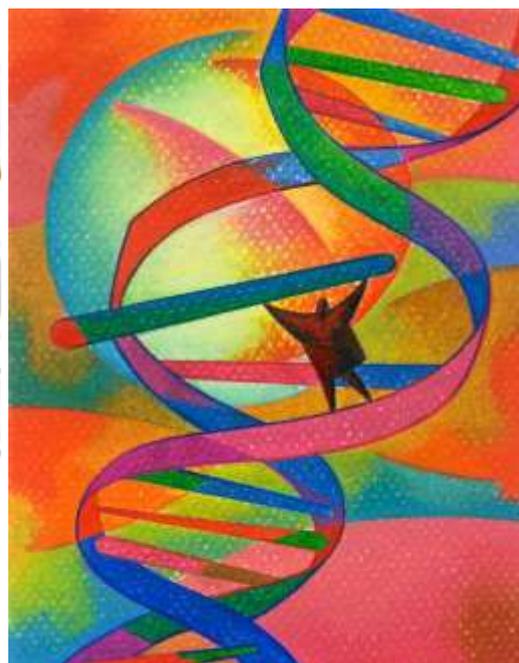
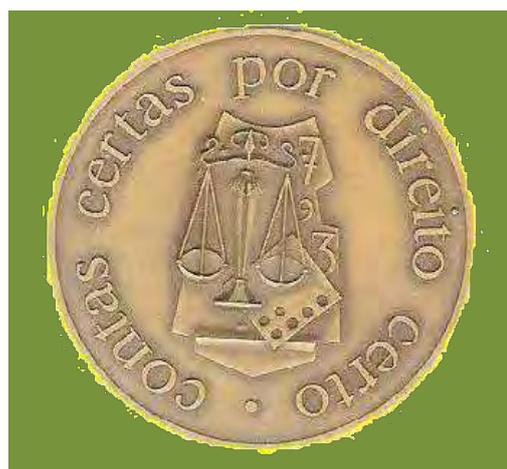


Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor



Relatório n.º 17/2014 - 2ª Secção
Processo n.º 32/2012 - AUDIT
Volume I - Sumário Executivo



Tribunal de Contas

ERRATA

Por ter ocorrido uma incorreção no texto do Relatório de Auditoria n.º 17/2014-2ªS., procede-se à publicação da seguinte errata:

Vol. /Pág.	Onde se lê	Leia-se
Volume I – pág.11	<i>“Foram recebidas respostas de todas as entidades, à exceção do Bastonário da Ordem dos Médicos, e de dois dos vogais do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP.”</i>	<i>“Foram recebidas respostas de todas as entidades, à exceção do Bastonário da Ordem dos Médicos.”</i>
Volume I – pág. 25 Volume II – págs. 53, 54, 57 e 64.	<i>“ (...) o Presidente e um dos vogais do Conselho Diretivo da ARS do Norte, IP (...)”</i>	<i>“ (...) o Presidente, o Vice-Presidente e os dois vogais do Conselho Diretivo da ARS do Norte, IP (...)”</i>

Publica-se em anexo as respostas subscritas e apresentadas pelos membros do Conselho Diretivo, Senhor Dr. Rui Afonso Pereira Cernadas (Vice-Presidente) e Senhor Dr. José Carlos de Jesus Pedro (Vogal), as quais, de facto, foram oportunamente recebidas, analisadas e carreadas para o processo de auditoria.

Estas respostas passam a fazer parte integrante do Volume III do Relatório de auditoria n.º 17/2014-2ªS.



Índice

I – INTRODUÇÃO.....	9
1. FUNDAMENTO, OBJETIVO E ÂMBITO DA AUDITORIA	9
2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS	9
3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES	10
4. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO	11
4.1. ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ALEGAÇÕES NA GENERALIDADE	12
4.2. PRINCIPAIS TEMAS CONSTANTES DAS RESPOSTAS APRESENTADAS, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO	16
II – SUMÁRIO EXECUTIVO	27
5. CONCLUSÕES	27
5.1. A EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	27
5.2. ANÁLISE DE CUSTOS: COMPARAÇÃO USF VS UCSP (CENTROS DE SAÚDE TRADICIONAIS)	30
5.3. INCENTIVOS, COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO E SUPLEMENTOS NAS USF	34
5.4. CONTRATUALIZAÇÃO E DESEMPENHO FACE AOS OBJETIVOS CONTRATUALIZADOS.....	41
5.5. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR - CANDIDATURAS.....	43
5.6. ARTICULAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES.....	44
5.7. OBJETIVOS E METAS EM CURSO E PERSPETIVAS DE SUSTENTABILIDADE	45
6. RECOMENDAÇÕES	48
7. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO	52
8. EMOLUMENTOS.....	52
9. DETERMINAÇÕES FINAIS	52



Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários

Ficha Técnica

Coordenação Geral/Supervisão

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro

(Licenciado em Direito)

Auditor-Chefe

Pedro Miguel Fonseca^(*)

(Licenciado em Economia)

Equipa de Auditoria

Ana Bravo de Campos *(Licenciada em Direito)*

Maria da Luz Barreira *(Licenciada em Direito)*

Cristina Anastácio *(Licenciada em Gestão de Empresas)*

^(*) *Maria Isabel Viegas, (Licenciada em Gestão), até 31/12/2013*



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Relação de Siglas

<i>Sigla</i>	<i>Designação</i>
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSA	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
ARSAlg	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro, IP
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte, IP
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CRP	Constituição da República Portuguesa
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DC	Departamento de Contratualização
DGS	Direção Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DN	Despacho Normativo
ERA	Equipa Regional de Apoio
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ETC	Em tempo completo
GC	Gabinete do Cidadão
GU	Gabinete do Utente
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento de Estado
SGSR	Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações
SIARS	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SINUS	Sistema Administrativo de Registo de Atividade
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USF - AN	Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional
USP	Unidade de Saúde Pública



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Glossário

Acessibilidade	Orientação da procura de acordo com um circuito lógico, mais conveniente para os cidadãos, mais racional para os serviços e mais económico para o sistema.
Agrupamento de Centros de Saúde	Serviço público, com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde e que tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.
Atendimento complementar	Atendimento no Centro de Saúde fora das consultas regulares.
Ato de Enfermagem	Prestação de cuidados realizada por um enfermeiro, que poderá ser exercida de forma autónoma ou interdependente, de acordo com a respetiva qualificação profissional.
Centro de Saúde	Estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de atuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige a sua ação tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível, sejam apropriados, tendo em conta as práticas recomendadas pelas orientações técnicas em vigor, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade. Pode ser dotado de internamento.
Classificação Internacional de Cuidados Primários (CICP)	É a classificação que mais bem tem em conta o modo como o médico de família/clínico geral atua. Nesta classificação, o motivo da consulta (MC) pode ser classificado do mesmo modo que os procedimentos de diagnóstico, as intervenções, as medidas preventivas, os procedimentos administrativos e os diagnósticos. Tem uma estrutura biaxial e é composta por 17 capítulos, divididos em 7 componentes. Foi largamente testada e revelou-se muito prática e fiável para a utilização na clínica geral, com menos de 3% de erros de registo. Foi publicada pela Comissão de Classificações da WONCA em 1990.
Consulta Aberta	Consulta aberta (resolução de problemas agudos de saúde) com marcação no próprio dia. Nas USF, se o médico do utente estiver ausente será atendido por outro médico, no modelo de intersubstituição.
Consulta de Adultos	Consulta de medicina geral e familiar prestada, em Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a indivíduos de 19 ou mais anos de idade (excetuam-se as consultas de Saúde Materna, planeamento Familiar e Saúde Pública).
Consulta Complementar	Consulta médica prestada num gabinete regular de uma Unidade de Saúde Familiar ou de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, por outro médico que não o médico de família do utente, na ausência deste ou quando não tem médico de família atribuído.
Consulta Domiciliária	Consulta domiciliária realizada a utentes dependentes ou impossibilitados de se deslocarem à unidade de saúde. Programada pelo médico e/ou enfermeiro após pedido do utente.
Consulta de Enfermagem	Intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.
Consulta Médica	Ato de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.
Consulta de Medicina Geral e Familiar	Consulta médica, prestada em Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, no âmbito da especialidade que, de forma continuada se ocupa dos problemas de saúde dos indivíduos e das famílias, no contexto da comunidade.
Consulta Programada	Consulta programada de saúde de adultos efetuada diariamente, com marcação prévia pelo utente (presencial, telefonicamente ou por via informática), pelo médico ou pelo enfermeiro, tendo a duração aproximada de 20 minutos.
Consulta de Saúde Infantil e Juvenil	Consulta de medicina geral e familiar, em Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, prestada a menores de 19 anos de idade (excetuam-se as consultas de Saúde Materna, planeamento Familiar e Saúde Pública).
Consulta de Saúde Materna	Consulta médica, em USF ou UCSP, prestada a uma grávida ou no período pós-parto, em consequência de uma gravidez.
Custo médio de medicamentos Faturados por utilizador	Indicador que exprime o custo médio com medicamentos faturados (PVP), por cada utilizador, no mercado SNS em ambulatório Numerador/Denominador



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

	Custo com medicamentos (valor faturado em PVP)/N.º de utilizadores SNS.
Custo médio de MCDT faturados por utilizador	Indicador que exprime o custo médio do SNS com MCDT faturados, por cada utilizador. Numerador/Denominador Encargo SNS com MCDT faturados/N.º de utilizadores SNS
Lista de Espera	Número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial.
Medicamento	Toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as suas funções.
Médicos em Tempo Completo	Médicos Equivalentes a tempo completo de 35 horas semanais (ou seja os diversos horários dos médicos são convertidos ao horário de 35 horas).
Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	Percentagem de consultas que cada médico realiza aos seus utentes e a utentes fora da sua lista. Numerador/Denominador N.º total de consultas médicas presenciais com o seu médico de família/N.º total de consultas médicas a utentes inscritos no período em análise.
Primeira Consulta	Consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez e referente a um episódio de doença.
Registo devolvido administrativo do hospital pelo	Devolução através do sistema informático CTH de um registo de um processo de referenciação de um utente, pelo administrativo do hospital, à instituição de origem, para obtenção de esclarecimentos quanto à identificação do utente e à anexação de resultados de exames complementares de diagnóstico não rececionados.
Taxa de utilização global de consultas médicas	Indicador que exprime a percentagem de utentes inscritos que tiveram consulta médica, de qualquer tipo, no período em análise. Numerador/Denominador N.º de inscritos/N.º de inscritos com pelo menos uma consulta médica.
Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	Indicador que exprime a taxa de consultas médicas no domicílio por cada mil inscritos no ACES. Numerador/ Denominador N.º total de consultas domiciliárias médicas/N.º de inscritos.
Tempo de resposta	Número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é registada no sistema CTH a referenciação pelo médico da unidade prestadora de cuidados de saúde primários para marcação de uma primeira consulta de especialidade hospitalar e a sua realização.
Tempo médio de resposta	Média, em dias, dos intervalos de tempo de resposta na realização da consulta aos utentes com registo de solicitação de primeira consulta da especialidade.
Unidade de Cuidados na Comunidade	Unidade funcional que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física ou funcional.
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	Unidade funcional de prestação de cuidados de saúde que presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.
Unidade de Saúde Familiar	Unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais ou familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Modelo A – corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. Compreende as USF do setor público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública. Modelo B – Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação, num período máximo de três anos. Abrange as USF do setor público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. Modelo C – Modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pela administração regional de saúde e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Abrange as USF dos setores social, cooperativo e privado, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a administração regional de saúde



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

	respetiva.
Unidade de Saúde Pública	Unidade que funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.
Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados	Unidade funcional que presta serviços de consultadoria e assistenciais às restantes unidades funcionais - UCC, UCSP e USF, e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.
Utente	Uma pessoa que recebe ou estabelece um contrato para receber cuidados ou conselhos médicos de um prestador de cuidados de saúde, junto de quem pode, ou não, estar previamente inscrita.
Utente inscrito	Um utente que está inscrito numa unidade de cuidados de saúde, mas que não está necessariamente a receber cuidados de saúde.
Utente ativo	Um utente que recebeu cuidados médicos prestados pela unidade, pelo menos, uma vez durante os últimos três anos.
Utente passivo	Um utente a quem não foram prestados quaisquer cuidados pela unidade durante os últimos três anos.
Utilizador	Cidadão/utente que frequenta a USF/CS, pelo menos uma vez por ano.

Fontes: Glossário da Direção-Geral da Saúde, Glossário da MCSP para as Unidades de Saúde Familiar (2006) e diplomas legais.



I – INTRODUÇÃO

1. FUNDAMENTO, OBJETIVO E ÂMBITO DA AUDITORIA

Em cumprimento dos Programas de Fiscalização aprovados pelo Tribunal de Contas para 2012, 2013 e 2014, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através das Resoluções n.º 6/2011-2ª S, de 30 de novembro, n.º 5/2012-2ª S, de 29 de novembro, e n.º 10/2013-2ª S, de 28 de novembro, realizou-se uma auditoria de resultados ao desempenho das unidades funcionais da rede de cuidados de saúde primários.

A auditoria incidiu sobre Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF), modelos A e B¹ e teve por **objetivo examinar a organização e o desempenho das unidades funcionais prestadoras de cuidados primários, no contexto da reforma empreendida neste nível de prestação de cuidados de saúde, nos últimos sete anos, tendo em conta o desempenho económico-financeiro, operacional, bem como, os regimes de incentivos, compensações e suplementos remuneratórios.**

O âmbito temporal abrangeu os anos de 2009 a 2012, sem prejuízo de análises pontuais com âmbito temporal mais restrito.

O presente Relatório de Auditoria é composto por três volumes:

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

2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

Na preparação e desenvolvimento da auditoria foram seguidos critérios, técnicas e metodologias acolhidos pelo Tribunal de Contas, designadamente os previstos no Regulamento da 2.ª Secção e no Manual de Auditoria e de Procedimentos, bem como, subsidiariamente, as metodologias geralmente aceites pelas organizações internacionais de controlo financeiro, como é o caso da INTOSAI - *International Organisation of Supreme Audit Institutions*, da qual o Tribunal de Contas português é membro.

Na fase de planeamento e no decurso da auditoria foram analisados vários estudos e trabalhos académicos² e realizadas várias entrevistas com especialistas³.

A auditoria de resultados realizada baseou-se na recolha de dados junto das cinco administrações regionais de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) e ainda junto das unidades funcionais visitadas⁴, tendo em vista o apuramento e comparação de indicadores de

¹ Não se incluem outras unidades prestadoras de cuidados de saúde primários no âmbito dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), nomeadamente as unidades de Cuidados na Comunidade e de Saúde Pública.

² Cfr. Missão para os Cuidados de Saúde Primários in “Linhas de Ação Prioritárias para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” e “Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar - Um estudo qualitativo”; Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS in “Relatório de Avaliação de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários nos anos de 2011 e 2012”; Pedro Lopes Ferreira, Patrícia Antunes e Sílvia Portugal in “O valor dos Cuidados Primários - Perspetiva dos Utilizadores das USF”, 2009; Departamento de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários da ARS Norte in “Cuidados de Saúde Primários - O Norte aposta nas USF - Evolução 2006/2010”, 2011; Maria do Rosário Monteiro da Costa - Universidade de Aveiro in “A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”; Hélio Domingos de Oliveira - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro in “A Contratualização em Cuidados de Saúde Primários”; Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia in “Análise de Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental”; Paulo J.P. Gomes e António Dinis - GNEC - Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa in “Avaliação do Impacto Económico do Novo Sistema de Organização dos Cuidados de Saúde Primários; OECD *Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013: Raising Standards*, OECD Publishing.

³ Dr. Luís Pisco (Foi Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários e Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral); Dr. Victor Ramos (Professor Auxiliar Convidado da ENSP - Universidade Nova de Lisboa (Grupo de Disciplinas de Políticas e Administração de Saúde)); Professor Dr. Rui Santana (Professor Auxiliar da ENSP) e Dr. Alexandre Lourenço (Vogal Executivo da ACSS, IP).

⁴ Pertencentes a quatro ACES, dois da região de Lisboa e Vale do Tejo e dois da região de saúde do Norte (grande Porto).



estrutura, processos e resultados. Foi ainda recolhida informação, a nível nacional, através de questionários.

Com o objetivo de proceder a uma análise comparativa dos custos unitários e dos níveis de remuneração, entre as UCSP e as USF modelo A e modelo B, foi recolhida informação relativa a todas as unidades em funcionamento, a nível nacional, nos anos de 2011 e 2012, nas cinco ARS⁵.

