação a familiares, amigos e colegas



Indicadores do Modelo de Medida por Variável Latente - Valência de Internamentos

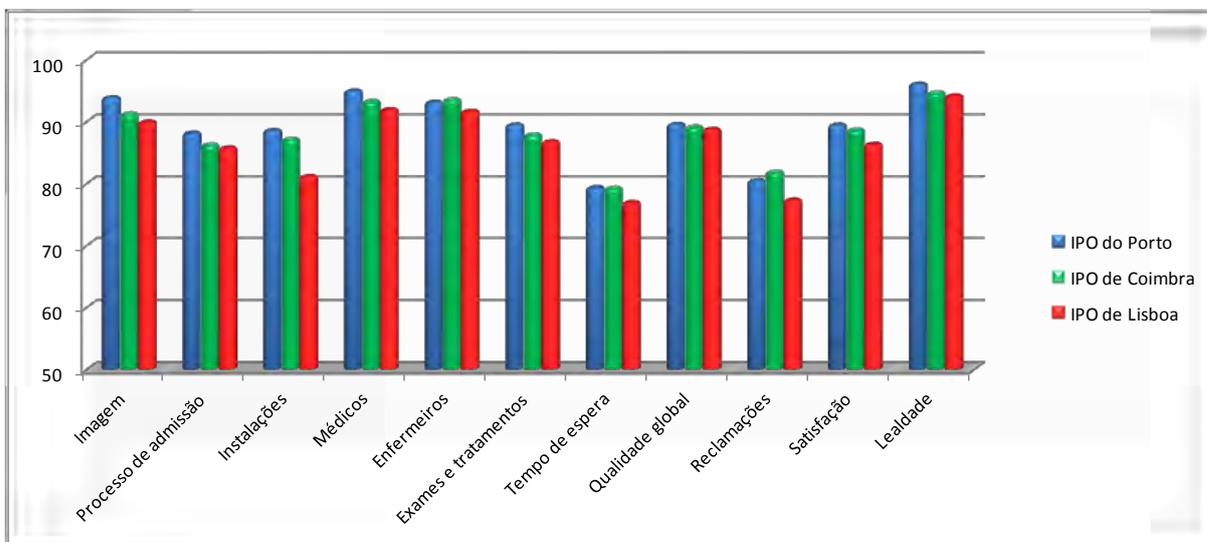
Imagem	Médicos
1 - Hospital de confiança 2 - Hospital experiente 3 - Hospital que se preocupa com os seus utentes 4 - Hospital inovador e tecnologicamente avançado	1 - Atenção e disponibilidade demonstradas pelo médico 2 - Competência e profissionalismo dos médicos 3 - A forma como os médicos explicaram a condição do utente 4 - As explicações dadas pelos médicos sobre os medicamentos prescritos e exames realizados 5 - Qualidade global do desempenho dos médicos
Processo de admissão	Enfermeiros
1 - Facilidade em conseguir o internamento 2 - Qualidade das informações para encontrar a entrada do edifício pretendido e a recepção 3 - Qualidade do atendimento da recepção 4 - Qualidade da informação fornecida sobre o internamento	1 - Simpatia e disponibilidade dos enfermeiros 2 - Rapidez de resposta do serviço de enfermagem nos momentos de necessidade 3 - Competência e profissionalismo dos enfermeiros 4 - Qualidade global do desempenho do pessoal de enfermagem
Instalações	Pessoal Auxiliar
1 - Limpeza e higiene das instalações 2 - Conforto e comodidade das enfermarias 3 - Protecção da privacidade nas enfermarias 4 - Qualidade global das instalações do Hospital	1 - Simpatia e disponibilidade dos auxiliares 2 - Competência profissional dos auxiliares 3 - Qualidade global do desempenho dos auxiliares
	Exames e Tratamentos
	1 - Tempo de Espera 2 - Simpatia e disponibilidade dos técnicos de saúde responsáveis 3 - Competência e profissionalismo dos técnicos de saúde responsáveis 4 - Qualidade global dos serviços prestados na realização de exames e tratamentos
Visitas	Qualidade Global
1 - Horários de visita 2 - Facilidades de acesso por parte dos familiares mais próximos	1 - Qualidade global do serviço prestado
Alimentação	Reclamações
1 - Qualidade das refeições 2 - Apoio durante a refeição 3 - Qualidade global da alimentação e dos serviços associados	1 - Forma como foi resolvida uma efectiva reclamação (para os que reclamaram) 2 - Percepção sobre a forma de resolução de uma reclamação (para os que não reclamaram)
Processo de Alta	Satisfação
1 - Informação disponibilizada em termos de cuidados e práticas a seguir em casa 2 - Tempo de espera desde que recebeu a informação de alta do médico até à saída do Hospital	1 - Satisfação global com o Hospital 2 - Satisfação comparada com as expectativas (realização das expectativas) 3 - Comparação do Hospital com um Hospital que considere ideal
	Lealdade
	1 - Probabilidade de voltar a escolher o Hospital em caso de necessidade 2 - Recomendação a familiares, amigos e colegas



2.1. Consultas externas¹⁸²

Resultado global	Consulta externa
IPO Lisboa	86,3
IPO Coimbra	88,6
IPO Porto	89,4

Indicadores	IPO do Porto	IPO de Coimbra	IPO de Lisboa
Imagem	93,8	91,2	89,9
Processo de admissão	88,1	86,2	85,7
Instalações	88,5	87,1	81,1
Médicos	94,9	93,2	91,9
Enfermeiros	93,1	93,5	91,6
Exames e tratamentos	89,4	87,8	86,7
Tempo de espera	79,3	79,2	76,9
Qualidade global	89,5	89,1	88,7
Reclamações	80,4	81,8	77,3
Satisfação	89,4	88,6	86,3
Lealdade	96	94,6	94,1



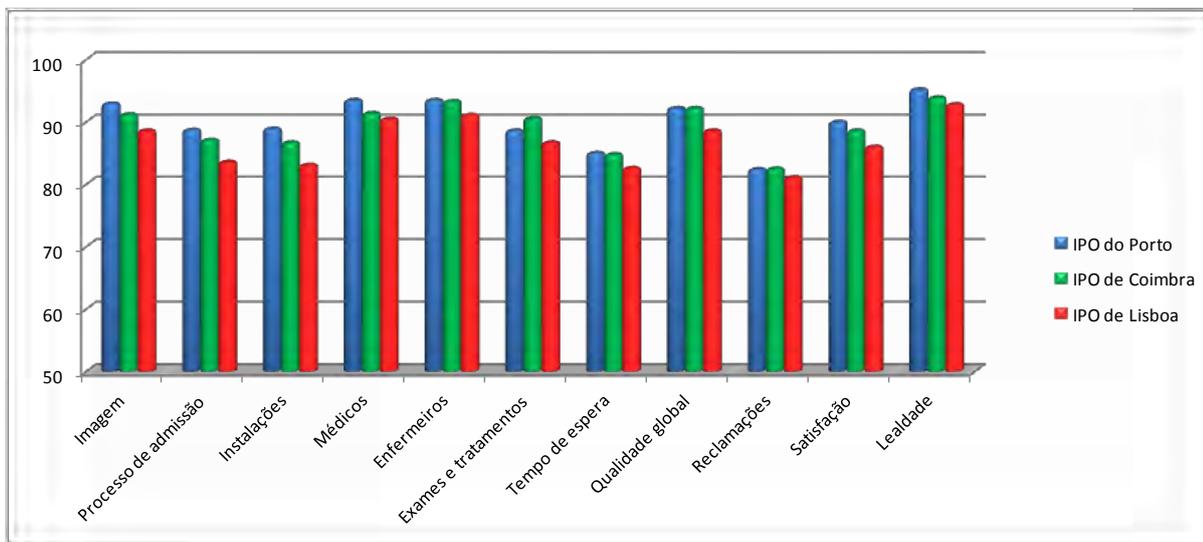
¹⁸² Fonte: Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes dos Hospitais EPE e SPA – 2009. Administração Central do Sistema de Saúde e Universidade Nova.



2.2. Cirurgia de ambulatório¹⁸³

Resultado global	Cirurgia de ambulatório
IPO Lisboa	85,9
IPO Coimbra	88,5
IPO Porto	89,9

Indicadores	IPO do Porto	IPO de Coimbra	IPO de Lisboa
Imagem	92,8	91,1	88,5
Processo de admissão	88,6	87	83,5
Instalações	88,8	86,6	83
Médicos	93,4	91,3	90,4
Enfermeiros	93,4	93,2	91
Exames e tratamentos	88,5	90,5	86,6
Tempo de espera	84,9	84,7	82,5
Qualidade global	92,1	92,1	88,5
Reclamações	82,3	82,4	81
Satisfação	89,9	88,5	85,9
Lealdade	95,1	93,8	92,7



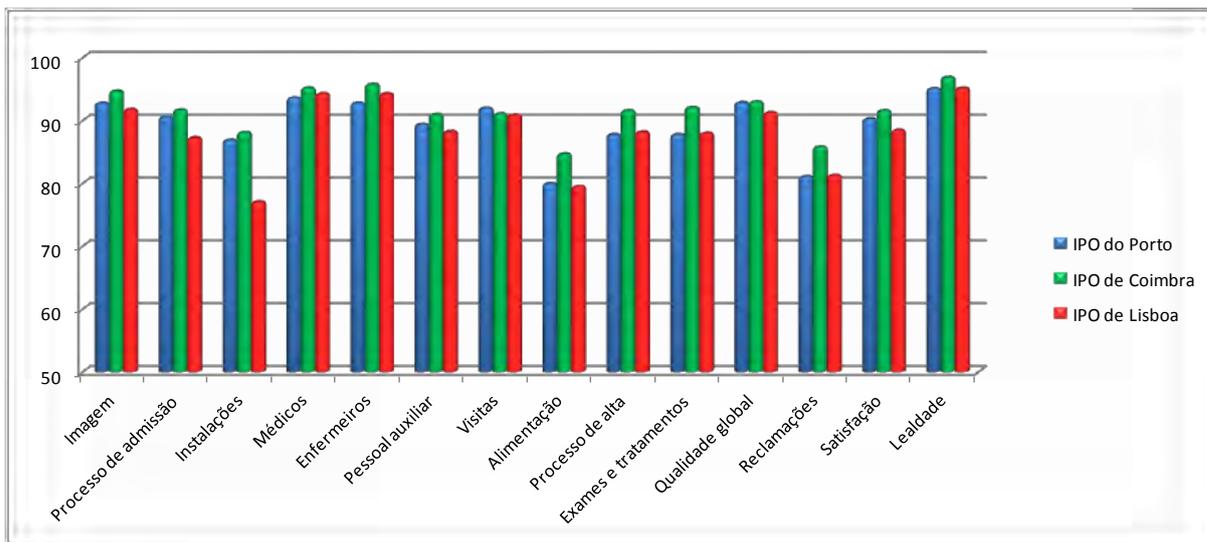
¹⁸³ Fonte: Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes dos Hospitais EPE e SPA – 2009. Administração Central do Sistema de Saúde e Universidade Nova.



2.3. Internamentos¹⁸⁴

Resultado global	Internamentos
IPO Lisboa	88,4
IPO Coimbra	91,5
IPO Porto	90,2

Indicadores	IPO do Porto	IPO de Coimbra	IPO de Lisboa
Imagem	92,7	94,6	91,7
Processo de admissão	90,5	91,6	87,2
Instalações	86,8	88	77
Médicos	93,5	95,1	94,2
Enfermeiros	92,7	95,7	94,2
Pessoal auxiliar	89,3	90,9	88,2
Visitas	91,9	91	90,8
Alimentação	79,9	84,6	79,4
Processo de alta	87,7	91,5	88,1
Exames e tratamentos	87,7	92	87,9
Qualidade global	92,8	92,9	91,2
Reclamações	81	85,7	81,2
Satisfação	90,2	91,5	88,4
Lealdade	95	96,8	95,1



¹⁸⁴ Fonte: Sistema de Avaliação da Qualidade Apercibida e da Satisfação dos Utentes dos Hospitais EPE e SPA – 2009. Administração Central do Sistema de Saúde e Universidade Nova.



Anexo 8 – Total das disponibilidades por banco

Bancos	2008		
	IPO de Lisboa	IPO de Coimbra	IPO do Porto
	Saldo	Saldo	Saldo
IGCP*	41.391.054,16 €	20.016.634,52 €	48.452.594,22 €
Caixa	633,37 €	8.134,40 €	3.962,55 €
BES	690.978,50 €	-	-
BPI	-	-	-
BST	-	7.754.122,14 €	-
BBVA	-	-	-
Barclays	-	-	-
BCP	-	-	-
CGD	2.670,21 €	-	4.108.569,39 €
Montepio	19.670,71 €	-	-
BANIF	-	-	7,73 €
Finibanco	-	-	-
BPN	-	-	29,87 €
BPP	-	-	-
Caixa Agrícola	-	-	-
Total a 31 de Dezembro	42.105.006,95 €	27.778.918,06 €	52.565.163,76 €
	2009		
IGCP*	34.634.568,14 €	20.055.095,70 €	33.091.989,38 €
Caixa	1.577,85 €	2.500,00 €	10.101,72 €
BES	129.159,08 €	-	-
BPI	-	-	-
BST	-	5.940.976,38 €	1.499.968,55 €
BBVA	-	-	-
Barclays	-	-	-
BCP	-	-	-
CGD	50.337,55 €	-	974.706,29 €
Montepio	19.869,93 €	-	-
BANIF	-	-	7,73 €
Finibanco	-	-	-
BPN	-	-	-
BPP	-	-	-
Caixa Agrícola	-	-	-
Total a 31 de Dezembro	34.835.512,55 €	25.998.572,08 €	35.576.673,67 €
Δ 08/09	↓ -17,27%	↘ -6,41%	↓ -32,32%
	2010		
IGCP*	28.071.600,70 €	27.545.354,14 €	24.400.736,61 €
Caixa	601,74 €	5.168,00 €	7.078,46 €
BES	115.300,93 €	-	-
BPI	-	-	-
BST	-	2.326,56 €	108.440,59 €
BBVA	-	-	-
Barclays	-	-	-
BCP	-	-	-
CGD	39.977,58 €	-	1.276.676,44 €
Montepio	19.889,27 €	-	-
BANIF	-	-	7,73 €
Finibanco	-	-	-
BPN	-	-	-
BPP	-	-	-
Caixa Agrícola	-	-	-
Total a 31 de Dezembro	28.247.370,22 €	27.552.848,70 €	25.792.939,83 €
Δ 09/10	↓ -18,91%	↗ 5,98%	↓ -27,50%

Legenda:

- ↑ Variação > 10%
- ↘ Variação < 0% e > -10%
- ↗ Variação > 0% e < 10%
- ↓ Variação > -10%

* Inclui o Fundo de apoio ao sistema de pagamento do SNS



Anexo 9 – Demonstração dos fluxos de caixa – Método Indireto 2008

DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA	2008		
	IPO LISBOA (em euros)	IPO COIMBRA (em euros)	IPO PORTO (em euros)
Actividades operacionais:			
Resultado líquido do exercício	449.348	2.332.139	12.122.387
Ajustamentos:			
Amortizações	3.348.947	5.683.909	5.731.235
Provisões	74.933	243.776	-1.542
Resultados financeiros	2.173.395	1.354.462	2.627.073
Aumento das dívidas de terceiros	12.427.248		
Diminuição das dívidas de terceiros		2.890.678	14.235.509
Aumento das existências	401.707		186.987
Diminuição das existências		67.747	
Aumento das dívidas a terceiros			11.922.205
Diminuição das dívidas a terceiros	2.778.967	1.847.727	
Aumento dos proveitos diferidos		169.924	
Diminuição dos proveitos diferidos	1.595.452		1.116.634
Aumento dos acréscimos de proveitos		112.259	32.675.314
Diminuição dos acréscimos de proveitos	8.651.672		
Aumento dos custos diferidos	36.210	1.924	
Diminuição dos custos diferidos			5.526
Aumento dos acréscimos de custos	1.523.469	209.879	698.914
Diminuição dos acréscimos de custos			
Aumento de activos por impostos diferidos			
Diminuição de activos por impostos diferidos			
Ganhos na alienação de imobilizações			
Perdas na alienação de imobilizações			
Fluxos das actividades operacionais [1]	-5.364.611	8.281.680	8.108.226
Actividades de investimento:			
Recebimentos provenientes de:			
Investimentos financeiros		-3.173	
Imobilizações corpóreas			
Imobilizações incorpóreas			
Subsídios de investimento			
Juros e proveitos similares	2.243.389	1.354.941	2.639.724
Dividendos			
	2.243.389	1.351.768	2.639.724
Pagamentos respeitantes a:			
Investimentos financeiros			
Imobilizações corpóreas	4.108.621	22.983.747	6.361.722
Imobilizações incorpóreas	51.168	1.440	
	4.159.789	22.985.187	6.361.722
Fluxos das actividades de investimento [2]	-1.916.400	-21.633.419	-3.721.998
Actividades de financiamento:			
Recebimentos provenientes de:			
Empréstimos obtidos	282.299		
Aumentos de capital, prestações suplementares e prémios de emissão		162.818	215.696
Subsídios e doações			
Reservas	569.432	20.923.985	10.667.069
Cobertura de prejuízos	-272.639	-2.916.870	-10.667.071
	579.091	18.169.933	215.694
Pagamentos respeitantes a:			
Empréstimos obtidos			
Amortização de contratos de locação financeira			
Juros e custos similares	69.994	479	12.650
Dividendos			
Reduções de capital e prestações suplementares			
Aquisição de acções (quotas) próprias			
	69.994	479	12.650
Fluxos das actividades de financiamento [3]	509.096	18.169.454	203.044
Variação de caixa e seus equivalentes [4] = [1] + [2] + [3]	-6.771.915	4.817.715	4.589.272
Efeito das diferenças de câmbio			
Caixa e seus equivalentes no início do período	48.876.921	22.961.175	47.975.892
Caixa e seus equivalentes no fim do período	42.105.007	27.778.890	52.565.164

Fonte: Valores das Demonstrações Financeiras dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto



2009

DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA	2009		
	IPO LISBOA	IPO COIMBRA	IPO PORTO
	(em euros)	(em euros)	(em euros)
Actividades operacionais:			
Resultado líquido do exercício	221.741	2.793.963	12.994.836
Ajustamentos:			
Amortizações	1.611.121	3.061.252	5.844.055
Provisões	-23.707.498	63.089	
Resultados financeiros	843.672	668.454	1.134.480
Aumento das dívidas de terceiros		3.448.240	11.422.587
Diminuição das dívidas de terceiros	31.223.937		
Aumento das existências	361.628	100.838	
Diminuição das existências			244.284
Aumento das dívidas a terceiros	3.083.364		80.111.171
Diminuição das dívidas a terceiros		511.573	
Aumento dos proveitos diferidos			
Diminuição dos proveitos diferidos	2.586.053	1.996.629	2.843.532
Aumento dos acréscimos de proveitos	12.163.667		85.792.296
Diminuição dos acréscimos de proveitos		900.476	
Aumento dos custos diferidos	2.617		
Diminuição dos custos diferidos		9.195	100.125
Aumento dos acréscimos de custos		17.870	932.704
Diminuição dos acréscimos de custos	986.338		
Aumento de activos por impostos diferidos			
Diminuição de activos por impostos diferidos			
Ganhos na alienação de immobilizações			
Perdas na alienação de immobilizações			
Fluxos das actividades operacionais [1]	-4.511.310	120.111	-965.721
Actividades de investimento:			
Recebimentos provenientes de:			
Investimentos financeiros		5.009	
Immobilizações corpóreas			
Immobilizações incorpóreas			
Subsídios de investimento			
Juros e proveitos similares	886.136	669.843	1.135.355
Dividendos			
	886.136	674.852	1.135.355
Pagamentos respeitantes a:			
Investimentos financeiros			
Immobilizações corpóreas	3.975.844	2.551.393	17.154.925
Immobilizações incorpóreas		39.000	
	3.975.844	2.590.393	17.154.925
Fluxos das actividades de investimento [2]	-3.089.709	-1.915.541	-16.019.570
Actividades de financiamento:			
Recebimentos provenientes de:			
Empréstimos obtidos	145.944		
Aumentos de capital, prestações suplementares e prémios de emissão			
Subsídios e doações		16.501	-2.324
Reservas	659.433	2.332.139	4.160.083
Cobertura de prejuízos	-431.389	-2.332.139	-4.160.083
	373.987	16.501	-2.324
Pagamentos respeitantes a:			
Empréstimos obtidos			
Amortização de contratos de locação financeira			
Juros e custos similares	42.463	1.389	876
Dividendos			
Reduções de capital e prestações suplementares			
Aquisição de acções (quotas) próprias			
	42.463	1.389	876
Fluxos das actividades de financiamento [3]	331.524	15.112	-3.200
Variação de caixa e seus equivalentes [4] = [1] + [2] + [3]	-7.269.494	-1.780.318	-16.988.490
Efeito das diferenças de câmbio			
Caixa e seus equivalentes no início do período	42.105.007	27.778.890	52.565.164
Caixa e seus equivalentes no fim do período	34.835.513	25.998.572	35.576.674

Fonte: Valores das Demonstrações Financeiras dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto



2010

DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA	2010		
	IPO LISBOA	IPO COIMBRA	IPO PORTO
	(em euros)	(em euros)	(em euros)
Actividades operacionais:			
Resultado líquido do exercício	-12.986.203	3.211.914	11.098.007
Ajustamentos:			
Amortizações	3.809.204	3.229.036	4.972.349
Provisões	810.377	80.461	1.852.418
Resultados financeiros	493.554	639.577	345.286
Aumento das dívidas de terceiros		1.374.060	1.850.503
Diminuição das dívidas de terceiros	6.482.667		
Aumento das existências	58.083	159.758	512.903
Diminuição das existências			
Aumento das dívidas a terceiros	5.212.925		29.287.621
Diminuição das dívidas a terceiros		425.118	
Aumento dos proveitos diferidos			1.825.567
Diminuição dos proveitos diferidos	2.576.629	1.877.105	
Aumento dos acréscimos de proveitos	2.633.426		33.066.110
Diminuição dos acréscimos de proveitos		2.799	
Aumento dos custos diferidos	12.577	64.166	77.661
Diminuição dos custos diferidos			
Aumento dos acréscimos de custos	952.500	32.459	
Diminuição dos acréscimos de custos			291.273
Aumento de activos por impostos diferidos			415.333
Diminuição de activos por impostos diferidos			
Ganhos na alienação de imobilizações			
Perdas na alienação de imobilizações			
Fluxos das actividades operacionais [1]	-1.492.800	2.016.885	12.476.892
Actividades de investimento:			
Recebimentos provenientes de:			
Investimentos financeiros	53.448	55.439	
Imobilizações corpóreas			
Imobilizações incorpóreas			
Subsídios de investimento			
Juros e proveitos similares	505.234	644.196	347.484
Dividendos			
	558.682	699.635	347.484
Pagamentos respeitantes a:			
Investimentos financeiros			
Imobilizações corpóreas	5.742.787	1.117.175	22.956.749
Imobilizações incorpóreas	86.165	14.520	
	5.828.952	1.131.695	22.956.749
Fluxos das actividades de investimento [2]	-5.270.270	-432.060	-22.609.265
Actividades de financiamento:			
Recebimentos provenientes de:			
Empréstimos obtidos			
Aumentos de capital, prestações suplementares e prémios de emissão		29.320	350.837
Subsídios e doações			
Reservas	382.341	2.179.921	7.796.901
Cobertura de prejuízos	-155.219	-2.235.170	-7.796.901
	227.123	-25.929	350.837
Pagamentos respeitantes a:			
Empréstimos obtidos	40.515		
Amortização de contratos de locação financeira			
Juros e custos similares	11.680	4.619	2.198
Dividendos			
Reduções de capital e prestações suplementares			
Aquisição de acções (quotas) próprias			
	52.195	4.619	2.198
Fluxos das actividades de financiamento [3]	174.928	-30.548	348.640
Variação de caixa e seus equivalentes [4] = [1] + [2] + [3]	-6.588.142	1.554.277	-9.783.734
Efeito das diferenças de câmbio			
Caixa e seus equivalentes no início do período	34.835.513	25.998.572	35.576.674
Caixa e seus equivalentes no fim do período	28.247.370	27.552.849	25.792.940

Fonte: Valores das Demonstrações Financeiras dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto

	Variação dos fluxos de caixa	
	Δ 08/09	Δ 09/10
IPO de Lisboa	-7,35%	9,37%
IPO de Coimbra	-136,95%	187,30%
IPO do Porto	-470,18%	42,41%



Anexo 10 - Demonstração de resultados - Custos

Custos	2008								
	IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
	€	%	Δ% ano transacto	€	%	Δ% ano transacto	€	%	Δ% ano transacto
CMVMC	37.664.361,54 €	31,3%	0,3%	15.690.881,00 €	31,3%	-5,7%	44.801.296,63 €	38,0%	11,1%
FSE	21.661.553,94 €	18,0%	15,7%	4.928.023,00 €	9,8%	18,6%	13.768.158,68 €	11,7%	11,5%
Despesas com pessoal	54.165.094,15 €	45,1%	3,7%	25.243.320,00 €	50,4%	1,9%	52.323.334,05 €	44,4%	2,9%
Outros custos operacionais	72.755,32 €	0,1%	69,6%	12.502,00 €	0,0%	-41,6%	33.580,21 €	0,0%	-43,2%
Amortizações do exercício	3.982.226,05 €	3,3%	1,1%	3.377.764,00 €	6,7%	16,3%	6.063.402,10 €	5,1%	8,0%
Provisões do exercício	1.641.720,01 €	1,4%	26,0%	244.970,00 €	0,5%	556650,0%	0,00 €	0,0%	0,0%
Custos e perdas financeiras	69.994,46 €	0,1%	1003,3%	478,00 €	0,0%	-11,5%	12.650,22 €	0,0%	341,4%
Custos e perdas extraordinárias	956.851,42 €	0,8%	-20,3%	613.414,00 €	1,2%	-29,7%	855.045,44 €	0,7%	-26,3%
Total de custos	120.214.556,89 €	100,0%	4,5%	50.111.352,00 €	100,0%	1,5%	117.857.467,33 €	100,0%	6,8%
	2009								
CMVMC	40.778.044,47 €	32,2%	8,3%	16.301.167,00 €	31,6%	3,9%	48.932.838,22 €	37,9%	9,2%
FSE	21.517.754,07 €	17,0%	-0,7%	5.803.520,00 €	11,2%	17,8%	17.562.776,27 €	13,6%	27,6%
Despesas com pessoal	56.474.325,68 €	44,6%	4,3%	25.529.983,00 €	49,5%	1,1%	54.664.770,86 €	42,3%	4,5%
Outros custos operacionais	28.341,54 €	0,0%	-61,0%	18.343,00 €	0,0%	46,7%	46.276,22 €	0,0%	37,8%
Amortizações do exercício	4.175.045,11 €	3,3%	4,8%	3.472.344,00 €	6,7%	2,8%	6.195.903,08 €	4,8%	2,2%
Provisões do exercício	1.598.789,37 €	1,3%	-2,6%	221.969,00 €	0,4%	-9,4%	0,00 €	0,0%	0,0%
Custos e perdas financeiras	42.463,30 €	0,0%	-39,3%	1.389,00 €	0,0%	190,6%	875,54 €	0,0%	-93,1%
Custos e perdas extraordinárias	2.012.599,88 €	1,6%	110,3%	257.401,00 €	0,5%	-58,0%	1.768.048,68 €	1,4%	106,8%
Total de custos	126.627.363,42 €	100,0%	5,3%	51.606.116,00 €	100,0%	3,0%	129.171.488,87 €	100,0%	9,6%
	2010								
CMVMC	43.297.709,67 €	32,1%	6,2%	16.938.453,00 €	32,0%	3,9%	52.010.213,57 €	38,6%	6,3%
FSE	28.191.560,09 €	20,9%	31,0%	6.016.381,00 €	11,4%	3,7%	18.219.894,65 €	13,5%	3,7%
Despesas com pessoal	55.432.093,32 €	41,1%	-1,8%	25.793.350,00 €	48,8%	1,0%	56.521.737,83 €	41,9%	3,4%
Outros custos operacionais	53.227,06 €	0,0%	87,8%	20.021,00 €	0,0%	9,1%	108.015,02 €	0,1%	133,4%
Amortizações do exercício	4.418.699,17 €	3,3%	5,8%	3.489.512,00 €	6,6%	0,5%	5.217.677,08 €	3,9%	-15,8%
Provisões do exercício	1.277.814,90 €	0,9%	-20,1%	285.522,00 €	0,5%	28,6%	1.857.276,01 €	1,4%	n/a
Custos e perdas financeiras	11.680,19 €	0,0%	-72,5%	4.619,00 €	0,0%	232,5%	2.197,67 €	0,0%	151,0%
Custos e perdas extraordinárias	2.119.576,96 €	1,6%	5,3%	353.141,00 €	0,7%	37,2%	887.305,29 €	0,7%	-49,8%
Total de custos	134.802.361,36 €	100,0%	6,5%	52.900.999,00 €	100,0%	2,5%	134.824.317,12 €	100,0%	4,4%
Total do triénio 2008-2010	381.644.281,67 €			154.618.467,00 €			381.853.273,32 €		