Foram recebidos contributos da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros e da Associação Nacional das USF.

3. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

Tendo em conta a natureza da auditoria de resultados realizada – que pretende examinar o desempenho de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários – assinalam-se as seguintes condicionantes ao desenvolvimento normal do trabalho:

- A diversidade da realidade organizacional, pela dimensão das unidades prestadoras de cuidados, pela alteração sucessiva na sua forma e constituição e pela diversidade orgânica, dificultou a análise de informação a nível nacional.
- A análise funcional de outras unidades prestadoras de cuidados primários *de per se*, que não as UCSP e as USF (modelo A e B), acabou por ser excluída face à ausência de dados disponíveis, suficientes e validados pelos ACES e pelas ARS.
- A inexistência de uma contabilidade analítica onde se apurassem custos unitários comparáveis, aliada à falta de fiabilidade da informação produzida sobre os custos das várias unidades funcionais, originada sobretudo nas diferentes formas de imputação e na deficiente harmonização de diferentes bases de dados, limita a comparabilidade de dados.
- A falta de informação quantitativa que valorize custos e benefícios da reforma empreendida, uma vez que não tem sido produzida pelos vários grupos de trabalho, unidades de missão ou pelo próprio Ministério da Saúde.
- A comparação de desempenho entre os vários tipos de unidades funcionais (UCSP, USF modelo A e B) foi desenvolvida nesta auditoria através de procedimentos próprios de recolha e tratamento de informação, face à escassez de análises produzidas pelos ACES, pelas ARS ou por outras entidades da administração da Saúde, que procedam a comparações que não se restrinjam aos indicadores contratualizados⁶.
- A falta de fiabilidade e comparabilidade da informação disponibilizada pelas ARS tornou esse tratamento mais moroso devido aos procedimentos de validação e uniformização de dados necessários para satisfazer os objetivos das análises realizadas pelos auditores.
- A inexistência de indicadores de resultados em saúde impossibilitou uma análise da qualidade e da efetividade dos cuidados de saúde prestados nas diferentes unidades de cuidados de saúde primários.

Não obstante, realça-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada, no decurso da auditoria, quer pelos dirigentes quer pelos funcionários contactados nas entidades envolvidas, bem como os contributos oferecidos pelos especialistas que acederam à realização de entrevistas.

⁵ A análise constante do relato resultava da utilização de uma amostra, que posteriormente foi alargada ao universo, na sequência do exercício do contraditório – vd. ponto 4

De acordo com o relatório da ACSS, IP, em 2012, existem um total de 918 unidades funcionais, sendo 554 UCSP e 364 USF, das quais 196 de modelo A e 168 de modelo B.

⁶ Note-se que os resultados divulgados, que comparam as USF (modelo A e modelo B) com as UCSP, no que respeita à eficiência económica, apenas abrangem os custos contratualizados com medicamentos e MCDT, excluindo outros custos, em especial os custos remuneratórios com o pessoal, cujo peso é especialmente expressivo nas USF modelo B, concorrendo de forma determinante para o incremento dos custos globais e unitários das USF modelo B.



4. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, foram instados as entidades e os responsáveis abaixo identificados para se pronunciarem sobre os factos insertos no Relato de Auditoria, tendo sido concedidas prorrogações de prazo a todas as entidades que as solicitaram.

- ✘ Ministra de Estado e das Finanças;
- ✘ Ministro da Saúde;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.
- ✘ Diretores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde:
 - de Lisboa Norte;
 - de Almada/Seixal;
 - do Porto Ocidental;
 - de Espinho/Gaia.
- ✘ Aos responsáveis por eventuais infrações financeiras.

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

- ✘ Bastonário da Ordem dos Médicos.
- ✘ Bastonário da Ordem dos Enfermeiros.

Foram recebidas respostas⁷ de todas as entidades, **à exceção do Bastonário da Ordem dos Médicos, e de dois dos vogais do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP.**

Foi ainda concedida à Associação Nacional das USF (USF-AN) – e a título excecional, oportunidade para se pronunciar sobre os excertos dos textos em que a USF-AN foi referida no relato, considerando que “(...) não obstante a colaboração obtida da USF-AN, esta associação não foi entidade auditada no âmbito da auditoria ao desempenho das unidades funcionais de cuidados de saúde primários e a audição dos profissionais que desempenham funções quer nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), quer nas Unidades de Saúde Familiar (USF) do modelo A ou do modelo B foi acautelada através da audição das cinco Administrações Regionais de Saúde e das Ordens Profissionais que representam todos os profissionais médicos (Ordem dos Médicos) e todos os enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros) e não exclusivamente os pertencentes a USF...[e] (...) que a Ordem dos Enfermeiros já se pronunciou emitindo considerações sobre o referido relato.”⁸ Contudo, e apesar de tal audição ocorrer a solicitação da própria Associação, a mesma não respondeu.

As alegações/respostas apresentadas constam, na íntegra, do Volume III do presente Relatório, nos termos do artigo 13º, nº 4, da Lei nº 98/97, e são reproduzidas, em síntese, nas partes tidas como

⁷Foram recebidas 36 respostas.

⁸ Cfr. Despacho de 1 de abril de 2014 do Juiz Conselheiro Relator.



relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam. Das mesmas, destacam-se, desde já, os seguintes comentários globais.

4.1. ALEGAÇÕES NA GENERALIDADE

▪ Questões metodológicas

A comparação, apresentada no relato de auditoria, dos custos unitários e das remunerações, associados a cada uma das tipologias de unidades funcionais (UCSP, USF modelo A e USF modelo B) baseou-se numa amostra não estatística. No sentido de conferir maior amplitude à análise realizada, justificou-se solicitar, na sequência da fase do contraditório, informação respeitante **ao universo de unidades em funcionamento**, a nível nacional, nos anos de 2011 e 2012. O resultado do tratamento completo da informação confirma as conclusões gerais da análise que já constavam do relato e que foram submetidas a contraditório.

▪ Temas não abordados nas alegações apresentadas na fase de contraditório

Apesar de o texto do relato submetido a contraditório conter observações de auditoria e conclusões sobre temas relevantes e pontos de vista pertinentes para o contribuinte e os utentes, o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças não se pronunciaram sobre:

- ✘ Implementação das propostas dos Grupos de Trabalho sobre a Reforma dos cuidados hospitalares, grau de cumprimento e expectativas de realização das metas constantes no “Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades da política económica” (MoU - revisões até março de 2012) - vd. ponto 5.7 e pontos 7 e 8 do Vol. II;
- ✘ Prossecução dos objetivos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - vd. ponto 5.1 e ponto 1 do Vol. II;
- ✘ Análise de custos: Comparação de USF vs UCSP - vd. ponto 5.2 e ponto 2 do Vol. II;
- ✘ Financiamento dos Cuidados de Saúde Primários face ao financiamento dos cuidados de saúde hospitalares, considerando a dotação orçamental para o Serviço Nacional de Saúde - vd. ponto 1 do Vol. II
- ✘ Avaliação dos ganhos em saúde e indicadores de resultados - vd. pontos 5.1 e 5.4 e pontos 1, 3, 7 e 8 do Vol. II;
- ✘ Uteses sem médico de família - vd. ponto 5.1 e pontos 1 e 5.2 do Vol. II;
- ✘ Falta de equidade entre os utentes - vd. ponto 5.2 e pontos 1 e 5 do Vol. II;
- ✘ Satisfação dos utentes - vd. ponto 4.5 do Vol. II;
- ✘ Inexistência de padrão de referência para aferir os níveis de prescrição de medicamentos e MCDT - vd. vd. ponto 5.2 e ponto 2 do Vol. II;
- ✘ Diferenças de regime remuneratório e falta de equidade entre profissionais - vd. pontos 5.2 e 5.3 e pontos 2.3 e 3.1 do Vol. II;
- ✘ Articulação da prestação de cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares - vd. pontos 5.6 e 5.7 e ponto 6 do Vol. II;
- ✘ Criação de USF modelo C - vd. pontos 5.5 e 5.7 e pontos 1.2 e 8 do Vol. II.

Sem prejuízo do que antecede, cumpre destacar que nas alegações o Ministério da Saúde referiu que “(...) no âmbito do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica celebrado entre o Governo Português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário



Internacional (FMI), o Governo deve prosseguir com o reforço dos serviços de cuidados de saúde primários, de modo a continuar a redução do recurso desnecessário a consultas de especialidade e às urgências.”

Acrescenta que “A melhoria da coordenação dos cuidados de saúde primários passa pelo aumento do número das Unidades de Saúde Familiares (USF) contratualizadas com Administrações Regionais de Saúde (ARS), continuando a recorrer a uma combinação de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho, assegurando que o novo sistema conduz a uma redução de custos e a uma prestação de cuidados mais eficaz.(...)”, sem, no entanto, demonstrar de forma quantificada essa correlação.

▪ Alegações respeitantes às Recomendações Propostas no Relato

Sobre o projeto de recomendações constante do relato preliminar, pronunciaram-se a Ministra de Estado e das Finanças, o Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, os membros do Conselho Diretivo da ARSC, IP, o Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP, os Diretores Executivos dos ACES Espinho/Gaia, Almada/Seixal e Porto Ocidental, e também o Bastonário da Ordem dos Enfermeiros. Na sua maioria, os alegantes informam que algumas das recomendações estão em fase de implementação e/ou que vão ser desenvolvidas iniciativas para lhes dar cumprimento.

No que respeita ao projeto de recomendação que constava no relato e que foi dirigida à Ministra de Estado e das Finanças⁹, no sentido de garantir uma aclaração sobre as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do Orçamento de Estado, foi a mesma objeto da seguinte alegação:

-“ (...) se semelhante aclaração fosse introduzida, esta iria, por um lado, trazer sérias distorções na estrutura da própria norma, cujo âmbito de aplicação é bastante mais amplo do que os prémios de desempenho, e, por outro lado, ao transformá-la numa norma rígida (...) a mesma perderia a sua capacidade de adaptação à diversidade de realidades que pretende abranger.” Acrescentando, ainda, que “ (...) o legislador (...) consciente da panóplia de situações que podem configurar valorizações remuneratórias, as quais quer proibir atento o apertado quadro orçamental que o país atravessa, quis que a norma em causa fosse suficientemente flexível para se adaptar a essas situações tornando-a, pois, uma norma aberta.” Para além disso “ (...) esta norma pretende proibir todas as valorizações remuneratórias que não se encontrem nas exceções que ela própria prevê.” E, como tal “ (...) a nossa opinião de que a norma em apreço não carece de aclaração porque contém em si os elementos interpretativos necessários para a sua aplicação, como também o dito esclarecimento iria retirar-lhe a necessária flexibilidade de adaptação à realidade presente e futura¹⁰.”

Acresce ainda que nestas alegações se conclui também que “ (...) os incentivos às USF... têm a natureza de suplementos e, portanto, não estão abrangidos por aquela norma.”

Ora, o projeto de recomendação referia-se apenas a uma aclaração da norma promovida pela Ministra de Estado e das Finanças e não a uma alteração legislativa, precisamente por se tratar de uma norma aberta, até porque nunca foi questionada a tipologia da norma (aberta ou fechada). Justificava-se que tal aclaração fosse promovida considerando as dúvidas levantadas pela Administração Regional de Saúde do Norte, pela indefinição de um entendimento da Tutela setorial, pela ACSS, mas sobretudo pelo parecer e esclarecimentos fornecidos pela Direção-Geral da Administração e Emprego Público (DGAEP), tutelada pela Ministra de Estado e das Finanças.

⁹ “i - Garantir que seja emitida orientação que esclareça e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do Orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos)”.

¹⁰ “Dentro do seu âmbito de aplicação temporal, naturalmente, que, como sabemos, é o orçamento”



Recorde-se que o entendimento da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público¹¹ é o de que, por um lado, “(...) a proibição da prática de atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, onde se incluem os prémios de desempenho e outras prestações pecuniárias de natureza afim, conforme se retira do articulado da norma, visa abranger um universo bastante alargado de destinatários e de entidades.”; por outro, que “(...) No entendimento desta Direção-Geral, a compensação associada à carteira adicional de serviços assume contornos que conduzem à sua qualificação como suplementos, os incentivos financeiros, prémios de desempenho.”.

Esta Direção-Geral é ainda mais assertiva quando refere que “(...) a distinção entre suplemento remuneratório e prémio de desempenho (...) fundamenta-se essencialmente na circunstância de o suplemento visar remunerar um ónus (...) enquanto os sistemas de recompensa de desempenho dependem de avaliação de resultados obtidos (...)”¹².

Ora, esta posição, não só veio ao encontro da literatura sobre tema da gestão da remuneração¹³, como do que se já havia analisado e concluído no relato, tendo também merecido a concordância do Secretário de Estado da Administração Pública (Despacho n.º 299/2014, de 22 de janeiro de 2014) indiciando-se assim uma contradição entre a perspetiva que poderia ser atribuída ao Ministério das Finanças e a perspetiva do Ministério da Saúde, após ambos os ministros terem subscrito a Portaria conjunta n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro.

Recorde-se que esta Portaria visou terminar com o impasse¹⁴ resultante das dúvidas sobre a legalidade do pagamento dos incentivos financeiros aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos das USF do modelo B, ao proceder a uma alteração da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, retirando a menção a “prémios de desempenho”, que constava da letra do n.º 1 do artigo 3.º. Esta circunstância, justificou que se tivesse formulado tal recomendação à Ministra de Estado e das Finanças, i.e, “Garantir que seja emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do Orçamento de Estado...”

A posição que a resposta em sede de contraditório vem agora transmitir não apresenta, por si só, os fundamentos jurídicos que a justificam e que permitiriam rebater a conclusão apresentada no relato. Além de outras razões adiante desenvolvidas o Tribunal mantém, assim, o que já havia concluído a respeito dos incentivos financeiros pagos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos constituírem um prémio de desempenho.

Nas alegações apresentadas pela ACSS, IP, refere-se que “De um modo geral, as Recomendações apresentadas são pertinentes, apesar de minimizarem aspetos processuais da reorganização dos cuidados de saúde primários que tem vindo a ser realizada (...) desde a área normativa (...) à área das práticas clínicas para a prestação de cuidados de saúde (...) à consolidação da informação dos sistemas informáticos (...) que incluiu a interoperacionalidade de sistemas e constante integração de novos dados (...)”.

¹¹ Cfr. informação da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público - DGAEP-, de 16 de janeiro de 2014 - Informação n.º 263/DGAEP/DRJE, anexo I do Volume II do presente relatório.

Além do supra citado, a DGAEP refere ainda, a propósito da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro que “(...) esta alteração não tem, por si só, a virtualidade de modificar a natureza de prémio de desempenho atribuída pela Portaria n.º 301/2008 (...)”.

A mesma DGAEP, em 4 de outubro de 2013, por ofício n.º 002513, informou que “(...) No que especificamente concerne à problemática suscitada quanto à atribuição de compensações pelo desempenho aos profissionais inseridos nas unidades de saúde familiar (USF), modelo B, informo que não houve qualquer tomada de posição ou orientação transmitida por esta direção-geral, uma vez que a questão não nos terá sido colocada.”.

¹² Sublinhado nosso.

¹³ Veja-se, a título de exemplo, Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa.

¹⁴ No final de 2013, o pagamento dos incentivos financeiros a profissionais das USF esteve suspenso, por determinação do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde “até ao esclarecimento desta matéria por parte do Ministério das Finanças”. A suspensão do pagamento cessou com nova comunicação, de 2 de janeiro de 2014, “atentos os esclarecimentos obtidos e atenta a publicação da Portaria 377-A/2013, de 30 de dezembro”. Cf. Anexo II do Volume II.



Ainda sobre as recomendações formuladas, a ACSS informa que “(...) muitas das áreas de melhoria identificadas na presente Auditoria do Tribunal de Contas, e que são referidas nas propostas de recomendações (...) já se encontram em implementação, nomeadamente no processo de contratualização para 2014, o qual permitiu alterar a estrutura de contratualização interna (...). Para além disso, será ainda possível implementar durante o ano de 2014 a monitorização da satisfação dos utilizadores (algo inédito no processo de contratualização) e operacionalizar o Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento dos ACES (...)”. Por último, refere várias iniciativas que estão a ser desenvolvidas pelas ARS e pelos ACES, em articulação com a ACSS, “ (...) que visam a melhoria da imputação dos custos ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais (...) que se destacam: -estabilização de um Plano de Contas Analíticas (...); melhoria do reporte de informação financeira pelas ARS, com reporte periódico de dados financeiros por centro de resultados (...), alocação de custos ao nível das unidades funcionais, nomeadamente recursos humanos, medicamentos e MCDT’s”.

Os membros do Conselho Diretivo da **Administração Regional de Saúde do Centro**, conferem o seu total acordo com o prazo limite mencionado na recomendação *i*)¹⁵, lembrando, no entanto, que o cumprimento desse prazo não depende da ARS, mas da publicação do documento anual de metodologia de contratualização da responsabilidade da ACSS. Consideram “*extremamente importante*” o teor da recomendação *iii*)¹⁶ referindo que irão solicitar a adequação dos sistemas de informação para a recolha deste dado e concordam e acolhem a recomendação formulada no ponto *vii*)¹⁷.

Já o Presidente do Conselho Diretivo da **Administração Regional de Saúde do Algarve, IP**, nas suas alegações informa que vai “(...) levar as recomendações do Tribunal de Contas a deliberação do CD (...), por forma a que possam ser aprovadas e devidamente implementadas. Quanto às recomendações efetuadas na presente Auditoria, (...) aos Diretores Executivos dos ACES, vamos, também, levá-las a reunião do CD (...), propondo que sejam adoptadas como determinações desta ARS Algarve, e no âmbito do n/ poder de direcção, fazê-las executar pelos senhores Diretores Executivos dos ACES do Algarve (...)”.

O Diretor Executivo do ACES Espinho/Gaia refere “(...) que o processo de contratualização interna é fortemente modelada pela ACSS e os DC das ARS, sendo os DE alheios às decisões tomadas a esse nível, o que deixa pouca margem de manobra aos mesmos para cumprir a primeira recomendação¹⁸. Relativamente à segunda recomendação¹⁹ (...) a ARS Norte com o apoio dos ACES tem já instituído procedimentos a este nível para garantir a resposta a essa necessidade sentida por todos. No que se refere à terceira recomendação²⁰ [informa-se] que se encontra publicitado em todas as Unidades cartaz de informação ao público emitido pela ARS Norte relativo à matéria.”. Sobre o mesmo assunto, o Diretor Executivo do ACES Porto Ocidental considera que “O processo de contratualização interna é quase na sua totalidade dirigido pela ACSS e DC da ARS, deixando aos Diretores Executivos escassa margem de trabalho para cumprir (...) a primeira recomendação.” salientando, quanto às restantes recomendações, que “ (...) a ARS Norte com a colaboração dos ACES já instituiu procedimentos para garantir a imputação de custos por centros de produção e de custos” e que “ (...) o ACES Porto Ocidental tem publicitado aos utentes, através de afixação de cartaz todas as Unidades Funcionais, informação sobre os tempos máximos de resposta garantida, nas diferentes situações.”

¹⁵ Aprovar, até 31 de dezembro de cada ano, os contratos-programa com os ACES e por consequência a aprovação dos planos de ação e das cartas de compromisso com as USF, assegurando às entidades prestadoras os instrumentos de gestão, oportunamente, necessários à concretização dos objetivos.

¹⁶ Ponderar, no processo de contratualização, a inclusão de um indicador de mensuração do tempo de espera entre a data de marcação de consulta e a data da sua realização.

¹⁷ Promover, através do sítio na Internet dos ACES, a divulgação de informação de carácter útil para o cidadão/utente sobre a oferta dos cuidados de saúde das unidades funcionais, nomeadamente, nas áreas de promoção e prevenção.

¹⁸ Prover, em sede de contratualização interna, pelo ajustamento das metas e indicadores às reais necessidades da população e pela redução dos custos de gestão das unidades funcionais.

¹⁹ Estabelecer regras de imputação dos custos a fim de as unidades funcionais poderem vir a operar como centros de produção e de custos.

²⁰ Promover a divulgação pública, pelos meios adequados, no sítio dos Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES na Internet, de informação sobre o tempo de espera para obtenção de consulta dos utentes inscritos nas respetivas unidades funcionais



Por sua vez, o Diretor Executivo do ACES Almada/Seixal refere que “(...) Com base no Plano Local de Saúde do ACES Almada-Seixal (...), foram propostos indicadores de Contratualização externa (com a ARSLVT) e indicadores de Contratualização interna com as Unidade Funcionais do ACES Almada-Seixal.” Porém, quanto ao tempo de espera para obtenção de consulta informa que “Atendendo à falta de recursos humanos é extremamente difícil observar o disposto na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.”

O Bastonário da Ordem dos Enfermeiros concorda na generalidade com o teor das recomendações, alertando, no entanto, para a “(...) subutilização das competências especializadas dos enfermeiros nomeadamente, enfermagem de saúde materna e obstétrica e enfermagem de saúde infantil e pediátrica por falta de vontade política e/ou interesses corporativistas instalados, para além das dificuldades verificadas na mobilidade de enfermeiros dos hospitais para os cuidados de saúde primários (...).”

O Tribunal reconhece que as iniciativas que contribuam para agilizar o processo de contratualização, garantir o efetivo acompanhamento e execução, quer do contrato-programa quer das cartas de compromisso, melhorar o acesso do cidadão/utente aos cuidados de saúde e também à divulgação de informação, contribuem para a eficiência e efetividade da prestação dos cuidados de saúde primários. Contudo, só ulteriormente o Tribunal apreciará essas medidas, no âmbito do seu acompanhamento da implementação das recomendações que formula.

4.2. PRINCIPAIS TEMAS CONSTANTES DAS RESPOSTAS APRESENTADAS, EM SEDE DE CONTRADITÓRIO

▪ Reforma dos cuidados de saúde primários

O Bastonário da Ordem dos Enfermeiros refere que “ A reforma foi desvirtuada por decisões políticas desadequadas, nomeadamente: a afetação de utentes não baseadas em reais necessidades em cuidados de saúde, mas sim centralizadas em listas arbitrariamente constituídas e não salvaguardando o acesso dentro da área geodemográfica de residência dos utentes; recursos insuficientes para a reforma planeada sendo que a criação das equipas das USF foi muitas vezes conseguida esvaziando recursos de outras unidades funcionais; incapacidade de reconhecer a necessidade de envolvimento de todos os profissionais de saúde no processo da reforma e a sua excessiva centralização nas USF.”

Sobre a reforma dos cuidados de saúde primários, o Diretor Executivo do ACES Porto Ocidental refere que “Apesar da falta de estudos aprofundados sobre a Reforma dos CSP pode-se afirmar baseado na informação disponível, que as USF e nomeadamente as USF modelo B têm uma prestação dos cuidados de saúde mais efetivos que as UCSP (...).”

Estas observações não contrariam as conclusões do relato, mas complementam-nas nos aspetos que atendem à dimensão do acesso, tais como a composição e dimensão das listas de utentes, existência de várias tipologias de unidades funcionais baseadas na deslocação de recursos e ausência de avaliações *ex ante* e *ex post* que confrontassem os resultados esperados com os verificados.

Saliente-se ainda, que o Ministério da Saúde, além de se referir à continuidade de criação de USF, nada acrescentou sobre a concretização das metas definidas no Memorando de Entendimento, ou, ainda, sobre a prossecução de outros objetivos da reforma, sua calendarização e incorporação das propostas dos grupos de trabalho da reforma dos cuidados hospitalares, da integração dos níveis de cuidados de saúde, avaliação das ULS, ou criação das USF do modelo C, designadamente para atender à existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Também não se pronuncia sobre medidas que, no imediato, visem assegurar: a total cobertura territorial; a eliminação da falta de equidade de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde primários; a liberdade de escolha por parte dos utentes; a redução de assimetrias dos sistemas remuneratórios entre os profissionais das unidades funcionais que exercem funções nas UCSP e USF.



O conhecimento desses desenvolvimentos para a reforma afigura-se também necessário para a apreensão das finalidades dos sistemas remuneratórios baseados nos suplementos ou nos incentivos ao desempenho, pois fica por esclarecer se o objetivo consiste na remuneração apenas dos resultados da atividade da equipa multiprofissional das USF do modelo B, no reconhecimento e na remuneração do comportamento colaborativo nos indivíduos, orientado para o trabalho de equipa eficaz, enquanto valor organizacional da reforma da prestação dos cuidados de saúde primários, ou ainda se reside na criação das expectativas nos profissionais das UCSP ou das USF do modelo A, sobre o que se espera que o desempenho do trabalho em equipa venha a alcançar quando se transformarem em USF do modelo B.

Nas alegações apresentadas fica por demonstrar em que medida a criação de um sistema remuneratório próprio para as USF modelo B, que se traduz num substancial aumento dos custos com pessoal, se repercute na obtenção de eventuais ganhos de eficiência nestas unidades funcionais ou no SNS, como um todo, e, bem assim, na efetiva produção de melhoria de resultados em saúde.

▪ **Análise de custos: comparação USF vs UCSP**

Nas alegações apresentadas pelos membros do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP, reconhece-se que *“A dificuldade existente na implementação de uma contabilidade de custos nos ACES e respetivas unidades funcionais, resultante da falta de consensualização nacional sobre a definição dos centros de custo em cuidados de saúde primários e de normalização de critérios contabilísticos, dificulta a elaboração dos planos anuais e plurianuais previstos tendo por base valores orçamentados. Acresce o fato de os ACES não serem entidades com autonomia financeira e com identificação fiscal própria.”*

O Tribunal considera que os constrangimentos alegados não devem constituir impedimento para a implementação célere de um sistema de custeio que permita conhecer efetivamente os custos e assim garantir que a gestão dos dinheiros públicos do SNS seja rigorosa, transparente e orientada para a produtividade e para os resultados.

Tal necessidade é ainda mais premente dada a criação de um sistema remuneratório próprio para os profissionais das USF do modelo B, que prevê o pagamento de suplementos e compensações pelo desempenho, incluindo incentivos financeiros e institucionais.

▪ **Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos em USF modelo B**

O Ministro da Saúde acompanha as alegações apresentadas pelas cinco ARS e que reiteram que a compensação pelo desempenho dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos assume a natureza de suplemento remuneratório, porque decorre das particulares condições de serviço prestado, mais exigentes, em virtude do exercício das funções estar associado a uma carteira de serviços previamente contratualizada. Além disso, os alegantes argumentam ainda que se tratam de incentivos e compensações intimamente relacionadas com a produtividade da equipa multiprofissional em que se inserem e não com o desempenho individual, esse sim, abrangido pelas normas do SIADAP²¹ e compensado com o pagamento do prémio de desempenho impedido pela LOE. Neste sentido, e apesar dos argumentos apresentados, mais precisamente sobre os pontos críticos da estrutura remuneratória dos profissionais das USF modelo B, não acrescentam qualquer elemento novo à informação ou esclarecimentos que já haviam prestado durante a auditoria.

A resposta remetida pela Chefe de Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças, e tal como acima já se referiu, conclui também que: *“(...) b) Menos ainda se subscreve essa aclaração em relação à configuração dos incentivos às USF como prémios desempenho isto que, e ao contrário da tese perfilhada pelo TC, consideramos que os mesmos têm natureza de suplementos e, portanto, não estão abrangidos por aquela norma.”*

²¹ Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública.



Note-se que esta conclusão não é precedida de uma análise detalhada dos vários tipos de compensações, incentivos e componentes atribuídos aos diferentes grupos profissionais (médicos, profissionais de enfermagem e assistentes administrativos), nem tão pouco associada a qualquer evidência sobre ganhos de produtividade, resultados em saúde, ou ainda melhoria do acesso e satisfação dos utentes.

Tal como acima se referiu, as alegações apresentadas pelo Ministério das Finanças revelam uma posição contraditória com o que havia sido recentemente informado pela Direção-Geral da Administração e Emprego Público - DGAEP.

Recorde-se a Direção-Geral da Administração e Emprego Público - DGAEP, entidade tutelada pelo Ministério de Estado e das Finanças, em 16 de janeiro de 2014, suportado na Informação n.º 263/DGAEP/DRJE, referia que *“(...) No entendimento desta Direção-Geral, a compensação associada à carteira adicional de serviços assume contornos que conduzem à sua qualificação como suplementos, os incentivos financeiros, prémios de desempenho.”*. Ora, esta informação, não só veio ao encontro com o que se já havia concluído no relato, como também mereceu a concordância do Secretário de Estado da Administração Pública (Despacho n.º 299/2014, de 22 de janeiro de 2014).

As alegações apresentadas pelo Ministério das Finanças não apresentam de um modo objetivo e suficientemente detalhado os fundamentos jurídicos que justificam a mudança de posição, nem explicam por que razão na Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, apenas se suprimiu na letra do n.º 1 do art.º 3.º a qualificação originariamente feita na Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, dos incentivos financeiros, como prémios de desempenho, nada se alterando no processo de apuramento e atribuição desses incentivos, mantendo-se na sua formulação o seu carácter contingente²², que atende a indicadores contratualizados, resultados medidos, respetiva validação e posterior pagamento da retribuição devida. Este carácter contingente está no cerne do processo de motivação, capaz de gerar aumento de produtividade e/ou qualidade do serviço, com vista a atingir um objetivo, sendo que só esse desiderato legitima a atribuição do prémio.

Por outro lado, uma alteração da letra sem que o restante corpo normativo acompanhe uma alteração consequente das características desta componente remuneratória, que na sua formulação se mantém dinâmica e contingente, não é compatível com o fundamento dos suplementos remuneratórios, que segundo o alegado se justificam pelas condições específicas em que o trabalho é exercido e não com o reconhecimento do desempenho ou melhoria da produtividade ou resultados verificados.

Nas alegações apresentadas pelo Ministério das Finanças cita-se um Parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República (PGR), de 28/set/2011, que define os suplementos remuneratórios, referindo que: *“(...) os suplementos são devidos como remuneração das específicas condições em que o trabalho é prestado, nomeadamente, quantidade e natureza, face a outros trabalhadores inseridos na mesma carreira, categoria ou cargo. Ora, é exatamente este o enquadramento dos incentivos à produtividade em apreço o que lhes confere então, a natureza de suplementos.”*. As dúvidas não se colocam em relação ao que é devido em razão dos suplementos, mas sim em relação ao enquadramento específico dos incentivos financeiros atribuídos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos das USF do modelo B, designadamente: a contratualização de 17 indicadores, a atribuição de pontuação pela verificação do cumprimento dos indicadores contratualizados, através de percentagens que determinam o respetivo grau de realização e o seu pagamento individual aos profissionais. Sobre estes aspetos concretos as alegações do Ministério das Finanças são omissas, não apresentando qualquer *ratio* que justifique a posição de que *“é exatamente este o enquadramento dos incentivos à produtividade em apreço...”*.

²² Ver Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [21; 22].



Já o Ministério da Saúde alega que *“(...) a compensação pelo desempenho dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos em análise assume a natureza de suplemento remuneratório, porque decorre das particulares condições de serviço prestado, mais exigentes relativamente aos restantes profissionais de idênticas carreiras e categoria inseridos noutras unidades funcionais dos agrupamentos dos centros de saúde, em conformidade com o disposto no n.º1 do art.º 73.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, e que prevê o conceito de suplemento remuneratório”. “ e que “(...) questionada a Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, no âmbito da elaboração do Balanço Social 2011, estes incentivos passaram a ser contabilizados como suplementos remuneratórios, de acordo com orientação da mesma” e conclui de seguida que “(...) Na verdade, a compensação pelo desempenho assume-se como um direito dos profissionais, atento o caráter mais exigente do exercício das funções associado a uma carteira de serviços previamente contratualizada.”*

Reconhece-se a existência de condições de serviço prestado particulares e eventualmente mais exigentes, em termos de volume de trabalho, decorrente do acréscimo ao número de utentes inscritos por médico, mas tal circunstância já é efetivamente compensada pela retribuição pelo “aumento das unidades ponderadas”, nos termos do n.º 3 alínea a) e n.º 5 do art.º 28.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

A consideração desta realidade como um suplemento remuneratório não depende de uma qualquer orientação sobre a forma de contabilização, pois tal registo na rubrica de suplementos não confere e não altera a verdadeira natureza destes incentivos financeiros. Ao longo da auditoria verificou-se que essa “orientação” terá sido conferida numa troca de correspondência com uma técnica daquela Direção-Geral. Aliás, a Diretora-Geral da Direção-Geral da Administração e Emprego Público – DGAEP - em 4 de outubro de 2013, pelo ofício n.º 002513, informou que *“(...) No que especificamente concerne à problemática suscitada quanto à atribuição de compensações pelo desempenho aos profissionais inseridos nas unidades de saúde familiar (USF), modelo B, informo que não houve qualquer tomada de posição ou orientação transmitida por esta direção-geral, uma vez que a questão não nos terá sido colocada.”*

Recorde-se que a base concetual das USF e do sistema remuneratório dos seus profissionais, reconhecida desde logo nos preâmbulos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, e da Portaria 301/2008, de 18 de abril²³, afigura-se consonante com o objetivo de motivação desses profissionais, através da definição de metas a alcançar e de condições particulares de serviço associadas a processos de motivação intrínseca e extrínseca²⁴ que orientam os comportamentos para objetivos e, não propriamente com a remuneração de um ónus, em função das condições particulares do serviço que prestam. A própria geração de USF depende de candidaturas voluntárias de profissionais que as formalizam na expectativa de realização de objetivos que satisfarão as suas necessidades de melhoria das suas condições de trabalho, qualificações e competências. Tal significa que o modelo de USF renova os processos de motivação intrínseca e extrínseca, oferecendo uma combinação de remunerações não financeiras e de acréscimos remuneratórios resultantes de suplementos e de prémios de desempenho, independentemente da designação variada e específica que o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto prevê.