Anexo 11 - Demonstração de resultados - Proveitos

Proveitos	2008								
	IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
	€	%	Δ% ano transacto	€	%	Δ% ano transacto	€	%	Δ% ano transacto
Vendas	19.449,23 €	0,0%	847,0%	30.960,00 €	0,1%	-22,1%	7.140,82 €	0,0%	122,1%
Prestações de serviços	106.907.902,10 €	88,2%	1,9%	48.401.230,00 €	91,0%	5,4%	124.726.618,38 €	92,7%	2,7%
Proveitos suplementares	156.933,25 €	0,1%	18,5%	0,00 €	0,0%	0,0%	100.382,24 €	0,1%	31,4%
Subsídios à exploração	268.741,15 €	0,2%	-26,3%	130.671,00 €	0,2%	-64,8%	954.347,82 €	0,7%	45,4%
Outros proveitos operacionais	6.772.691,02 €	5,6%	42,4%	961.538,00 €	1,8%	231,6%	2.702.843,53 €	2,0%	6,7%
Proveitos e ganhos financeiros	2.243.389,05 €	1,9%	-5,7%	1.354.941,00 €	2,5%	17,6%	2.639.723,53 €	2,0%	26,7%
Proveitos e ganhos extraordinários	4.813.012,97 €	4,0%	20,6%	2.309.531,00 €	4,3%	-6,8%	3.467.419,90 €	2,6%	-38,5%
Total de proveitos	121.182.118,77 €	100,0%	4,0%	53.188.871,00 €	100,0%	5,8%	134.598.476,22 €	100,0%	1,6%
2009									
Vendas	438,78 €	0,0%	-97,7%	20.521,00 €	0,0%	-33,7%	10.508,42 €	0,0%	47,2%
Prestações de serviços	114.183.658,53 €	89,5%	6,8%	50.628.398,00 €	91,7%	4,6%	134.407.392,71 €	91,2%	7,8%
Proveitos suplementares	178.315,89 €	0,1%	13,6%	0,00 €	0,0%	0,0%	130.891,52 €	0,1%	30,4%
Subsídios à exploração	506.564,68 €	0,4%	88,5%	69.290,00 €	0,1%	-47,0%	1.332.183,15 €	0,9%	39,6%
Outros proveitos operacionais	8.410.358,77 €	6,6%	24,2%	1.197.596,00 €	2,2%	24,6%	3.684.162,43 €	2,5%	36,3%
Proveitos e ganhos financeiros	886.135,51 €	0,7%	-60,5%	669.843,00 €	1,2%	-50,6%	1.135.355,30 €	0,8%	-57,0%
Proveitos e ganhos extraordinários	3.381.905,87 €	2,7%	-29,7%	2.614.864,00 €	4,7%	13,2%	6.711.418,53 €	4,6%	93,6%
Total de proveitos	127.547.378,03 €	100,0%	5,3%	55.200.512,00 €	100,0%	3,8%	147.411.912,06 €	100,0%	9,5%
2010									
Vendas	1.199,71 €	0,0%	173,4%	15.218,00 €	0,0%	-25,8%	2.325,00 €	0,0%	-77,9%
Prestações de serviços	114.392.224,36 €	93,9%	0,2%	52.274.788,00 €	91,7%	3,3%	144.667.916,76 €	95,8%	7,6%
Proveitos suplementares	157.383,44 €	0,1%	-11,7%	0,00 €	0,0%	0,0%	120.690,74 €	0,1%	-7,8%
Subsídios à exploração	320.110,06 €	0,3%	-36,8%	127.245,00 €	0,2%	83,6%	996.778,66 €	0,7%	-25,2%
Outros proveitos operacionais	2.300.758,37 €	1,9%	-72,6%	752.179,00 €	1,3%	-37,2%	1.629.372,33 €	1,1%	-55,8%
Proveitos e ganhos financeiros	505.234,04 €	0,4%	-43,0%	644.195,00 €	1,1%	-3,8%	347.483,57 €	0,2%	-69,4%
Proveitos e ganhos extraordinários	4.144.763,14 €	3,4%	22,6%	3.177.309,00 €	5,6%	21,5%	3.204.598,59 €	2,1%	-52,3%
Total de proveitos	121.821.673,12 €	100,0%	-4,5%	56.990.934,00 €	100,0%	3,2%	150.969.165,65 €	100,0%	2,4%
Total do triénio 2008-2010	370.551.169,92 €			165.380.317,00 €			432.979.553,93 €		

*Nota: Em 2008, na rubrica de outros proveitos e ganhos operacionais do IPO de Coimbra foram incluídos - € 18.534,00 relativos à variação da produção nesse ano.



Anexo 12 – Demonstração de resultados - Resultados

Designação	2008		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
<i>Resultados Operacionais</i>	-5.061.994,26 €	23.244,00 €	11.501.561,12 €
<i>Resultados Financeiros</i>	2.173.394,59 €	1.354.463,00 €	2.627.073,31 €
<i>Resultados Correntes</i>	-2.888.599,67 €	1.377.707,00 €	14.128.634,43 €
<i>Resultados Antes de Impostos</i>	967.561,88 €	3.073.823,00 €	16.741.008,89 €
<i>Imposto sobre o Rendimento do Exercício</i>	518.214,06 €	741.684,00 €	4.618.622,34 €
<i>Resultado Líquido do Exercício</i>	449.347,82 €	2.332.139,00 €	12.122.386,55 €
	2009		
<i>Resultados Operacionais</i>	-1.292.964,09 €	568.481,00 €	12.162.573,58 €
<i>Resultados Financeiros</i>	843.672,21 €	668.455,00 €	1.134.479,76 €
<i>Resultados Correntes</i>	-449.291,88 €	1.236.936,00 €	13.297.053,34 €
<i>Resultados Antes de Impostos</i>	920.014,11 €	3.594.398,00 €	18.240.423,19 €
<i>Imposto sobre o Rendimento do Exercício</i>	698.272,95 €	800.435,00 €	5.245.587,43 €
<i>Resultado Líquido do Exercício</i>	221.741,16 €	2.793.963,00 €	12.994.835,76 €
	2010		
<i>Resultados Operacionais</i>	-15.499.428,27 €	626.191,00 €	13.482.268,43 €
<i>Resultados Financeiros</i>	493.553,85 €	639.576,00 €	345.285,90 €
<i>Resultados Correntes</i>	-15.005.874,42 €	1.265.767,00 €	13.827.554,33 €
<i>Resultados Antes de Impostos</i>	-12.980.688,24 €	4.089.935,00 €	16.144.847,63 €
<i>Imposto sobre o Rendimento do Exercício</i>	5.514,94 €	878.021,00 €	5.046.840,14 €
<i>Resultado Líquido do Exercício</i>	-12.986.203,18 €	3.211.914,00 €	11.098.007,49 €



Anexo 13 – Balanço

Balanço	2008								
	IPO Lisboa			IPO Coimbra			IPO Porto		
	€	%	Δ% ano transacto	€	%	Δ% ano transacto	€	%	Δ% ano transacto
<i>Imobilizações</i>	32.656.431,49 €	25,9%	2,5%	49.405.499,00 €	54,2%	53,9%	40.471.773,75 €	25,3%	1,6%
<i>Existências</i>	5.318.495,89 €	4,2%	8,2%	1.346.420,00 €	1,5%	-4,8%	2.414.164,21 €	1,5%	8,4%
<i>Dívidas de terceiros</i>	32.623.284,68 €	25,8%	56,4%	8.151.157,00 €	8,9%	-27,8%	23.920.422,69 €	14,9%	-37,3%
<i>Disponibilidades</i>	42.105.006,95 €	33,3%	-13,9%	27.778.891,00 €	30,5%	21,0%	52.565.163,76 €	32,8%	9,6%
<i>Acréscimos e diferimentos</i>	13.552.121,25 €	10,7%	-38,9%	4.491.764,00 €	4,9%	2,6%	40.663.374,17 €	25,4%	408,7%
Total do activo	126.255.340,26 €	100,0%	-1,9%	91.173.731,00 €	100,0%	26,4%	160.034.898,58 €	100,0%	17,5%
<i>Provisões</i>	809.101,24 €	0,6%	-42,3%	98.087,00 €	0,1%	-1,2%	110.000,00 €	0,1%	0,0%
<i>Dívidas a terceiros</i>	15.613.551,52 €	12,4%	-13,8%	5.338.560,00 €	5,9%	-25,7%	33.882.652,68 €	21,2%	54,3%
<i>Acréscimos e diferimentos</i>	26.888.666,39 €	21,3%	-0,3%	27.530.567,00 €	30,2%	1,4%	16.254.591,17 €	10,2%	-2,5%
Total do passivo	43.311.319,15 €	34,3%	-6,8%	32.967.214,00 €	36,2%	-4,3%	50.247.243,85 €	31,4%	29,7%
Total de fundos próprios	82.944.021,11 €	65,7%	0,9%	58.206.517,00 €	63,8%	54,4%	109.787.654,73 €	68,6%	12,7%
Total do passivo + fundos próprios	126.255.340,26 €	100,0%	-1,9%	91.173.731,00 €	100,0%	26,4%	160.034.898,58 €	100,0%	17,5%
2009									
<i>Imobilizações</i>	35.021.154,31 €	27,8%	7,2%	48.929.631,00 €	53,5%	-1,0%	51.782.643,54 €	20,6%	27,9%
<i>Existências</i>	5.687.004,93 €	4,5%	6,9%	1.447.258,00 €	1,6%	7,5%	2.169.880,13 €	0,9%	-10,1%
<i>Dívidas de terceiros</i>	24.869.016,77 €	19,7%	-23,8%	11.536.307,00 €	12,6%	41,5%	35.343.010,08 €	14,1%	47,8%
<i>Disponibilidades</i>	34.835.512,55 €	27,6%	-17,3%	25.998.572,00 €	28,4%	-6,4%	35.576.673,67 €	14,2%	-32,3%
<i>Acréscimos e diferimentos</i>	25.718.405,35 €	20,4%	89,8%	3.582.095,00 €	3,9%	-20,3%	126.355.545,61 €	50,3%	210,7%
Total do activo	126.131.093,91 €	100,0%	-0,1%	91.493.863,00 €	100,0%	0,4%	251.227.753,03 €	100,0%	57,0%
<i>Provisões</i>	578.153,99 €	0,5%	-28,5%	98.087,00 €	0,1%	0,0%	110.000,00 €	0,0%	0,0%
<i>Dívidas a terceiros</i>	18.842.858,90 €	14,9%	20,7%	4.826.987,00 €	5,3%	-9,6%	113.993.823,31 €	45,4%	236,4%
<i>Acréscimos e diferimentos</i>	23.316.274,99 €	18,5%	-13,3%	25.551.808,00 €	27,9%	-7,2%	14.343.763,29 €	5,7%	-11,8%
Total do passivo	42.737.287,88 €	33,9%	-1,3%	30.476.882,00 €	33,3%	-7,6%	128.447.586,60 €	51,1%	155,6%
Total de fundos próprios	83.393.806,03 €	66,1%	0,5%	61.016.981,00 €	66,7%	4,8%	122.780.166,43 €	48,9%	11,8%
Total do passivo + fundos próprios	126.131.093,91 €	100,0%	-0,1%	91.493.863,00 €	100,0%	0,4%	251.227.753,03 €	100,0%	57,0%
2010									
<i>Imobilizações</i>	36.987.454,70 €	31,7%	5,6%	46.776.852,00 €	50,7%	-4,4%	69.767.042,97 €	23,7%	34,7%
<i>Existências</i>	5.745.087,81 €	4,9%	1,0%	1.607.016,00 €	1,7%	11,0%	2.682.783,47 €	0,9%	23,6%
<i>Dívidas de terceiros</i>	17.447.908,24 €	14,9%	-29,8%	12.731.820,00 €	13,8%	10,4%	35.625.179,88 €	12,1%	0,8%
<i>Disponibilidades</i>	28.247.370,22 €	24,2%	-18,9%	27.552.849,00 €	29,8%	6,0%	25.792.939,83 €	8,8%	-27,5%
<i>Acréscimos e diferimentos</i>	28.364.408,69 €	24,3%	10,3%	3.643.460,00 €	3,9%	1,7%	159.914.650,92 €	54,4%	26,6%
Total do activo	116.792.229,66 €	100,0%	-7,4%	92.311.997,00 €	100,0%	0,9%	293.782.597,07 €	100,0%	16,9%
<i>Provisões</i>	450.088,84 €	0,4%	-22,2%	0,00 €	0,0%	-100,0%	394.084,00 €	0,1%	258,3%
<i>Dívidas a terceiros</i>	24.015.269,40 €	20,6%	27,5%	4.401.870,00 €	4,8%	-8,8%	143.281.444,41 €	48,8%	25,7%
<i>Acréscimos e diferimentos</i>	21.692.146,02 €	18,6%	-7,0%	23.707.162,00 €	25,7%	-7,2%	15.878.057,55 €	5,4%	10,7%
Total do passivo	46.157.504,26 €	39,5%	8,0%	28.109.032,00 €	30,5%	-7,8%	159.553.585,96 €	54,3%	24,2%
Total de fundos próprios	70.634.725,40 €	60,5%	-15,3%	64.202.965,00 €	69,5%	5,2%	134.229.011,11 €	45,7%	9,3%
Total do passivo + fundos próprios	116.792.229,66 €	100,0%	-7,4%	92.311.997,00 €	100,0%	0,9%	293.782.597,07 €	100,0%	16,9%



Anexo 14 – Indicadores económico-financeiros

Resultados/Indicadores	2008			2009			2010		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
EBITDA	561.951,80 €	3.645.978,00 €	17.564.963,22 €	4.480.870,39 €	4.262.794,00 €	18.358.476,66 €	-9.802.914,20 €	4.401.225,00 €	20.557.221,52 €
EBITDA/Capital estatutário	1,13%	18,28%	44,02%	8,98%	21,37%	46,01%	-19,65%	22,06%	51,52%
Liquidez geral	5,55	6,86	2,33	3,71	7,92	0,64	2,21	9,52	0,45
Solvabilidade	1,92	1,77	2,18	1,95	2,00	0,96	1,53	2,28	0,84
Autonomia financeira	0,66	0,64	0,69	0,66	0,67	0,49	0,60	0,70	0,46
Rotação de stocks	1,63	1,06	0,62	1,62	1,03	0,56	1,58	1,08	0,56

Registe-se, porém, que os indicadores do IPO do Porto encontram-se influenciados negativamente pelos atrasos na faturação de serviços realizados, registados em adiantamentos de clientes. Corrigidos dos montantes em causa, os indicadores passam a ser os seguintes:

Resultados/Indicadores	2008			2009			2010		
	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto	IPO Lisboa	IPO Coimbra	IPO Porto
EBITDA	561.951,80 €	3.645.978,00 €	17.564.963,22 €	4.480.870,39 €	4.262.794,00 €	18.358.476,66 €	-9.802.914,20 €	4.401.225,00 €	20.557.221,52 €
EBITDA/Capital estatutário	1,13%	18,28%	44,02%	8,98%	21,37%	46,01%	-19,65%	22,06%	51,52%
Liquidez geral	5,55	6,86	3,53	3,71	7,92	3,51	2,21	9,52	1,72
Solvabilidade	1,92	1,77	3,22	1,95	2,00	3,48	1,53	2,28	2,51
Autonomia financeira	0,66	0,64	0,76	0,66	0,67	0,78	0,60	0,70	0,72
Rotação de stocks	1,63	1,06	0,62	1,62	1,03	0,56	1,58	1,08	0,56



Anexo 15 – Notas de Emolumentos



Tribunal de Contas



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor

*Auditoria às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, de Coimbra e do Porto*



Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 21/2011 – Audit	
		Relatório nº 14/2012 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, EPE		
Entidade devedora:	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, EPE		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial	€ 119,99	74		€ 8.879,26
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	740		€ 65.334,60
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 74.213,86
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 5.721,34

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

Consultores externos
(Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços	
- Outros encargos	
Total a suportar pela entidade fiscalizada	

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Handwritten signature: T. P. Belkias



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Table with header information: Departamento de Auditoria VI – UAT 1, Procº nº 21/2011 – Audit, Relatório nº 14/2012 – 2ª Secção, Entidade fiscalizada: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra, EPE, Entidade devedora: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra, EPE, Regime jurídico: AA, AAF, X

Main calculation table with columns: Descrição, BASE DE CÁLCULO (Custo Standard, Unidade Tempo, Receita Própria / Lucros), Valor. Rows include: Ações fora da área da residência oficial (€ 119,99, 74, € 8.879,26), Ações na área da residência oficial (€ 88,29, 740, € 65.334,60), Emolumentos calculados (€ 74.213,86), Emolumentos Limite máximo (VR) (€ 17.164,00), Emolumentos a pagar (€ 5.721,33)

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

Consultores externos (Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

Table for external consultants: - Prestação de serviços, - Outros encargos, Total a suportar pela entidade fiscalizada

O Coordenador da Equipa de Auditoria

Handwritten signature of T. P. Belkias

Emolumentos e outros encargos



(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 21/2011 – Audit	
		Relatório nº 14/2012 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE		
Entidade devedora:	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard <i>a)</i>	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial	€ 119,99	74		€ 8.879,26
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	740		€ 65.334,60
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 74.213,86
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 5.721,33

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

Consultores externos
(Lei n.º 98/97 – art.º 56.º)

- Prestação de serviços	
- Outros encargos	
Total a suportar pela entidade fiscalizada	

O Coordenador da Equipa de Auditoria

TP. Isabel Viegas

*Auditoria às práticas de gestão no
Instituto Português de Oncologia de
Lisboa, no Instituto Português de
Oncologia de Coimbra e no Instituto
Português de Oncologia do Porto*

*Ajudar o Estado e a
sociedade a gastar
melhor*

Tribunal de Contas



Processo n.º 21/2011 - Audit
Relatório n.º 14/2012 - 2ª Secção
Volume III - Alegações

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



- VOLUME II -

Alegações

1 – MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS	5
2 – MINISTRO DA SAÚDE	6
3 – ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP	17
4 – INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA, FRANCISCO GENTIL, EPE	35
5 – INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA, FRANCISCO GENTIL, EPE	41
6 – INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO, FRANCISCO GENTIL, EPE.....	51
7 – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP	58
8 – REITOR DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA.....	65
9 – INFARMED–AUTORIDADE NACIONAL DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE, IP	66
10 – SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EPE.....	68
11 – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, IP.....	74
12 – CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, IP	77
13 – REVISOR OFICIAL DE CONTAS (FISCAL ÚNICO) DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO, FRANCISCO GENTIL, EPE.....	78
14 – PRICEWATERHOUSECOOPERS – ASSESSORIA DE GESTÃO, LDA.....	100





1 - Ministro de Estado e das Finanças



GOVERNO DE PORTUGAL

SECRETÁRIO DE ESTADO DO ORÇAMENTO

FAX

PARA: / TO	Exmo. Senhor Dr. José Tavares Diretor-Geral do Tribunal de Contas	PARA FAX N.º / DESTINATION	21 794 05 67
DE / FROM	Daniel Rodrigues, em substituição de Margareth Ferraz - Chefe de Gabinete	DE FAX N.º / DESTINATION	21 881 73 18
ASSUNTO / SUBJECT	Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra Ref. DAVI - UAT.1 Proc. N.º 21/11 - Audit Of. 1319 de 25/1/2012	DATA / DATE	10-2-2012 HORA / TIME
		N.ºREF.: /REF.	Entrada 502/2012 N.ºPÁG: 1 /PAGES

Exmo. Senhor Dr. José Tavares
Director-Geral do Tribunal de Contas

*As DAVI
2012-02-10
[Signature]*

Em resposta às questões apresentadas no ofício n.º 1 319, de 25 de Janeiro último, desse Tribunal, considera -se que se assume que o assunto é de extrema gravidade e delicadeza tendo este Gabinete dispensado a sua melhor atenção ao mesmo. Assim, após a análise da questão em toda a sua dimensão, a qual se encontra em curso, serão tomadas as medidas que se mostrem necessárias e adequadas.

Atento ao teor da recomendação 2.1 e por se tratar de uma EPE, será dado conhecimento ao Gabinete da Sra. Secretária de Estado do Tesouro e das Finanças, bem como à DGTF - Direção Geral do Tesouro e Finanças, para acompanhamento da situação relatada.

Do andamento deste processo e das medidas que venham a ser adoptadas daremos conhecimento a V/as Ex.as.

Com os melhores cumprimentos

Pela Chefe de Gabinete

Margareth Ferra, em substituição

[Signature: Daniel Rodrigues]

Daniel Rodrigues

Assessor

DTTC 13 02'12 03458



2 – Ministro da Saúde

Ofício N.: 1438
Data: 10-02-2012



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exmo. Senhor
Prof. José F.F. Tavares
Diretor-geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-145 Lisboa

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

Encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de, face ao teor do Relato do Processo nº21/2011- Audit, relativo à “Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra” de informar e esclarecer o que a seguir se referencia.

A presente auditoria teve “...como âmbito temporal o triénio 2008-2010...” e “...como objetivos verificar se as decisões de gestão do órgão executivo de cada Instituto de Oncologia foram suportadas em análises custo - benefício, avaliar a eficiência e eficácia da atividade e da gestão, analisar, comparativamente, a situação económico - financeira e verificar se foram implementadas as recomendações do Conselho da Prevenção da Corrupção.”

O Ministério da Saúde congratula-se, desde já, com o teor e conteúdo da presente auditoria, considerando-a importante e relevante para eventuais tomadas de decisão, a curto e médio prazos, bem como, para permitir fomentar o crescimento de “boas práticas de gestão”, designadamente ampliando as já constantes no ponto 1.4 (pág. 21 do Volume I) do presente Relato.

Os Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) são centros de referência multidisciplinares, tal como o Tribunal de Contas referencia, para a prestação de cuidados de saúde no domínio do tratamento do cancro, constituindo as Entidades mais diferenciadas da Rede de Referência Hospitalar de Oncologia.

Em relação ao Relato e às suas respetivas **Conclusões** importa referenciar o seguinte:

1.2 Execução e financiamento da atividade (ponto7)

1.2.1 Execução das metas de produção

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt





MINISTÉRIO DA SAÚDE

1) (pág. 9) O IPO do Porto negociou com a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, metas de produção em GDH Cirúrgicos de Internamento, muito aquém da sua capacidade instalada e das necessidades da população, por contrapartida de um aumento das metas de produção nas restantes linhas de atividade (consultas, GDH Médicos de Internamento, entre outras). Deste modo, o IPO do Porto garantiu o pagamento, ainda que a preços inferiores aos da produção contratada, de toda a atividade cirúrgica realizada e o pagamento da restante atividade a preços da produção base ou próximos dos mesmos.”

“A estratégia facciosa de negociação com o objetivo de maximizar o lucro do IPO do Porto, eventualmente iníqua, não acrescenta qualquer valor ao Serviço Nacional de Saúde. Resultou de uma subversão das regras de financiamento dos hospitais que prosseguem objetivos de satisfação de necessidades em saúde e, desde 2009, de contenção e controlo orçamental, porquanto o financiamento do IPO do Porto em 2009 e 2010 não dimanou de uma priorização das necessidades das populações e da distribuição equitativa pelas mesmas do orçamento disponível para o IPO, admitindo, *ab initio*, um desvio entre o orçamentado e o executado, pelo menos na linha de produção cirúrgica em regime de internamento.”

“Considerando as deficiências de concepção e de operacionalização do atual sistema de financiamento hospitalar, a adoção de estratégias como a descrita aumenta o risco de incentivar a multiplicação de prestações de cuidados hospitalares, para obtenção de proveitos, e de desincentivar a adoção de decisões eficientes, através da racionalização.”

O Ministério da Saúde informa que a contratualização, no caso das Entidades Públicas Empresariais como são os IPO's, é uma tarefa que está no âmbito de competências das tarefas desenvolvidas pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS,IP), a qual define a metodologia anual, e dos departamentos /unidades de contratualização das Administrações Regionais de Saúde (ARS's), os quais negociam e assinam o contrato - programa com as Instituições da sua respetiva Região.

No caso em apreço do IPO do Porto, a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) tem tido a preocupação de assegurar a contratualização de cuidados de saúde que respondam às necessidades da população, privilegiando o acesso e incentivando a prestação de cuidados em regime de ambulatorio, aliás em consonância com a estratégia definida a nível nacional.

Informa-se, ainda, que a metodologia para definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2012 (Anexo I) estabelece os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde e respetivos Hospitais (EPE e SPA) e Unidades Locais de Saúde, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar no ano de 2012.

A mesma configura a revisão da metodologia de afetação da verba de financiamento para a contratualização hospitalar definida para 2011, face às orientações estratégicas definidas para esta área para 2012. São de especial relevância as recomendações resultantes do trabalho desenvolvido pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (Anexo II), nomeado pelo Despacho n.º 10601/2011, de 16 de Agosto, do Ministro da Saúde.



A metodologia para definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2012 apresenta vários aperfeiçoamentos que importa destacar. Pela primeira vez, a alocação de recursos para contratualização hospitalar a cada região de saúde considera as necessidades em saúde da população servida. Até ao momento, a distribuição de recursos financeiros dependia dos custos históricos gerados e pela capacidade de produção de cuidados de saúde de cada instituição. Ora, este formato tem vindo a demonstrar distorções em matéria de prestação de cuidados de saúde que importa corrigir. Com esta medida pretende-se melhorar a equidade na alocação de recursos financeiros no sistema, permitindo adequar o financiamento de cuidados em saúde às necessidades das populações e fomentar a efetividade da prestação de cuidados de saúde.

As principais alterações na Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2012 face à metodologia de 2011 são:

- reforço da importância dos incentivos institucionais à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, com aumento de 2,7% para 4,0% do valor de financiamento, e atualização dos indicadores de qualidade e eficiência;
- contratualização condicionada à obtenção de um valor EBITDA nulo (ou positivo). Esta impossibilidade resulta na obrigatoriedade de aplicação de um Plano de Ajustamento, condicionando o pagamento de verba de convergência ao cumprimento deste Plano;
- inclusão de novos instrumentos previsionais no contrato-programa: Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa (Demonstração de Resultados Previsional já incluída), reforçando a necessidade de ajustamento dos custos operacionais;
- responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados;
- concretização da unificação da tabela de preços, em dois grupos de financiamento, para a prestação de cuidados de saúde hospitalares nas linhas de atividade de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, mantendo a valorização da complexidade institucional;
- atualização do índice de case-mix à produção de internamento e ambulatório classificada em GDH de 2010 (em 2011, referia-se a produção realizada em 2007). Redefinição de preços praticados face à redução dos custos com pessoal;
- concretização do pagamento do serviço de urgência hospitalar de acordo com tipologia de serviço: serviço de urgência básica; serviço de urgência médico-cirúrgica; serviço de urgência polivalente;
- alargamento do pagamento pelo tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA com terapêutica antirretroviral a todos os doentes tratados.

Por último, importa ainda referir que a ACSS encontra-se a rever o modelo de contrato-programa hospitalar para o triénio de 2013-2015 com o objetivo de colmatar as deficiências reconhecidas do atual modelo de formação de preços.

2) (pág.10)“Aqueles regras estabelecem que são faturáveis como GDH 410 os seguintes procedimentos:”oo.10 - Implante do agente quimioterápico”; “99.25 - Injeção ou infusão de substância quimio - terapêutica do cancro” e “ 99.28 - Imunoterapia antineoplásica”, não se enquadrando aqui a quimioterapia oral.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Porém, o IPO do Porto fatura o produto X pelo produto Y, sendo que o X é diferente do Y, o que é uma impossibilidade formal e material.”