Ora, desde a apresentação de uma candidatura, passando pela permanência no modelo A de USF e até que a maturidade operacional seja reconhecida e se consagre a passagem para o modelo B de USF, no qual se consumam todos os mecanismos motivadores financeiros e não financeiros, de facto, os profissionais lidam com a expectativa²⁵ de que os seus esforços e contributos produzirão remunerações e outros benefícios que valem a pena. E tanto assim é, que se constatou em auditoria que os acréscimos remuneratórios podem representar mais do que o dobro relativamente à remuneração base aferida

²³ Que refere: *“A gestão por objectivos decorrente do processo de contratualização, para ser efectiva, implica que aos mecanismos de avaliação sejam associados incentivos, quer para as equipas de saúde, quer para os profissionais que as integram.”*

²⁴ Ver Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), *“A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”*, ed. Piaget, Lisboa, [6].

²⁵ Idem.



pela tabela salarial, no caso dos médicos e quase o dobro no caso dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, sendo questionável que o ónus associado ao exercício de funções numa USF possa justificar, por si só, tamanha disparidade salarial.

Os incentivos financeiros respeitantes aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos das USF do modelo B assentam na retribuição pelo desempenho, em que as decisões de retribuição são contingentes, visto que é necessário que a obtenção de resultados se traduza numa determinada pontuação, decorrente da realização anual dos 17 indicadores contratualizados. Logo, o que existe, antes de mais é uma **expectativa jurídica**²⁶ (fundada na lei, nos regulamentos e na contratualização)²⁷ e o **direito a receber esta retribuição depende** dos resultados que venham a ser obtidos nos indicadores. Assim, a existência desse direito depende dos factos geradores que dão origem à realização, ao longo do ano, dos objetivos, que consistem no alcançar das metas estabelecidas pelos indicadores contratualizados, cuja validação antecede o pagamento no ano seguinte²⁸. Assim, **estes incentivos financeiros têm a natureza de prémio de desempenho e não de suplemento remuneratório**, não havendo qualquer similitude com a compensação pelo desempenho atribuída aos médicos.

Mais, os profissionais de enfermagem e assistentes técnicos adquiriram a perceção de que a hipótese de recebimento deste incentivo no ano seguinte **depende da probabilidade de atingirem as metas em função do esforço, desencadeado pelo processo motivacional, que desenvolvem** individualmente e em equipa ao longo do ano, juntamente com os médicos. Trata-se assim de uma retribuição variável, que é atribuída devido a realizações específicas e consiste numa retribuição de risco²⁹. É este o racional dos prémios de desempenho, e este racional é indissociável do processo de atribuição das verbas pagas como prémios.

É ainda comentário de vários dos alegantes que “ (...) *sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho –, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.*”

Ora, a distinção entre as compensações referidas não resulta das diferenças processuais em si, mas do comportamento que tais diferenças processuais desencadeiam. De facto, o estabelecimento prévio de objetivos, a cujo cumprimento estão associados incentivos financeiros, atribuídos, *a posteriori*, a título de compensações pelo desempenho, tem por finalidade criar uma motivação extrínseca nos profissionais, contribuindo para o aumento da sua produtividade ou da qualidade do trabalho

²⁶ “ (...) Daquele a favor de quem já começou a produzir-se um facto complexo, de formação sucessiva, donde há-de vir a resultar, quando concluído, um direito ou a sua atribuição. A expectativa jurídica caracteriza-se pela posição jurídica do sujeito que lhe pode permitir ser titular de um direito subjetivo.” - Telles, I. Galvão “Expectativa jurídica - algumas notas” in O Direito, 1990, pp. 2.

Mais precisamente, “ (...) Nos casos de aquisição dependente de facto complexo, embora o direito subjetivo não haja sido adquirido, existe já, uma situação preliminar, um embrião de direito; isso leva a norma jurídica a atribuir, por vezes, alguma proteção ao titular do interesse correspondente. Essa proteção consiste, em regra, na atribuição de meios de conservação dos bens a que o interesse se reporta, por forma a assegurar ao correspondente direito subjetivo, caso venha a constituir-se e quando tal se verifique, conteúdo e valor prático efetivo. A esta situação de tutela de um ato em vias de constituição corresponde a expectativa jurídica; se a tutela não existir pode falar-se de expectativa de facto, mas não de direito. Só existe expectativa jurídica quando se verificou já um dos factos do ciclo complexo cuja total verificação depende da aquisição do direito subjetivo e, concorrendo com ele, existe alguma forma de tutela jurídica do interesse do futuro e eventual adquirente do direito.”, Fernandes, Luis A. Carvalho, 1996, Teoria Geral do Direito Civil, Lex, pp.497.

²⁷ Vd. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, posteriormente alterada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro.

²⁸ Ou seja, sob condição da observância dos critérios de atribuição de incentivos financeiros para a produção de efeitos, não por vontade das partes, mas por exigência da lei.

²⁹ Cfr, Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [21] – “A retribuição variável é o pagamento em dinheiro a indivíduos sob a forma de retribuição ou prémios pelo desempenho com base no seu próprio desempenho ou no da sua equipa ou organização”.



desenvolvido³⁰. Tal mecanismo de motivação e de alinhamento das motivações individuais com os resultados pretendidos constitui a essência da gestão por objetivos e da remuneração pelo desempenho. Negar isto é negar os pressupostos da remuneração pelo desempenho, que radicam na motivação.

Alerta-se para a desigualdade de critérios remuneratórios que subsistem na mesma USF do modelo B entre os profissionais de saúde, designadamente entre os profissionais de enfermagem e os médicos, uma vez que estes últimos não se encontram sujeitos ao risco de não receberem os suplementos em função da verificação da realização *a posteriori* dos indicadores contratualizados, além de que os acréscimos salariais que recebem mensalmente consolidam com a remuneração base para efeitos de descontos para a aposentação.

Não se deve descuidar a hipótese de que a perceção, pelos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, do rácio entre aquilo que cada um recebe pelos resultados sob a forma de retribuição e o esforço e empenho exercidos pelos outros pode esgotar a satisfação de cada um, a partir do momento que se comparem com o esforço aplicado por aqueles que na mesma unidade funcional têm os suplementos remuneratórios garantidos mensalmente. Logo, **o reconhecimento de resultados devia fazer parte das componentes remuneratórias de todos os profissionais que desempenham funções neste modelo B de USF**, tornando o pagamento mais justo para qualquer nível de trabalho, reparando-se assim a falta de equidade vertical, i.e, dentro das mesmas unidades funcionais, com a vantagem de se poder prolongar internamente a satisfação de todos os profissionais envolvidos.

Aliás, o próprio Ministério da Saúde acaba por referir que “(...) 7. *Na verdade não existem razões para considerar que aquilo que se paga aos médicos é diferente, na sua natureza, do que se paga aos enfermeiros e aos assistentes técnicos, sendo o trabalho de todos nas USF interdependente. Os médicos produzem o que lhes é pedido por terem o apoio dos enfermeiros e administrativos e vice-versa.*”

No entanto, os únicos profissionais que têm remunerações contingentes, isto é, que “(...) *dependem de avaliação de resultados obtidos (...)*”, tal como referido pela DGAEP³¹, são efetivamente os enfermeiros e os administrativos.

Acresce que os pagamentos relativos a “compensações pelo desempenho”, além de assumirem, como demonstrado, características distintas entre as várias carreiras, têm pesos distintos na respetiva remuneração total. De facto, o pagamento das “atividades específicas” ao pessoal médico das USF modelo B representou, em 2012, cerca de 22% da sua remuneração total. No caso dos enfermeiros e dos administrativos, o pagamento de incentivos financeiros representou, respetivamente, cerca de 10% e 5% da remuneração total.

Por outro lado, o reconhecimento e valorização significativa face ao salário base, constante da tabela salarial, entre profissionais e outros trabalhadores inseridos na mesma carreira, categoria ou cargo, em especial os que desempenham funções nas USF do modelo A e nos centros de saúde tradicionais (UCSP), afeta a equidade horizontal, podendo, eventualmente, constituir um “desincentivo” e transformar-se em desmotivação³² por parte dos que não recebem nenhum acréscimo remuneratório, que no limite se pode repercutir nas condições de acesso, com o aumento de tempo de espera, no modo de atendimento e na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Retirando certos aspetos de volume, que dificilmente justificarão tão desmesurada diferença salarial, e de organização de trabalho,

³⁰ Vide Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [21] - “*Incentivos financeiros pretendem motivar as pessoas a realizar os seus objetivos, melhorar o seu desempenho ou aumentar a sua competência ou qualificações, ao concentrarem-se em alvos específicos e prioridades (...)*”.

³¹ Cf. resposta da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público - DGAEP-, de 16 de janeiro de 2014 - Informação n.º 263/DGAEP/DRJE.

³² Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [6] - “*A satisfação com a retribuição entre os empregados existentes relaciona-se principalmente com os sentimentos de equidade e justiça. As comparações externas e internas formam a base destes sentimentos (...)*”.



os mesmos profissionais também atendem nas USF do modelo A e nas UCSP, utentes com as características daqueles que integram as listas de utentes existentes nas USF do modelo B, designadamente grávidas, crianças, utentes com idade superior a 65 ou 75 anos, diabéticos e hipertensos, sem que por tal sejam recompensados financeiramente.

Mais, a motivação induzida pela maior satisfação dos profissionais das USF de modelo B resultante de um grande aumento retributivo pode ser de curta duração, sobretudo se tudo for assimilado a suplementos remuneratórios, tendencialmente certos e permanentes e que nalguns casos consolidam com o salário base. Por outro lado, a expectativa dos profissionais das USF do modelo A também pode esbater-se e constituir uma desmotivação nos casos em que o reconhecimento da maturidade operacional tarde e se apercebam que a passagem para modelo B é incerta e dependente de outros critérios externos, tais como as disponibilidades orçamentais.

As condições de trabalho existentes nas USF do modelo B, bem como o sistema remuneratório dos seus profissionais e a acérrima defesa do *status quo* dos próprios, não devem contribuir para acentuar um contraste, que pode confundir-se com uma desvalorização do trabalho, capacidade e qualificações dos profissionais que exercem funções nos centros de saúde – UCSP – USF do modelo A ou noutras unidades funcionais de cuidados primários, face aos que se encontram nas USF do modelo B, e que em geral não existe. Tal situação concentra a atenção na discussão dos problemas remuneratórios e laborais dos profissionais, em detrimento das medidas que beneficiem a situação dos utentes.

Mais, o utente/contribuinte pode ser prejudicado pelas desigualdades caso se confronte com a exclusão, por não poder aceder, ser acompanhado e tratado em unidades funcionais ditas de excelência, reservadas só para aqueles (outros utentes) a quem a administração da saúde incluiu nas listas de médicos de família que integram USF³³.

De igual modo a alegação do Ministério da Saúde, da ACSS e mais desenvolvidamente referida pelas ARS de que os prémios de desempenho que estão legalmente associados à avaliação individual do desempenho dos profissionais e a sua atribuição na “(...) dependência da decisão gestionária do dirigente máximo do serviço (existindo verba para o efeito)”, nos termos do sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública (SIADAP)³⁴, seriam os prémios inequivocamente visados no âmbito de incidência das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e 2012, ao invés da compensação pelo desempenho dos profissionais das USF de modelo B, que assume a natureza de suplementos remuneratórios e por isso está excluída daquela previsão normativa, não procede.

O Tribunal salienta que o reconhecimento do desempenho do trabalho de equipa tem sido objeto dos sistemas remuneratórios em diversos tipos de organização tal como referido pela literatura (Armstrong, Michael & Murlis, Helen, 2014)³⁵ em especial naquelas em que a atividade de projeto ou de programa se tornou uma característica da vida laboral para resolver problemas específicos como concretizar resultados importantes a médio prazo. A abordagem da remuneração das equipas pode ser feita através de várias modalidades ou combinações de recompensas por meios financeiros ou não financeiros, seja através de incentivos ou várias fórmulas de prémios, seja da equipa, seja do contributo individual.

Por seu lado, o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública (SIADAP) já previa, na sua versão inicial (Lei nº 10/2004 de 22 de Março), para além da avaliação individual, a avaliação de serviços, ainda que a avaliação do desempenho individual se tenha

³³ Uma vez que as listas de utentes por médico de família estão fechadas e não existe uma atualização periódica das listas que permita abrir vagas.

³⁴ Aprovado pela Lei n.º 66-B/2007 de 28 de dezembro.

³⁵ Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [26]. Reporta-se também à experiência no NHS britânico, a partir da década de 2000, hospitais de Portsmouth e ao projeto sobre a retribuição de equipas no NHS, realizado pelo Hay Group e pelo Institute for Employment Studies de 2002 a 2004.



revelado, desde sempre, como o método mais instrumentalizado³⁶. Os prémios de desempenho previstos no SIADAP são-nos nos termos e condições dos art.ºs 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro (Lei de Vinculação, de Carreiras e de Remunerações-LVCR), que aliás, prevê no seu art.º 76.º, a existência de outros sistemas de recompensa do desempenho a atribuir a trabalhadores, designadamente em função de resultados obtidos em equipa.

No caso em apreço os incentivos financeiros atribuídos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, são gerados pelo trabalho de equipa, uma vez que estes profissionais são incentivados para adotarem um comportamento cooperativo, na expectativa de virem a receber a parte que lhes será individualmente atribuída em função do reconhecimento *post hoc* da realização de objetivos previamente contratualizados. Portanto, o facto de o modelo de funcionamento das USF privilegiar o trabalho em equipa multiprofissional não constitui um argumento que afaste a natureza de prémios de desempenho, uma vez que os profissionais de enfermagem e assistentes administrativos recebem um prémio individual pela realização de objetivos para os quais concorreu o trabalho da equipa.

Por outro lado, o modelo de organização e funcionamento da USF assente na equipa multidisciplinar também prevê incentivos institucionais que também se podem justificar pela retribuição do trabalho cooperativo e pela obtenção de resultados decorrentes do trabalho de equipa interdisciplinar. Deste modo, envolvem-se todos os profissionais das USF, independentemente das carreiras profissionais, confere-se uma retribuição ao desempenho da equipa, uma vez que os montantes atribuídos à unidade podem ser utilizados para a melhoria das condições de trabalho e das qualificações profissionais (nos termos do n.º 2 do art.º 38º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto). Os incentivos institucionais proporcionam benefícios não financeiros aos profissionais que trabalham nas USF, que visam motivá-los para a melhoria do seu desempenho, aumento das suas competências ou qualificações, ou ainda a concentrarem-se em certas prioridades.

Acresce que o Ministro da Saúde, na sua resposta de contraditório invocou ainda outras razões para justificar o pagamento desses incentivos, designadamente na parte em que refere:

“(...) O não pagamento dos suplementos remuneratórios que são contratualmente devidos e que constituem a base conceptual das USF B, levaria à desvirtuação retroativa do modelo(...)

Sem embargo, o Ministério da saúde reconhece que o regime merece revisão e atualização ao novo contexto assistencial... .”

O Tribunal salienta que o que está em causa é a eventual existência de uma suspensão dos efeitos do sistema remuneratório das USF modelo B, nomeadamente no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros a enfermeiros e administrativos, por via de norma prevista nas Leis do Orçamento de Estado para 2011 e 2012, e não uma alteração retroativa do modelo que o desvirtue. Pelo contrário, trata-se de reconhecer o que originalmente foi instituído quanto à retribuição pelo desempenho dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos das USF do modelo B.

Por outro lado, o mesmo Ministério da Saúde que afirma que *“A melhoria da coordenação dos cuidados de saúde primários passa pelo aumento do número das Unidades de Saúde Familiares (USF) contratualizadas com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), continuando a recorrer a uma combinação de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho”*, elaborou, no final do ano de 2013, uma Portaria conjunta com o Ministério de Estado e das Finanças pretendendo, através da eliminação da expressão *“prémio de desempenho”*, reduzir todos os pagamento até ai existentes a suplementos remuneratórios, equiparando assim todos profissionais das USF (modelo B). Deste modo, não se alcança qual a *“combinação de pagamento de salários e pagamentos baseados no desempenho”* que resta no

³⁶ A nova versão do SIADAP (Lei n.º 66-B/2007 de 28 de Dezembro) operacionalizou o conceito de avaliação integrada através da introdução de métodos de avaliação de trabalhadores, dirigentes e serviços, com a introdução de subsistemas de avaliação 1, 2 e 3 (de serviços, (Título II), de dirigentes (Título III) e de trabalhadores (Título IV) promovendo a melhoria do desempenho integral da organização e dos seus trabalhadores.



modelo doravante assente na Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, dado que os suplementos remuneratórios se relacionam com as especiais condições em que o serviço é prestado e não com o desempenho das equipas ou dos profissionais.

Recorde-se que o entendimento veiculado pela Direção-Geral da Administração e Emprego Público³⁷ é o de que “(...) a distinção entre suplemento remuneratório e prémio de desempenho (...) fundamenta-se essencialmente na circunstância de o suplemento visar remunerar um ónus (...) enquanto os sistemas de recompensa de desempenho dependem de avaliação de resultados obtidos (...)”, posição que está em uníssono com a literatura relativa à gestão das remunerações e com a interpretação deste Tribunal.

Acresce que mesmo os incentivos financeiros, a única componente do sistema remuneratório das USF que depende, efetivamente, do estabelecimento de metas e da posterior avaliação do desempenho dos profissionais, assumem carácter secundário, relativamente às restantes componentes, caracterizadas como suplementos: os incentivos financeiros pagos em 2012 representaram cerca de 6% do total de suplementos e compensações pelo desempenho pagos aos profissionais das USF modelo B.

Assemelhando estes incentivos financeiros a suplementos remuneratórios, que visam remunerar um ónus e não um desempenho em função de resultados obtidos, então os seus efeitos sobre o desempenho, em termos marginais, tendem para zero, deixando de constituir um fator de acréscimo de desempenho, uma vez que todas as componentes do sistema remuneratório das USF modelo B passam a ser quase certas e permanentes.

Acresce que o que se observou na auditoria, quanto ao pagamento contingente dos incentivos financeiros nos anos de 2010 e 2011, contradiz a posição do Ministério das Finanças, que assume esta realidade como um suplemento remuneratório. De facto, em certos casos, o montante atribuído variou de um ano para o outro em função da verificação anual das metas contratualizadas, de forma consonante com interpretação deste Tribunal, isto é, que este processo de remuneração das equipas visava o reconhecimento do grau de desempenho face ao contratualizado, implicando o risco destes profissionais poderem não o merecer, assumindo uma natureza diferente dos suplementos remuneratórios pagos aos médicos. Logo, o disposto na Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro não estabelece coerência entre a assumida pretensão de estabelecer um suplemento remuneratório e o estabelecimento de um processo de contratualização por objetivos, assente nos indicadores que ali se estabelecem, e que se submetem a verificação anual, prévia ao pagamento.

Assim, não se alcança o que se pretende valorizar prioritariamente, se o reconhecimento de uma sujeição a certas condições de trabalho mais exigentes (suplementos remuneratórios), se a produtividade e o encorajamento do trabalho de equipa e o comportamento cooperativo entre diversos grupos profissionais tendo em vista a realização de objetivos (prémios de desempenho). Note-se que o tratamento desta realidade por assimilação a um suplemento remuneratório incluindo a manutenção de expressões como “compensações pelo desempenho” pode ser prejudicial, por ser contraditório e constituir um retrocesso face aos princípios subjacentes ao modelo original de organização das USF, baseados no trabalho em equipa multidisciplinar e na combinação de salários e prémios de desempenho. Note-se que os sistemas de remuneração devem estar alinhados³⁸ com os objetivos estratégicos da reforma, alinhamento difícil de alcançar quando se atribuem maioritariamente suplementos remuneratórios, relacionados com as especiais condições em que o trabalho é desempenhado, ou com o estatuto, e não com os resultados ou com o contributo das equipas ou dos profissionais.

³⁷ Cf. resposta da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público - DGAEP-, de 16 de janeiro de 2014 - Informação n.º 263/DGAEP/DRJE.

³⁸ Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [1] - É objetivo específico de uma política de remuneração “alinhar as práticas de remuneração com os objetivos da empresa e os valores dos empregados”.



Considerando ainda as alegações apresentadas pela ACSS, IP quanto ao sistema remuneratório dos profissionais inseridos em USF de modelo B, faz-se notar o seguinte: *“Acompanhamos a necessidade de revisão do atual regime à luz das políticas de saúde e remuneratórias atuais, com um conjunto de medidas de melhoria, mais adequadas e equitativas, sobretudo perante outros profissionais das mesmas carreiras não abrangidos por este regime.”* Para além disso, também considera *“(…) sensata a proposta de um modelo menos complexo considerando uma redução da assimetria entre profissionais das mesmas carreiras. (…)”*

Além dos constrangimentos de gestão das remunerações dos profissionais das USF, cuja resolução e iniciativa competem ao Ministério da Saúde, acautelando a boa gestão dos dinheiros públicos e os resultados em saúde, permanece a dúvida quanto à legalidade desses pagamentos.

O Tribunal reitera a conclusão de que os pagamentos de incentivos financeiros aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, nos anos de 2010 e 2011, configuram autênticos prémios de desempenho.

A propósito da eventual responsabilidade financeira o Presidente e um dos vogais do Conselho Diretivo da **ARS do Norte, IP**, pronunciam-se em sua defesa que *“(…) a ARS Norte, IP (…)* tem pautado a sua atuação de forma absolutamente consentânea com a política dos Governos adotada nesta matéria, sendo que a autorização da ARS em proceder ao pagamento de incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos que integram a equipa multiprofissional das USF modelo B sempre respeitou os desígnios, autorizações e as orientações que superiormente lhe foram sendo comunicadas e as quais se julgam consentâneas não só com a lei, mas com a própria filosofia que esteve na criação das USF (…).” Esta posição é também acompanhada e referida pelos outros responsáveis das restantes ARS (ARSLVT, ARS do Centro, Alentejo e Algarve).

▪ **Processo de contratualização dos Cuidados de Saúde Primários**

No que respeita ao processo de contratualização, a ACSS, IP, salienta que *“A introdução de margens de negociação (…)* tem vindo a ser introduzidas nos últimos anos que vão no sentido de reforçar a componente negocial. De facto, e apesar de existirem objetivos e valores de referência a nível nacional, o processo negocial não se encontra inibido, pelo contrário; Considerando a juventude das aplicações de registo clínico e dos indicadores de contratualização nos cuidados de saúde primários, foi tomada a opção de se iniciar o processo de contratualização neste nível de cuidados utilizando essencialmente indicadores de processo (…). Com a progressão dos métodos de registo e adequação das aplicações às solicitações, e com a progressão da recolha de informação das bases de dados, torna-se atualmente viável evoluir para indicadores de resultados para 2014 (…).” Para além disso, refere também que *“o processo de contratualização tem vindo a ser realizado em prazos que não são os desejáveis (…)”*.

O Presidente e um dos vogais do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, reconhecem que *“O processo de contratualização deve basear-se no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo às necessidades em saúde nacionais, regionais e locais (…)”*.

Os membros do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP, afirmam que *“Não descurando a validade dos indicadores de resultado, importa referir que, na fase inicial de contratualização foram priorizados indicadores de processo qua avaliavam procedimentos-chave para a correta vigilância da população e que, conseqüentemente, se traduziram em melhores resultados e ganhos em saúde. Acresce que, numa fase inicial de constituição de base de dados e de consolidação de hábitos de registos, é mais complexa a elaboração de indicadores de resultado e a conseqüente avaliação dos mesmos.”*

Também a Ordem dos Enfermeiros vem, em sede de contraditório, considerar que *“(…) para além da redução de indicadores contratualizados, deve privilegiar-se a contratualização de indicadores de resultados, uma vez que o processo de contratualização assenta, na sua maioria, em indicadores de processo que não permitem uma avaliação efetiva dos ganhos resultantes da atividade assistencial destas unidades funcionais.”*

Estas alegações não só confirmam as conclusões alcançadas no relato de auditoria quanto aos principais constrangimentos da contratualização, como as completam nos aspetos que permitem



compreender melhor a importância de um processo de contratualização orientado para a avaliação dos resultados e remuneração pelo desempenho, designadamente ao nível do modelo B de USF, cuja maturidade se justifica pela consolidação dos processos de registos da atividade, e que deviam ser confirmados com a passagem das USF do modelo A para o B.

▪ Desempenho face aos Objetivos Contratualizados

A ARS Norte, IP, faz notar que *“Ao avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita e monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família, bem como a capacidade de intersubstituição dos mesmos na unidade de saúde nas situações de ausências programadas ou não, verificámos que as USF garantem aos cidadãos, o atendimento no próprio dia, assegurando a continuidade e integração dos cuidados prestados. (...) O mesmo não se verifica nas UCSP cuja taxa de utilização de consultas é mais baixa e a proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família é demasiado alta (...) o que nos leva a induzir a falta de capacidade de intersubstituição profissional nestas unidades, reduzindo, por sua vez, a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.”*

Quanto ao desempenho assistencial, consideram os alegantes que *“Nos resultados dos indicadores de desempenho atenuaram-se as diferenças entre modelos organizativos de USF, ainda que o impacto do modelo B se mantenha positivo, as diferenças percentuais nos resultados por vezes não são muito acentuadas. Este dado poderá estar relacionado com o facto de a transição de A para B, em termos de modelo organizativo, exigir um esforço para atingir determinado nível de desempenho e, por outro lado, revela, sem dúvida que não é posta em causa a equidade no acesso a cuidados de qualidade, por um modelo em detrimento de outro.”*

Note-se que estas alegações referem-se ao facto de existir uma expectativa de atingimento de um nível de desempenho mais elevado nas USF do modelo B, face às USF de modelo A, o qual, e de acordo com as observações de auditoria, não se verifica. Além disso, estas alegações sugerem que o reconhecimento da expectativa de passagem de um modelo para o outro pode explicar a motivação extrínseca que, eventualmente, conduz os profissionais das USF do modelo A a desempenhar as suas funções, ainda que sem os acréscimos remuneratórios que se verificam no modelo B, sem efetivamente colocar em causa a equidade no acesso dos utentes a cuidados de qualidade.



II – SUMÁRIO EXECUTIVO

5. CONCLUSÕES

5.1. A EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – ponto 1 – Volume II)

1. Na prestação dos cuidados de saúde primários o **objetivo de atribuir um médico de família a cada utente inscrito nunca foi atingido**:
 - Continuam a subsistir nos centros de saúde tradicionais (UCSP), a nível nacional, situações de **utentes inscritos sem médico de família** que, em dezembro de 2012, atingiam **1.657.526³⁹ utentes**, apesar da diminuição de 10,21%, face ao ano anterior.
 - **Os resultados alcançados com a criação de USF**, que se traduziram na atribuição de médico de família a 569.580 utentes, **foram insuficientes para** compensar a diminuição global do número de médicos de família⁴⁰, pelo que, desde a implementação das USF, após 2006, **o número de utentes inscritos sem médico de família cresceu 24%.⁴¹ (com exceção do ano de 2012)**.
 - **O registo dos utentes inscritos não se encontra atualizado**, continuando a verificar-se que o número de inscritos pode ultrapassar o número de residentes da correspondente área geográfica.
2. **O modo instituído de atribuição de um médico de família pode condicionar a liberdade de escolha dos utentes e causar assimetrias de acesso**, consoante os utentes estejam, ou não, integrados nas listas dos médicos de família e consoante estes profissionais desempenhem funções numa UCSP, numa USF do modelo A ou numa USF do modelo B.
3. A exclusão⁴² das listas de cada médico, de utentes, por razões administrativas, pode não se coadunar com o carácter preventivo e de promoção da saúde que também caracteriza a atividade dos cuidados de saúde primários, justificando-se uma atitude proativa de captação de doentes sem contactos registados.
4. Por esta razão, os utentes não devem ser excluídos das listas de utentes de cada médico simplesmente por inexistirem contactos com os mesmos durante 3 anos.
5. A mera existência de utentes sem médico de família traduz uma falta de *“igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde”*, prevista como *“objectivo fundamental”* da Lei de Bases da Saúde⁴³. De facto, diferentes cidadãos têm diferentes facilidades no acesso aos cuidados de saúde primários e, conseqüentemente, aos cuidados de saúde hospitalares, meramente pela circunstância de constarem, ou não, das listas de utentes atribuídas a cada médico de família.

³⁹ Dos quais 42.620, por opção, em 31 de dezembro de 2012. Consideram-se utentes sem médico de família por opção, aqueles que manifestaram a vontade de não lhes ser atribuído médico de família (cfr. n.º 3, do art.º 2º, do Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro).

⁴⁰ Entre 2007 e 2012, o número de médicos de família diminuiu de 6686 para 5636 (-16%) – cf. Balanços Sociais do Ministério da Saúde, 2007 a 2012, *“Contagem do pessoal médico, segundo o regime e horário de trabalho”*.

⁴¹ Em 2007 registaram-se 1.405.686 utentes sem médico de família, com crescimentos constantes nos anos seguintes até 2011 que apresenta 1.846.016 utentes sem médico de família.

⁴² A publicação do Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, passou a exigir a criação de um registo eletrónico por agrupamento de centros de saúde –ACES – dos utentes inscritos com e sem médico de família, retirando-se da exclusividade do médico a gestão da lista de utentes. Nas USF não existem utentes sem médico de família atribuído porque as USF apenas incluem listas de utentes com médico de família. A atualização das listas de utentes, e conseqüente abertura de vagas, depende da iniciativa dos ACES e da conclusão de um processo que à presente data ainda não se encontra concluído.

⁴³ Cfr. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.



6. Se por um lado, a limitação do número de utentes atribuídos a cada médico de família pode, eventualmente, ter por objetivo a manutenção de uma qualidade mínima aceitável na relação dos utentes com o seu médico, por outro lado gera uma desigualdade acentuada entre cidadãos que deveriam ter os mesmos direitos no acesso aos cuidados de saúde. De facto, trata-se de garantir essa qualidade mínima a um conjunto de cidadãos (os inscritos em listas de utentes) à custa da exclusão de um outro conjunto de cidadãos, que ficam impossibilitados de usufruir do serviço público de atribuição de um médico de família, serviço que já pagaram através dos seus impostos, seja na parte que é por eles financiada seja na parte que for, eventualmente, financiada por dívida, e ao qual têm, naturalmente, direito.
7. O número total de horas médico disponíveis na especialidade de medicina geral e familiar, tendo em conta as várias cargas horárias contratuais do pessoal médico, diminuiu cerca de 7% no período 2007-2012⁴⁴.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
N.º horas anuais de trabalho médico MGF	10.714.872	10.571.582	8.348.816	9.970.914	9.867.690	9.977.032
N.º consultas MGF	29.140.000	31.945.694	31.539.219	31.913.893	30.623.795	29.176.913
Tempo médio por consulta (minutos)	22	20	16	19	19	21

8. Sendo esta a medida da capacidade assistencial anual disponível, em medicina geral e familiar, no SNS, deverá ser este *stock* anual de horas dividido, equitativamente, pela prestação de cuidados de saúde primários a todos os utentes, incluindo os agora não afetos a qualquer médico de família, ainda que tal possa resultar na diminuição do tempo médio de atendimento por consulta.
9. No entanto, tal poderá eventualmente ser evitável. De facto, considerando o número total de consultas de medicina geral e familiar realizadas anualmente no SNS⁴⁵, verifica-se que, neste período, o tempo médio de cada consulta, calculado desta forma, teria sido de 19 minutos, atingindo os 21 minutos em 2012.
10. Se, por hipótese de trabalho, se assumir como razoável o tempo de 15 minutos por consulta⁴⁶, resulta que, em 2012, caso tivesse sido cumprida essa meta de produtividade, teria sido possível realizar mais 10.731.215 consultas, que representariam um aumento de 37% na atividade assistencial, ou seja, um aumento equivalente ao reforço do número de médicos ETC em cerca de 2279⁴⁷. Tendo em conta a média nacional verificada, em 2012, de 4,2 consultas por utente utilizador, teria eventualmente sido possível garantir o acesso a cerca de 2,5M de utentes utilizadores adicionais, número superior ao de utentes sem médico de família existente no final desse ano.
11. É no entanto necessário que as horas acima apuradas sejam horas efetivamente disponíveis para o atendimento dos utentes, nomeadamente através da:
- Maximização da percentagem de horas dedicadas à atividade assistencial;

⁴⁴ Este valor é uma estimativa por defeito, dado que exclui os médicos com regimes de horário identificado como "Outros" - cf. Balanços Sociais do Ministério da Saúde, 2007 a 2012, "Contagem do pessoal médico, segundo o regime e horário de trabalho".