“Em 2009, último ano faturado na totalidade à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, embora sem a validação dos dados pela mesma, o IPO do Porto faturou 74.582 GDH 410 de Ambulatório (67.250 - produção base e 7.332 - produção marginal). Considerando que apenas deviam ter sido faturadas como tal os dados relativos à produção de sessões de quimioterapia realizadas no hospital de dia, constantes do Relatório e Contas de 2009 do IPO do Porto, 37.425, estima-se que o mesmo tenha faturado irregularmente à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, €11.691.406,40, a preços da produção base de GDH Médico de Ambulatório (€295,70).”

O Ministério da Saúde manifesta a sua preocupação com as presentes conclusões apresentadas pelo Tribunal de Contas, e desenvolverá os melhores esforços no sentido de, através da ACSS, IP, ARSN e Inspeção-geral das Atividades em Saúde, se proceder à apreciação aprofundada dos factos apurados e respectivas consequências ao nível da faturação e do respectivo financiamento do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO Porto).

Para o efeito, o Ministério da Saúde procederá:

- a uma auditoria à codificação clínica efectuada pelo IPO Porto, situação esta já prevista no plano anual de auditorias da ACSS, IP para 2012;
- ao apuramento do valor material exato da eventual irregularidade em apreço, tendo por base o montante já apurado pelo Tribunal de Contas; e
- após a análise dos dados recolhidos, efetuar eventuais ajustes, no âmbito do Contrato-Programa de 2012 a celebrar entre a ARS Norte e o IPO Porto, do procedimento de contratação da linha de produção associada ao GDH 410.

3) (pág. 10 e 11) “A disparidade entre o número de unidades contratadas e produzidas em GDH Médicos de Ambulatório (que incluem tratamento de radioterapia - GDH409 e quimioterapia - GDH 410) pelos Institutos de Oncologia de Lisboa e do Porto, por tão evidente, revela ineficácia do sistema de controlo do acompanhamento da execução e da faturação dos contratos - programa pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e insuficiência das auditorias realizadas. É impensável, pela sua grandeza, que tal disparidade entre Institutos de Oncologia não tivesse sido detectada.”

A este respeito, a ACSS,IP informou que:

Nas auditorias realizadas, em 2009 e 2010, à Base de dados dos GDH de 2008 e 2009, respetivamente, eram objeto de auditoria à codificação clínica, os episódios de internamento e cirurgia ambulatória selecionados aleatoriamente da Base de Dados dos GDH (excluindo os GDH 409 - “Radioterapia”, GDH 410 - “Quimioterapia” e GDH 876 - “Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterapêutico” com menos de 24 horas - GDH de Ambulatório).

Em 2010, com a elaboração do capítulo, do Manual de Auditoria Interna da ACSS, relativo à auditoria à faturação e codificação clínica foi definida uma nova metodologia de auditoria e identificação de riscos potenciais, de acordo com normas europeias referentes a esta área.



Assim sendo, nas auditorias realizadas em 2011, de acordo com a nova metodologia, estes GDH começaram a ser objeto de auditoria em todas as instituições hospitalares com a constituição de uma amostra com determinados pressupostos estatísticos e a população para a constituição das amostras aleatórias passou a ser constituída pela totalidade dos episódios de internamento e de ambulatórios agrupados em GDH. No entanto, estes episódios não constituem uma população homogénea em termos de “complexidade” de codificação.

São considerados GDH de “elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados” os que poderão ter uma propensão baixa para apresentar não conformidades de codificação, designadamente, GDH 317, 371, 373, 409, 410, 620, 629 e 876.

Em virtude deste conjunto de GDH representar, por norma, uma proporção significativa (superior a 30%) na produção total de uma entidade hospitalar, a inclusão destes numa única amostra originaria resultados tendencialmente positivos.

Em relação às auditorias realizadas em 2011 à base de dados de GDH do ano 2010 a percentagem de “Não Conformidades” em termos de codificação clínica incluídas no item “Com Alteração de GDH” apresenta um valor reduzido, tal como, previsto (cerca de 1%) (valor provisório).

Como referido anteriormente, a ACSS, IP encontra-se a rever o modelo de contrato-programa hospitalar para o triénio de 2013-2015 com o objetivo de colmatar as deficiências reconhecidas do atual modelo de formação de preços.

4) (pág.11) “Apesar da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, ter efetuado auditorias à codificação clínica do IPO do Porto, os auditores não detetaram esta situação, uma vez que consideraram os episódios classificados como GDH 410, entre outros, como episódios com “(...) elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados”, sem apresentarem sustentação técnica. A mesma ocorrência também foi identificada num relatório de auditoria interna realizada em 2009 pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, através de uma empresa de auditoria contratada.”

Remete-se para a resposta dada no ponto anterior.

1.2.7.Medicina Nuclear

5) (pág.20) “A comercialização de F-FDG produzida em Portugal determinará, assim, uma redução de custos no Serviço Nacional de Saúde, pela redução dos custos de produção e de transporte do produto com impacto nos preços faturados pelo fornecedor às unidades hospitalares, e contribuirá para o equilíbrio da balança comercial portuguesa, pela diminuição do défice externo e aumento do Produto Interno Bruto.”

O Infarmed, IP esta a resolver positivamente esta questão informando o seguinte:

“1. O ICNAS possui certificado de Boas Práticas de Fabrico emitido pelo INFARMED, I.P. a 21-12-2010 para a produção de radiofármacos.



2. O INFARMED, I.P. identificou desde o início a importância deste processo e da consequente urgência na avaliação do pedido de autorização de introdução no mercado (AIM) do medicamento Fluodesoxiglucose ¹⁸F-UC, cuja substância ativa é ¹⁸F-FDG.

2. O pedido de autorização de introdução no mercado para o medicamento Fluodesoxiglucose ¹⁸F-UC foi submetido ao INFARMED, I.P. a 21.11.2011, tendo sido autorizado a 28-12-2011, isto é, 37 dias quando o tempo médio de avaliação por procedimento nacional é de 170 dias.

3. De referir ainda que, sendo esta substância ativa já utilizada pelo SNS, não necessita de avaliação económica prévia para a aquisição pelos hospitais.

A importância deste produto, em particular, resulta do facto de Portugal importar atualmente a quase totalidade de radiofármacos que utiliza nas câmaras PET (Tomografia por emissão de protões).

Tendo em conta o rápido decaimento radioactivo neste fármaco (semi vida do ¹⁸F é de 110 minutos), a importação a partir de Espanha resulta em apenas 10% da atividade radioativa à chegada ao destino.

Em consequência, a mesma quantidade de fármaco quando produzida próximo do local de utilização pode ser administrada a um maior número de doentes, permitindo uma maior rentabilidade dos custos associados à utilização deste medicamento.

De referir ainda que, na situação atual, a utilização deste medicamento resulta num custo de cerca de €5 milhões, podendo a entrada no mercado deste novo medicamento reduzir aquela despesa em €2,5 milhões.

O INFARMED, I.P. em situações semelhantes assumirá sempre a posição de acelerar o procedimento sem por em causa as exigências na avaliação da qualidade, segurança e eficácia durante o processo que conduz à autorização de introdução no mercado.”

1.5 Situação económico - financeira (ponto 11)

6) (pág. 22)” No geral, os três Institutos de Oncologia apresentam bons resultados em termos de situação financeira. Porém, quando comparados, os resultados dos Institutos de Oncologia, são enganosos, refletindo erros na determinação dos preços pagos pela radioterapia por parte da Administração Central dos Sistemas de Saúde, IP, que estão sobrevalorizados, e, no caso do IPO do Porto, pelo facto deste, ao invés dos outros, faturar os medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (Grupo fármaco - terapêutico 16) administrados por via oral (v.g. a quimioterapia oral).”

“Os resultados, principalmente do IPO do Porto, são insanos e vazios de significado para efeitos de avaliação da performance dos Institutos de Oncologia. Portanto, qualquer decisão que tenha sido tomada com base na performance em termos de resultados líquidos ou outros do IPO do Porto devia ser anulado, dado que os resultados deste Instituto foram adulterados.”

Remete-se para a resposta dada no ponto 2.



No que respeita às **Recomendações** efetuadas pelo Tribunal de Contas ao Senhor Ministro da Saúde importa observar o seguinte:

7)

I. Ponderar a reorganização (previamente suportada numa Análise Custo-Benefício) dos Institutos de Oncologia em centro hospitalar, de âmbito nacional, instituindo um modelo de governação comum e centralizado num único órgão de gestão, de forma a otimizar os recursos do Serviço Nacional de Saúde.

No âmbito do relatório apresentado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, nomeado através do Despacho nº10601/2011, de 16 de Agosto, do Ministro da Saúde, o mesmo apresentou um conjunto vasto de recomendações, entre as quais a proposta da criação de um Centro Hospitalar único com os três Institutos de Oncologia, defendendo uma maior interação técnico - funcional dos cuidados oncológicos a nível nacional.

Neste contexto, o Ministério da Saúde encontra-se a ponderar a reorganização técnico - funcional mais adequada e assertiva para os cuidados oncológicos em Portugal.

8)

II. Considerar a adulteração das regras de faturação dos contratos-programa levada a cabo pelo Conselho de Administração do IPO do Porto, nomeadamente a faturação de quimioterapia oral como GDH Médicos de Ambulatório e eventualmente outros atos de codificação, na avaliação de desempenho dos membros daquele Conselho de Administração.

Remete-se para a resposta dada no ponto 2.

9)

III. Se alguma decisão foi tomada com base nos resultados líquidos ou outros resultados do IPO do Porto, deve a mesma ser revogada, dado que aqueles resultados estão adulterados.

Remete-se para a resposta dada no ponto 2.

10)

IV. Considerar a decisão de fornecimento de alimentação em regime de *outsourcing* do Conselho de Administração do IPO do Porto que se traduziu num aumento dos custos unitários por refeição, contrariando o próprio estudo económico realizado e, conseqüentemente, os princípios da economia, eficiência e eficácia da realização da despesa, dando a ideia, eventualmente falsa, de que só se aceitam os cálculos económicos se estes confirmarem decisões pré-tomadas, também na avaliação do desempenho dos membros do Conselho de Administração.

O Ministério da Saúde irá questionar o IPO do Porto, através da ARSN, sobre esta situação em concreto, dado que se trata de uma decisão de gestão que está na esfera de competência desta entidade pública empresarial.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

11)

V. Garantir que as decisões de maior impacto financeiro e os planos de investimento das instituições de saúde, designadamente os investimentos superiores a 2% do capital estatutário que devem ser aprovados pelos Ministros das Finanças e da Saúde⁵¹, são precedidos de Análise Custo-Benefício, que prevejam uma racional (estudo de alternativas/escolhas) aplicação do dinheiro dos contribuintes, a fim de evitar o eventual racionamento da prestação de cuidados médicos.

A realização de análises custo-benefício para avaliação das necessidades de investimento deve, efetivamente, sustentar as decisões de investimento, sejam em equipamentos ou outras. Esta é uma boa prática internacional que deve ser generalizada ao nível das instituições.

Neste contexto, a ACSS, IP tem vindo a promover essa prática e, no âmbito das avaliações que faz dos pedidos abrangidos pelo Decreto-Lei nº 95/95, de 9 de Maio e pela Resolução do Conselho de Ministros nº 61/95, de 28 de Junho, tem já analisado ou solicitado estudos de custo-benefício. Aliás, tal é o caso de um pedido em apreciação, relativo ao IPO Lisboa, o qual é consubstanciado por um estudo desse tipo.

Igualmente, está prevista a explicitação destes critérios no âmbito da revisão da referida legislação, cujo processo já decorre. Também no quadro do PREMAC e com a aprovação de uma nova lei orgânica e novos Estatutos para a ACSS, IP se preconiza um reforço de intervenção nestes domínios.

12)

VI. Determinar um levantamento rigoroso da capacidade instalada no Serviço Nacional de Saúde, respeitante a grandes equipamentos, bem como dos recursos humanos que lhe estão afetos.

O Ministério da Saúde concorda com a necessidade de se efetuar um levantamento da capacidade instalada, para a qual aliás já existem vários contributos.

Atualmente, já é recolhida informação relativa aos grandes equipamentos no âmbito dos contratos-programa existentes entre os Hospitais e as Administrações Regionais de Saúde, informação constante do SICA-Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento.

Está, igualmente, previsto, no quadro de revisão da legislação supracitada, a criação de um registo nacional para os equipamentos privados, nomeadamente em articulação com o registo de unidades de saúde privadas na Entidade Reguladora da Saúde.

Quanto aos recursos humanos, a ACSS encontra-se a concluir um estudo sobre as “Atuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos para o SNS”, o qual constituirá um contributo relevante para as áreas em apreço.



Na sequência do Relatório desenvolvido pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, uma das conclusões apontadas é a necessidade do Ministério da Saúde elaborar uma nova Carta Hospitalar, o que vai ao encontro da presente recomendação.

13)

VII. Promover a divulgação na rede dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde de informação atualizada sobre a oferta pública de meios complementares de diagnóstico e terapêutica de custo mais elevado.

No contexto da presente recomendação já foram publicados dois Despachos do Senhor Secretário de Estado da Saúde:

- Despacho n.º 10430/2011, de 1 de Agosto, com vista ao melhor aproveitamento da capacidade já instalada nas Instituições do SNS;
- Despacho n.º 11374/2011, de 29 de Agosto, com o intuito de colheita de dados relativos à produção e à situação económico - financeira das Instituições do SNS (incluindo os hospitais em regime de parceria público privada), bem como, a sua publicitação mensal no *site* da ACSS, IP. Estes dados serão objeto de avaliação e revisão semestrais, pelo que, é possível ponderar, neste âmbito, a presente recomendação.

Adicionalmente, na sequência do Relatório desenvolvido pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, uma das conclusões apontadas é a necessidade do Ministério da Saúde reforçar o investimento em sistemas de informação e na partilha de elementos entre as diferentes entidades integrantes do SNS, o que vai ao encontro da presente recomendação.

14)

VIII. Fazer preceder a atribuição de licenças de instalação de grandes equipamentos, como o ciclotrão, de Análises Custo-Benefício que incluam a ponderação da capacidade instalada e as licenças já atribuídas a nível nacional.

Nos termos da legislação em vigor e referida na resposta à Recomendação V., esta já impõe o cumprimento de rácios para que possa ser autorizada a instalação de determinados equipamentos, tendo em consideração a capacidade instalada.

Adicionalmente, está prevista a explicitação destes critérios no âmbito da revisão da referida legislação, cujo processo já decorre. Também no quadro do PREMAC e com a aprovação de uma nova lei orgânica e novos Estatutos para a ACSS, IP se preconiza um reforço de intervenção nestes domínios.

15)

IX. Não vincular os Institutos de Oncologia, entidades públicas empresariais, aos contratos públicos de aprovisionamento celebrados pela central de compras do Ministério da Saúde, sempre que aqueles Institutos consigam preços mais económicos do que os oferecidos pelos fornecedores reconhecidos no âmbito daqueles contratos, após consulta prévia ou simultânea a estes, e evitar que os atos administrativos (de autorização)⁵² constituam nestes casos devidamente fundamentados obstáculos à poupança.



Ou, se tal for incompatível com as orientações constantes do “*Memorando de entendimento sobre condicionantes específicas da política económica*”, acordado, pelo Governo Português, com representantes da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu e do Fundo Monetário Internacional, a informação de suporte ao ato administrativo (de autorização) deve ser suportada em fundamentação técnica e realizada por uma entidade independente e, jamais, por entidade interessada no processo, designadamente pela central de compras do setor da saúde.

O Ministério da Saúde tem uma particular preocupação sobre a problemática das aquisições efetuada nos Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) versus as aquisições centralizadas através da Central de Compras da Saúde - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS,EPE).

O impacto económico - financeiro anual das aquisições com bens e serviços no SNS é significativo face ao orçamento global, constituindo na estrutura de custos a terceira rubrica mais importante. Pelo que, importa introduzir melhorias no sistema que se traduzam em “melhores compras”, geradoras de poupanças, de redução de gastos, de adopção de regras e métodos mais assertivos de gestão de *stocks* e de maior adequabilidade às reais necessidades assistenciais, cumprindo o atual quadro legislativo em vigor.

Com base na teoria económica geralmente aceite e aplicada ao caso concreto de saúde, a SPMS,EPE tem desenvolvido a seguinte estratégia:

1. um maior volume de aquisição gera economias de escala e potencia uma redução do preço de aquisição;
2. os acordos-quadro ao retirarem carga burocrática ao processo final de aquisição, reduzem custos de contexto para ambas as partes sendo por isso mais eficientes na compra repetitiva ou em conjunto;
3. o sistema de duas fases (seleção e *call-off*) tem vantagens sobre o sistema de uma única fase quando os mercados são dinâmicos;
4. com base na teoria económica geralmente aceite e aplicando ao caso concreto de saúde, a SPMS, EPE tem desenvolvido e vai continuar a desenvolver a seguinte estratégia:
 - os Acordos-Quadro (AQ) devem ser desenvolvidos - com base em 1 e 2;
 - os AQ são desenvolvidos em duas fases, podendo inclusive a fase de *call-off* permitir o leilão electrónico - com base em 3.

De fato, o importante é não perder de vista que o fundamental é a poupança global para o SNS e não só as pontuais ou as de três Instituições, ainda que sejam também de incentivar. Pelo que, o relevante é partir-se das condições que já têm os melhores compradores do SNS e desenvolverem-se compras para todo o universo.

16)

X. Como princípio e dada a situação de emergência económica do país, todos os prazos para obtenção de licenças, autorizações ou outros atos necessários à produção e comercialização em Portugal de produtos com impacto positivo na



MINISTÉRIO DA SAÚDE

balança comercial portuguesa, através da diminuição do défice externo, como a ¹⁸F-FDG, devem ser abreviados, por exemplo para metade.

O Ministério da Saúde congratula-se com a possibilidade, recente, do desenvolvimento deste produto em Portugal e está a diligenciar a concretização efetiva da presente recomendação.

Neste sentido, o Instituto de Farmácia e do Medicamento (INFARMED, I.P.), entidade do Ministério da Saúde com competências nesta matéria, informa, sobre a adoção de procedimentos expeditos de autorização de introdução no mercado e avaliação económica no caso da ¹⁸F-FDG produzido pelo Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde da Universidade de Coimbra (ICNAS), o constante no ponto 11) das Conclusões referentes à página 20 do Relato.

17)

XI. Introduzir medidas que sancionem eficazmente os gestores das entidades por atrasos na faturação de atos clínicos e encerramentos contabilísticos superiores a três meses.

No que respeita aos atrasos na faturação de atos clínicos, o Ministério da Saúde procederá à ponderação do conteúdo da presente recomendação.

Quanto aos encerramentos contabilísticos, importa realçar que a ACSS emitiu, a 25 de janeiro de 2011, a Circular Normativa n.º 1/2011 (Anexo III) que determina a obrigatoriedade do encerramento mensal da contabilidade.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

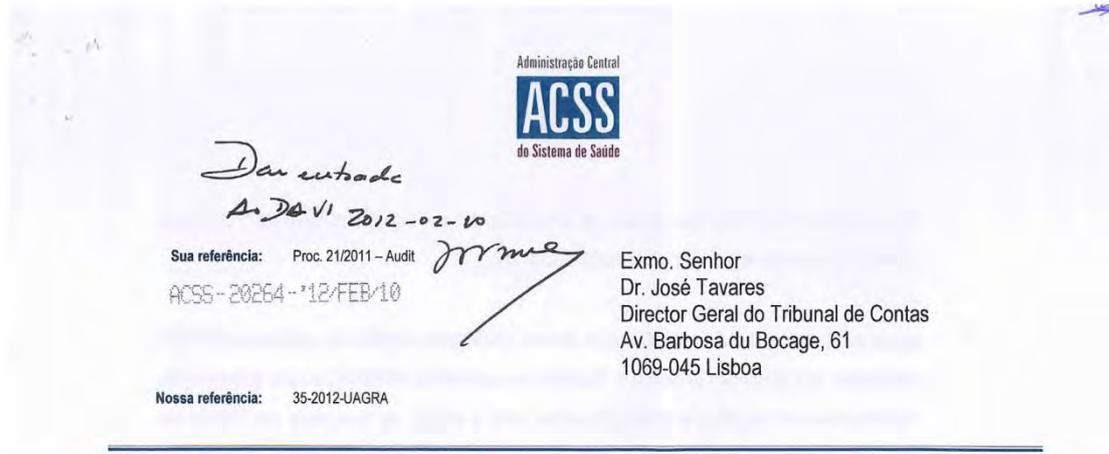
(Luis Vítório)

13 02 12 03469

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt



3 – Administração Central do Sistema de Saúde, IP



ASSUNTO: Auditoria orientada às boas práticas de gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

No seguimento do V. ofício n.º 001315, de 25 de Janeiro de 2012, relativo ao assunto em epígrafe, e de acordo com o solicitado, cumpre-nos informar:

1. Conclusões (páginas 7 à 23)

1. **Conclusão Tribunal de Contas (Pág. 8):** "A incorporação da avaliação da capacidade instalada a nível regional e/ou nacional nas Análises Custo-Benefício é especialmente relevante para os investimentos superiores a 2% do capital estatutário que devem ser aprovados pelos Ministros das Finanças e da Saúde e para aqueles que, sendo de menor valor, se destinam a patologias menos frequentes. Estas últimas decisões de investimento são da responsabilidade exclusiva dos conselhos de administração das unidades hospitalares que frequentemente não se articulam de modo a rentabilizar os equipamentos."

Esclarecimento ACSS: A realização de análises custo-benefício para avaliação das necessidades de investimento deve, efetivamente, sustentar as decisões de investimento, sejam em equipamentos ou outras. Esta é uma boa prática internacional que deve ser generalizada ao nível das instituições.

Neste contexto, a ACSS tem vindo a promover essa prática e, no âmbito das avaliações que faz dos pedidos abrangidos pelo Decreto-Lei nº 95/95, de 9 de Maio e pela Resolução do Conselho de Ministros nº 61/95, de 28 de Junho, tem já analisado ou solicitado estudos





de custo-benefício. Aliás, tal é o caso de um pedido em apreciação, relativo ao IPO Lisboa, o qual é consubstanciado por um estudo desse tipo.

Igualmente, está prevista a explicitação destes critérios no âmbito da revisão da referida legislação, cujo processo já decorre. Também no quadro do PREMAC e com a aprovação de uma nova lei orgânica e novos Estatutos para a ACSS, se preconiza um reforço de intervenção nestes domínios.

A. Ponto 1.2 Execução e financiamento da atividade (ponto 7)

1.2.1 Execução das metas de produção

1. **Conclusão Tribunal de Contas (Pág.9):** *“Considerando as deficiências de conceção e de operacionalização do atual sistema de financiamento hospitalar, a adoção de estratégias como a descrita aumenta o risco de incentivar a multiplicação de prestações de cuidados hospitalares, para obtenção de proveitos, e de desincentivar a adoção de decisões eficientes, através da racionalização.”*

Esclarecimento ACSS: A metodologia para definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2012 estabelece os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Administrações Regionais de Saúde e respetivos Hospitais (EPE e SPA) e Unidades Locais de Saúde, no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar no ano de 2012.

A mesma configura a revisão da metodologia de afetação da verba de financiamento para a contratualização hospitalar definida para 2011, face às orientações estratégicas definidas para esta área para 2012. São de especial relevância as recomendações resultantes do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar, a nova carta hospitalar em estudo pela Entidade Reguladora da Saúde e a reconfiguração da rede de urgências a ser proposta brevemente.

A metodologia para definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2012 apresenta vários aperfeiçoamentos que importa destacar. Pela primeira vez, a alocação de recursos para contratualização hospitalar a cada região de saúde considera as necessidades em saúde da população servida. Até ao momento, a distribuição de recursos financeiros dependia dos custos históricos gerados e pela capacidade de

2





produção de cuidados de saúde de cada instituição. Ora, este formato tem vindo a demonstrar distorções em matéria de prestação de cuidados de saúde que importa corrigir. Com esta medida pretende-se melhorar a equidade na alocação de recursos financeiros no sistema, permitindo adequar o financiamento de cuidados em saúde às necessidades das populações e fomentar a efetividade da prestação de cuidados de saúde.

As principais alterações na Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2012 face à metodologia de 2011 são:

- Reforço da importância dos incentivos institucionais à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, com aumento de 2,7% para 4,0% do valor de financiamento, e atualização dos indicadores de qualidade e eficiência;
- Contratualização condicionada à obtenção de um valor EBITDA nulo (ou positivo). Esta impossibilidade resulta na obrigatoriedade de aplicação de um Plano de Ajustamento, condicionando o pagamento de verba de convergência ao cumprimento deste Plano;
- Inclusão de novos instrumentos previsionais no contrato-programa: Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa (Demonstração de Resultados Previsional já incluída), reforçando a necessidade de ajustamento dos custos operacionais;
- Responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados; Concretização da unificação da tabela de preços, em dois grupos de financiamento, para a prestação de cuidados de saúde hospitalares nas linhas de atividade de internamento e ambulatório médico e cirúrgico, mantendo a valorização da complexidade institucional;
- Atualização do índice de case-mix à produção de internamento e ambulatório classificada em GDH de 2010 (em 2011, referia-se a produção realizada em 2007). Redefinição de preços praticados face à redução dos custos com pessoal;
- Concretização do pagamento do serviço de urgência hospitalar de acordo com tipologia de serviço: serviço de urgência básica; serviço de urgência médico-cirúrgica; serviço de urgência polivalente;
- Alargamento do pagamento pelo tratamento ambulatório de pessoas a viver com infeção VIH/SIDA com terapêutica antirretroviral a todos os doentes tratados.

3





No âmbito do atual modelo sugere-se ainda a consulta Manual do Processo de Contratualização (disponível no site da ACSS) em que é claramente definida a fase de estudos e de planeamento que visa a maior fundamentação relativamente à identificação de necessidades em saúde que devem sustentar a compra de serviços pelas Regiões de Saúde.

Atualmente, a ACSS encontra-se a rever o modelo de contrato-programa hospitalar para o triénio de 2013-15 com o objetivo de colmatar as deficiências reconhecidas do atual modelo de formação de preços.

2. **Conclusão Tribunal de Contas (Pág. 10):** "O número de unidades contratadas e produzidas em GDH Médicos de Ambulatório (que incluem tratamentos de radioterapia – GDH 409 e quimioterapia – GDH 410) pelo IPO do Porto encontra-se inflacionado, por este incluir ali, sem suporte nas regras de faturação dos contratos-programa, os tratamentos com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (Grupo Fármaco-Terapêutico 16) administrados por via oral (quimioterapia oral).

Aquelas regras estabelecem que são faturáveis como GDH 410 os seguintes procedimentos: "00.10 – Implante do agente quimioterápico"; "99.25 - Injeção ou infusão de substância quimio-terapêutica do cancro" e "99.28 – Imunoterapia antineoplásica", não se enquadrando aqui a quimioterapia oral. Porém, o IPO do Porto classifica como procedimento 99.25 a administração dos medicamentos administrados por via oral que não se inclui naqueles procedimentos, i.e., o IPO do Porto fatura o produto X pelo produto Y, sendo que X é diferente de Y, o que é uma impossibilidade formal e material."

Esclarecimento ACSS: Os GDH passíveis de faturação no âmbito dos tratamentos de oncologia em ambulatório são o GDH 410 – Quimioterapia e o GDH 876 - Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterapêutico. Contudo, em termos de codificação pela ICD9CM, os únicos procedimentos passíveis de registo são os de administração por via endovenosa de quimioterapia. Não estão assim contemplados os tratamentos por via oral. Por outro lado,





este tipo de medicamentos não se encontra contemplado nos medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar, não podendo por isso ser faturados na linha de produção correspondente.

Atendendo ao atual enquadramento do modelo de financiamento que suporta os Contratos-programa celebrados com os hospitais do SNS, a única linha de produção onde a toma oral de medicamentos oncológicos se poderia enquadrar seria nos Medicamentos de dispensa obrigatória em ambulatório, onde se incluem por exemplo as Doenças de Foro Psiquiátrico ou a Doença de Chron. Para este efeito seria necessário que a patologia oncológica fosse enquadrada em termos de despacho do INFARMED, como medicamento de dispensa em farmácia hospitalar e simular o impacto financeiro em termos de dotação disponível para os hospitais do SNS. Contudo, até à data ainda não foi possível iniciar o trabalho de revisão do modelo de financiamento da área da oncologia, encontrando-se no entanto o assunto devidamente sinalizado.