⁴⁵ Fonte: Ministério da Saúde: Relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS.

⁴⁶ Valor frequentemente referenciado, na literatura internacional sobre o tema, embora existam países com tempos inferiores e superiores. Este valor é aproximado ao efetivamente medido a nível nacional, 15,9 minutos. Veja-se, a este respeito, Granja M, Ponte C, Cavadas LF, *What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts*, BMJ Open 2014;4:e005026. doi:10.1136/bmjopen-2014-005026.

⁴⁷ O aumento do total de horas anuais de trabalho médico disponíveis para consulta é equivalente, *ceteris paribus*, ao aumento do número efetivo de médicos, sem a alteração do tempo efetivamente dedicado a consultas.



- b. Minimização dos constrangimentos existentes a nível de trabalho administrativo ou da utilização das ferramentas informáticas de registo da atividade clínica e de prescrição eletrónica de medicamentos⁴⁸.
- c. Reconsideração do papel dos diferentes técnicos de saúde na prestação de cuidados primários, permitindo a libertação de horas médico para a realização de consultas.
12. A libertação de **1 minuto do tempo de trabalho diário de cada médico, para a realização de consultas**, permitiria ter realizado, em 2012, mais 95.019 consultas, aumento **equivalente ao reforço do número de profissionais em cerca de 20 médicos ETC**, tendo por hipótese uma duração média de 15 minutos por consulta, garantindo o acesso, segundo a média de 4,2 consultas por utente, a cerca de 23 mil utentes utilizadores adicionais.
13. É pois importante estudar como aumentar o tempo consagrado pelos médicos à atividade assistencial. Um estudo recentemente publicado⁴⁹ conclui que **os médicos de família utilizam cerca de 33,4% do seu tempo diário em atividades que não o contacto direto com os utentes**, metade do qual em tarefas não diretamente relacionadas com os mesmos.
14. As tarefas extra consulta que ocupam mais tempo são a renovação de prescrições de medicamentos, o seguimento de estudantes e internos, as reuniões/gestão do serviço e a comunicação administrativa com outros profissionais, relativa aos utentes. Vários dos tempos identificados no referido estudo são passíveis de ser reduzidos. A título de exemplo, são gastos, em média, por dia, 8,6 minutos em comunicação administrativa, 7,3 minutos em contacto com delegados de informação médica, 5,7 minutos com problemas informáticos.
15. Logo, **se estes tempos (22 minutos) fossem alocados à realização de consultas, por hipótese, com a duração média de 15 minutos, seria possível ter realizado, em 2012, mais 2.052.418 consultas, ou seja, um aumento equivalente ao reforço do número de médicos ETC em cerca de 476**.
16. **A implementação da reforma dos cuidados de saúde primários ainda não alcançou os níveis de autonomia de gestão e responsabilização** que se pretendiam com a introdução de um novo regime de organização e de novas tipologias de unidades funcionais, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES) e unidades de saúde familiar (USF).
17. Apesar da criação dos ACES e das USF, **não foram produzidas avaliações, ex ante e ex post, que evidenciem e quantifiquem os ganhos em saúde e a correspondente racionalização de custos, bem como a confirmação de uma prestação mais efetiva** suportada pela introdução de incentivos às USF e aos seus profissionais.
18. A abertura de novas USF não é precedida de uma avaliação do seu custo-benefício. Acresce que não existem estudos sobre os impactos orçamentais da generalização da prestação de cuidados de saúde primários através de USF de modelo B, nem uma estimativa dos ganhos passíveis de ser gerados, para o SNS como um todo.
19. Decorridos mais de seis anos a partir da criação das primeiras USF, verifica-se um impasse na reconfiguração da rede de prestação de cuidados primários verificando-se que as USF coexistem com os centros de saúde tradicionais, agora denominados UCSP, que ainda representavam, em 2012, cerca de 60% no universo de unidades funcionais prestadoras de cuidados primários⁵⁰.

⁴⁸ Têm sido veiculadas publicamente várias queixas dos profissionais médicos sobre falhas na disponibilidade do sistema de prescrição eletrónica de medicamentos, fundamentalmente desde a sua alteração no final de 2013. O estudo supra referido, sobre a ocupação do tempo médico em medicina geral e familiar, aponta para cerca de 5,7 minutos, em média (desvio padrão de 15,38 minutos), de tempo alocado a falhas nos sistemas informáticos.

⁴⁹ Granja M, Ponte C, Cavadas LF, *What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts*, BMJ Open 2014;4:e005026. doi:10.1136/bmjopen-2014-005026.

⁵⁰ UCSP e USF, modelos A e B.



20. **Perspetiva-se que o desenvolvimento da reforma se restrinja à continuação da criação do número de USF e transformação de USF do modelo A para o modelo B, ao ritmo anual determinado por Despacho Conjunto do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde⁵¹. Permanece assim, uma indefinição sobre outros objetivos que projetem no horizonte, por um lado, o papel das outras unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários e a implementação de USF modelo C, para solucionar a questão da existência de cidadãos sem médico de família atribuído⁵², e por outro, o desenvolvimento de modelos integrados de prestação de cuidados de saúde, incluindo a avaliação do desempenho das Unidades Locais de Saúde. Também não se perspetivam medidas que, no imediato, visem assegurar a total cobertura territorial, a eliminação da falta de equidade de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde primários, a liberdade de escolha pelos utentes e a redução de assimetrias dos sistemas remuneratórios entre os profissionais das unidades funcionais que exercem funções nas UCSP e USF.**

5.2. ANÁLISE DE CUSTOS: COMPARAÇÃO USF vs UCSP (CENTROS DE SAÚDE TRADICIONAIS)

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – ponto 2 – Volume II)

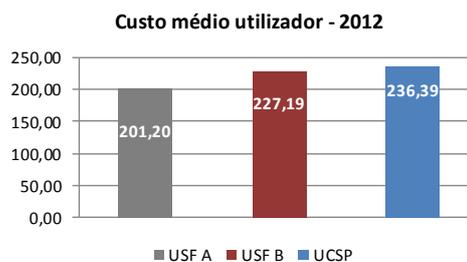
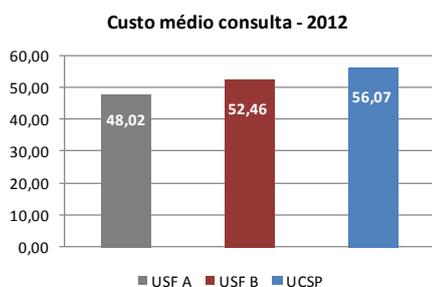
21. **Nas USF do modelo B, as poupanças significativas obtidas no que respeita aos custos unitários com medicamentos e com MCDT, sobretudo face às UCSP, são em parte absorvidas pelos maiores custos com pessoal, particularmente se considerado o custo por utente utilizador. Dos cerca de € 27 euros por utilizador poupados em termos de prescrição de medicamentos e MCDT, cerca de € 18 (66%) são absorvidos por aumentos dos custos com pessoal.**
22. **Existe assim um *trade-off* entre a diminuição conseguida em termos de custos com prescrições de medicamentos e MCDT e o aumento de custos com pagamentos ao pessoal resultante da criação das USF modelo B.**
23. **Não havendo avaliação dos eventuais efeitos das poupanças obtidas, na prescrição de medicamentos e MCDT, nos resultados em saúde, nem formas de aferir a razoabilidade dos níveis de prescrição de cada unidade, dada a inexistência de padrões clínicos de referência, não se pode concluir que os custos unitários mais baixos apresentados pelas USF representem um ganho efetivo.**
24. **Se os níveis de prescrição de medicamentos e MCDT verificados nas USF se revelarem adequados, não se alcança a razão para a existência de diferenças significativas entre os níveis de prescrição de medicamentos e MCDT nos vários tipos de unidades funcionais (UCSP, USF A e USF B), pelo que o potencial de redução da despesa nas UCSP poderá ser elevado.**
25. **Acresce que as diferenças nos custos unitários com medicamentos e MCDT devem ter uma importância relativa em termos da avaliação das unidades funcionais ou da avaliação da eficiência do modelo de gestão das USF, dado que os níveis de prescrição **tenderão a convergir para um nível adequado**, independentemente da unidade funcional em questão, a menos que as diferenças se justifiquem em fatores de contexto, nomeadamente as características da população servida. Ao comparar diretamente os custos unitários, interessa pois enfatizar as despesas com pessoal e relativizar os custos com medicamentos e MCDT. Note-se que se apurou um **diferencial significativo entre os custos com pessoal nas USF modelo B face aos custos das UCSP e sobretudo aos custos das USF modelo A.****

⁵¹ Cfr. n.º 2 do art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

⁵² Cfr. Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro, do Ministro da Saúde.

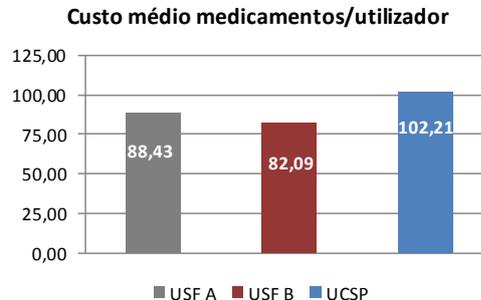
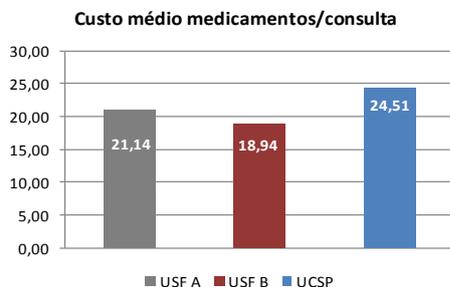


26. O estabelecimento de objetivos anuais de redução dos custos unitários com a prescrição de medicamentos e MCDT, sem a adequada avaliação dos resultados em saúde, limita o processo de contratualização da atividade dos cuidados de saúde primários a uma componente economicista, dado que os indicadores de processo previstos na contratualização são insuficientes para controlar os eventuais efeitos, em termos de resultados em saúde, das reduções daquelas prescrições.
27. Por outro lado, na comparação dos custos unitários das diferentes tipologias de unidades, é relevante ter em consideração os seguintes fatores de contexto:
- as UCSP prestam serviços não só aos utentes constantes da lista de inscritos de cada médico, mas também aos utentes sem médico de família atribuído;
 - existem incentivos implícitos, no sistema de contratualização com as USF, para o registo pormenorizado e completo da sua atividade;
 - a análise do contexto de funcionamento de cada tipologia de unidade⁵³ revela que as UCSP **tendem a apresentar características que estão, globalmente, associadas a maiores custos unitários com medicamentos**, nomeadamente terem tendencialmente uma maior proporção de doentes idosos, funcionarem, em maior número, nos locais de baixa densidade populacional, e terem uma maior proporção de doentes com Diabetes Mellitus; contrariamente, as USF caracterizam-se por terem mais frequentemente populações menos envelhecidas, existirem em maior número em locais de alta densidade populacional e terem comparativamente uma menor proporção de doentes com Diabetes Mellitus.
28. As **USF modelo A revelam, em média, maior eficiência económica nos custos unitários, quer por consulta quer por utilizador**, principalmente quando comparadas com as UCSP, que apresentam os custos unitários mais elevados.
29. Os custos unitários apurados revelam que as USF modelo B apresentam, em média, um valor de **custo por consulta** superior em € 4,44 (9,25%) às USF modelo A, e inferior, em € 3,61 (-6,44 %), às UCSP, sobretudo em resultado do menor custo unitário com medicamentos e MCDT.

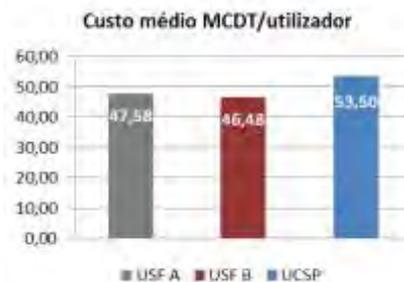
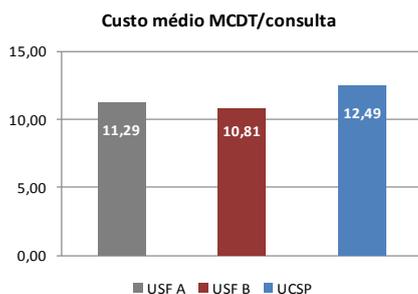


30. As **USF modelo B apresentam custos médios com medicamentos, por consulta e por utilizador, substancialmente inferiores** aos registados tanto nas UCSP [inferiores em € 5,57 (-22,73%), em termos de custo por consulta, e, em € 20,12 (-19,68%), no que respeita ao custo por utilizador] como nas USF modelo A [inferiores em € 2,20 (-10,41%), em termos de custo por consulta, e, em € 6,34 (-7,17%), no que respeita ao custo por utilizador].

⁵³ Análise própria com base em informação disponibilizada pela ACSS, IP, no âmbito de esclarecimentos solicitados na sequência do exercício do contraditório: Clusters de Contexto para Unidades Funcionais e ACES. Modelo de clusters, desenvolvido pela ACSS, que “estabelece os percentis de resultados para a totalidade dos indicadores usados na contratualização (interna e externa) para unidades funcionais e para ACES, agrupados em função da respetiva classificação em variáveis de contexto (...) [considerando] não só os resultados alcançados pelas equipas, como também as características de contexto em que estas desenvolvem a sua atividade”

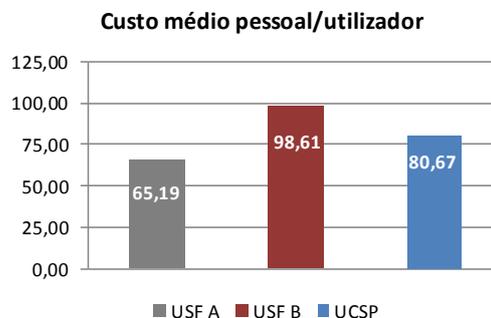
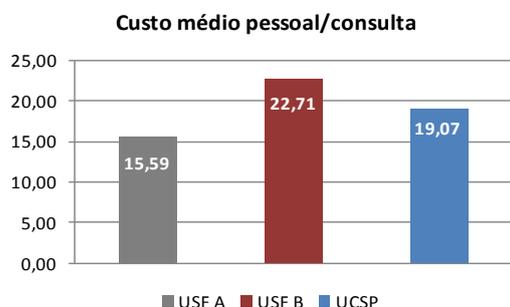


31. Conforme referido anteriormente, note-se que, os custos unitários com medicamentos tendem a ser inferiores nas unidades com menor proporção de doentes idosos ou de doentes diagnosticados com Diabetes Mellitus, bem como nas unidades em funcionamento em zonas de maior densidade populacional. Acresce que a diferença relativa dos custos unitários com medicamentos, entre as USF e as UCSP, é menor nas unidades com menor proporção de idosos e de doentes com Diabetes Mellitus, e maior nas unidades que apresentam maiores proporções⁵⁴. Sendo frequente as UCSP apresentarem elevadas proporções de população idosa e com Diabetes Mellitus, ao contrário das USF, tal pode explicar, em parte, as diferenças apuradas nesta comparação.
32. Também no que respeita ao **custo médio com MCDT**, por consulta e por utilizador, as **USF modelo B apresentam custos inferiores aos registados nas UCSP**. As USF modelo B têm um custo médio com MCDT, por utilizador, inferior em € 1,10 (-2,31%) ao custo médio registado nas USF modelo A e inferior em € 7,02 (-13,12%) ao custo médio registado nas UCSP. Analisando o custo unitário com MCDT por consulta, verifica-se que as USF modelo B têm um custo médio inferior em € 0,48 (- 4,25%), às USF modelo A e inferior em € 1,68 (-13,45%) ao custo médio das UCSP.



33. Apurou-se um **diferencial significativo entre os custos com pessoal nas USF modelo B face aos custos das UCSP e sobretudo aos custos das USF modelo A.**
34. **As USF modelo B são as unidades que registam o maior custo unitário com o pessoal quando comparadas com as USF modelo A [por consulta, superior em € 7,12 (+45,67%) e por utilizador, em € 33,42 (+51,27%)] e com as UCSP [por consulta, superior em € 3,64 (+19,09%) e por utilizador, em € 17,94 (+22,24%)].** Esta diferença explica-se pelo facto de as USF do modelo B beneficiarem de um regime de incentivos, suplementos e compensações pelo desempenho, que as suas congéneres do modelo A e as UCSP não usufruem.