Acontece ainda que a adaptação dos modelos de financiamento e o processo de inovação tecnológica não acontecem em simultâneo, pelo que existe, para alguns tratamentos, um desfasamento temporal entre a prática hospitalar e a sua integração no modelo de financiamento aplicado. É exemplo disso a administração de medicamentos administrados por via oral, mencionada no relatório em referência, uma vez que o GDH 410, correspondente a quimioterapia, não contempla este procedimento. Esta Administração Central está perfeitamente consciente desta situação, sendo uma das suas prioridades em termos da revisão e atualização do modelo de financiamento/Tabela de GDH. Contudo, a prática adotada pelo IPO do Porto, referida pelo Tribunal de Contas, em termos de classificação de procedimentos, classificando como "99.25 - Injeção ou infusão de substância químico-terapêutica do cancro" administração de medicamentos administrados por via oral, não pode deixar de ser classificada como incorreta e não admissível.

Neste sentido, a ACSS irá proceder, no mais breve período de tempo, a uma auditoria aos processos clínicos em causa e proceder às devidas correções em termos de financiamento da instituição.

Salientamos ainda que, a revisão do atual modelo de financiamento considerará a extrapolação do resultado das auditorias à codificação clínica à faturação de toda a

5



atividade. Neste sentido, as penalizações à codificação indevida serão mais extensas, fortalecendo os mecanismos de controlo por parte da entidade pagadora.

3. **Conclusão Tribunal de Contas (Pág.11):** *“Apesar da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, ter efetuado auditorias à codificação clínica do IPO do Porto, os auditores não detetaram esta situação, uma vez que consideraram os episódios classificados como GDH 410, entre outros, como episódios com (...) elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados”, sem apresentarem sustentação técnica...*”

Esclarecimento ACSS: Nas auditorias realizadas, em 2009 e 2010, à Base de dados dos GDH de 2008 e 2009, respetivamente, eram objeto de auditoria à codificação clínica, os episódios de internamento e cirurgia ambulatória selecionados aleatoriamente da Base de Dados dos GDH (excluindo os GDH 409 – “Radioterapia”, GDH 410 – “Quimioterapia” e GDH 876 – “Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterapêutico” com menos de 24 horas – GDH de Ambulatório).

Em 2010, com a elaboração do capítulo, do Manual de Auditoria Interna da ACSS, relativo à auditoria à faturação e codificação clínica foi definida uma nova metodologia de auditoria e identificação de riscos potenciais, de acordo com normas europeias referentes a esta área.

Assim sendo, nas auditorias realizadas em 2011, de acordo com a nova metodologia, estes GDH começaram a ser objeto de auditoria em todas as instituições hospitalares com a constituição de uma amostra com determinados pressupostos estatísticos e a população para a constituição das amostras aleatórias passou a ser constituída pela totalidade dos episódios de internamento e de ambulatórios agrupados em GDH. No entanto, estes episódios não constituem uma população homogénea em termos de “complexidade” de codificação.



São considerados GDH de “elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados” os que poderão ter uma propensão baixa para apresentar não conformidades de codificação, designadamente, GDH 317, 371, 373, 409, 410, 620, 629 e 876.

Em virtude deste conjunto de GDH representar, por norma, uma proporção significativa (superior a 30%) na produção total de uma entidade hospitalar, a inclusão destes numa única amostra originaria resultados tendencialmente positivos.

Em relação às auditorias realizadas em 2011 à base de dados de GDH do ano 2010 a % de “Não Conformidades” em termos de codificação clínica incluídas no item “Com Alteração de GDH” apresenta um valor reduzido, tal como, previsto (cerca de 1%) (valor provisório).

Como referido anteriormente, a ACSS encontra-se a rever o modelo de contrato-programa hospitalar para o triénio de 2013-15 com o objetivo de colmatar as deficiências reconhecidas do atual modelo de formação de preços.

4. Conclusão Tribunal de Contas (Pág.11): “... a mesma ocorrência também não foi identificada num relatório de auditoria interna realizada em 2009 pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, através de uma empresa de auditoria contratada.”

Esclarecimento ACSS: As auditorias realizadas no âmbito das competências do Gabinete de Gestão de Risco e Auditoria não têm por objetivo a análise a dados clínicos. Estas auditorias destinam-se à avaliação do sistema de controlo interno das entidades/processos, nomeadamente em termos de identificação e relato de constrangimentos ou ineficiências de controlo interno e respetivas recomendações de melhoria, em qualquer das seguintes categorias de objetivos de controlo:

- Eficácia e eficiência das operações;
- Fiabilidade da informação de gestão e financeira produzida;
- Cumprimento dos regulamentos internos e das normas legais aplicáveis.



Neste caso pretendeu-se a avaliação dos controlos, manuais e informáticos, instituídos nos seguintes processos de negócio: Produção; Faturação e contas a receber; Gestão de recursos humanos; Compras e contas a pagar; Gestão de existências; Imobilizado; Gestão de tesouraria; Contabilidade; Tecnologias de informação.

Para o efeito, referido pelo Tribunal de Contas, compete à Unidade de Financiamento e Contratualização a realização anual de auditorias à Faturação e à Codificação Clínica.

2. Recomendações (Páginas 25 e 26)

A. Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

1. **Recomendação Tribunal de Contas:** *“Acompanhar o processo de contratualização de modo a garantir que a produção contratada está ajustada à capacidade instalada e é coerente com os dados históricos de produção e as necessidades da população.”*

Esclarecimento ACSS:

- a. Em contexto de processo de contratualização, a fase de negociação, na qual são estabelecidas as quantidades a contratar por linha de produção, as quais procuram conciliar a capacidade instalada com as necessidades de cuidados de saúde das populações, é da responsabilidade das ARS através dos seus Departamentos de Contratualização. A Administração Central do Sistema de Saúde, IP, tem participado em algumas destas reuniões quando tal é solicitado pelas ARS.
- b. Como referido anteriormente, no âmbito do atual modelo sugere-se ainda a consulta Manual do Processo de Contratualização (disponível no site da ACSS) em que é claramente definida a fase de estudos e de planeamento que visa a maior fundamentação relativamente à identificação de necessidades em saúde que devem sustentar a compra de serviços pelas Regiões de Saúde.
- c. Saliencia-se ainda que, em 2012, pela primeira vez, a alocação de recursos para contratualização hospitalar a cada região de saúde considera as necessidades em saúde da população servida. Até ao momento, a distribuição de recursos financeiros dependia dos custos históricos gerados e pela capacidade de produção de cuidados de saúde de cada instituição. Ora, este formato tem vindo a demonstrar distorções em matéria de prestação de cuidados de saúde que importa corrigir. Com esta medida



pretende-se melhorar a equidade na alocação de recursos financeiros no sistema, permitindo adequar o financiamento de cuidados em saúde às necessidades das populações e fomentar a efetividade da prestação de cuidados de saúde

d. Durante o processo de Acompanhamento dos Contratos-Programa, levado a cabo entre a ACSS, através da sua Unidade de Financiamento e Contratualização, e os Departamentos de Contratualização da ARS, existiram por diversas vezes chamadas de atenção por parte da ACSS para a necessidade de uma melhor adequação das quantidades contratadas à capacidade instalada e à realidade dos dados de histórico. Na reunião ocorrida a 29 de Março de 2011 na ARS Norte para avaliação da execução do Contrato-Programa 2010 (ARS Norte) foi feita uma análise do desempenho das instituições com referência à atividade desenvolvida no ano de 2010, inclusive para o IPO Porto. No que respeita à produção de GDH cirúrgicos de internamento, nessa reunião, constatou-se a evolução positiva da atividade realizada relativamente ao período homólogo (+11.4%) e relativamente à meta contratualizada (+12.4%) para 2010, mas assinalou-se a divergência muito expressiva entre os valores contratualizados e a atividade realizada no IPO (+807%), resultante do valor contratualizado ser significativamente inferior ao ano de 2009, quando, aparentemente, não existia alteração de circunstâncias que justificasse tal contratualização.

	2009	2010	$\Delta\%2010/2009$	CP	$\Delta\% \text{ vs CP}$
IPO	3517	4901	39.4	540	807.6

e. Ainda relativamente aos GDH cirúrgicos urgentes (para o IPO Porto), verificou-se, em termos gerais, que a atividade realizada supera ligeiramente os valores verificados no período homólogo (+2.3%), superando simultaneamente a atividade contratualizada (3.7%), para 2010. Refira-se que o IPO apresenta atividade desenvolvida nesta linha de produção sem que tenha existido prévia contratualização da mesma em sede de Contrato-programa."

2. Recomendação Tribunal de Contas: "Realizar uma ação de auditoria à codificação clínica e à faturação dos contratos-programa dos Institutos de Oncologia, com vista à

9





verificação da conformidade da codificação clínica e da faturação dos episódios realizados aos beneficiários do SNS.”

3. **Recomendação Tribunal de Contas:** “Realizar ações de auditoria à codificação clínica e à faturação dos contratos-programa a outras unidades hospitalares, a fim de identificar eventuais práticas como a evidenciada na presente auditoria ou equivalentes e manter sob vigilância a faturação do IPO do Porto.”

Esclarecimento ACSS às recomendações 2 e 3: Em sede das auditorias à codificação e à faturação desenvolvidas pela ACSS anualmente, o registo de procedimentos com quimioterapia oral é um dos aspetos objeto de verificação. O decreto-lei nº 219/2007 de 29 de maio, estabelece na alínea u) do nº 2 do artigo 3º como atribuição da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) “realizar auditorias no âmbito das suas atribuições”, incluído assim a realização de ações de auditoria à codificação clínica e à faturação do contrato-programa.

Neste contexto, a ACSS tem tomado, anualmente, as medidas adequadas para garantir a qualidade da informação produzida, nomeadamente através da realização de auditorias à codificação clínica a todas as instituições, EPE. As auditorias externas à codificação clínica tem como objetivo verificar a conformidade ou não conformidade da codificação clínica dos episódios codificados e agrupados em GDH, com vista à garantia da qualidade da informação codificada em GDH, não tendo como objetivo, avaliar o nível de conformidade da faturação de prestações de saúde realizadas no âmbito da execução do contrato-programa, de acordo com as normas de faturação em vigor. Em termos de codificação clínica, considera-se um episódio “Conforme” quando a codificação respeita as regras de codificação clínica (regras da “ICD-9-CM”, *Coding Clinic* e os Consensos).

Concretamente no que diz respeito às auditorias orientadas às práticas de gestão do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto, informa-se o seguinte:

- a. Tal como recomendado à ACSS pelo Tribunal de Contas no Volume I – pág.25, do relatório de auditoria, em termos de calendarização para o ano 2012, estão agendadas auditorias à codificação clínica e faturação para os 3 IPO, nomeadamente, nos meses de maio (IPO Porto), junho (IPO Coimbra) e setembro (IPO Lisboa), a serem realizadas

10



de acordo com a metodologia constante no "Manual de Auditoria à Codificação Clínica e à Faturação do Contrato-Programa" (divulgado no site da ACSS).

- b. Salientamos, ainda, que tal como recomendado (Volume I – pág. 26), serão objeto de auditoria à codificação clínica em 2012, todas as instituições hospitalares EPE com duração de 1 ou mais dias de acordo com a dimensão da unidade hospitalar.

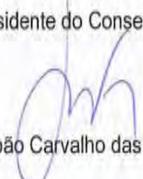
4. Recomendação Tribunal de Contas: "Emitir normas que clarifiquem os procedimentos faturáveis como sessões de Hospital de Dia."

Esclarecimento ACSS: Informa-se que as regras de faturação encontram-se plasmadas nas Circulares Normativas e Informativas de Faturação emitidas anualmente pela ACSS, disponíveis no site da ACSS, nomeadamente:

- a. Circular Normativa n.º11 de 2011 (07/Abril/2011) - Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas que devem ser cobradas pelas Unidades de Saúde ao abrigo do Contrato-Programa - Acordo Modificativo de 2011.
- b. Circular Normativa n.º8 de 2010 (28/Julho/2010) - Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas que devam ser cobradas pelas Unidades de Saúde no abrigo do Contrato-Programa - Acordo Modificativo de 2010.
- c. Circular Informativa n.º 1 de 22/02/2010 e Anexos Circ.Inf. N1 2010 - Esclarecimento às várias instituições do SNS em relação à Portaria 839-A/2009 de 31 de Julho.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo


(João Carvalho das Neves)





Vá responder a →
 Dete
 Fatura a novo
 ofício.
 28.02.2012

Administração Central
ACSS
 do Sistema de Saúde

ACSS-02937-12/FEB/17

Sua referência: Proc. 21/2011 – Audit

Já entregue
 Ao DAVI
 2012-02-

Exmo. Senhor
 Dr. José Tavares
 Director Geral do Tribunal de Contas
 Av. Barbosa do Bocage, 61
 1069-045 Lisboa

Nossa referência: 40-2012-UAGRA

ASSUNTO: Auditoria orientada às boas práticas de gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

No seguimento do V. fax n.º 82/2012 – DA VI.1, de 14 de fevereiro de 2012, relativo ao assunto em epígrafe, e de acordo com o solicitado, cumpre-nos informar:

Questão 1:

A ACSS não tinha conhecimento da faturação de quimioterapia oral pelo IPO Porto. No processo de validação dos ficheiros de produção a faturar e da conferência de faturas não é possível identificar situações indevidas de administração de quimioterapia oral codificadas como quimioterapia intravenosa (procedimento 99.25 da ICD-9-CM).

Em sede de auditoria à codificação clínica, tal como já referido no Contraditório da ACSS à auditoria processo n.º 21/11 – Audit do Tribunal de Contas, na página 6, no ponto 3, esclareceu-se:

«Nas auditorias realizadas, em 2009 e 2010, à Base de dados dos GDH de 2008 e 2009, respetivamente, eram objeto de auditoria à codificação clínica, os episódios de internamento e cirurgia ambulatória selecionados aleatoriamente da Base de Dados dos GDH (excluindo os GDH 409 – “Radioterapia”, GDH 410 – “Quimioterapia” e GDH 876 – “Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterapêutico” com menos de 24 horas – GDH de Ambulatório).



Ministério da Saúde

DETE 20 02*12 04132

Administração Central do Sistema de Saúde, IP

www.acss.min-saude.pt | E-Mail: geral@acss.min-saude.pt

Sede: Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel.: 217 925 800 | Fax: 217 925 848

Porto: Rua do Brinçes, nº 121 | 4050 Porto | Tel.: 223 401 300 | Fax: 223 401 333



Em 2010, com a elaboração do capítulo, do Manual de Auditoria Interna da ACSS, relativo à auditoria à faturação e codificação clínica foi definida uma nova metodologia de auditoria e identificação de riscos potenciais, de acordo com normas europeias referentes a esta área.

Assim sendo, nas auditorias realizadas em 2011, de acordo com a nova metodologia, estes GDH começaram a ser objeto de auditoria em todas as instituições hospitalares com a constituição de uma amostra com determinados pressupostos estatísticos e a população para a constituição das amostras aleatórias passou a ser constituída pela totalidade dos episódios de internamento e de ambulatórios agrupados em GDH. No entanto, estes episódios não constituem uma população homogénea em termos de "complexidade" de codificação.»

Em 2011 realizaram-se auditorias à codificação clínica aos 3 IPO. Relativamente ao IPO Porto auditaram-se aleatoriamente um total de 100 episódios, dos quais 22 eram referentes a episódios agrupados nos GDH 409 – "Radioterapia" e GDH 410 – "Quimioterapia", os quais foram todos considerados "Conformes" em termos de codificação clínica e faturação.

A ACSS enviou ao Tribunal de Contas através do ofício 13-2012-UAGRA, de 13 de janeiro de 2012, os relatórios das auditorias à codificação clínica realizadas aos IPO nos últimos três anos 2009-2011.

Questão 2:

A ACSS irá realizar ao IPO Porto uma auditoria à codificação clínica e faturação na segunda metade do mês de Abril de 2012, com a duração prevista de 2 dias: que inclui um dia destinado à auditoria extraordinária a episódios agrupados no GDH 410 – Quimioterapia (auditoria dirigida) para verificação da situação detetada pelo Tribunal de Contas de "faturação adulterada a ACSS de GDH 410 referentes à quimioterapia oral"; e outro dia dedicado à Auditoria aos episódios selecionados segundo a metodologia constante no Manual de Auditoria em vigor na ACSS para a produção de 2011.

Em relação aos restantes IPO, a ACSS realizará auditorias à codificação clínica e faturação de acordo com a calendarização proposta no contraditório, em virtude de não terem sido detetadas situações semelhantes ao do IPO Porto.



55



Todas as instituições hospitalares EPE serão objeto de auditoria à codificação clínica na qual será integrada a auditoria aos episódios agrupados no GDH 410.

Junta-se em anexo o cronograma preliminar do calendário de auditorias à codificação clínica para o ano 2012.

Questão 3:

As eventuais situações detetadas em sede de auditoria à codificação clínica referentes a quimioterapia oral são incluídas pela equipa auditora no item "não conformidade – codificação indevida" em virtude de serem situações não enquadráveis em agrupamento de GDH e respetiva faturação. Estes episódios são de seguida assinalados na faturação como "episódios auditados" e anulados nas respetivas faturas.

Questões 4 e 5 (1ª parte):

Vide páginas 8 e 9 do contraditório da ACSS à auditoria processo n.º 21/11 – Audit do Tribunal de Contas, no ponto 2. Recomendações, A), ponto 1.

Questões 5 (2ª parte) e 6:

A ACSS na circular normativa de faturação de 2011 n.º 11/2011/UOFC, de 07/04/2011 (publicada no site da ACSS), acautelando as situações referidas na questão n.º 5 do Tribunal de Contas, determinou no item XIII – Remuneração, no ponto 2 – Remuneração da produção marginal, alínea b):

«Se o volume da produção cirúrgica programada realizada em ambulatório ou internamento pelas unidades de saúde for superior ao volume contratado, cada unidade produzida acima deste volume será paga ao preço da Tabela do SIGIC. A remuneração ao hospital referente à produção cirúrgica programada marginal 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. Quando os procedimentos realizados correspondam a patologia neoplásica maligna devidamente documentada por exames de anatomia patológica, o valor a pagar pela produção cirúrgica é acrescido de 30%. O valor a





pagar pela atividade marginal no âmbito da Tabela do SIGIC não pode, em qualquer caso, ser superior ao preço da produção base contratada.»

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

(João Carvalho das Neves)



HOSPITAIS	Nº de Dias de Auditoria	Mês
Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga, E.P.E	1	Abril
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	2	Dezembro
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	1	Dezembro
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	1	Novembro
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	1	Novembro
Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.	1	Abril
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	2	Setembro
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	1	Maio
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	1	Dezembro
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	1	Julho
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.	1	Junho
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	2	Abril
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	1	Dezembro
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	1	Novembro
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	1	Outubro
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.	1	Maio
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	4	Abril
Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E.	1	Dezembro
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.	1	Junho
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	1	Julho
Hospital Distrital Figueira da Foz, E.P.E.	1	Novembro
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	1	Outubro
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	1	Agosto
Centro Hospitalar Barcelo/Montijo, E.P.E.	1	Novembro
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	2	Outubro
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	1	Outubro
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	1	Dezembro
Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.	2	Julho
Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E.	2	Novembro
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	1	Setembro
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.	1	Junho
Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E.	1	Dezembro
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.	1	Setembro
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.	1	Setembro
Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.	1	Abril
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	1	Outubro
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.	1	Outubro
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.	1	Agosto
Hospital de Faro, E.P.E.	1	Agosto
Nº Total Auditorias	48	

39 Instituições/Auditorias = 48 dias de auditoria

14 Instituições = 17 dias de auditoria	Norte
09 Instituições = 12 dias de auditoria	Centro
10 Instituições = 13 dias de auditoria	LVT
04 Instituições = 4 dias de auditoria	Alentejo
02 Instituições = 2 dias de auditoria	Algarve
AC - Auditor - Coordenador	
Ap - Auditor Apoio	



ACSS - 03692 - 12/MAR/12

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

Sua referência: Proc.n.º 21/2011-DA VI.1 Audit

Nossa referência: 65-2012-UAGRA

Exmo. Senhor
Dr. José Tavares
Director Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Assunto: Auditoria orientada às boas práticas de gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

No seguimento do solicitado por V. Ex.^a no fax n.º /2012 – DA VI.1 com referência, Proc. N.º 21/2011 – Audit, datado de 29 de fevereiro de 2012, relativo ao assunto em epígrafe, cumprenos informar:

Questão 1)
A situação detetada pelo Tribunal de Contas pode permitir o aumento do fluxo financeiro com origem no Orçamento de Estado. A ACSS reconheceu em anterior contraditório que a situação detetada é atípica e irregular. O valor apurado pelo Tribunal de Contas carece de melhor análise, disponibilizando-se esta Administração Central para o que se considere oportuno.

Questão 2)
A situação detetada pelo Tribunal de Contas cria distorções na alocação de recursos financeiros entre as entidades do SNS. Em relação à questão colocada não estamos em condições para responder com fundamentação técnica à mesma.

Questão 3)
A situação detetada pelo Tribunal de Contas é irregular, e como tal deverá ser revista para a instituição em causa e/ou sempre que se verifique em outras instituições, através da retificação da produção por linha de atividade dos contratos-programa.

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO-GERAL
12 MAR 2012
14:25
RECEPÇÃO

Ministério da Saúde
Administração Central do Sistema de Saúde, IP
Av. João Crisóstomo, nº11 | 1000-177 Lisboa | Tel: 217 925 800 | Fax: 217 925 848

BGC 12 03 12 05924

www.acss.min-saude.pt | E-Mail: geral@acss.min-saude.pt



A situação detetada pelo Tribunal de Contas é datada no tempo, sendo anterior ao Acordo de Assistência financeira decorrente do Memorando de Entendimento entre a União Europeia, FMI e Governo Português.

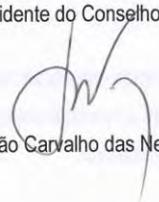
A ACSS e as ARS estão alertadas para esta matéria estando a implementar mecanismos para reduzir o risco de ocorrência deste tipo de situações. A título de exemplo, a ACSS irá propor à Tutela uma alteração do Contrato-Programa que estabeleça como teto máximo de faturação a valorização da produção contratada, independentemente, da realização de produção marginal/adicional entre linhas de produção.

O IPO Porto faturou a seguinte atividade cirúrgica programada adicional em 2009: 2.760 doentes equivalentes em "Internamento Cirúrgico Programado", no valor de €12.726.199,36 e 102 doentes equivalentes em "Ambulatório Cirúrgico", no montante total de €119.666,05.

Para 2010 o valor de produção cirúrgica programada adicional realizada e inscrita no Sistema de Informação de Apoio à Contratualização (SICA) será de: 4.244 doentes equivalentes em "Internamento Cirúrgico Programado", com o valor é de €21.152.944,8. Ao nível da linha de produção "Ambulatório Cirúrgico" não se encontra inscrita produção. Os ficheiros de faturação referentes à produção de cirurgia adicional do IPO Porto referentes a 2010, ainda não foram rececionados pela ACSS para se proceder à devida validação.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo


(João Carvalho das Neves)



4 – Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Conselho de Administração

Exmo. Senhor Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas Dr. José António Carpinteiro Av. Barbosa du Bocage, nº 61 1069-045 Lisboa

V/Ref.	Data	N/Ref.	Data
		CA – 022	2012-02-06

Assunto: Auditoria às práticas de gestão dos IPO's de Lisboa, Porto e Coimbra – Processo nº 21/2011

Em resposta ao relato de auditoria referente ao processo nº 21 /11 “ auditoria às práticas de gestão dos IPO's de Lisboa, Porto e Coimbra, apresenta o IPO de Lisboa os seguintes comentários:

A) Quanto às conclusões

Ponto1.1- O IPO de Lisboa todos os anos define as metas assistenciais bem como as metas económico financeiras com cada um dos serviços na base de um processo de participação que se inicia com uma proposta de objectivos preparada entre o Director de Serviço Clínico e o respectivo Gestor de área, proposta essa que é discutida serviço a serviço com cada um dos serviços clínicos e com todo o Conselho de administração e cujo resultado conduz ao Plano de Desempenho anual da instituição.

A referida proposta contempla ainda as necessidades de investimento que passam a integrar o Plano de Investimentos da instituição consoante a respectiva prioridade.

O IPO de Lisboa possui uma estrutura de organização que divide as áreas clínicas em áreas de gestão em cada uma das quais está colocado um gestor que sem hierarquia relativamente aos serviços clínicos dependem directamente do conselho precisamente para promover a participação dos serviços na definição dos objectivos de cada unidade.

O IPO de Lisboa promove projecções de impacto económico relativamente aos maiores investimentos especialmente após as recomendações do Tribunal e concorda que tais estudos são importantes mas sublinha que em função da natureza publica da instituição e da sua actividade principal que é a prestação de cuidados de saúde oncológicos não pode limitar a fundamentação das suas decisões a meros estudos de cálculo económico porquanto há que privilegiar a efectividade das decisões tendo em consideração os ganhos de saúde para a população, a integração dos cuidados de saúde oncológicos, as boas práticas em saúde e portanto a manutenção dos níveis de qualidade exigidos a uma instituição de referência como é o IPO.



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Conselho de Administração

O parágrafo final deste ponto parece esquecer que as competências de avaliação e aprovação de investimentos superiores a 2% do capital social são da responsabilidade do Ministério da Saúde que obviamente conhece o panorama nacional dos equipamentos de saúde bem como às ARS que têm específicas competências de coordenação a nível regional e que conhece como ninguém as necessidades de saúde da população da região.

Ainda assim o IPO de Lisboa promove sempre que possível a cooperação com outras instituições como foi o caso da Braquiterapia com o Centro Hospitalar Norte e a Radiocirurgia com o IPO de Coimbra ou a Fotoforese com o IPO do Porto até há bem pouco tempo.

Refira-se ainda que o IPO de Lisboa nas propostas de investimentos desta ordem tem cumprido com todos os requisitos que legalmente lhe são exigidos e apresentado todos os esclarecimentos e estudos complementares que lhe são pedidos.

Ponto 1.2.1- Estranha-se que não se promova neste ponto qualquer estudo comparativo e evolutivo do financiamento global das três instituições em correlação com a respectiva produção limitando-se este ponto a detalhar em sede de conclusões as questões da facturação da quimioterapia oral pelo IPO do Porto.

Estranha-se ainda mais, parecer não haver qualquer referência ao manifesto sub financiamento da quimioterapia oral que afecta em particular os IPOs devido ao elevado custo dos fármacos.

Quanto a observação a páginas 11 e 13 de que o IPO de Lisboa tem uma baixa taxa de ocupação em cirurgia de ambulatorio a mesma deve-se ao estrito cumprimento das normas relativamente á cirurgia de ambulatorio e ao facto de a proporção de cirurgias de ambulatorio oncológicas elegíveis ser bastante inferior a um hospital geral. Acresce que o IPO de Lisboa criou e equipou uma unidade de cirurgia de ambulatorio e criou condições num serviço para a aplicação do conceito de One-day-surgery no Serviço de Cabeça e Pescoço estando progressivamente a melhorar a actividade cirúrgica de ambulatorio.

Ponto 1.2.2- As conclusões deste ponto não levam em consideração as diferenças de estrutura entre o IPO de Coimbra e os outros IPO s que se traduzem em diferentes níveis de complexidade e severidade e mesmo de estrutura física, com natural impacto nos custos e na afectação de recursos.

Ponto 1.2.6- Regista-se com agrado o facto de o relatório reconhecer que em 2009 o Serviço de Radioterapia do IPO de Lisboa foi o mais eficiente não obstante a obsolescência do seu equipamento.

Ponto 1.2.7- No que respeita ao Serviço de Medicina Nuclear não se entende como se efectuem comparações de eficiência entre dois serviços com capacidades tecnológicas diferentes já que o IPO do Porto dispõe de um equipamento mais moderno e eficiente do que a tecnologia ultrapassada de que



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Conselho de Administração

dispõe o IPO de Lisboa que, sublinhe-se, desde 2011 compra PET-CT ao exterior a valores inferiores a 600 euros.

A comparação entre custos unitários de exames realizados nos Serviços de MN do IPO e do IPOL deverá ter em conta as diferenças tecnológicas existentes. É que no caso da PET-CT vs PET estamos em presença de diferenças com impacto directo ao nível da demora média de realização de cada exame e, consequentemente, do nº total de exames que potencialmente podem ser realizados.

No que diz respeito à afirmação de que o Serviço de MN do IPO de Lisboa tem fraca eficiência temos a referir que o Serviço de Medicina Nuclear do IPOLFG, EPE tem maximizado a sua eficiência, ao contrário do que diz o relatório, realizando um nº recorde de exames PET, não existindo listas de espera para realização de exames PET tendo os pedidos urgentes resposta imediata (<24h).

No que respeita ao projecto de instalação de um ciclotrão deve sublinhar-se desde já que o IPO de Lisboa é o maior consumidor público de FDG na sua região, sendo que esse consumo tenderá a aumentar no futuro e consequentemente é o local natural e lógico para a respectiva instalação.

O Centro Hospitalar Norte não possui um equipamento PET e obviamente não consome FDG para diagnóstico de doentes pelo que sempre o IPO de Lisboa teve dificuldade em entender a concorrência deste projecto.

Mas tendo ele sido lançado, o IPO de Lisboa acompanhou todo o processo do concurso do CHN e apenas lançou o seu quando se verificou que o mesmo estava votado ao insucesso. Lembre-se ainda que a empresa concorrente ao projecto do CHN não concorreu ao do IPO de Lisboa pelo não houve prejuízo para esse processo.

O IPOLFG, EPE iniciou o seu projecto de instalação de um ciclotrão em 2007 (muito embora os projectos para iniciais datassem de 2004) ano em que foi concedida a licença. A partir de 2009, e até ao lançamento do Concurso, foram analisados vários modelos de negócio. Em todos eram defendidos os interesses do IPOLFG, nomeadamente a inexistência de investimento público.

A análise custo-benefício efectuada teve por base:

- a existência de um único ciclotrão na zona de Lisboa, no caso o do IPOLFG que na altura era a única entidade pública detentora de licença de instalação,
- o documento elaborado pela DGS com o título “Rede de Referenciação de Medicina Nuclear”, onde é prevista a instalação de tecnologia PET-CT em várias unidades públicas do País,
- o projecto de aquisição de um PET-CT para o Serviço de Medicina Nuclear do IPOLFG, EPE, ficando assim, equipado com duas unidades para realização de exames. A instalação de uma segunda unidade permitira alcançar o consumo estimado em 5 anos de 14.400 doses.



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Conselho de Administração

O IPOLFG não estava, nem nunca esteve, na posse de informação que permitisse o cálculo de rentabilidade do projecto, uma vez que se trata de um negócio tecnologicamente complexo, com custos que as empresas do sector não fornecem. Acresce que, uma vez que o IPOLFG receberia uma % sobre a facturação da empresa concessionária, configurando a contrapartida financeira para a cedência dos terrenos, haveria uma indexação directa do benefício para o IPOLFG ao crescimento financeiro da empresa concessionária.

Ao lançar este projecto, o IPOLFG, EPE teve uma visão mais vasta do que apenas garantir o fornecimento de FDG a preços mais baixos. O FDG, sendo o primeiro radiofármaco de utilização massificada, é bastante inespecífico nas suas utilizações. Basta ver que este mesmo radiofármaco nos permite o estudo de tumores tão diversos como o melanoma maligno e o tumor do cólon. O futuro da tomografia de positrões passa pela introdução, já iniciada actualmente, de outros radiofármacos, de maior especificidade, aos quais o IPOLFG teria acesso em primeira mão e de forma privilegiada. Além disso, o projecto inclui uma vertente de investigação, que não foi considerada na presente avaliação.

O preço de 280 € por dose de FDG é o preço base do Concurso. Os concorrentes não o podiam ultrapassar, mas eram livres de propor outro valor, sendo avaliados em conformidade.

O Concurso previa, além disso, no ponto 2 da Clausula 1ª. do Código de Exploração, que o preço de FDG seria válido para os dois primeiros anos de exploração, sendo revisto em baixa a partir daí.

Pela natureza jurídica do modelo de Concurso adoptado, o IPOLFG não podia “proteger o prazo de aquisição dos radiofármacos ao concessionário”, tal como foi sugerido no relatório do Tribunal de Contas.

Durante todo o processo desenvolvido pelo IPOLFG, EPE, o ciclotrão instalado em Coimbra no ICNAS estava alocado a projectos de Investigação, de acordo com a orientação que presidiu ao seu financiamento (fundos comunitários). Tal como refere o Tribunal de Contas, apenas em 28 Dez 2011, este ciclotrão obteve do Infarmed licença para vender FDG, facto tornado público já em 2012.

Ponto 1.2.8.— Face às rígidas orientações e objectivos de contenção de custos com pessoal particularmente duras em 2012 não se vê como seja possível aos IPO contratar as dezenas de profissionais necessários à internalização deste serviço. Nem se vislumbra que instrumentos de gestão de recursos humanos existem hoje que permitam, ao contrário, a uma instituição como o IPO de Coimbra, ter a flexibilidade de gestão necessária para poder substituir os custos internos em pessoal por custos externos/prestação de serviços face à rigidez dos vínculos laborais.



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Conselho de Administração

As observações de opção por um sistema interno ou externo apenas fazem sentido com uma flexibilidade de gestão que os hospitais empresas há muito não possuem.

Acresce que as diferenças na qualidade percebida do questionário referido são desprezáveis e portanto não podem suportar as conclusões referidas.

Ponto. 1. 5 – Como atrás se referiu seria importante comparar a evolução do financiamento dos 3 IPO's ao longo do tempo para melhor compreender as diferentes situações económico-financeiras.

No que ao IPO de Lisboa diz respeito é importante salientar que as rubricas que desequilibram os resultados são as de Subcontratos e a queda dos proveitos

No caso dos Subcontratos estamos a falar do impacto negativo da radioterapia adquirida no exterior sendo importante referir que só por si o seu efeito não explica o resultado económico-financeiro devendo a análise incidir igualmente nos proveitos.

No que respeita às recomendações:

I Não pode deixar de se referir que a constituição de um centro ou grupo hospitalar não deve nem pode limitar-se á poupança de alguns poucos milhares de euros decorrentes de alguns lugares administrativos a menos porque, como o tribunal muito bem admite, os três IPO s conseguem coordenar-se para procederem a aquisições conjuntas com ganhos comprovadamente significativos.

Acresce que os verdadeiros ganhos em saúde e económicos são os que ocorrerão com a constituição de um Insitituto Nacional do Cancro com competências, inclusive, reguladoras, a nível nacional em termos de rede de oncologia. Particular atenção deverá ser dada ao modelo de governação por forma a não ser prejudicada a operacionalidade e eficácia das actuais instituições designadamente por perda ou limitação da sua autonomia de gestão e autonomia clínica.

Quanto às recomendações específicas.

- I- O IPO promoverá nos grandes investimentos os estudos necessários ao suporte económico das decisões de adjudicação mas sempre tendo em consideração que é uma instituição que presta cuidados de saúde integrados e que portanto são os resultados em saúde o seu desígnio final.
- II- Na medida em que sua estrutura física dividida por 15 pavilhões com grande dispersão de serviços o permite, o IPO de Lisboa tem promovido na sua requalificação a concentração de áreas afins para ganhar funcionalidade e eficiência.
- III- No que respeita ao cumprimento do principio da unidade de tesouraria do estado refira-se que as não conformidades existentes decorrem de situações pontuais de valor muito limitado que tenderão a desaparecer.



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Conselho de Administração

- IV- O IPO de Lisboa tem um projecto de revisão da Contabilidade Analítica em curso associado á segunda fase de implementação do projecto de implementação de um sistema de custeio por actividades para a qual obteve financiamento específico.
- V- Foram estudados outros processos conjuntos de aquisição com os outros IPO (exp- Energia eléctrica) que só não avançaram por razões de alteração do mercado. Nas áreas clínicas a harmonização torna-se mais complexa porquanto os três IPO têm em determinadas áreas comuns, padrões terapêuticos e de consumo diversos que devem ser harmonizados antes para se potenciarem maiores volumes de aquisições conjuntas.
- VI- Enquanto permanecer em vigor o actual esquema de referenciação de doentes oncológicos e permanecer inelástica a capacidade instalada do IPO inclusivè em termos de estrutura física torna-se difícil melhorar a capacidade de resposta. Não obstante os indicadores entre 2010 e 2011 evoluíram positivamente
- VII- É importante esclarecer que, nas reuniões semanais da Comissão de farmácia e terapêutica a avaliação dos pedidos individuais implica uma revisão permanente do desempenho do medicamento, i.e., cada novo doente que entra em terapêutica é avaliado com base no conhecimento acrescentado sobre o uso do medicamento na instituição. Por outro lado, existem avaliações formais em curso sobre medicamentos relevantes, de que se salienta o estudo sobre biosimilares de filgrastim e o estudo sobre utilização de trastuzumab em cancro da mama metastático.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Francisco Matoso

16/09/2012 09:02:58

6



5 - Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, EPE

02 2012 14:47 FAX 239484317

IPO COIMBRA

001

239484317



IPOCFG, E.P.E.

IPO COIMBRA - FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

IPO COIMBRA 08 02 12 0490

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Nossa referência
TCONTAS/SCA

Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto
Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra.

Em resposta ao ofício de V. Exas. n° 1317, refª DA VI -
UAT.1 - Proc. N° 21/11 - Audit, de 25 de Janeiro de 2012,
não pode o Conselho de Administração deixar de se
congratular com as conclusões do relato de auditoria no que
respeita às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Coimbra (IPOCFG, EPE).

Tem, todavia, o Conselho de Administração consciência de que
as auditorias constituem oportunidades valiosas de avaliação
e de melhoria das práticas gestionárias institucionais,
razão pela qual, concordando em geral com as conclusões e
acatando as recomendações formuladas no referido relato, vem
oferecer as alegações constantes no documento anexo.

Com os melhores cumprimentos.

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
O PRESIDENTE

(Dr. Manuel António L. Silva)

BTIC 08 02 12 03134

AF



08/02 2012 14:47 FAX 239484317

IPO COIMBRA

002

239484317



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

AUDITORIA ORIENTADA ÀS PRÁTICAS DE GESTÃO DOS INSTITUTOS DE ONCOLOGIA DE LISBOA, COIMBRA E PORTO. ALEGAÇÕES.

A. Ponto 1.2.6 Radioterapia.

Pode ler-se no Relatório (página 17) que o IPO de Coimbra evidenciou, em 2009 e 2010, custos unitários com a subcontratação de serviços de radioterapia convencional superiores aos dos restantes Institutos e, no ponto seguinte, concluem os Autores do Relatório que a divergência dos custos evidencia "falta de articulação dos Institutos na negociação da subcontratação deste tipo de prestação de serviços".

O IPO de Coimbra não adquire serviços de radioterapia ao exterior porquanto responde integralmente às necessidades dos seus próprios doentes e ainda assegura os tratamentos de todos os doentes da Região Centro (com exceção dos doentes dos HUC) referenciados pelas unidades hospitalares da Região. É assim agora e foi assim sempre ao longo da história de uma Instituição que comemora, este mesmo ano de 2012, meio século. Daí que a articulação do IPO de Coimbra com os restantes Institutos, especificamente para aquisição de serviços de radioterapia ao exterior, careceria de sentido uma vez que não faz parte do seu "plano de negócios".

O recurso do IPO de Coimbra a prestadores privados na área da radioterapia ocorreu apenas por duas vezes em toda a sua história:

A primeira em 2006, aquando das obras de remodelação do serviço para instalação dos novos equipamentos e apenas no período mais crítico da intervenção que obrigou à paragem dos tratamentos. Mesmo nesse período o IPO de Coimbra não deixou de assumir as suas responsabilidades perante toda a Região Centro, pelo que continuou a receber todos os doentes. A aquisição de serviços ao exterior, nessa época, foi precedida de consulta aos diversos prestadores privados, sendo a principal variável a capacidade para responder em tempo útil a um tão grande afluxo de doentes e só após confirmação de que nenhuma das Instituições do SNS, designadamente os Institutos e os HUC dispunham de capacidade de resposta.

A segunda e última vez ocorreu em 2009 (um reduzidíssimo número de doentes terminou os seus tratamentos já em 2010, mas foram iniciados em 2009), esteve relacionada com uma situação absolutamente excepcional e imprevisível e culminou na saída de 3 médicos especialistas para outra unidade hospitalar como, de resto, bem refere a nota 36 do Relatório. Em circunstâncias como aquelas, em que o que está em causa é garantir a continuidade de tratamento dos doentes, muitos deles já iniciados, não é possível compatibilizar a prioridade clínica com os procedimentos de consulta e negociação de condições.

Página 1 de 9

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 508 381 438

IPOCFG - Mod. 68 - Tipografia Com. Zêzere, Lda



08/02 2012 14:48 FAX 239484317

IPO COIMBRA

003

239484317



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

O processo de referenciação foi conduzido diretamente pela diretora do serviço de então e o prestador escolhido foi, uma vez mais, aquele que tinha capacidade para responder de imediato às necessidades e tendo em conta o bom desempenho em termos clínicos de que havia dado mostras em 2006.

Refere também o Relatório que aquela situação "foi o resultado de uma deficiente política de gestão de pessoal por parte do IPO de Coimbra que não acautelou, em devido tempo, a saída de especialistas da Instituição". Com o devido respeito, não pode o IPO de Coimbra estar mais em desacordo.

O IPO de Coimbra, desde o início do processo de empresarialização, definiu uma política de remunerações coerente e consistente relativamente à qual jamais abriu qualquer exceção. Isso significa que as remunerações pagas dentro de cada grupo profissional são exatamente as mesmas para o mesmo conteúdo funcional e carga horária e têm como referencial as remunerações das carreiras e categorias correspondentes em regime de contrato de trabalho em funções públicas.

Naturalmente que ao longo destes quase 10 anos muitas têm sido as pressões dos profissionais para "negociar" condições remuneratórias individualizadas, muitas vezes encorajados quer pela prática, quer por propostas concretas de outras Instituições. O IPO de Coimbra nunca trilhou esse caminho porque acredita que o vínculo dos profissionais com a Instituição se forja mais num projeto de qualidade e no prestígio associado à "marca" IPO e menos numa abordagem imediatista de competição pelos salários. E tem sido com esta postura de coerência que a Instituição tem sabido fixar os melhores. Daí que as saídas de profissionais, por razões meramente salariais, têm sido absolutamente insignificantes.

Entendemos que de cada vez que uma Instituição do SNS entra em competição direta com outra pela contratação de profissionais, exclusivamente alavancada no valor do salário, gera um único efeito que é o do aumento do preço do factor trabalho sem que a esse aumento esteja associado qualquer valor, sendo que muitas vezes o saldo chega mesmo a ser negativo em termos de valor acrescentado para o todo da rede pública.

É pois essencial esclarecer que, no caso dos três médicos especialistas que saíram em 2009, a única forma que o IPO de Coimbra tinha de "acautelar" a sua saída seria pelo aumento do valor dos respectivos salários e esse é um caminho que não queremos percorrer e que os bons resultados se têm encarregado de demonstrar que não deveria ter sido percorrido.

Página 2 de 9

Av. Bisseaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 051 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod. 68 - Tipografia Com. Zêzere, Lda



08/02 2012 14:48 FAX 239484317

IPO COIMBRA

004

239484317



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

De facto, passada a turbulência inerente ao processo negocial que encetaram com a Instituição que os contratou e à instabilidade que esse processo lhes causou e que diretamente esteve na origem da queda da capacidade de produção do serviço que originou a necessidade de recurso ao exterior, a saída daqueles três profissionais permitiu reorganizar o serviço de radioterapia, redesenhar processos e equipas e a Instituição passou a evidenciar um desempenho absolutamente notável, com uma média de 41.000 tratamentos por ano, respondendo às necessidades de toda a Região Centro, acolhendo e tratando doentes do IPO de Lisboa em técnicas específicas e ao abrigo de protocolos concretos e com o mesmo número de profissionais, uma vez que aqueles especialistas não foram substituídos, desde logo porque não existem especialistas no mercado para os substituir.

No entanto, tratando-se o IPO de Coimbra de instituição idónea para a formação médica pós-graduada em Radioterapia, foi possível, de forma planeada e sem comprometer os princípios contratuais anteriormente explicitados, sobretudo no que respeita às condições remuneratórias, continuar a investir na formação de internos, e assim garantir a contratação de novos médicos, repondo o stock de especialistas do serviço, e acautelando, deste modo, a resposta às necessidades dos doentes.

B. Recomendação III efectuada ao Conselho de administração do IPO de Coimbra, na página 27 do Relatório.

A análise e comentários aqui efectuados, no âmbito do ponto 1.2.6 Radioterapia, dão-se como integralmente reproduzidos como análise e comentário à recomendação III efectuada ao Conselho de Administração do IPO de Coimbra.

C. Na página 31 do Relatório são identificadas diferenças nos procedimentos e metodologias de registo de atividade e de imputação de custos que prejudica a comparabilidade dos IPOs, sendo o IPO de Coimbra referido em duas situações:

1. Não registou em 2008 e 2009 na respectiva secção auxiliar de apoio geral os custos com a subcontratação de roupa. De facto, identificámos um lapso no tratamento contabilístico na repartição dos custos com o tratamento de roupa, mas que efetivamente é uma informação disponível a qualquer momento, até porque o Plano de Contas prevê uma rubrica específica (622363) para o tratamento de roupa, uma vez que este serviço é subcontratado:

Página 3 de 9

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod. 68 - Tipografia Com. Zézero, Lda



08/02 2012 14:48 FAX 239484317

IPO COIMBRA

005

239484317



11/11

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

- Em 2008 o custo com a subcontratação de tratamento de roupa foi de 332.936,39 para um total de 309.859 quilos de roupa tratada, sendo o custo unitário de 1,07 € por quilo de roupa, ao qual deverá ser acrescido o custo de 97.020,46 € referente aos serviços internos de roupa, originando um custo total unitário de 1,39 € por quilo de roupa;
- Em 2009 o custo com a subcontratação de roupa foi de 326.139,40 € para um total de 292.341 quilos de roupa tratada, sendo os custos internos de roupa de 94.908,24 €, resultando num custo unitário de 1,44 €, o que resultou num aumento de 3,8%.

2. Centros de custo com custos diretos e indiretos registados mas sem produção/unidade de obra no serviço de viaturas no ano de 2009:

- A informação referente ao serviço de viaturas inclui um total de custos diretos de 87.389,93 € e custos indiretos de 12.333,97 €, tendo sido percorridos 198.331 km's;
- Resulta que o IPO de Coimbra apresentou em 2009 um custo unitário direto por quilómetro de 0,44 €, dos quais 0,20 € são referentes aos serviços dos motoristas.

D. Ponto 2. Recomendações. Ao Ministro da Saúde. Recomendação XI (página 25)

Embora estejamos perante uma recomendação dirigida ao Senhor Ministro da Saúde e, por conseguinte, colocada a um nível superior, entendemos que poderão ser úteis para a compreensão do enquadramento da recomendação os seguintes comentários.

Recomenda-se ao Senhor Ministro da Saúde que introduza *"medidas que sancionem eficazmente os gestores das entidades por atrasos na faturação de atos clínicos e encerramentos contabilísticos superiores a três meses"*.

Não questionando o acerto da proposta de sanções para atrasos superiores a três meses nos encerramentos contabilísticos, com a ressalva de que a sua aplicação deverá ser precedida de análise dos motivos desses atrasos aos quais os gestores poderão ser alheios, convirá esclarecer que o atraso na faturação de atos clínicos, no que ao IPO de Coimbra diz respeito, não depende em nada dos gestores ou da Instituição.

Com efeito, a faturação dos atos clínicos só pode ser remetida à ACSS quando aquele organismo dá autorização para o efeito o que, em regra, tem ocorrido próximo do final do ano. O envio de ficheiros com valores de faturação antes dessa autorização, não produz qualquer efeito porquanto não são validados e, como tal, não podem ser integrados.

Até lá, o valor recebido constitui "adiantamento por conta de serviços prestados" e os proveitos reportados constituem estimativas.

Página 4 de 9

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCRG - Mod. 08 - Tipografia Com. Zózora, Lda



08/02 2012 14:48 FAX 239484317

IPO COIMBRA

006

239484317



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Trata-se de um esclarecimento que nos parece importante para a compreensão da responsabilidade dos gestores no processo de faturação dos cuidados prestados no âmbito dos respectivos contratos programa.

E. Ao Conselho de Administração do IPO de Coimbra, EPE, recomendação II (página 27)

Recomenda-se ao Conselho de administração do IPO de Coimbra que institua "*medidas e procedimentos que garantam a fiabilidade dos registos de produção e de custos da contabilidade analítica*".

Analisado o Relatório não se identificaram quaisquer elementos que permitam compreender em que se sustenta a recomendação, no que aos registos da produção diz respeito.

Com efeito, o IPO de Coimbra sempre promoveu o maior rigor no desenho e parametrização dos seus sistemas de informação, por forma a que toda a produção seja objeto de registo, de forma automática, isto é, que seja o próprio software de gestão dos fluxos de trabalho a gerar a informação relativa aos atos clínicos realizados e não um operador a introduzir essa informação autonomamente.

Mas o rigor colocado no registo da produção visa promover outro objetivo essencial que é o da transparência do processo de faturação. O IPO de Coimbra procura registar e faturar toda a sua produção de acordo com as regras de faturação do contrato programa, no respeito integral por essas mesmas regras, sendo o sistema auditável a todo o momento.

No que se refere à contabilidade analítica, o Conselho de Administração tem enfatizado a sua importância como um instrumento de gestão e atribui-lhe enorme significado pelo facto de ser um instrumento crucial para a elaboração dos objetivos de contratualização interna e para a sua monitorização.

Além disso, a informação produzida pela contabilidade analítica é de especial utilidade à tutela no atual modelo de financiamento. Assim, parece-nos que a contabilidade analítica deverá ser encarada não tanto como uma ferramenta de análise económica ao nível dos serviços prestados, mas essencialmente como uma ferramenta que serve de pilotagem no atual contexto de contratualização com os Hospitais.

De facto, sendo, de acordo com o sistema de financiamento em vigor, os serviços prestados pelo hospital remunerados por linhas de produção, poderá estar um pouco esvaziado de sentido utilizar instrumentos que avaliem o custo de cada um dos atos, até porque o preço de referência não se altera em função dessa avaliação.

Página 5 de 9

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod. 68 - Tipografia Com. Zêzere, Lda



08/02 2012 14:48 FAX 239484317

IPO COIMBRA

007

239484317



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

O diferenciador dos preços de referência para cada hospital incide sobre o índice de case-mix e este já reflete a complexidade dos serviços prestados. Se no limite efetuarmos análises de custo-benefício ao ato médico poderíamos incorrer numa subversão das regras de faturação, o que no limite poderia ser indutor de alteração do mix de produção para cada um dos hospitais. Numa perspectiva de rede, julgamos que as decisões de gestão a este nível terão que ir além destas análises de modo a não provocar desequilíbrios no sistema. Competirá, deste modo, à administração central, através das agências de contratualização, identificar onde poderão ser rentabilizados alguns nichos de produção, sem pôr em causa a equidade e universalidade no acesso e a prevenção de situações que promovam a "seleção adversa".

- F. Na conclusão 1.1. é referido que o IPO de Coimbra "não utiliza sequer o cálculo económico como instrumento de suporte às suas decisões de gestão" e ao Conselho de Administração é recomendado que deve "assegurar que as decisões de maior impacto financeiro e os planos de investimento são precedidos de Análise Custo-Benefício, que previna uma racional (estudo de alternativas/escolhas) aplicação dos dinheiros dos contribuintes."

A Administração do IPO de Coimbra utiliza instrumentos de planeamento e de gestão para a condução dos destinos do hospital, e desde 2003 tem à sua disposição instrumentos de gestão previsionais anuais e plurianuais, assentes num Plano Estratégico de Médio e Longo Prazo em linha com o Plano Nacional de Saúde e com as linhas de orientação da tutela. Os Planos Plurianuais têm sido revistos e têm conjugado a estratégia institucional com as estratégias políticas ao longo dos últimos anos.

Das apreciações às análises custo-benefício e à "ausência da utilização do cálculo económico como instrumento de suporte às decisões", refira-se que nesta matéria o hospital sustenta o seu modelo de gestão no planeamento da sua atividade e dos recursos a empregar, sistematizando esta informação em instrumentos de gestão essenciais à condução da sua estratégia.

No que respeita à recomendação para utilização de análises custo-benefício, a que damos naturalmente acolhimento, iremos melhorar os instrumentos de análise já existentes. Contudo o IPO de Coimbra utiliza outras ferramentas além desta e que na nossa perspectiva têm produzido análises mais sustentadas do ponto de vista da adequação da formulação de escolhas racionais em saúde, designadamente análises custo-efetividade, custo-utilidade e minimização de custos.

Página 6 de 9

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod. 68 - Tipografia Com. Zêzere, Lda



08/02 2012 14:48 FAX 239484317

IPO COIMBRA

008

239484317



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Quanto à ausência do cálculo económico como instrumento de suporte às suas decisões de gestão refira-se a título de exemplo o instrumento de planeamento e de gestão de médio e longo prazo que incide na renovação da infraestrutura física e plataforma tecnológica – “Plano de Investimentos 2009-2015”, o qual foi precedido de um estudo de avaliação económica alinhado com o Plano Estratégico, para um valor global de investimento de 24.032.148 € e que obteve a aprovação da tutela em Agosto de 2009.

Na base deste Plano está subjacente uma identificação clara das necessidades existentes ao nível da qualidade do serviço prestado, mas também ao nível da renovação da plataforma tecnológica no domínio da oncologia, e que está vertido no Plano Estratégico da Instituição desde 2003. Consequentemente, e após identificação dos investimentos necessários à concretização da estratégia, foi elaborado um estudo de avaliação económica e financeira baseada nos pressupostos exógenos e endógenos ao Hospital.

Este estudo compreendeu uma análise prospectiva do período de 2009 a 2016, tendo como base o período de 2008, e assentou numa metodologia de análise de Custo-Benefício que consistiu em valorizar em termos monetários todos os efeitos previsíveis da decisão em causa, recorrendo-se para o efeito aos seguintes instrumentos:

- Análise da evolução da atividade e quantificação dos recursos a empregar ao longo do período de 2009 a 2016, baseada na capacidade instalada em 2008 e nas alterações originadas pelo investimento. A metodologia utilizada para quantificar os fluxos económicos da atividade e dos recursos foi a seguinte:
 - Determinação de um indicador que medisse o volume de atividade de forma agregada – Doente Padrão;
 - Quantificação dos doentes padrão pelas principais áreas de produção do Hospital (Cirurgia, Oncologia Médica e Radioterapia);
 - Utilização do método de custeio integral para cada uma das áreas de produção, identificando os custos fixos e variáveis e os custos diretos e indiretos, sendo possível deste modo determinar os custos unitários de cada doente padrão, bem como a sua sensibilidade às variações na procura;
 - Deste modo, foi possível determinar qual o *break-even* do projeto (doentes padrão de 16.468) face ao volume de atividade previsto (doentes padrão de 18.205) e comparar com a oferta existente no período de referência (doentes padrão em 2008 de 13.756).

Página 7 de 9

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod. 68 - Tipografia Com. Zézeze, Lda



08/02 2012 14:48 FAX 239484317

IPO COIMBRA

009

239484317



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

- Estes resultados evidenciaram um incremento em 32% no volume de atividade a custos controlados, além de produzirem melhores indicadores de qualidade do serviço (v.g., redução da demora média, aumento da taxa de ocupação, redução das infeções nosocomiais, aumento da cirurgia de ambulatório, etc).

— O aumento do volume de atividade em 32% reflete a previsão das necessidades de quem procura a diferenciação de um instituto compreensivo de cancro, e sustenta-se através de análises às tendências de evolução da doença oncológica que assenta por um lado no envelhecimento da população, e por outro lado na maior incidência do cancro provocado pelas alterações dos estilos de vida.