⁵⁴ Fonte: Análise própria com base na em informação da ACSS, IP: Clusters de Contexto para Unidades Funcionais e ACES.

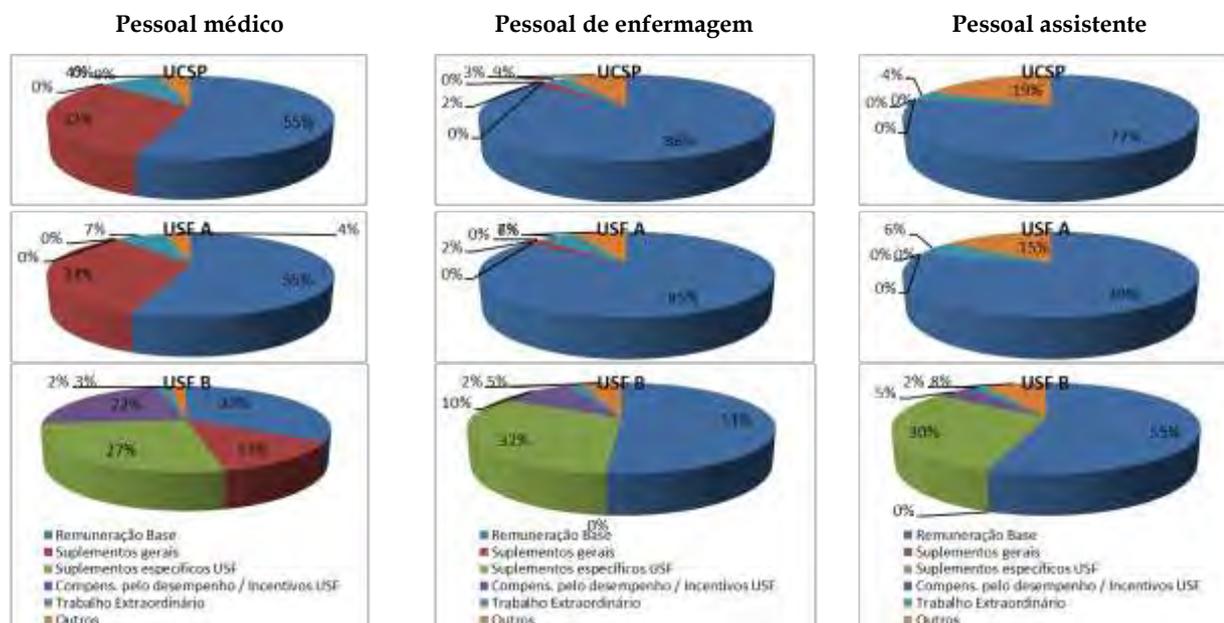


35. Em 2012, o total da remuneração anual paga por profissional médico (ETC⁵⁵) integrado em USF modelo B foi superior, em 83% (€ 33.806), à correspondente remuneração paga, por médico inserido em USF modelo A e, em 72% (€ 31.167), à correspondente remuneração paga por médico (ETC) inserido em UCSP.
36. No mesmo ano, a remuneração paga por enfermeiro (ETC) integrado em USF modelo B foi superior, em 58% (€ 10.252), à correspondente remuneração paga por enfermeiro (ETC) inserido em USF modelo A e, em 53% (€ 9.633), à correspondente remuneração paga por enfermeiro (ETC) inserido em UCSP.
37. Já quanto aos assistentes (ETC) inseridos nas USF modelo B, a remuneração média anual líquida foi superior, em 41% (€ 5.090), à correspondente remuneração paga por assistente (ETC) inserido em USF modelo A e, em 20% (€ 2.918), à correspondente remuneração paga por assistente (ETC) inserido em UCSP.
38. Nas **USF modelo B** os acréscimos à **remuneração do pessoal médico representam 203% da remuneração base** recebida e os acréscimos à remuneração do **pessoal de enfermagem e assistente representam 95% e 82% da remuneração base auferida, sugerindo que existe alguma desproporção entre o valor dos salários base e os valores das restantes componentes remuneratórias.**

⁵⁵N.º médicos equivalente a tempo completo de 35h.



Composição da remuneração por tipo de unidade funcional - 2012



39. O maior peso dos suplementos remuneratórios, pela existência de suplementos específicos das USF, e a componente remuneratória denominada de **compensações pelo desempenho**, especialmente as resultantes do desenvolvimento de atividades específicas, são os fatores que distinguem a composição remuneratória dos profissionais das USF modelo B, relativamente aos profissionais das restantes unidades funcionais, sendo a carreira médica aquela em que se verificam as maiores diferenças remuneratórias. De facto, na remuneração dos profissionais médicos das USF modelo B, 22% corresponde a remunerações por compensações pelo desempenho, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, 40% respeitam a suplementos (13% suplementos gerais e 27% suplementos específicos das USF modelo B), enquanto a remuneração base representa apenas 33% do total da remuneração.
40. Na remuneração dos restantes profissionais, são os suplementos específicos das USF modelo B que mais contribuem para as diferenças salariais apuradas entre as várias tipologias de unidades funcionais. O pagamento de incentivos financeiros, que visam recompensar o desempenho em função da avaliação dos resultados obtidos na unidade, representou cerca de 10% da remuneração total do pessoal de enfermagem e 5%, no caso dos assistentes técnicos.

5.3. INCENTIVOS, COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO E SUPLEMENTOS NAS USF

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 3 - Volume II)

41. Os incentivos institucionais e financeiros atribuídos⁵⁶ às USF e aos seus profissionais não acompanham o grau de eficiência económica verificado. Tendencialmente, são as USF com maior número de anos de atividade, que correspondem a USF do modelo B, que beneficiam de incentivos com maior expressão financeira.

⁵⁶ Nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto e da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos às USF, os incentivos institucionais são atribuídos às equipas multiprofissionais das USF, modelo A ou modelo B, aferidos pelo desempenho, e traduzem-se nomeadamente na distribuição de informação técnica, na participação em conferências e no apoio à investigação. Por sua vez, os incentivos financeiros são atribuídos apenas aos profissionais enfermeiros e administrativos inseridos em USF modelo B, após avaliação da USF, com base no cumprimento de objetivos e parâmetros mínimos de produtividade e de qualidade.



42. No que se refere ao incentivo institucional, a título exemplificativo, constatou-se que as USF que se desviaram (positivamente) da eficiência média são aquelas que não receberam incentivos. Contrariamente, as USF que assinalaram desvios (negativos) da eficiência média registaram atribuição de incentivos relativamente mais elevados. Esta situação ocorre pelo facto da atribuição dos incentivos visar recompensar o grau de atingimento dos objetivos fixados para os indicadores contratualizados, e não a eficiência relativa entre as unidades, verificada nesses indicadores.
43. Sobre este assunto, a ACSS refere, no âmbito do contraditório, que “...*considera de enorme relevância (...) que a atribuição de incentivos às USF esteja indexada a eficiência económica alcançada*”.
44. As **metas de desempenho contratualizadas** entre as ARS e os ACES e, por sua vez entre estes e as USF, no que respeita ao **indicador custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador**, em 2011, **não refletem diretamente, quer a redução do preço unitário médio (PVP) do medicamento nesse ano, quer o custo médio (PVP) com medicamento por utilizador, atingido no indicador do desempenho de 2010 ou sequer o número de embalagens prescritas** nesse mesmo ano.
45. Esta redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) em 2011, ao não ser considerada na definição ou avaliação das metas, fez com que **as unidades funcionais fossem premiadas por reduções de custos que resultam em parte das negociações do Ministério da Saúde**, um fator exógeno às unidades funcionais, e **não apenas pelo contributo do mérito e esforço da unidade para o resultado final do indicador de custo médio de medicamentos por utilizador**⁵⁷.
46. Assim, considerando, por hipótese, uma redução de 10,91%⁵⁸ do preço unitário médio dos medicamentos (PVP) consumidos em 2011, e assumindo idêntico perfil percentual de redução dos PVP em cada unidade funcional, **conclui-se que o incentivo atribuído**⁵⁹ **deveria ter sido inferior**, na ordem dos montantes indicados nos quadros seguintes, depois de expurgado o efeito exógeno resultante das negociações do Ministério da Saúde.
47. Refira-se, ainda, que o relatório da ACSS⁶⁰, produzido em junho de 2013, sobre a avaliação da contratualização dos cuidados de saúde primários, referente ao período 2011-2012, apresenta, quanto aos resultados da contratualização externa, isto é, entre as ARS e os ACES, a nível nacional, taxas de execução abaixo das metas contratualizadas, com exceção dos indicadores de desempenho económico. Verificou-se que as USF analisadas da ARSN superam em 3% o objetivo contratualizado e as da ARSLVT superam em mais de 20% o objetivo contratualizado⁶¹.

⁵⁷ Tendo em conta que no indicador custo médio de medicamentos por utilizador se inclui a variável preço, que é estabelecido por via administrativa e a variável quantidade de embalagens, única variável que depende do mérito da unidade. Para que seja efetuada uma avaliação justa e equitativa foi necessário separar o que resulta da eficiência extrínseca do esforço e mérito da unidade.

⁵⁸ Valor estimado a nível nacional pela ACSS,IP.

⁵⁹ Na ARS Norte e na ARSLVT.

⁶⁰ Cfr. Anexo 1, a págs. 2 a 13, in Relatório de Avaliação da Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários nos anos de 2011 e 2012 – junho 2013/ versão preliminar.

⁶¹ Uma vez que os indicadores contratualizados se encontram sobrevalorizados, nomeadamente por não refletirem o executado no ano anterior e o efeito da redução, ocorrida por via administrativa, do preço de venda ao público dos medicamentos.



Correção ao incentivo institucional - ARSN

ARS Norte	2011
Incentivos institucionais s/ redução	1.648.408
Incentivos institucionais c/ redução	1.417.608
Diferencial	230.800

Correção ao incentivo institucional - ARSLVT

ARS LVT	2011
Incentivos institucionais s/ redução	776.400
Incentivos institucionais c/ redução	621.200
Diferencial	155.200

48. A situação apurada na ARSN e na ARSLVT, tal como se encontra acima descrita é, com um grau elevado de probabilidade, extensível às restantes ARS, pelo que deverão ser igualmente objeto de revisão e, subsequentemente, de correção, os montantes que vierem a ser apurados.
49. **O sistema remuneratório⁶² dos profissionais das USF de modelo B é complexo e prejudica a perceção das remunerações realmente auferidas pelos vários profissionais, uma vez que conjuga várias componentes remuneratórias, nomeadamente:**
- o ordenado **base** da carreira e da categoria;
 - os **suplementos** relativos:
 - ao regime de **exclusividade**
 - à **quantidade e perfil de utentes inscritos**, ao eventual **alargamento do período de funcionamento ou da cobertura assistencial** ou à realização de **cuidados domiciliários**, neste último caso atribuível apenas ao pessoal médico;
 - às funções de **orientador de formação** e de **coordenador da equipa**, atribuíveis aos profissionais médicos.
 - compensações pelo desempenho:**
 - pagas aos médicos em função da realização e registo de **atividades específicas** realizadas aos utentes;
 - pagas aos enfermeiros e administrativos, a título de *incentivos financeiros*;
 - associadas ao trabalho realizado referente a uma eventual carteira adicional de serviços⁶³.
50. A todas estas componentes tem acrescido a realização de horas extraordinárias⁶⁴, realizadas, *fora do compromisso assistencial da USF*, isto é, maioritariamente, no atendimento⁶⁵ a utentes sem médico de família e nos serviços de atendimento permanente (SAP), do respetivo agrupamento de centros de saúde (ACES).
51. Decorre da legislação que institui o modelo de organização e funcionamento das USF, que as *"compensações pelo desempenho"* dos médicos resultam da *"compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas"* (pagas mensalmente), enquanto as dos restantes profissionais – enfermeiros e assistentes técnicos – resultam da atribuição de *"incentivos financeiros"*, verificada *ex post* e paga anualmente, em função do *"cumprimento de objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade"*.

⁶² Cfr. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto e respetiva regulamentação: Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro.

⁶³ Decorrentes da carta de compromisso da respetiva USF (contratualização realizada pelas unidades funcionais onde desempenham funções com o respetivo ACES). Foram contratadas nas ARS do Centro, LVT e Algarve.

⁶⁴ Em 2011 os custos com horas extraordinárias por profissional (ETC), variaram entre as unidades e os grupos profissionais analisados. Relativamente ao pessoal médico os custos médios são significativamente superiores nas UCSP (€ 2 619,33), relativamente aos ocorridos nas USF (€ 961,34), contrariamente aos custos com horas extraordinárias por pessoal de enfermagem (€ 772,56) e por assistente técnico (€ 310,68), integrados nas USF, os quais são, em termos médios, superiores ou aproximados aos registados nas UCSP (€ 480,03 e € 287,66, respetivamente).

⁶⁵ Em consulta de recurso das 18h às 20h para adultos e programas de saúde.



52. Na prática este sistema cria categorias próprias de “compensações pelo desempenho”, sem exata correspondência com o que em termos gerais se estabelece para as componentes da remuneração (remuneração base, suplementos remuneratórios e prémios de desempenho)⁶⁶, não traduzindo com a necessária clareza a *ratio* que justifica as referidas categorias, designadamente pela evidente falta de ligação a indicadores de produtividade e de resultados em saúde.
53. Os acréscimos remuneratórios, constituem uma amálgama⁶⁷, diversificada e complexa, de diversas componentes, por vezes sobrepostas entre si, com indícios de não se encontrarem adequadamente suportadas, validadas ou auditadas. Saliente-se que na generalidade foram várias as respostas em sede de contraditório que reconhecem a necessidade de rever e simplificar este regime, designadamente do Ministro da Saúde e da ACSS. vd. ponto 4.
54. Não resulta claro, se os funcionários públicos, enquanto profissionais das USF, são retribuídos fundamentalmente pelo seu desempenho, dependendo da avaliação dos resultados obtidos, ou se são retribuídos por suplementos remuneratórios que correspondem a aumentos salariais que visam remunerar o ónus que possa estar associado às atividades que desempenham no modelo de organização e funcionamento que foi criado para as USF.
55. **Os acréscimos remuneratórios dos profissionais médicos, integrados nas USF modelo B⁶⁸, resultam principalmente de suplementos remuneratórios com origem no aumento de unidades ponderadas⁶⁹ com base em utentes inscritos, ativos e passivos⁷⁰ (sendo que os utentes passivos representavam 37%, em 2010, e 36%, em 2011), e de compensações pelo desempenho, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas.**
56. **O pagamento a médicos de compensações pelo desempenho** pelo desenvolvimento de atividades específicas⁷¹, apesar de estar associado às atividades desenvolvidas no respetivo ano, **é feito mensalmente, antes mesmo da validação dos atos e de avaliação global sobre o cumprimento das metas** estabelecidas, contrariamente ao que acontece quanto aos incentivos financeiros destinados aos enfermeiros e assistentes. A não avaliação oportuna pode prejudicar a perceção sobre os efeitos que estas compensações têm na motivação dos profissionais e nos benefícios (quantificados) que resultarão para os utentes.
57. O pessoal médico é **remunerado duas vezes, pelo mesmo utente, através de duas diferentes componentes remuneratórias**, situação que não ocorre quanto aos restantes profissionais. De facto, o **aumento da lista mínima de utentes** de cada médico, para além de permitir auferir **suplementos**, permite também auferir, por idêntica base de incidência, **compensações pelo desempenho**, decorrentes do registo das **atividades específicas realizadas aos mesmos utentes**.

⁶⁶ Vg. Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, que estabelece o regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas e da Lei n.º 66-B/2007 de 28 de dezembro - Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

⁶⁷ Designadamente a atribuição de suplemento, pelo aumento de unidades ponderadas e paralelamente a atribuição de compensações pelo desempenho na sequência do aumento das mesmas unidades ponderadas. Acresce ainda a atribuição de suplementos na sequência da prestação de cuidados ao domicílio, nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, quando os cuidados no domicílio se encontram enquadrados na carteira básica de serviços, nos termos da Portaria n.º 1368/2007 de 18 de outubro.