— O aumento dos custos unitários em apenas 2,78%, reflectidos a preços correntes, traduz-se num indicador que garante a viabilidade na utilização do dinheiro dos contribuintes pois a avaliação do binómio eficiência-qualidade, é manifestamente positiva nos ganhos de saúde da população.

Deste modo julgamos ter demonstrado que os benefícios económicos do projeto comportam os custos incrementais da atividade, garantindo um nível de eficiência bastante interessante, e garantindo uma oferta superior em quantidade e qualidade dos cuidados de saúde oncológicos prestados aos cidadãos da região centro, podendo assim continuar a assumir-se como o hospital de referência no domínio da oncologia nesta região.

— O Plano Financeiro e de Financiamento traduz as necessidades financeiras e a sua aplicação durante a fase de investimento e pós-investimento, designadamente através dos seguintes instrumentos:

- Plano de financiamento do projeto com a identificação das fontes de financiamento e com a determinação dos Meios Financeiros Libertos do Projeto, onde também se encontra identificado o Investimento/ Desinvestimento em fundo de maneio necessário, de modo a assegurar todas as necessidades de financiamento do ciclo de exploração.
- Determinação dos cash-flows operacionais resultantes da atividade durante e após o período de investimento e o seu contributo para assegurar o financiamento do projeto.

— Utilização de indicadores de avaliação qualitativa e económica de projetos de investimento:

Página 8 de 9

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod.- 68 - Tipografia Com. Zêzere, Lda



08/02 2012 14:49 FAX 239484317

IPO COIMBRA

010

239484317



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

- Matriz de análise do impacto da realização do investimento nas vertentes (Utentes, Financeira, Processos e Estrutura), e em cada uma das vertentes qual a perspectiva que maior relevância teria para esta análise. Da análise efectuada pelos diversos grupos de trabalho constituídos para o efeito resultou a MATRIZ de avaliação dos impactos que consta do Plano de Investimentos;
- Do ponto de vista da análise económica foram utilizados 2 indicadores de avaliação da viabilidade do projeto, nomeadamente:
 - a) VAL (Valor Acrescentado Líquido) no valor de 424.464 € e que mede a viabilidade do projeto de investimento através do cálculo do valor atual de todos os seus cash-flows atualizados a uma taxa de referência de 3,5%;
 - b) O Período de Recuperação do Investimento determinado foi de 9 anos.

Deste modo, estamos em crer que o IPO de Coimbra dispõe dos instrumentos adequados à tomada de decisões, pois os estudos elaborados permitiram ao Conselho de Administração decidir sobre a execução deste plano e aos Ministros da Saúde e das Finanças e da Administração Pública aprová-lo, conferindo-lhe deste modo uma importância relevante ao nível dos objectivos consagrados no Plano Nacional de Saúde.

Coimbra, 8 de Fevereiro de 2012.

Pe'l O Conselho de Administração

O Presidente

(Dr. Manuel António L. Silva)

Página 9 de 9

Av. Bissaya Barreto, 98 Apartado 2005 3001 - 651 COIMBRA
Telefone 239 400 200 - Fax 239 484 317
NIF 506 361 438

IPOCFG - Mod. 68 - Tipografia Com. Zêzere, Lda



6 – Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE



Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinheiro
Auditor-Coordenador do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

SUA REFERÊNCIA	DATA	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
v/ofício 001316	25.01.2012	33 / CA	2012.02.03

Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

Exmo. Senhor,

O Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPOPFG), vem remeter ao Tribunal de Contas de Portugal uma resposta em sede de contraditório, destacando a utilidade e a importância da auditoria efectuada, na qual se evidenciam problemas críticos, alguns identificados no passado pelo IPOPFG e que vieram a constituir áreas prioritárias de actuação da Administração nos mandatos recentes. Todavia, o mesmo relatório refere e ajuíza sobre outras circunstâncias aparentemente menos favoráveis. Estas dimanam de interpretações feitas sobre assuntos de elevada complexidade técnica e têm oportunidade de ser revistas/melhoradas à luz das explicações que se seguem. Numa lógica colaborativa, de apoiar a missão do digníssimo Tribunal de Contas de Portugal e de melhor esclarecer os destinatários do relatório de auditoria, o IPOPFG tem a dizer:

1. A auditoria dirigiu-se às práticas de gestão do IPOPFG, bem como dos Institutos análogos de Lisboa e de Coimbra. Em concreto, os auditores procuraram apreciar temas como: eficiência, eficácia, formas de análise custo-benefício, indicadores financeiros e aspectos relativos à prevenção da corrupção.
2. O IPOPFG, em geral e no período em apreço, sempre se pautou pela melhoria dos aspectos operacionais, da produtividade e pugnou pela sua sustentação económica na mais estrita obediência às leis do País e às orientações e condicionamentos próprios da sua actividade. Os importantes resultados atingidos não podem e não devem ser colocados sob suspeita por força de aspectos técnicos facilmente dirimíveis pelas instâncias próprias e especializadas na área da saúde. Por respeito à clareza que se pretende nesta resposta, a mesma vem dividida em 3 títulos e uma conclusão.



RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T: (+351) 22 508 40 00 E-MAIL: dirigo@ipoporto.min-saude.pt
F: (+351) 22 508 40 01

Capital Social: 39.900.000,00€ Registo na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57884 - NIICP 506 362 299

MEMBRO



QUALIDADE









I. Contrato programa: negociação e execução

3. Página 7, ponto 1.1., 3º parágrafo do relatório de auditoria: a condução de estudos económicos pelo IPOPFG para fundamentar decisões de grande impacto é reconhecida pelo Tribunal de Contas. No IPOPFG, estes trabalhos não têm por título "análise custo-benefício", mas correspondem na essência a estes, porquanto os custos e as consequências são valoradas e comparadas. Actualmente, vai-se mais além do que análises custo-benefício standardizadas e colocam-se opções e exploram-se alternativas (no processo de elaboração destes estudos, valorizando-se a discussão, a participação e o surgimento das melhores alternativas) próprias de projectos do tipo custo de oportunidade.
4. Página 8, ponto 1.2.: o Tribunal de Contas reconhece a melhoria generalizada dos indicadores de produção do IPOPFG, mostrando que este instituto está a corresponder em crescendo às legítimas expectativas de cuidados efectivos, atempados e com qualidade aos doentes que lhe são referenciados. Os doentes do IPOPFG, reconhece o Tribunal de Contas, são reais, são cada vez em maior número e são tratados com bons resultados.
5. Página 9, ponto 1.2.1., 3º parágrafo: incompreensivelmente, o Tribunal de Contas sugere que o IPOPFG deveria contratualizar os seus cuidados com prejuízo económico e que não deveria procurar o mix de produção que otimiza os seus recebimentos. Estando no contexto de uma auditoria às práticas de gestão das instituições não se percebe a incoerência e regista-se o desajuste do comentário, porventura radicado na falta de definição prévia de uma perspectiva de análise – se a das instituições, se a do SNS, se a da sociedade Portuguesa, etc. A perspectiva de gestão dos hospitais EPE é ditada por estatuto próprio e, salvo melhor opinião, deveria ser a adoptada por defeito nestas auditorias.
6. Página 9, ponto 1.2.1., 4º parágrafo: este parágrafo contradiz os anteriores. Nestes, o Tribunal de Contas reconhece a melhoria dos parâmetros de produção. Naquele 4º parágrafo fala em "multiplicação de prestações". Ora não existem no IPOPFG cuidados que não correspondam a necessidades dos doentes. E se não há cuidados virtuais, então é incoerente a acusação de falta de racionalização.

II. Facturação de quimioterapia

7. Página 10, ponto 1.2.1., 1º parágrafo e seguintes: de novo há aspectos de base que por não terem sido bem qualificados, implicam conclusões que perderão validade assim que aqueles sejam esclarecidos. A questão relativa à facturação da quimioterapia é acerca do modo de facturar alguns tipos de tratamento anti-neoplásicos, como são os de toma oral. É colocada agora pelo Tribunal de Contas, e pelo IPOPFG desde há vários exercícios.
8. Página 5: reconhece o Tribunal de Contas que a essência dos GDH's é ser um sistema de classificação de doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Retenha-se a palavra "similar" porquanto explicará muita da diferença de perspectiva do Tribunal e do IPOPFG.
9. Mais reconhece o Tribunal que (página 58, ponto 8.3. "quimioterapia"), quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com objectivo de tratar doença oncológica, e que a sua administração compreende as formas orais, endovenosas, subcutâneas, dentre outras.
10. De facto, alguns dos medicamentos usados em oncologia permitem a opção entre a formulação injectável ou oral. Outros medicamentos são apenas de toma oral. Geralmente estas são as



- moléculas mais inovadoras e mais eficazes. Seria, isso sim, iníquo negar aos doentes o acesso ao melhor tratamento por uma falha administrativa na definição do preço.
11. Para melhor compreensão deste problema e da solução para ele preconizada pelo IPOPFG, de forma responsável, transparente suportada em boas práticas, atente-se no seguinte:
- A grande maioria dos novos fármacos anti-neoplásicos é de administração exclusivamente oral ou mesmo subcutânea (o IPOPFG está envolvido num ensaio de fase 1 nestes medicamentos);
 - A sua disponibilização é feita em Farmácia de Ambulatório mediante prescrição médica em folha de terapêutica;
 - Nos fármacos em que existem formulações para administração endovenosa e oral, com igual eficácia terapêutica, não é ético não prescrever aquele que apresenta indiscutíveis vantagens para o doente;
 - O custo de tratamento com um novo fármaco de administração oral é, na sua quase totalidade, mais elevado do que o tratamento anteriormente preconizado, por via endovenosa;
 - Não existe no livro de codificação ICD-9-CM código para terapêutica anti-neoplásica oral;
 - Os códigos mais aproximados para codificação do procedimento são os 99.25 (Injection or infusion of cancer chemotherapeutic substance) e o 99.28 (Injection or infusion of biological response modifier(BRM) as antineoplastic agent);
 - Nos critérios para exclusão, nestes códigos, não figura a situação de agentes antineoplásicos orais;
 - Existe documentação da ACSS (eg: Circular Normativa nº 8 de 21.07.2008) aonde se esclarecem dúvidas, que remetem para facturação por GDH, *maxime* o 410, "todas as situações de administração de quimioterapia e de colocação de (...) independentemente da patologia e da especialidade";
 - A prática de uso do código mais aproximado é frequente, sobretudo em cirurgia, já que a técnica cirúrgica utilizada nem sempre está contemplada no manual de codificação;
 - Se a quimioterapia oral e em ambulatório for a forma clinicamente mais indicada de um doente receber determinada medicação, então em nome da eficácia e da eficiência no combate à doença, deve fazê-lo. Por seu turno, o gestor que não tem uma indicação expressa em contrário, deve facturar este acto e, na falta de uma referência específica, deve utilizar o GDH genérico e único de quimioterapia.
12. No passado, estes processos foram examinados por auditores da tutela e da gestão administrativa em saúde. A saber:
- Página 11, ponto 1.2.1., 2º parágrafo: o Tribunal de Contas reconhece que a ACSS faz auditorias anuais à codificação e que não levantou reservas neste tema em que o Tribunal de Contas escolheu deter-se. O Tribunal sugere que os processos em causa não foram analisados devido a um critério de auditoria e que, por essa via, o assunto passou despercebido. Não corresponde à verdade: facilmente se comprova que a auditoria da ACSS requisitou especificamente processos de doentes nestas circunstâncias. Assim, a ACSS analisou o assunto e não teve as dúvidas que o Tribunal de Contas teve. Acresce que a ACSS é uma entidade administrativa com especialização técnica e capacidades científicas para emitir opiniões neste assunto e tê-lo-ia feito se achasse necessário. Nesta eventualidade, o IPOPFG teria tomado medidas.
 - Em 2009, o IPOPFG foi auditado pela empresa Price, Waterhouse & Coopers (por ordem da ACSS) que concluiu pela qualidade das práticas de gestão e pela eficiência da sua



- gestão. De novo, uma entidade independente, especialmente habilitada e experiente em avaliar "gestão" a concluir pela posição do IPOPFG e a não ver irregularidade nos mesmos assuntos que o Tribunal analisou.
- c. O IPOPFG tem um fiscal único que tem procedido no cumprimento da lei e sem que alguma vez a sua actuação tivesse merecido reparo por quem tem direito e dever de o monitorar. Este fiscal nunca se pronunciou pelos detalhes técnicos agora interrogados, muito menos pela menor qualidade da gestão do IPOPFG.
13. Face ao problema levantado pelo Tribunal de Contas e à solução para o mesmo que o IPOPFG desenvolveu e já esclareceu, devem colocar-se três questões: primeiro, qual o impacto financeiro deste tema? Segundo, o que sucede/sucederia/sucedirá se nada for feito? Terceiro, que soluções há?
- a. O quadro seguinte resume a despesa do IPOPFG em medicamentos. Sendo esta uma área que deve, por diversas orientações e em face dos montantes envolvidos, merecer cuidada análise não se devem tomar medidas administrativas abruptas sem consideração pelo seu contexto:
- Consumo de medicamentos 2011 (euros)
- | | |
|------------------------------------------------|--------------|
| Internamento - citostáticos e imunomoduladores | 18,2 milhões |
| Internamento - antibacterianos | 2,8 milhões |
| Hospital de dia (adultos) | 16,0 milhões |
| Hospital de dia (pediatria) | 0,2 milhões |
| Ambulatório | 7,1 milhões |
- b.
- c. Se vingar a interpretação do Tribunal de Contas – de que utilizar o GDH 410 para facturar, na ausência de um código específico e sem a exclusão expressa de o poder fazer – então a medicação que está em causa fornecer, ou não, aos doentes são os 7,1 milhões reportados na tabela acima. Fica claro que, o SNS absorverá sempre estes custos, de uma forma ou outra – mas importa ultrapassar estes aspectos, justamente, “de forma” para as instituições se poderem concentrar em aspectos substantivos de gestão.
- d. Não há aqui uma verdadeira opção de gestão a ser tomada e muito menos que possa ser avaliada e imputada a uma equipa de gestão: neste momento, mais de 25% dos medicamentos de ambulatório existem em forma oral – uns permitindo a opção e outros em exclusivo nessa forma galénica. Ou seja, discutir isto é discutir contingências da inovação mundial.
- e. Se este assunto não for afinal claro para todos os *stakeholders* do SNS, a incerteza que se vai passar às instituições, aos profissionais e aos doentes será difícil de gerir, podendo mesmo implicar o afluxo para além das possibilidades de resposta de doentes aos IPO's (as últimas linhas em oncologia em Portugal) de outros hospitais e até de privados, a partir do momento em que estas instituições se vejam impedidas de ser ressarcidas do uso de medicação oral.
- f. Para além da solução preconizada pelo IPOPFG existem outras e avançam-se duas. Desde logo, proceder pela facturação destes doentes através de um preço compreensivo como em contexto de VIH/SIDA ou de diálises – esta solução levaria a algo muito próximo da situação actual. Esta solução é defendida pelo Presidente do Colégio de Oncologia da Ordem dos Médicos, em entrevista ao Jornal I, de 4 de Fevereiro de 2012.
- g. Em alternativa, as unidades do tipo IPO podem fornecer uma prescrição para o doente aviar numa farmácia de retalho, ou seja, transfere-se a entrega dos medicamentos ao doente para o retalho, com a comparticipação que se quiser atribuir, e tira-se este encargo



- dos hospitais. Esta solução é típica dos países nórdicos e explica porque é que aparentemente nesses Países se consomem menos medicamentos em hospital.
- h. A solução do IPOPFG é correcta do ponto de vista clínico e minimalista do ponto de vista burocrático porquanto importa apenas criar uma linha de produção para estes doentes ou, sem isso, ao menos esclarecer em definitivo se facturar pelo GDH 410 é lícito como se defendeu acima.
14. Em suma, se houver no tema da “facturação de quimioterapia” dúvidas administrativas ou técnicas, quer o Tribunal de Contas, quer o IPOPFG, sabem que os doentes não podem esperar pelo dia em que este esclarecimento venha. E quando este vier, depreende-se que virá ao encontro da visão do IPOPFG por ser a mais adequada de um ponto de vista clínico e administrativo, ratificando toda a prática administrativa e técnica desta instituição. O que é lógico e justo e transparente, é que estes actos sejam facturados pelo código “GDH 410 – quimioterapia”, porque o são de facto. Dado tratar-se de formulações recentes não tiveram ainda um consenso quanto ao processo administrativo embora, como reconhece o Tribunal de Contas, este processo esteja a ser ponderado pelas entidades competentes. Abordar-se este tema numa lógica de auditoria e falar-se de “faturação adulterada” constitui, com muito respeito, uma afirmação não demonstrada.
15. Fica claro que o Tribunal de Contas não encontrou uma prática censurável e escondida –pelo contrário, chegou a uma dúvida técnica razoável que diversas instituições do SNS conhecem e querem resolver.

III. Eficiência das instituições e da rede

16. Página 24, recomendação I a SE o Ministro da Saúde: sugere uma análise custo benefício à fusão dos IPO's para otimizar recursos. Ora essa optimização já existe porquanto os IPO's fazem compras em conjunto e coordenam a sua actividade. Estão dispostos a aprofundar a cooperação mas não há interesse em fundir: a literatura internacional sobre dimensões óptimas de unidades de saúde mostram que a dimensão eficiente de um hospital são 275 camas e que a partir de 600 os prejuízos são severos (os 3 IPO's fundidos redundam em mais de 600 camas) e essa literatura ainda mostra que a fusão pelo topo de unidades distantes é impeditiva de sinergias (eg, Troels Kristensen et al. (2008), Institute of Public Health, Department of health Economics, Faculty of Social Sciences University of Southern Denmark; Policy Brief do European Observatory on Health Care Systems; John Posnett, director do York Health Economics Consortium, University of York, BMJ 1999;319:1063–5). Por isso, a actuação actual é correcta, tal como é correcta a disposição para a organizar num grupo hospitalar, o que constitui uma boa prática de gestão.
17. A propósito das análises custo-benefício, profusamente defendidas no relatório de auditoria, recomenda-se uma revisão das suas limitações no sector da saúde em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter3Final.pdf>. Este relatório do Banco Mundial, e outros desenvolvidos por entidades especialmente competentes em matérias de economia da saúde, defendem outro tipo de análises actualmente em desenvolvimento no IPOPFG.
18. O relatório alude a outra auditoria, de 2011, ao modo de formação de preços no SNS (nº 30 de 2011, da 2ª secção). Ora este suporte é, de novo, um pressuposto enganador que corrompe as conclusões derivadas. Não é possível que diversas auditorias classifiquem o IPOPFG como uma instituição eficiente e uma determinada análise divirja fortemente desta conclusão. Sucede que o Tribunal de Contas subcontratou uma empresa e aceitou como boa a análise que esta lhe fez. Só que o método é errado e, por isso, as conclusões inaplicáveis. Explicando: o IPOPFG é um hospital



altamente diferenciado e complexo no âmbito do SNS; por isso, até para financiamento, a ACSS considera-o num grupo específico. Infelizmente, o estudo que apoia as conclusões do Tribunal afirma que o IPOPFG é ineficiente e que para se tornar eficiente deveria adoptar rácios (eg, de doentes/médico ou custos/cama) de hospitais como o de Anadia, de Cantanhede, de Guimarães ou de Vila Franca de Xira. Sem mais; o Tribunal de Contas não deveria ter aceite, ter pago e muito menos utilizado para criticar hospitais do SNS as conclusões deste estudo.

19. O IPOPFG está disponível para trabalhar com as diversas instituições de regulação e de supervisão para o desenvolvimento de indicadores de gestão que permitam um *benchmark* efectivo. A ACSS tem já algum trabalho técnico e científico desenvolvido neste domínio.
20. Para os efeitos desta parte da resposta oferece-se a título de exemplos evidentes os seguintes: primeiro, o IPO de Coimbra, apesar de se enquadrar genericamente na tipologia de carteira de serviços do IPOPFG, é diferente ao ponto de os seus custos não serem directamente comparáveis, porquanto não tem os serviços de pediatria, de hematologia, de transplantação de medula, de cuidados intensivos, de neurocirurgia, nem o de tumores ósseos e tecidos moles. Um outro exemplo da elevada diferenciação (e custo) do IPO Porto e que limita os hospitais comparáveis é a qualidade (necessária) do seu serviço de urgência, que está disponível 24h contendo: 2 oncologistas médicos, 2 cirurgiões, 1 anestesista, 1 intensivista, 1 pediatra, 1 oncohematologista, 1 stmo. Existem instituições Portuguesas (poucas) e internacionais que podem ter pontos de *benchmark* com o IPOPFG, mas para uma comparação genérica sobre práticas de gestão o procedimento reportado no ponto 18, e atribuído à consultora que o Tribunal de Contas contratou, importa uma impossibilidade clara para as suas conclusões. Um terceiro exemplo: o IPOPFG tem na sua unidade de transplantes de medula uma das maiores da Europa e é responsável por cerca de 50% dos transplantes feitos em Portugal – este grau elevado de diferenciação torna o IPOPFG uma esperança, muitas vezes bem concretizada, para os seus doentes, mas claramente torna-o num desafio difícil de analisar para os analistas, por falta de *benchmark* nacional compatível.

Conclusão

21. O IPOPFG congratula-se com a oportunidade de ser auditado pelo Tribunal de Contas de Portugal. Este escrutínio é inerente à elevada responsabilidade que lhe está estatutariamente atribuída e permite identificar oportunidades de melhoria, bem como a consolidar resultados e práticas que geram consenso e bons resultados. Nestes processos, porém, surgem questões que têm de ser esclarecidas.
22. Por exemplo, é possível esclarecer que o “plano de gestão de risco de corrupção e acções conexas” do IPOPFG foi aprovado pelo Conselho de Administração em 26.Outubro de 2011.
23. Este documento de resposta mostrou que não há más práticas de gestão no que apurou o Tribunal, mas antes que aquele relatório merece ser complementado e revisto em alguns pontos e em algumas interpretações. O próprio relatório de auditoria é prudente, na medida em que o carácter sóbrio das recomendações contende com os juízos de valor ou as tentativas de explicação aduzidos no corpo do texto.
24. O IPOPFG tem gerido a sua actividade dentro de estritos critérios clínicos e legais. Mais ainda, procura sempre oferecer aos seus doentes os melhores cuidados disponíveis. Devido a esta atitude responsável tem merecido lugar de destaque nos resultados assistenciais. Não é imaginável que no IPOPFG se possam assumir práticas clínicas ou de gestão que não correspondam ao melhor interesse dos doentes e da instituição, mesmo que os incentivos económicos ou administrativos abram outras opções (eg, usar quimioterapia injectável em vez de



dar oral porque esta é “melhor paga”; ou optar por tratamentos não orais, mas que são mais antigos e menos eficazes porque aí não se discute a admissibilidade da factura pelo código GDH 410).

25. Estamos portanto face a processos administrativos ultrapassáveis no quadro anual de negociação de contratos com a ACSS e não perante má gestão e, muito menos, perante falta de qualidade para com os doentes, de eficiência ou de eficácia. As observações anteriores mostram que, pelo contrário, o IPOPFG coloca o interesse dos doentes no mais elevado critério e que esta atitude é acompanhada de uma gestão rigorosa, disciplinada, transparente e pró-activa.
26. Os doentes com neoplasia maligna tratam a sua doença com drogas do grupo 16 do Infarmed, qualquer que seja o modo de administração. O GDH 410 designa-se “quimioterapia”, não fazendo distinções sobre o modo de administração. A listagem de procedimentos associada a este GDH precisa de ser actualizada e esta é, para o IPOPFG, a forma mais custo-efectiva de ultrapassar o problema actual. Tratar os casos de quimioterapia por via oral como doentes de ambulatório – que o são de facto – é racional, é coerente, é ético e é desejável.
27. O IPOPFG desde há vários anos lidera a minimização de tempos de resposta aos seus doentes, e também obtém resultados de destaque nacional e internacional no combate a várias formas de cancro. Estes resultados decorrem da preocupação da gestão em fornecer aos doentes a melhor opção de tratamento, de usar dos melhores métodos legais e éticos, e, em suma cumprir com a sua missão de dar o melhor cuidado às pessoas.
28. Por fim e por tudo isto, o IPOPFG não se revê em qualificativos como “faccioso”, “iníquo”, “insano” ou “vazio de significado” nem em afirmações de “faturação adulterada”. Este tipo de julgamento atira um labéu sobre um conjunto de profissionais muito vasto que investem o melhor dos seus esforços para que a instituição alcance e supere os objectivos anuais. Pese o sentimento de injustiça que esta apreciação nos gera, continuaremos a trabalhar bem como sabemos, nos limites da Lei e no melhor interesse do Estado, *ie*, o Governo da República e o seu Povo.

Sem mais a esclarecer de momento, ficamos contudo à inteira disposição de V. Exa.

Com os melhores cumprimentos.

Dr. Laranja Pontes
Presidente do Conselho de Administração



7 – Administração Regional de Saúde do Norte, IP

 Ministério da Saúde	 ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.	Ex.mo Senhor Director Geral da Direcção Geral do Tribunal de Contas	
CD 0687 09FEU12		Av. da República. 61- Apartado 14052 1064-808 Lisboa	
Sua referência	DATA	Nossa referência DC	DATA 09-02-2012
		INT-ARSN/2012/72	
Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra – Proc. N.º 21/11 - Audit			
Text:			
<p>Após análise do relato referenciado em epígrafe, especialmente no que concerne às suas conclusões e recomendações, cumpre-nos informar que tem sido preocupação desta ARS assegurar a contratualização de cuidados de saúde que respondam às necessidades da população, privilegiando o acesso e incentivando a prestação de cuidados em regime de ambulatório, aliás em consonância com a estratégia definida a nível nacional.</p> <p>O <i>plafond</i> financeiro regional afeto à contratualização nem sempre permite contratar quantidades de produção que maximizem a capacidade instalada das instituições, sendo esta atingida, muitas vezes, com recurso à realização de produção marginal. Todavia, compreendemos a recomendação que nos é dirigida, sendo certo que nunca foi intenção desta ARS subverter as regras da contratualização.</p> <p>No que respeita à questão suscitada pelo GDH Médicos de ambulatório no IPO do Porto, refira-se que esta ARS desconhecia qualquer irregularidade, na medida em que nenhuma auditoria realizada alertou para os factos agora evidenciados, pelo que foi contratado o que se entendia por ajustado às necessidades da população, nesta área tão crítica de cuidados em que esta instituição é a referência regional.</p> <p>Informamos ainda que face à conclusão relativa à codificação irregular do GDH 410 por parte da mesma instituição, a contratualização desta linha de produção será ajustada já no processo negocial de 2012.</p>			
Rua de Santa Catarina, 1288 4000-447 Porto		Tel. 22 551 24 00 Fax 22 550 98 15	arsn@arsnorte.min-saude.pt www.arsnorte.min-saude.pt



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Por último, gostaríamos de referir que esta auditoria veio reforçar a nossa convicção de que é essencial promover este tipo de acções, nomeadamente no âmbito do contrato-programa. Neste sentido, a ARSN, em 2010, iniciou um plano de auditorias, tendo seleccionado a área do Hospital de Dia de Infecçiology e Imunohemoterapia, uma vez que na esfera da codificação clínica a ACSS, IP, tem assegurado essa função de auditoria.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Dr. Castanheira Nunes
Presidente C. D.

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Fuq 3 propmts!
Pqntia coef novo
asim de bito
27.02.2012
J. F. L.

Ex.mo Senhor Diretor Geral

Tribunal Contas

Av. Barbosa du Bocage, n.º 61
1069-045 Lisboa

Sua referência	DATA	Nossa referência	DATA
		DC	22-02-2012
		INT-ARSN/2012/104	

Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão dos Institutos de
Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

Tema

Em resposta ao fax de V.ª Ex.ª, datado de 17/02/2011, no âmbito de auditoria orientada às
práticas de gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, informamos o
seguinte:

1. Perante uma proposta inicial do IPO Porto de aumento de produção em todas as
linhas de atividade que extravasavam largamente o *budget* estipulado para aquele
hospital, na proporcionalidade do orçamento da região, foi solicitado uma
reformulação da proposta que pudesse cumprir aquele desígnio, e que privilegiasse
os cuidados considerados mais indispensáveis à população face às necessidades
apuradas.

O julgamento da nova proposta apresentada, com enfoque na área de
ambulatorização de cuidados (que era também uma prioridade da região) em
detrimento da área cirúrgica, foi justificado pela necessidade de não reduzir a
componente do hospital dia, pela crescente procura (o IPO é uma referência na
região para este tipo de cuidados, designadamente na radioterapia) e porque havia
uma forma, regularmente definida (produção marginal), de suprir eventuais
necessidades de acréscimo de atividade cirúrgica para além do contrato, que não
coartava a resposta a quem necessitava daquele tipo de cuidados.

Assim, não existindo na ARSN qualquer conhecimento de irregularidades na
codificação dos GDH's médicos de ambulatório, foram contratualizadas quantidades,
nas diversas linhas de atividade, de acordo com aquilo que se considerou necessário
para responder às necessidades da população.

Rua de Santa Catarina, 1268
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

DTTC 24 02 12 04378



Como as fortes restrições orçamentais tornavam impossível o pagamento de toda a produção, entendendo-se que a proposta de pagar parte de atividade cirúrgica de internamento a preços mais baixos, isto é, a preços marginais, seria aceitável, dentro do princípio, de deixar em aberto um mecanismo que garantisse a satisfação das necessidades de saúde que eventualmente se colocassem, ao menor custo possível.

Note-se que a ARS Norte depara-se todos os anos com um problema de subfinanciamento e que, ao contrário de outras regiões de saúde, o montante financeiro afeto às unidades hospitalares serve para pagar produção, não havendo verbas de convergência para fazer face a custos de estrutura (exceção feita, por razões de interioridade, ao Centro Hospitalar do Nordeste).

No processo negocial, o problema que se coloca à ARSN é o de cortar na produção apresentada pelos hospitais, tendo consciência que nalgumas áreas não estaremos, por via da contratualização da produção base, a maximizar a capacidade instalada, o que constitui um fator não desejável.

Em 2010, a ARS enfrentou um problema acrescido por força do despacho do então Secretário de Estado da Saúde que estabeleceu que os contratos-programa passariam a integrar os subsistemas públicos. O montante estimado para suprir esta nova necessidade veio a revelar-se insuficiente, o que agravou o subfinanciamento das linhas de produção.

Em suma, o contrato-programa celebrado com o IPO procurou responder à abrangência das múltiplas linhas de atividade, e com os dados disponíveis naquela altura, pareceu à ARS, ser a forma que melhor respondia às necessidades da população.

Os dados novos agora revelados poderão suscitar julgamentos de má-fé negocial, o que sublinhe-se, nunca esteve em causa. Isto não invalida (confirmados os factos relatados), a nossa concordância na anulação da faturação indevidamente registada e subsequente exclusão dessa produção de futuros contratos-programa.

2 – Relativamente ao ponto 2, esta ARS entende que não foram geradas iniquidades no sistema de financiamento uma vez que se conteve o crescimento do contrato-programa do IPO dentro de valores históricos, não implicando desvios da dotação orçamental de outras unidades hospitalares.



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

3 – Na sequência da referida reunião foi decidido que no contrato-programa 2011, esta atividade deveria ser reavaliada tentando ajustar as quantidades para valores mais consentâneos com a atividade efetiva.

Por fim informamos que, em anexo, segue o relatório da auditoria realizada ao Hospital de Dia de Imunohemoterapia que ainda se encontra em fase de contraditório. As restantes auditorias efetuadas por esta ARS, nomeadamente ao Hospital de Dia de Infeciologia e Cedência de Medicamentos em Ambulatório, não incidiram sobre o IPO.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Diretivo

Dr. Castanheira Nunes
Presidente C. D.



5- 3-12; 17:02 ; A. R. S. NORTE

; 351225509815

1/

351225509815



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Ex.mo Senhor Diretor Geral
Tribunal Contas
Av. Barbosa du Bocage, n.º 61
1069-045 Lisboa
Portugal

Sua referência	DATA	Nossa referência	DATA
Processo nº 21/11-AUDIT	29/02/2012	DC	02-03-2012

Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

Texto

Em resposta ao fax de V.^ª Ex.^ª, datado de 29/02/2011, no âmbito de auditoria orientada às práticas de gestão dos Institutos de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, informamos o seguinte:

Pergunta 1- Nos termos da simulação ensaiada, correspondente a um cenário de estrita atualização da produção de 2008, com manutenção do valor global do contrato-programa de 2009, valida-se o acréscimo financeiro sugerido. Todavia a validade do exercício de simulação apresentado é comprometido por duas ordens de razões:

a) Não tem em conta as diretrizes/orientações decorrentes do processo negocial com os hospitais que, no caso em apreço e, como já referido em anteriores documentos, reforçou o enfoque na área de ambulatorização de cuidados, face à avaliação das necessidades efetuadas e contratualmente firmadas.
Acresce que assumir uma transposição linear dos pesos históricos relativos das diversas linhas de produção corresponde a uma autolimitação das virtualidades expressas do processo de contratualização em saúde;

b) Atente-se igualmente que no cenário apresentado no Quadro 5 (Execução Contrato-Programa-hipótese de trabalho), deixam de ter qualquer tipo de financiamento cerca de 37.000 GDH Médicos de ambulatório que valorizados ao preço base correspondem aproximadamente a 11 milhões de euros.
Neste pressuposto a aplicação do cenário proposto levaria a um sub-financiamento do hospital, para fazer face às respostas que havia necessidade de dar na área do ambulatório médico, como a sua concretização o demonstra.

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax. 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Por último, gostaríamos de referir que esta auditoria veio reforçar a nossa convicção de que é essencial promover este tipo de acções, nomeadamente no âmbito do contrato-programa. Neste sentido, a ARSN, em 2010, iniciou um plano de auditorias, tendo seleccionado a área do Hospital de Dia de Infecçologia e Imunohemoterapia, uma vez que na esfera da codificação clínica a ACSS, IP, tem assegurado essa função de auditoria.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Dr. Castanheira Nunes
Presidente C. D.

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt



8 – Reitor da Universidade de Coimbra



Exmos Senhores
Direção-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, nº 61
1069 – 045 Lisboa

Carta registada c/AR

Ofício nº 49/GR
Paço das Escolas, 8 de Fevereiro de 2012

Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

Dando cumprimento à notificação emanada por essa Direção-Geral, através da referência DAVI-UAT.1 , Proc. Nº 21/11 – Audit, no âmbito do assunto mencionado em epígrafe, vimos informar que o Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde da Universidade de Coimbra (ICNAS/UC), através da sociedade ICNAS-Produção já é detentor de Autorização de Introdução no Mercado para a FDG desde 28 de Dezembro de 2011 e está em condições de fornecer o citado radiofármaco a todos os hospitais públicos e privados do país que dele necessitem.

Com idêntico propósito, informa-se que a capacidade de produção instalada no ICNAS/UC é suficiente para suprir todas as necessidades de FDG do país sem prejuízo das suas actividades clínicas e de investigação.

Importa referir que, neste momento, está em fase final de licenciamento um ciclotrão privado no Porto, sendo entendimento desta Universidade que, este ciclotrão apesar de não ser estritamente necessário, face às necessidades do país e à capacidade já instalada, virá contribuir, assim esperamos, para uma saudável concorrência no mercado nacional.

Acresce referir que a eventual instalação de um terceiro ciclotrão no país vem elevar a capacidade de produção instalada para níveis que manifestamente o país não necessita, colocando em causa a viabilidade económica do projecto privado do Porto e a sustentabilidade do projecto científico do ICNAS/UC.

Por último, é importante salientar que por sermos detentores de um equipamento Tomógrafo PET/CT tem sido possível ao ICNAS/UC realizar exames para o Serviço Nacional de Saúde, a preços altamente competitivos face aos valores de mercado, sendo expetável que, também pelo efeito de escala, os preços praticados possam vir a ser, no curto/médio prazo, ainda mais atrativos.

Com os meus melhores cumprimentos,

O Reitor,

João Gabriel Silva
BGC 10 02 12 03259



9 – INFARMED–Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP



008192 10.FEV.12



N. Ref.: CD/058/2011
Tel. Directo: +351 21 798 72 41
Fax: + 351 21 798 71 20
E-mail: Rita.bastos@infarmed.pt

Exmo. Senhor
Dign.º Director-Geral
Juiz Conselheiro José F.F. Tavares
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

ASSUNTO: Auditoria orientada às práticas de gestão Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, DAVI – UAT.1, Próc. N.º 21/11- Audit

Na sequência do Relatório de Tribunal de Contas sobre a auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, em que no ponto 2. se recomenda ao Presidente do Conselho Directivo do INFARMED, I.P. a adopção de procedimentos expeditos de autorização de introdução no mercado e avaliação económica no caso da ¹⁸F-FDG produzido pelo Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde da Universidade de Coimbra (ICNAS), temos a informar do seguinte:

1. O ICNAS possui certificado de Boas Práticas de Fabrico emitido pelo INFARMED, I.P. a 21-12-2010 para a produção de radiofármacos.
2. O INFARMED, I.P. identificou desde o inicio a importância deste processo e da consequente urgência na avaliação do pedido de autorização de introdução no mercado (AIM) do medicamento Fluodesoxiglucose ¹⁸F-UC, cuja substância activa é ¹⁸F-FDG.
2. O pedido de autorização de introdução no mercado para o medicamento Fluodesoxiglucose ¹⁸F-UC foi submetido ao INFARMED, I.P. a 21.11.2011, tendo sido autorizado a 28-12-2011, isto é, 37 dias quando o tempo médio de avaliação por procedimento nacional é de 170 dias.
3. De referir ainda que, sendo esta substância activa já utilizada pelo SNS, não necessita de avaliação económica prévia para a aquisição pelos hospitais.

A importância deste produto, em particular, resulta do facto de Portugal importar actualmente a quase totalidade de radiofármacos que utiliza nas câmaras PET (Tomografia por emissão de protões).

DGTC 10 02'12 03357

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
Parque de Saúde de Lisboa - Avenida do Brasil, 53
1749-004 Lisboa - Portugal

Tel: +351 217 987 100 Fax: +351 217 987 316 Website: www.infarmed.pt Email: infarmed@infarmed.pt



Tendo em conta o rápido decaimento radioactivo neste fármaco (semi vida do ^{18}F é de 110 minutos), a importação a partir de Espanha resulta em apenas 10% da actividade radioactiva à chegada ao destino.

Em consequência, a mesma quantidade de fármaco quando produzida próximo do local de utilização pode ser administrada a um maior número de doentes, permitindo uma maior rentabilidade dos custos associados à utilização deste medicamento.

De referir ainda que, na situação actual, a utilização deste medicamento resulta num custo de cerca de €5 milhões, podendo a entrada no mercado deste novo medicamento reduzir aquela despesa em €2,5 milhões.

O INFARMED, I.P. em situações semelhantes assumirá sempre a posição de acelerar o procedimento sem por em causa as exigências na avaliação da qualidade, segurança e eficácia durante o processo que conduz à autorização de introdução no mercado.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Jorge Torgal
Presidente do
Conselho Directivo



10 – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE



Exmº Senhor
Dr. José António Carpinteiro
M.I. Auditor-Coordenador
Direcção-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Lisboa,

N/ Ref.º: L 0230 *09.02.12
Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra (Ref. DAVI – UAT.1, Proc. nº 21/11 – Audit).

Pelo ofício nº 1327, de 25 de Janeiro de 2012, foram solicitadas à SPMS, EPE as observações que tivesse por convenientes ao relatório preliminar de Auditoria do Tribunal de Contas orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra.

- O problema

Concretamente foi suscitado o comentário no que concerne às conclusões e recomendações sobre a vinculação dos Institutos de Oncologia aos contratos públicos de aprovisionamento, objeto do ponto 8.3 do relato.

Em particular desenvolve-se uma teoria e recomendação que assenta nas seguintes hipóteses e raciocínio dedutivo:

Hipótese 1 (H1) - (ponto 1.2.5) O surgimento no mercado, de medicamentos genéricos durante o período de vigência de um acordo quadro celebrado pela central de compras do Ministério da Saúde, ao qual os Institutos de Oncologia estejam vinculados pode impedir a obtenção de poupanças, caso a empresa pratique preços mais económicos.

Hipótese 2 (H2) – A exigência de necessidade de dispensa pelo membro do governo responsável pela área da saúde pode constituir um obstáculo administrativo à obtenção do melhor preço.

Recomendação (R) – A não vinculação aos contratos públicos de aprovisionamento sempre que as entidades públicas empresariais obtenham, comprovadamente, preços mais económicos junto de outros fornecedores, após consulta prévia ou simultânea aos fornecedores reconhecidos pelos contratos de aprovisionamento e desde que notificado à central de compras, constituirá uma opção menos burocrática, mais



económica e eficiente. Esta situação é especialmente relevante no atual contexto de contenção de custos.

Esta recomendação aparece depois com o número IX, dirigida ao Ministro da Saúde sem os sublinhados anteriores e acrescentando-se que a informação deve ser suportada em fundamentação técnica e realizada por uma entidade independente e, jamais, por entidade interessada no processo, designadamente pela central de compras do setor de saúde.

- A teoria aplicável

A literatura científica¹ sobre o assunto ainda que não abundante do ponto de vista das compras centralizadas e utilização de acordo-quadro, em conjugação com as teorias de negociação, convergem nas seguintes conclusões:

C1 – Um maior volume de aquisição, através de economias de escala, deve produzir uma redução do preço de aquisição.

C2 – Os acordos-quadro ao retirarem carga burocrática ao processo final de aquisição, reduzem custos de contexto para ambas as partes sendo por isso mais eficientes na compra repetitiva ou em conjunto.

C3 – O sistema de duas fases (seleção e *call-off*) tem vantagens sobre o sistema de uma única fase quando os mercados são dinâmicos.

Com base na teoria económica geralmente aceite e aplicando ao caso concreto da saúde, a SPMS, EPE tem desenvolvido a seguinte estratégia:

- 1) Os Acordos-Quadro (AQ) devem ser desenvolvidos - com base em C1 e C2,
- 2) Os AQ são desenvolvidos em duas fases, podendo inclusive a fase de *call-off* permitir o leilão eletrónico – com base em C3

¹ Referências consultadas

- a. "Centralized Purchasing Systems in the European Union" – OECD (2011); sigma Papers #47
- b. "Framework Agreements" – OECD (2011) – Brief #19
- c. "Economic issues in Public Procurement" – OECD (2011) Brief #2
- d. "Framework agreements and repeated purchases" – Gian Luigi Albano et al; 2010
- e. "Flexible Strategies for Centralized Public Procurement", Gian Luigi Albano et al; 2010 – Review of Economics and Institutions;
- f. "Are IDIQS Efficient?" – Christophjer R. Yukins – 2008 – Public Contract Law;
- g. "Challenges of Purchasing Centralization" – Tese de Doutoramento de KAtri Karjalainen; Helsinki School of Economics – 2009;
- h. "Os acordos-quadro no direito da Contratação Pública" – Tese de Mestrado de Lara Sofia Pinto – Universidade Nova de Lisboa 2011.



- 3) Os AQ na primeira fase – seleção, não devem ser meras listas de inscrição de fornecedores, mas pela fixação do número de concorrentes admitidos (os $n < \text{universo com melhor preço-base}$) deverão constituir um primeiro esforço de redução de preços. Se é verdade que os grandes consumidores podem obter poupanças significativas na fase de *call-off*, os pequenos consumidores, obtêm assim um melhor teto de preços.
- 4) Os AQ poderão ser tornados obrigatórios por decisão do Ministro da Saúde.
- É esta faculdade que torna mais competitivo o AQ, pela possibilidade que contém de punição aos piores preços, que ficarão fora do mercado pelo período de vigência do AQ – vide também 6).
- 5) A decisão de tornar obrigatórios os AQ é posterior ao desenvolvimento do concurso de seleção.
- Se o mercado fosse de concorrência perfeita, esta decisão poderia ser “*a priori*”; contudo dada a carência de empresas concorrentes, para diversos itens e com o fim de evitar um fecho do mercado quer por métodos administrativos (tentativas de exclusão dos concorrentes por alegados aspetos formais) quer pela defesa de patentes contra genéricos; entendemos que face às circunstâncias concretas esta decisão deve ser submetida à decisão do Ministro da Saúde, fundamentadamente.
- 6) Os AQ devem ter uma vigência anual. Assim se adequa a punição às empresas/propostas não selecionadas e abre-se a entrada de novos produtos nomeadamente genéricos com uma periodicidade adequada.
- 7) Em casos devidamente justificados, as entidades vinculadas aos AQ podem ser dispensadas de obrigatoriedade de aquisição via *call-off* do AQ, pelo Ministro da Saúde após parecer da SPMS, EPE. Esta capacidade é possível pelo que se disse em 5). Dado que a decisão de obrigatoriedade do AQ foi tomada após a apresentação das propostas, os concorrentes não podem invocar que os seus preços podem ser alterados em alta. Apenas tinha sido constituída uma expectativa mas não uma garantia de obrigatoriedade do AQ.

Deve ser a SPMS, EPE, a entidade a dar o parecer que habilita o Ministro da Saúde a decidir, já que:

- i) É a entidade no Ministério da Saúde que pode tecnicamente pronunciar-se sobre os méritos da proposta;
- ii) Tem uma perspetiva global dos efeitos de decisão no caso em apreço e efeitos no princípio geral da estabilidade das relações entre a central e os fornecedores;
- iii) Ao contrário do afirmado e não suportado em evidência, a SPMS, EPE, não tem qualquer interesse material no processo; não sendo remunerada por operação ou pelos fornecedores nem se apropria de nenhuma parte de poupança.

- Aplicação aos casos em análise na auditoria

Nos casos que se tem apresentado no relato de auditoria, descrevem-se as seguintes situações que merecem o seguinte comentário:

- 1) – Uma determinada posição do AQ tem apenas um concorrente (em virtude de patente ou por outras razões processuais).

Neste caso a SPMS, EPE concorda que para a posição específica o AQ não deve ser vinculativo – se se trata de uma patente em vigor a vinculação é irrelevante e se o não for está a criar-se um monopólio.



2) – Entra no mercado um outro produto não incluído no AQ por inexistência à data de constituição do AQ. Deve a vinculação do AQ ser suspensa?

A análise e parecer depende das circunstâncias concretas a avaliar, no entanto não podemos deixar de referir que regra geral (e um especial para os medicamentos adquiridos pelos IPO), uma aquisição relevante (em montante e poupança) implicará fora de um AQ um processo de concurso público com publicidade internacional que terá uma duração aproximada de 6 meses. Não temos conhecimento de entidades que tenham solicitado a dispensa da vinculação para o lançamento de tais procedimentos. O que não pode certamente o Tribunal de Contas concordar é que seja solicitada uma dispensa de um AQ (que foi objeto de concurso público internacional) para uma entidade fazer um ajuste direto ao arrepio das normas legais como parece ter sido o caso em análise. Com efeito, esta prática foi severamente sancionada pela firme decisão proferida pela jurisprudência citada no relatório em apreço (cf. Acórdão do TCAS proferido no Processo nº 07832/2011 de 22/09/2011), segundo o qual “a alegada poupança ou as invocadas razões económicas não poderão nunca servir para fundamentar o desrespeito das regras de aprovisionamento público”.

3) – Uma entidade pode comprovar que obtém preços mais económicos junto de outros fornecedores, após consulta prévia ou simultânea aos fornecedores reconhecidos pelos AQ?

Ainda que exista norma habilitante, (que desconhecemos), que permita consultar previamente os fornecedores, para depois adjudicar a um outro fornecedor, entendemos ser este procedimento pouco transparente e de equidade mais que duvidosa.

E estes valores (transparência, equidade) a SPMS tem como superiores ao valor de economia em geral e “especialmente no atual contexto de contenção de custos”.

Quanto à hipótese de consulta simultânea, estaremos por certo a tratar de um procedimento concursal com a mesma amplitude e publicidade que o que originou o AQ e que deve ser precedido da necessária autorização de não vinculação.

É importante notar que não podem as entidades associar o preço de catálogo a algo mais que o preço-base máximo sujeito a competição no processo de *call-off*.

A experiência tem-nos demonstrado que nesta fase se podem obter ainda poupanças consideráveis em concurso, e ainda não utilizámos os leilões eletrónicos.

4) – Uma entidade pode subtrair à concorrência um artigo, porque um fornecedor lhe oferece através de protocolo, um determinado *rappel* se a entidade atingir determinados volumes de faturação com produtos exclusivos e outros concorrenciais?

Esta situação descrita na caixa “o caso particular do anastrozol no IPO do Porto”, levamos aos seguintes comentários.



Como o Tribunal de Contas já identificou, e bem, o termo Protocolo tem sido aplicado a algo que é verdadeiramente um contrato. E mesmo que não implique diretamente despesa pública, proporciona pelas obrigações entre as partes (que envolve negociação) por certo, um determinado benefício económico. De outra forma os fornecedores teriam publicado universalmente as condições de desconto e neste caso deveria ser o SNS como um todo, eventualmente através de reembolso à ACSS, pela agregação de aquisições na central de compras quem mais poderia beneficiar pelo desconto de volume.

A segunda questão é que o *rappel* é um estímulo ao consumo e que retira transparência aos preços praticados no mercado.

Mas o aspeto mais grave é que retira à concorrência (em particular oportunidade às PME, como é o caso ilustrado) um produto para ser entregue a uma grande multinacional.

O que implicou segundo os dados do relato um sobrecusto de € 941.713,90.

O qual é compensado por um *rappel* de 40% sobre um valor total de compras superior a € 2.600.001€.

Estes dados são bem representativos de falta de transparência de preços, acordos comerciais e retirada à concorrência de produtos que pode até constituir um delito económico.

A SPMS, EPE não se revê e tem combatido estas práticas na saúde, e espera sinceramente que este Quadro seja retirado do relato final ou então apontado como exemplo de prática desaconselhada.

Conclusão

Os comentários que tecemos tiveram alguma extensão para que se pudesse entender o racional da estratégia de compras da SPMS, EPE, que acreditamos estar suportada em teoria económica aceite e boas práticas europeias.

Pelo que atrás ficou dito não entendemos adequadas as recomendações IX. ao Ministro da Saúde.

Recomendamos sim que:

- 1) Se prossiga a estratégia de Acordos-Quadro;
- 2) Estes tenham uma duração anual, acompanhando a evolução do mercado;
- 3) Constituam duas fases de seleção inicial e de *call-off*;



- 4) Sejam submetidas a Despacho do Ministro da Saúde de vinculação se as condições económicas obtidas forem capazes de gerar poupanças adequadas;
- 5) Não sejam vinculativos nos casos em que apenas um concorrente fica disponível;
- 6) Todos os processos de aquisição, para artigos constantes no AQ, se a eles não vinculados, tenham idêntica publicidade e amplitude;
- 7) Que seja desaconselhada qualquer prática que retire transparência e concorrência no mercado (*rappel*, protocolos, etc...);
- 8) Que todas as entidades tenham presente, que mesmo no atual contexto de contenção de custos, os princípios de transparência, equidade e concorrência são anteriores à obtenção de poupanças.

Ficando ao dispor para eventuais esclarecimentos complementares julgados adequados, prevalecemos da oportunidade para apresentar os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Raul Mascarenhas



11 – Instituto Nacional de Estatística, IP


INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
STATISTICS PORTUGAL

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

N/REFº: 04/DEE-DIR/12 N/PROCº: 633 DATA: 09/02/2012

ASSUNTO: Envio de comentários ao relatório de Auditoria orientada às práticas de gestão do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

As estatísticas do Comércio Internacional de bens resultam da agregação da informação relativa ao comércio extracomunitário (informação administrativa proveniente das alfândegas) e ao comércio intracomunitário, neste caso decorrente da compilação dos dados declarados mensalmente pelos operadores ao INE no âmbito do sistema Intrastat.

A informação relativa a transações intracomunitárias de bens (expedições e chegadas) declarada mensalmente ao INE contém o detalhe exigido na regulamentação comunitária em vigor e que corresponde, fundamentalmente, à máxima desagregação do produto de acordo com a Nomenclatura Combinada (8 dígitos), país parceiro (proveniência/destino), natureza de transação, condições de entrega e respetivo valor.

O INE procede mensalmente ao controlo de qualidade da informação declarada pelas empresas, nomeadamente através do confronto com outras fontes de informação e da análise comparativa com os períodos anteriores.

O nível de detalhe dos produtos reportado no âmbito do Intrastat, nomeadamente no que respeita aos Produtos Químicos e aos Produtos Farmacêuticos, em que se inserem os produtos mencionados no Relatório de Auditoria em apreço, é muito elevado e de grande especificidade e complexidade técnica, em que cada código de produto (mesmo na máxima desagregação a 8 dígitos) contém um número significativo de subprodutos.



Instituto Público
Pessoa Colectiva N.º 502237490

Av. António José de Almeida - 1000-043 LISBOA | Tel: (+351) 218 426 100
Fax: (+351) 218 426 370 | www.ine.pt | info@ine.pt | 808 201 808 Serviço de Apoio ao Cliente



INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
STATISTICS PORTUGAL

Importa referir que o INE não detém conhecimentos técnicos específicos nesta matéria, mas, sobretudo, a informação a que tem acesso, proveniente das declarações efetuadas pelas empresas não permite aferir da correta classificação de determinado produto específico. Nos códigos 28012000, 38220000 e 30063000 da Nomenclatura Combinada, maioritariamente utilizados pelas três entidades auditadas no reporte da informação ao sistema Intrastat, encontram-se enquadradas diversas substâncias.

Uma das principais verificações da informação reportada pelas empresas é efetuada ao nível agregado através do confronto com outras fontes de informação. Contudo, esse confronto não permite detalhar o conteúdo de cada código de produto, sendo apenas possível aferir da coerência temporal da informação. No caso concreto das entidades auditadas (IPO de Lisboa, Porto e Coimbra), o reporte de informação ao INE tem sido coerente, uma vez que a classificação dos produtos se tem mantido ao longo dos anos. Compete assim às empresas que respondem ao Intrastat a correta classificação do produto transacionado, devendo em caso de dúvida contactar o INE, que auxiliará na determinação do código correto. Refira-se que as três entidades em causa não contactaram o INE no sentido da determinação da correta classificação do produto Flúor 18 (¹⁸F-FDG).

No que respeita à correta classificação, em termos de código da Nomenclatura Combinada, do produto Flúor 18 (¹⁸F-FDG), confirmamos que se enquadra no produto 28444030 – Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom, que para além desta substância inclui cerca de 50 outras substâncias distintas.

Deste modo, e tendo em conta as conclusões constantes do referido Relatório de Auditoria, venho informar V. Exa. que o INE irá contactar as três entidades envolvidas para que corrijam a informação reportada no âmbito do Intrastat, quer ao nível do código de mercadoria (dado que, efetivamente, nenhuma das três entidades reportou ao INE, nos anos de 2009 e 2010, qualquer importação de bens no código 28444030), mas também que corrijam ou justifiquem os valores globais das importações de bens, que verificámos não perfazerem o total que vem mencionado no referido Relatório.

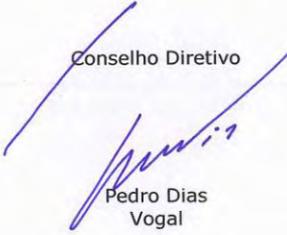


INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
STATISTICS PORTUGAL

Os valores disponíveis no INE relativos às importações de "28444030 – Compostos de isótopos radioativos artificiais Euratom", nomeadamente de €552.507 em 2009 e €534.111 em 2010, referem-se apenas a entidades do sector privado, não sendo possível identificar qual a parte correspondente especificamente ao produto Flúor 18 (^{18}F -FDG). De igual modo o INE irá contactar essas entidades, no sentido de aferir da necessidade ou não da correção da informação previamente declarada no âmbito do Intrastat.

Com os melhores cumprimentos,

Conselho Diretivo


Pedro Dias
Vogal

DCGC 09 02'12 03257



12 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, IP

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exm. Senhor
Auditor - Coordenador
Dr. José António Carpinteiro
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069 - 045 Lisboa

S/Refª	S/Comunicação	N/Ref. -	Ofício n.º	Data
1324	25.01.2012	PC	241/12	10.02.2012

Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra

Na sequência do resultado da auditoria acima referenciada e atendo às recomendações efectuadas, informa-se V. Exa. que o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, se compromete a transmitir com exactidão a informação estatística relativa a produtos importados, de acordo com a nomenclatura combinada instituída pelo Regulamento (CEE) nº 2658/87, do Conselho, diligenciando para que não se verifiquem erros que prejudiquem a realização de avaliações económicas com base nos dados estatísticos nacionais.

Das conclusões e recomendações restantes no referido relatório, nada mais temos a observar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

(Dr. José Martins Nunes)

JMN/PS



13 – Revisor Oficial de Contas (fiscal único) do Instituto Português de
Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE



Mgi Consulting, Lda.
Rua Guerra Junqueiro, 273
4150 - 388 Porto
Portugal
Tel: +351 22 507 43 40
Fax: +351 22 507 43 49
geral@mgi.pt
www.mgi.pt

Tribunal de Contas
Direcção Geral
Avenida Barbosa du Bocage, n.º 61
1069-045 Lisboa

Porto, 08 de Fevereiro de 2012

V/Ref.ª DAVI – UAT.1
Proc. n.º 21/11 – Audit

Assunto – Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto
Português de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra,

Exmo. Senhor Auditor – Coordenador,

Nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da
Lei 98/87, de 26 de Agosto, com as alterações que foram introduzidas
pela Lei 48/2006, de 29 de Agosto, segue em anexo requerimento de
exercício do contraditório relativamente à auditoria realizada, solicitando
a V. Exa. o subido favor de o juntar aos autos identificados em anexo.

Com os nossos respeitosos cumprimentos,

MGI & Associados, Sroc., Lda
NIF 502 666 919

A Gerência

DGTC 09 02 12 03155

Capital Social: 51.000 EUROS | NIPC e CRC 509 177 999

Açores: Rua do Espírito Santo, 71 - N - R/C 9500-465 Ponta Delgada

Tel. / Fax. + 351 296 383 780 geralacores@mgi.pt

Mgi Consulting, Lda. é uma firma portuguesa membro da Mgi - Business Solutions Worldwide.

Cada uma das sociedades membro é uma entidade legal e separada.

A Member of
MGI - Business Solutions Worldwide



Tribunal de Contas
Direcção Geral

Processo n.º 21/11 – Audit

DAVI – UAT.1

25.01.2012 001329

MGI & ASSOCIADOS, SROC, LDA, devidamente notificada nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei 98/87, de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei 48/2006, de 29 de Agosto, vem exercer o direito ao contraditório, com os seguintes fundamentos:

I – Introdução:

1.º

No relatório enviado à ora Requerente consta que o número de unidades contratadas e produzidos em GDH médicos de ambulatório (que inclui tratamentos de radioterapia - GDH 409 e quimioterapia – GDH 410) pelo IPO do Porto encontra-se inflacionado, por este incluir ali, sem suporte nas regras de facturação dos contratos-programa, os tratamentos com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (grupo fármaco terapêutico 16) *administrados por via oral (quimioterapia oral)*.



2.º

Aquelas regras, que constam do contrato-programa, estabelecem que são facturáveis como GDH 410 os seguintes procedimentos: “00.10-implante do agente quimioterápico”; “99.25-Injecção ou infusão de substância quimioterapêutica do cancro” e “99.28-imunoterapia anti-neoplásica”, *não se enquadrando aqui a quimioterapia oral.*

3.º

Porém, o IPO do Porto classifica como procedimento **99.25 a administração dos medicamentos administrados por via oral que não se inclui naqueles procedimentos**, i.e., o IPO do Porto factura o produto X pelo produto Y, sendo que X é diferente de Y, o que seria uma impossibilidade formal e material.

4.º

Em 2009, último ano facturado na totalidade à Administração Central do Sistema de Saúde IP, embora ainda sem validação dos dados pela mesma, o IPO do Porto facturou 74.582 GDH 410 de ambulatório (67.250 produção base e 7.332 produção marginal).

5.º

Considerando que apenas deviam ter sido facturadas como tal os dados relativos à produção de sessões de quimioterapia realizadas no hospital de dia, constantes do Relatório e Contas de 2009 do IPO do Porto, 37.425, estima-se que o mesmo tenha facturado irregularmente à Administração



Central do Sistema de Saúde IP (ACSS IP), € 11.691.406,40, a preços da produção base de GDH médico de ambulatório (€ 295,70).

6.º

A disparidade entre o número de unidades contratadas e produzidas entre GDH médicos de ambulatório (que incluem tratamentos de radioterapia – GDH 409 e quimioterapia - GDH 410) pelos institutos de oncologia de Lisboa e do Porto, por tão evidente, *revela ineficácia do sistema de controlo do acompanhamento, da execução e da facturação dos contratos-programa pela ACSS IP e insuficiência das auditorias realizadas.*

7.º

É impensável pela sua grandeza, que tal disparidade entre institutos de oncologia não tivesse sido detectada.

8.º

Apesar da ACSS IP ter efectuado auditorias à codificação clínica do IPO do Porto, os auditores não detectaram esta situação, uma vez que consideraram os episódios classificados como episódios 410 entre outros, como episódios com “(...) *elevada probabilidade de estarem adequadamente codificados*”, sem apresentarem sustentação técnica.

9.º

A mesma ocorrência também não foi identificada num relatório de auditoria interna realizado em 2009 pela ACSS IP através de uma empresa de auditoria contratada.

3



10.º

Surpreendentemente, a facturação irregular à ACSS IP, pelo IPO do Porto, com reflexo nos documentos de prestação de contas, não foi objecto de qualquer ênfase ou reserva por parte do Revisor Oficial de Contas (Fiscal Único).

11.º

Atentas as conclusões da auditoria, o TC formula a seguinte recomendação a Sua Excelência, o Ministro do Estado e das Finanças:

“Ponderar a cessação do mandato do Fiscal Único do IPO do Porto, considerando que a facturação de quimioterapia oral como GDH médicos de ambulatório efectuada por aquele instituto tem sido adulterada, com reflexo nos documentos de prestação de contas e não foi objecto de qualquer ênfase ou reserva por parte daquele órgão”.

Isto posto,

II – A codificação como acto médico

12.º

A codificação de uma determinada terapia, para efeitos de facturação ao abrigo do contrato programa celebrado entre o IPO do Porto e a ACSS IP, constitui um acto médico, praticado por médicos habilitados para esse efeito.



13.º

Ou seja, apenas um profissional médico que, para tanto, possua conhecimentos especializados, pode qualificar determinada terapia, atribuindo-lhe um determinado código.

14.º

Esta operação de codificação, efectuada por um médico codificador, é ainda verificada por um auditor interno dos GHD'S que a analisa e corrige, se detectar algum erro ou incorrecção.

15.º

Qualquer outro profissional, designadamente e para o efeito que aqui releva, um revisor oficial de contas, *não tem qualificações técnicas suficientes para codificar um tratamento ou terapia*, por um lado e

16.º

Por outro, *não possui qualificações técnicas suficientes para colocar em causa a codificação efectuada por profissionais* e que foi já auditada por um auditor especialmente designado para desempenhar essa função.

Aqui chegados,



III – O enquadramento legal da actividade do Revisor Oficial de Contas

17.º

A MGI & Associados, SROC, Lda, ora Requerente, foi nomeada Fiscal Único do IPO do Porto para o mandato de 2008-2010, por Despacho n.º 26557/2009, de 20 de Novembro.

18.º

A Requerente desempenha as suas funções de acordo com as competências legalmente atribuídas pelo artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, com respeito pelas disposições constantes do Estatuto da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (DL 487/99 de 16 de Novembro e DL 224/2008 de 20 de Novembro), do Código de Ética e Deontologia Profissional e com observância das normas técnicas e directrizes de revisão/auditoria emanadas da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.

19.º

Em consequência do exercício da sua função, incumbe ao Fiscal Único, entre outros, a emissão dos seguintes documentos:

- Certificação Legal das Contas;
- Relatório e Parecer do Fiscal Único;
- Relatórios sobre a sua acção fiscalizadora;
- Relatórios trimestrais sobre a execução orçamental;



20.º

Para a emissão destes documentos, e de acordo com as normas técnicas, o revisor oficial de contas deve planear o seu trabalho e estabelecer a natureza, extensão, profundidade e oportunidade dos procedimentos a adoptar, com vista a atingir um nível de segurança aceitável tendo em conta os riscos de revisão/auditoria e os limites de materialidade.

21.º

Ainda de acordo com as normas técnicas de revisão/auditoria, *o objectivo do trabalho de auditoria não é a detecção de fraudes e erros*, muito embora no planeamento e execução do seu trabalho, o revisor *deva adoptar uma atitude de dúvida sistemática*, tendo presente o risco de ocorrência destas situações e deve obter prova de revisão/auditoria apropriada e suficiente, através de inspecções, observações, indagações, confirmações, cálculos e procedimentos analíticos.

22.º

A complexidade e o volume das operações levam o revisor/auditor a fazer incidir os seus procedimentos de revisão/auditoria sobre amostras, as quais terão de ser criteriosamente seleccionadas.

23.º

É da responsabilidade do Conselho de Administração a preparação de demonstrações financeiras que apresentem de forma verdadeira e apropriada a posição financeira da entidade, o resultado das suas operações



e os fluxos de caixa, bem como a adopção de políticas e critérios contabilísticos adequados e a manutenção de um sistema de controlo interno apropriado.

24.º

A responsabilidade do revisor/auditor consiste, pois, *em expressar uma opinião profissional e independente, baseada no exame daquelas demonstrações financeiras.*

IV – O âmbito do planeamento da auditoria realizada no IPO

25.º

O trabalho da Requerente no IPO do Porto foi planeado de acordo com a directriz de revisão/auditoria 300, e abordou os seguintes temas:

- Descrição dos serviços;
- Descrição do cliente e natureza do negócio;
- Ambiente de controlo interno;
- Revisão analítica global;
- Abordagem de auditoria – áreas de risco;
- Plano geral de auditoria – programa de trabalho;
- Acontecimentos significativos para a auditoria;
- Materialidade;
- Equipa de trabalho;
- Cronograma do trabalho e definição das datas para a emissão dos documentos.



26.º

Em 2008 foi efectuada uma actualização dos procedimentos de controlo interno nas áreas de prestação de serviços e contas a receber, compras e contas a pagar, imobilizado, tesouraria e recursos humanos.

27.º

Em 2009, foi efectuada o levantamento do controlo interno na área da contratação pública e

28.º

Em 2010 foram efectuados testes aos procedimentos de controlo interno nas áreas do pessoal e imobilizado.

29.º

Na sequência da revisão analítica, dada a sua materialidade e o conhecimento que a Requerente tem da realização da auditoria em exercícios anteriores, foram identificadas as seguintes áreas de risco: existências, terceiros (clientes e fornecedores) e imobilizado.

30.º

O cálculo da materialidade em 2009 foi baseado no volume de negócios.



31.º

Para além da informação estritamente contabilística, a Requerente identificou, como relevantes, os seguintes acontecimentos significativos para a auditoria:

- Contrato-programa 2007-2009 e acordo modificativo 2009;
- Relatório de auditoria sobre avaliação do sistema de controlo interno efectuada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Leitura das actas do Conselho de Administração;
- Recolha de informação junto dos Serviços Jurídicos;
- Comunicações da ACSS;

32.º

O programa de trabalho foi estabelecido tendo como referência as áreas de risco e a materialidade fixada, sendo constituído por uma lista extensa de procedimentos destinados a cobrir, em especial, as áreas de risco e, genericamente, as restantes.

V – Os procedimentos de auditoria realizados

33.º

A Requerente não tem intenção, no exercício deste contraditório, de ser exaustiva ao ponto de detalhar todos os testes substantivos por si efectuados durante o exercício do seu mandato.



34.º

Porém, e na medida em que esta área foi especialmente visada no Relatório elaborado pelo Tribunal de Contas, com incidência na área da facturação e contas a receber, há que informar e esclarecer que foram realizados os seguintes procedimentos:

- Circularização
- Reconciliação entre as facturas definitivas e os valores registados por estimativas;
- Reconciliação entre as facturas emitidas e os registos contabilísticos;
- Reconciliação entre as transferências financeiras da ACSS e a facturação emitida;
- Teste de coerência entre as transferências financeiras da ACSS e as disposições do contrato-programa;
- Testes destinado a avaliar a integralidade de registo entre as folhas de codificação dos GDHs e os valores inseridos no programa de facturação.

VI – Identificação dos Problemas detectados – certificação legal de contas e relatório de auditoria

35.º

Em consequência do trabalho realizado pela Requerente, a Certificação Legal das Contas foi emitida com *cinco qualificações (reservas)* nas seguintes áreas:

11



- Imobilizado;
- Pensões de reforma;
- Proveitos (acréscimos);
- Clientes (risco de cobrabilidade);
- Especialização

36.º

Os proveitos decorrentes de serviços prestados em 2009 à ACSS IP no montante de 111.220 milhares de euros foram integralmente registados com base em estimativas.

37.º

Para regularização desta situação, o IPO do Porto emitiu, no ano de 2010, facturas definitivas no montante de 94.879 milhares de euros, em 2011 registou o montante de 2.384 milhares de euros correspondente à emissão de facturas e notas de crédito, encontrando-se ainda pendente de validação pela ACSS IP uma parte dos serviços prestados.

38.º

O processo de facturação/validação com a ACSS IP, tem-se revelado complexo, moroso e com impactos relevantes nas contas da Instituição.

39.º

De facto, é longo o caminho percorrido entre os cuidados de saúde prestados pelo IPO do Porto até ao registo definitivo do proveito na sua contabilidade.



40.º

Em resultado do controlo interno efectuado pela Requerente, verificou esta que, *com a conclusão dos actos médicos*, começa a intervenção do pessoal administrativo que elabora as folhas de codificação, *os médicos codificadores que têm a responsabilidade de atribuir um código de classificação de acordo o ICD9 (classificação internacional de doenças)* e o *auditor interno dos GDHs que analisa e corrige o ficheiro gerado*, resultando daí a informação necessária para a emissão da facturação.

41.º

O ficheiro de facturação e o ficheiro dos correspondentes GDHs são enviados para a ACSS IP para validação.

42.º

A demora na codificação dos actos médicos, associada à demora na validação pela ACSS IP da facturação provisória conduz ao registo dos proveitos do exercício com base em estimativas, não permitindo quantificar os efeitos decorrentes da emissão das facturas definitivas.

43.º

Por este facto, a Certificação Legal das Contas incluiu as reservas que a seguir se transcrevem:

“A rubrica de acréscimos de proveitos inclui uma estimativa de serviços prestados em 2009 no montante de 121.917 milhares de Euros, bem como



proveitos registados no exercício de 2008 cujas facturas ainda não foram emitidas, no montante de 2.026 milhares de Euros.

Por falta de informação objectiva, não nos é possível quantificar os eventuais efeitos no Balanço e na Demonstração de Resultados decorrentes do processo de emissão e validação das facturas.

(...)

“O resultado do período inclui proveitos no montante de 3.876 milhares de Euros referentes a serviços prestados pelo IPO no exercício de 2008.”

44.º

E, no Relatório Anual de Auditoria, a Requerente fez constar a seguinte recomendação:

“ A conta de proveitos extraordinários – correcções a exercícios anteriores ascende a 4.147 milhares de euros, dos quais 3.876 milhares de euros respeitam a uma insuficiência na estimativa da facturação de 2008. Recomendamos que a facturação de cada exercício seja emitida em tempo real por forma a que a contabilidade não assente em valores estimados, evitando desta forma quaisquer divergências”.

Finalmente,

VII – Da incorrecção das conclusões da Auditoria do Tribunal de Contas



45.º

Do que se expôs resulta evidente que falece fundamento à recomendação a Sua Excelência, o Ministro das Finanças, de cessação do mandato da Requerente.

Com efeito,

46.º

O Tribunal de Contas entendeu que a questão levantada (quimioterapia administrada por via endovenosa ou quimioterapia administrada por via oral), que originou facturação irregular *era facilmente detectável*, o que, salvo o devido respeito, não colhe, nem é, sequer, razoável!

47.º

A realidade é que, com base no trabalho efectuado pela Requerente nesta área, e tendo como *suporte as folhas de codificação ambulatório quimioterapia, não é possível distinguir se o procedimento de quimioterapia é ministrado por via endovenosa ou por via oral.*

48.º

Dito de outra forma: o revisor oficial de contas teria que possuir a qualificação profissional de médico, teria que ver, um a um, os códigos atribuídos e, um a um, consultar as respectivas folhas clínicas.



49.º

Apenas com este procedimento teria sido possível ao Fiscal único detectar a facturação irregular que foi apontada pelo Tribunal de Contas.

50.º

Desconhece-se quantos doentes estão na situação a que se refere o Tribunal de Contas, mas seguramente que nenhum revisor oficial de contas seria capaz de assegurar tal hérculeo trabalho.

51.º

Importa ainda referir, tal como o Tribunal de Contas o fez, que a ACSS IP realizou ou promoveu a realização por entidade externa de diversas auditorias, a saber:

- ACSS – 13246 – 28/07/2009 – Relatório de Auditoria Interna sobre a Avaliação do Sistema de Controlo Interno – Abril e Maio de 2009 (ACSS/PWC - PriceWaterhouseCoopers).
- ACSS – 03165 – 15/02/2011 – Auditoria à Codificação Clínica realizada em 08 de Outubro de 2010.
- ACSS – Relatório Anual de Auditoria Externa à Codificação Clínica – Ano de 2010 – 15/07/2011.
- ACSS – 10662 – 20/01/2012 – Auditoria à Codificação Clínica realizada em 11 de Julho de 2011.



52.º

Em resultado destes trabalhos, os auditores destacados ***não detectaram a situação levantada pelo Tribunal de Contas.***

53.º

Note-se ainda que, numa das auditorias, a amostra seleccionada incluiu episódios de quimioterapia, tendo concluído que “*só dois episódios (8,3%) é que foram considerados “não conformes” em termos de codificação clínica (item “sem alteração de GDH”)*”.

54.º

É também importante salientar que a equipa de auditoria da ACSS IP integra ***um ou mais auditores com o curso de codificação clínica***, ministrado pela ACSS, isto é, ***pessoas especialmente treinadas para analisar os processos clínicos e a sua codificação.***

55.º

E apesar desta especial qualificação, os auditores não detectaram a facturação irregular a que se refere a auditoria a que ora se responde.

56.º

O que conduz à conclusão de que, afinal, a facturação irregular não é/era facilmente detectável, muito menos para o revisor oficial de contas.

É que,



57.º

O Fiscal único do Instituto Português de Oncologia do Porto não dispõe de elementos que permitam *aferir o desempenho dos três Institutos de Oncologia e nessa medida, não poderia concluir pela existência das evidentes disparidades referidas pelo Tribunal de Contas*, na sua auditoria.

58.º

O reparo do Tribunal de Contas vai, salvo melhor opinião, para além do que se pode conseguir com uma auditoria de carácter financeiro, realizada, conforme se referiu, de acordo com as normas técnicas e directrizes de revisão/auditoria da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, planeada e executada com o objectivo de obter um grau de segurança aceitável sobre se as demonstrações financeiras do IPO estão isentas de distorções materialmente relevantes.

59.º

A situação a que alude a auditoria do Tribunal de Contas *só seria passível de ser detectada numa auditoria especialmente direccionada e com conhecimento prévio de indícios que fizessem supor a existência de eventuais anomalias*.

60.º

A auditoria da Requerente foi realizada de acordo com as boas práticas estabelecidas e, para além das qualificações expressas na Certificação Legal das Contas, nada chegou ao seu conhecimento que a levasse a



concluir pela existência de outras situações susceptíveis de modificar a opinião expressa.

Finalmente,

61.º

A cessação de mandato apenas pode ser determinada em caso de prática de ilícito por parte do Fiscal único, durante o mandato que desempenhou.

62.º

Para se concluir pela prática de ilícito haverá que imputar ao agente uma determinada conduta, violadora de um dever legal.

63.º

No caso concreto da auditoria notificada à Requerente, tais referências são omissas, o que, salvo o devido respeito, coloca em causa o exercício do contraditório de forma plena.

64.º

Com efeito, a auditoria não indica, como deveria, *qual o dever que o Fiscal único incumpriu no desempenho das suas funções.*

65.º

A auditoria não indica, como deveria, *qual a conduta ilícita que é concretamente imputada ao Fiscal único.*



66.º

O resultado da auditoria recomenda a cessação do mandato do Fiscal único, sem que seja perceptível, *como deveria, qual o ilícito praticado por aquele.*

67.º

Limitando-se a concluir que o Fiscal único deveria ter detectado uma facturação irregular de actos médicos que os próprios auditores, especialmente designados para esse efeito, não detectaram.

TERMOS EM QUE

Requer a V. Exa. sejam analisados os argumentos e observações apresentados no presente contraditório e se conclua pela revogação da recomendação de cessação do mandato do Fiscal único do Instituto Português de Oncologia do Porto.

A Requerente,

MGI & Associados, Sroc., Lda
NIF 502 666 919

A Gerência



Horwath & Associados, SROC, Lda.
Member Crowe Horwath International

Edifício Scala
Rua de Vilar, 235 - 2º andar
4050-626 Porto, PORTUGAL
+351 22 605 17 80 Tel
+351 22 605 17 89 Fax
audit@crowehorwath.pt
www.crowehorwath.pt

REGISTADA
C/ AVISO DE RECEÇÃO

3 de Fevereiro de 2012

Tribunal de Contas
Direção Geral
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Assunto: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto de Oncologia de Lisboa, Porto e
Coimbra

Exmos. Senhores,

Na sequência da vossa carta, v/referência DAVI – UAT.1 Proc. nº 21/11 – Audit, vimos por este meio informar que o Revisor Oficial de Contas que representou a Horwath & Associados, SROC, Lda. na qualidade de fiscal único do IPO do Porto do ano de 2008, Dr. José Augusto Silva Mendes (ROC nº 473), não é sócio da sociedade desde Setembro de 2009. A partir daquela data, o Dr. José Augusto Silva Mendes exerce a sua atividade na sociedade MGI & Associados, SROC, Lda., nomeadamente como fiscal único do IPO do Porto.

Consequentemente, e uma vez que o âmbito temporal da auditoria efetuada pelo Tribunal de Contas abarcou os períodos de 2008 a 2010, solicitamos que o Tribunal contacte a MGI & Associados, SROC com sede na Rua Guerra Junqueiro, nº 273, Porto, dado que o Dr. José Augusto Silva Mendes representou aquela sociedade na emissão da respetiva Certificação Legal das Contas do IPO do Porto relativa aos exercícios de 2009 e 2010.

No entanto, estamos ao vosso inteiro dispor para esclarecer qualquer questão que possa surgir conexas com esta matéria.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada consideração.

De V. Exas.
Atentamente

HORWATH & ASSOCIADOS, SROC, LDA

DGTC 09 02 12 03154

Inscrição na OROC n.º 186 - Registo na CMVM n.º 9171 - NIPC 506 942 155 - Capital Social 51.300 Euros | C.R.C. Porto

Lisboa: Avenida Miguel Bombarda, 21, 3º Esq. - 1050-161 Lisboa
Tel. +351 21 319 00 90 - Fax: +351 21 354 15 59



14 – PricewaterhouseCoopers – Assessoria de Gestão, Lda



Carta Registada com aviso de recepção

À Direcção-Geral do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Lisboa, 20 de Fevereiro de 2012

**ASSUNTO: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra**

**V/ Referência: DAVI – UAT.1
Processo n.º 21/11 – Audit**

Exmos. Senhores,

Na sequência da notificação da Direcção-Geral do Tribunal de Contas para prestar declarações relacionadas com os serviços de auditoria interna sobre a avaliação do sistema de controlo interno do Instituto Português de Oncologia do Porto, E.P.E., adiante IPO Porto, prestados pela PricewaterhouseCoopers & Associados – Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda., adiante PwC, à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., adiante ACSS, vimos, por este meio, informar o seguinte.

A nossa auditoria teve por objectivo **avaliar o sistema de controlo interno** do IPO Porto, nomeadamente em termos de identificação e relato de constrangimentos ou ineficiências de controlo interno e respectivas recomendações de melhoria, em qualquer das seguintes categorias de objectivos de controlo:

- a) Eficácia e eficiência das operações;
- b) Fiabilidade da informação de gestão e financeira produzida;
- c) Cumprimento dos regulamentos internos e das normas legais aplicáveis.

Os trabalhos foram desenvolvidos em conformidade com os *International Standards on Assurance Engagements (ISAE)* e tomando por referência o Guia de Controlo oportunamente distribuído pela ACSS.

Neste contexto, não foi nosso objectivo formular opinião avaliar sobre a adequação dos resultados alcançados pelo IPO Porto. No que respeita à exactidão da classificação dos GDH dos tratamentos efectuados, tanto quanto a avaliação do processo nos permite concluir, a eficácia dos controlos para assegurar a correcção da classificação era limitada.

PricewaterhouseCoopers & Associados - Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda.
Sede: Palácio Sottomayor, Rua Sousa Martins, 1 - 3º, 1069-316 Lisboa, Portugal
Tel +351 213 599 000, Fax +351 213 599 999, www.pwc.com/pt
Matriculada na Conservatória do Registo Comercial sob o NUPC 506 628 752, Capital Social Euros 314.000

PricewaterhouseCoopers & Associados - Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda. pertence à rede de entidades que são membros da PricewaterhouseCoopers International Limited, cada uma das quais é uma entidade legal autónoma e independente. Inscrita na lista das Sociedades de Revisores Oficiais de Contas sob o nº 183 e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários sob o nº 9077





Nestes termos, não nos é possível prestar qualquer resposta objectiva e quantificada, nos termos e âmbito solicitados.

Sem prejuízo do ora exposto, caso o Excelentíssimo Senhor Conselheiro da Área o entenda por necessário, manifestamos a nossa disponibilidade para uma reunião no intuito de prestar eventuais esclarecimentos adicionais que possam ser úteis para o Tribunal.

Com os melhores cumprimentos,

Jorge Costa
jorge.costa@pt.pwc.com
T: +351 213599300
F: +351 213599997

BETC 22 02'12 04177

PwC 2 of 2



Carta registada com aviso de receção

À Direcção-Geral do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Lisboa, 1 de Março de 2012

**ASSUNTO: Auditoria orientada às práticas de gestão no Instituto Português de
Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra**

**V/ Referência: Mensagem Fax n.º 96/2012 – DAVI.1
Processo n.º 21/11 – Audit DAVI.1**

Exmos. Senhores,

Na sequência da recepção do vosso Fax n.º 96/2012 – DAVI.1 datado de 23/02/2012 vimos,
por este meio, informar o seguinte:

Não foi objecto da nossa auditoria a verificação e análise dos registos de produção e
facturação nomeadamente os de natureza clínica que permitam validar a correcção da
classificação. Tal como mencionado na nossa carta anterior o objecto do nosso trabalho foi a
análise do processo, na óptica do controlo interno. Para validarmos a nossa compreensão
efectuámos alguns testes mas nunca sobre os registos de natureza clínica e
consequentemente sobre a qualidade da classificação/codificação de actos.

As razões que nos levaram a considerar que a eficácia dos controlos para assegurar a
correcção da classificação era limitada bem como as respectivas recomendações de melhoria
estão detalhadas no nosso relatório que serviu de base à notificação de V. Exas.. Destacamos
os aspectos mencionados nas páginas 9, 25 e 27 do mencionado relatório.

Na óptica da “Evolução do financiamento SNS”, o nosso relatório explica as razões que nos
foram reportadas para evolução do financiamento do SNS, em grande parte justificadas “...
pelo crescimento do número de episódios de GDH de ambulatório resultante de alteração na
classificação das sessões de quimioterapia e radioterapia” (página 67). Não foi objecto do
nosso trabalho verificar a exactidão do número de tratamentos e da exactidão da sua
classificação.

Com os melhores cumprimentos,

Jorge Costa
jorge.costa@pt.pwc.com
T : + 351 213599300
F : +352 213599997

BGTC 02 03*12 05189

PricewaterhouseCoopers & Associados - Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda.
Sede: Palácio Sottomayor, Rua Sousa Martins, 1 - 3º, 1069-316 Lisboa, Portugal
Tel +351 213 599 000, Fax +351 213 599 999, www.pwc.com/pt
Matriculada na Conservatória do Registo Comercial sob o NUPC 506 628 752, Capital Social Euros 314.000

PricewaterhouseCoopers & Associados - Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda. pertence à rede de entidades
que são membros da PricewaterhouseCoopers International Limited, cada uma das quais é uma entidade legal autónoma e independente.
Inscrita na lista das Sociedades de Revisores Oficiais de Contas sob o nº 183 e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários sob o nº 9077