⁶⁸ Nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, os médicos, não recebem incentivos financeiros. De acordo com o capítulo VII do referido diploma legal a remuneração mensal dos médicos das USF integra uma remuneração base, suplementos (associados ao aumento de unidades ponderadas, realização de cuidados domiciliários e alargamento do período e funcionamento e atividade assistencial) e compensações pelo desempenho (associado ao desenvolvimento de atividades específicas e à carteira adicional de serviços).

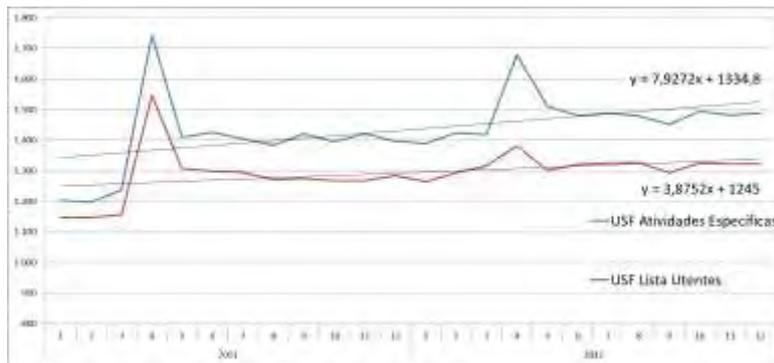
⁶⁹ Nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, unidades ponderadas obtêm-se pela aplicação dos seguintes fatores: O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo fator 1,5; o número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo fator 2; o número de adultos com idade igual ou superior a 75 é multiplicado pelo fator 2,5.

⁷⁰ Face à lista de utentes inscritos por cada médico (onde se incluem utentes não utilizadores) de uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas a que correspondem 1550 utentes inscritos de uma lista de padrão nacional, que ainda não existe, situação que se agrava pelo facto de o Registo Nacional de Utes não se encontrar concluído possibilitando, deste modo, a existência de utentes inscritos em mais do que uma unidade.

⁷¹ Atividades contratualizadas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco da lista de cada médico, com incidência maioritária nos utentes com menos de 6 e mais de 65 anos



58. Note-se que o trabalho acrescido resultante da vigilância adequada de determinados utentes da lista de cada médico é um ónus que já é compensado pelo suplemento relativo à dimensão e perfil de utentes inscritos, que atribui maior peso a determinadas faixas etárias.
59. O gráfico seguinte mostra a evolução do valor médio destas componentes ao longo de 2011 e 2012⁷².



Repare-se que as variações existentes na componente compensação pelo desempenho, associada à realização de atividades específicas, são similares às que ocorrem no suplemento auferido como resultado da dimensão e perfil da lista de utentes de cada médico.

60. A forte associação entre as duas componentes remuneratórias é traduzida pelo coeficiente de correlação, que é superior a 95%.
61. Os médicos recebem ainda **acréscimos remuneratórios** pelas **funções de orientador de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar e de coordenador da equipa da USF**. No caso de o profissional estar no topo da carreira médica (assistente graduado sénior) a **atribuição destes acréscimos suscita dúvidas** dado que, por um lado, a formação e a coordenação poderão já estar compreendidas no seu conteúdo funcional e, por outro, por se encontrar no nível remuneratório máximo da sua carreira.
62. Neste sentido, em sede contraditório, a ACSS referiu que "(...) *A reflexão sobre a base de incidência dos suplementos e das compensações pelo desempenho é pertinente, e enquadra-se nas áreas de melhoria (...) corroboradas. O mesmo acontece em relação aos acréscimos remuneratórios pelas funções de orientador de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar e de coordenador da equipa da USF.*"
63. Quanto aos **profissionais de enfermagem e assistentes técnicos**, os **acréscimos remuneratórios** têm origem no **aumento da lista de utentes por unidades ponderadas**, a título de suplementos, pagos mensalmente, e na **compensação pelo desempenho**, através da atribuição de **incentivos financeiros**, pagos anualmente em função do cumprimento de objetivos fixados para cada unidade funcional⁷³.
64. O **regime de suplementos** (associado a uma lista de utentes inscritos incluindo os não frequentadores), **incentivos e compensações pelo desempenho, tal como se encontra definido, bem como a operacionalização de todo o processo instituído** (sistema de controlo complexo e

⁷² Para efeitos da análise, foram considerados apenas os profissionais médicos (excluindo internos) que receberam remunerações base, na mesma unidade funcional modelo B, em todo o período analisado (705 médicos). Foram excluídos os dados da ARSC, por não abrangerem todo o período em análise, devido a alterações nos sistemas de informação de processamento dos vencimentos.

⁷³ % de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família, Taxa de utilização global de consultas, Taxa de visitas domiciliárias médicas e de enfermagem por 1.000 inscritos, % de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos, % de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada, % de diabéticos c/pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos meses, % de hipertensos com uma avaliação de pressão arterial em cada semestre, % de crianças com PNV atualizado aos 2 e aos 7 anos, % de primeiras consultas de gravidez no 1º trimestre, % de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias, Custo médio de medicamentos e de MCDT por utilizador.



com vários intervenientes), merece reservas **por ser de difícil perceção, carecer de suporte fiável e da correspondente demonstração de ganhos de eficiência**⁷⁴ que o justifiquem.

65. A partir de uma simulação de quanto aufeririam os profissionais de uma USF modelo B no caso de receberem o máximo dos acréscimos remuneratórios permitidos, constatou-se o seguinte:

Remuneração ilíquida/mês			
Carreira Pessoal Médico	Modelo organizativo		
Categoria: Assistente Graduado Sénior	USF A	USF B	UCSP
Remuneração base *	5.664,86 €	5.664,86 €	5.664,86 €
Suplementos (lista utentes/UC)	0,00 €	1.794,00 €	0,00 €
Cuidados domiciliários	0,00 €	600,00 €	0,00 €
Alargamento do período de funcionamento**	0,00 €	655,47 €	0,00 €
subtotal	0,00 €	3.049,47 €	0,00 €
Atividades específicas (compensação pelo desempenho)	0,00 €	1.430,00 €	0,00 €
total	5.664,86 €	10.144,33 €	5.664,86 €

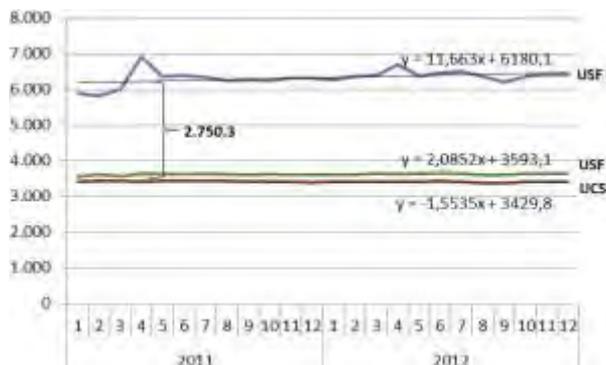
* Regime de trabalho de dedicação exclusiva, 42h semanais

** €300,00, das 20h às 22h (dias úteis); € 313,33, das 08h às 12h (sábados e domingos) e € 42,14, das 08h às 12h. Não inclui Horas Extraordinárias que eventualmente sejam prestadas mensalmente

No profissional médico, com a categoria de assistente graduado sénior, o valor dos acréscimos, identificados (€ 4.479,47) representam a 55,84% do total da remuneração (€ 10.144,33), sendo o peso dos suplementos de 30,06% e o das atividades específicas (compensações pelo desempenho) de 14,10%.

66. Neste caso, a remuneração mensal quase duplica com os acréscimos auferidos⁷⁵. Comparativamente, um profissional médico que exerça a sua atividade numa USF modelo A ou numa UCSP, auferem uma remuneração máxima inferior em 44,15% (€ 4.479,47).

67. A análise do vencimento dos profissionais médicos, durante os anos de 2011 e 2012, revela que a remuneração⁷⁶ dos médicos a exercer funções nas USF modelo B acresce em média cerca de € 2.750 (+80%) à remuneração dos médicos que exercem a sua atividade nas UCSP - € 2.587 (+72%) face aos médicos das USF A-, colocando-os num patamar remuneratório completamente diferente.



68. Nos profissionais de enfermagem e assistente técnico, verificam-se igualmente diferenças remuneratórias entre os profissionais incluídos numa USF modelo B, e os que exercem funções nas outras duas unidades funcionais (USF modelo A e UCSP). No profissional de enfermagem, a diferença pode chegar aos 44,70% (€ 1.200,00) e no assistente técnico aos 54,96% (€ 635,83).
69. **A estrutura remuneratória aplicável aos profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF modelo B, tal como está concebida, propicia um aumento expressivo da remuneração dos profissionais, que pode não estar justificado pelos eventuais ganhos de eficiência obtidos, uma vez que estes resultam de uma redução dos custos unitários com medicamentos e MCDT prescritos, cuja adequação não se encontra demonstrada.**

⁷⁴ Uma vez que as ARS apenas fazem uma validação meramente formal, o que não é suficiente face a uma análise interna quantitativa, devendo, para o efeito, existir um procedimento prévio de confirmação e validação dos dados fornecidos pelas USF, por forma a permitir a aprovação dos respetivos valores dos suplementos.

⁷⁵ Ainda pode acrescer o montante correspondente a trabalho extraordinário.

⁷⁶ A exercer funções em UCSP e USF modelos A e B, durante os anos de 2011 e 2012, num total de 2474 médicos. Foram apenas considerados os médicos (excluindo internos) com 24 remunerações base, os valores brutos com redução, e foram excluídos os subsídios de férias e de natal e o trabalho extraordinário. Foram excluídos os dados da ARSC, por não abrangerem todo o período em análise, devido a alterações nos sistemas de informação de processamento dos vencimentos.



70. **As diferenças de sistema remuneratório em função da modalidade organizativa, USF (A e B) e UCSP, geram significativas assimetrias na remuneração dos profissionais e espelham as desigualdades de estatuto remuneratório entre os que exercem funções públicas ao nível da prestação de cuidados de saúde primários, que têm um vínculo público, o que em termos qualitativos ou funcionais se traduz em trabalho igual prestado em estabelecimentos públicos (embora em unidades funcionais sujeitas a modelos de gestão formalmente distintos) com infraestruturas/instalações que, no caso das USF, se encontram beneficiadas⁷⁷.**
71. Note-se que estas assimetrias, afetando a equidade horizontal, podem eventualmente constituir um “desincentivo” e transformar-se em desmotivação por parte dos profissionais que não recebem nenhum acréscimo remuneratório, que no limite se pode repercutir nas condições de acesso, com o aumento de tempos de espera, no modo de atendimento e no limite, na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.
72. Assim, a **manutenção do direito às componentes remuneratórias (suplementos, incentivos e compensações pelo desempenho)**, conforme delineado para profissionais das **USF do modelo B, carece de revisão por parte do legislador⁷⁸.**
73. **Relativamente às unidades funcionais auditadas verificou-se que foram aplicadas taxas de redução a todas as componentes remuneratórias**, tal como prescrito na Lei do Orçamento de Estado (LOE) para 2011⁷⁹, no contexto da aplicação de medidas de contenção de despesas de pessoal (extensíveis a todas as prestações pecuniárias⁸⁰).
74. Para além da redução remuneratória, a LOE (2011, 2012 e 2013) proíbe as valorizações remuneratórias, por forma a impedir o aumento da remuneração (impedindo a inversão do efeito do disposto no art.º 19º da referida Lei) e, conseqüentemente, o aumento da despesa com pessoal. Assim, prevê o art.º 24º da LOE para 2011 a **proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente os resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim.**
75. No caso dos incentivos financeiros atribuídos por **compensação pelo desempenho** e pagos a **enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B**, os mesmos configuram, na sua essência, **prémios de desempenho⁸¹**, abrangendo o sentido e o alcance que o legislador na LOE pretendeu com a **proibição de valorização e de outros acréscimos remuneratórios**, onde se inclui a atribuição de prémios de desempenho, prevista na alínea b), do n.º 2, do art.º 24.º da LOE.
76. Não obstante a alteração literal⁸² ocorrida quanto à designação da natureza atribuída aos ditos incentivos por via da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro⁸³, a natureza de prémio de desempenho mantém-se, dado que o processo de apuramento e atribuição se mantém

⁷⁷ Neste sentido, “(...) A Ordem dos Médicos sublinha que a comparação entre distintas unidades de saúde/sistemas de organização dos CSP é muito complexa, se não mesmo impossível, dadas as tão distintas condições de funcionamento e de instalação e de recursos humanos disponíveis.”

⁷⁸ A Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, que estabelece o regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, determinou no seu artigo 112.º, uma revisão dos suplementos remuneratórios, prevendo a sua manutenção, a sua integração, total ou parcial na remuneração base ou a cessação do seu pagamento, situação que nos casos em apreço, carreira médica e de enfermagem, ainda não ocorreu.

⁷⁹ Aprovado pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro. E que se mantém em vigor nos anos de 2012 e 2013, de acordo com o previsto nas respetivas Leis do Orçamento do Estado (cfr. Lei n.º 64-B/2011, de 30 de Dezembro e Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro).

⁸⁰ Com exceção dos montantes de natureza de prestação social, tais como subsídio de refeição, de transporte e ajudas de custo.

⁸¹ Sustentado inclusive no n.º 3 do art.º 38.º do Decreto-Lei 298/2007, de 22 de Agosto e na Portaria 301/2008, de 8 de Abril que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, a qual estabelece no n.º 1 do art.º 3º, que os incentivos financeiros detêm a natureza de prémios de desempenho.

⁸² Eliminação da expressão “prémios de desempenho”, prevista no n.º 1, do art.º 3º, *in fine*, da Portaria ora alterada, e sua substituição pela expressão “(...)” como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”

⁸³ Que altera a Portaria que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros - Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril.



inalterados, mantendo-se o seu carácter contingente, isto é dependente da verificação das metas estabelecidas anualmente.

77. Já quanto às **compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos**, associadas ao desenvolvimento de **atividades específicas**, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, **no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios**.
78. Efetivamente, o modo de cálculo, de atribuição e de pagamento não traduz uma questão formal ou meramente processual, antes materializa as características dos prémios de desempenho. No caso dos profissionais de enfermagem e assistentes administrativos, os incentivos geram uma motivação extrínseca direta, uma vez que a retribuição só acontece após a realização e avaliação dos resultados ou melhor, o pagamento verifica-se *a posteriori*, no ano seguinte, a partir da validação da pontuação obtida com a realização, ao longo do ano anterior, dos indicadores contratualizados. Porém, caso se alterasse o modo de processamento e pagamento destas compensações aos médicos, introduzindo-se a característica da contingência, o sistema remuneratório dos profissionais das USF do modelo B tornar-se-ia internamente mais equitativo e justo.
79. Não obstante o disposto na alínea b) do n.º 2 do art.º 24º da LOE para 2011 e no n.º 1 do art.º 20º da LOE para 2012, **foram pagos, nesses anos, a enfermeiros e assistentes técnicos** das USF modelo B, pela respetiva ARS, **incentivos financeiros**.
80. No entanto, e a existir eventual infração financeira, da análise das alegações apresentadas pelos eventuais responsáveis, conclui-se que os membros e ex-membros dos Conselhos Diretivos das ARS agiram sem culpa, não lhes sendo imputável qualquer censura.

5.4. CONTRATUALIZAÇÃO E DESEMPENHO FACE AOS OBJETIVOS CONTRATUALIZADOS

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – ponto 4 – Volume II)

81. A **contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada por uma metodologia transversal que inclua *a priori* um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos**.
82. **O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS**, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que por sua vez os transpõem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP).
83. **Os indicadores contratualizados caracterizam-se por serem indicadores de processo, relacionados com os procedimentos instituídos ao nível da prática clínica, e não de resultados em saúde, diretamente relacionados com a saúde dos utentes**. Embora seja expectável que o cumprimento das metas impostas para os indicadores de processo possa contribuir para a obtenção de resultados, **não foram apresentados estudos que sustentassem a adequação dos indicadores escolhidos**, nomeadamente demonstrando o seu efeito percursor em termos de ganhos em saúde, ou justificando a sua escolha em detrimento de outros indicadores.
84. **As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos**



fatores geodemográficos⁸⁴. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na contratualização, como indicadores de processo⁸⁵, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis.

85. O único indicador previsto para avaliar a satisfação dos utentes não tem sido contratualizado nem avaliado, apesar de previsto como indicador comum a contratualizar com todas as USF⁸⁶.
86. Afigura-se razoável que, no processo de contratualização com as UCSP e as USF modelo A, predominem os indicadores de processo, de forma a instituir rotinas de recolha e registo da informação operacional e clínica. Contudo, não se concebe que, na contratualização com USF do modelo B, não se evolua para uma contratualização baseada em indicadores de resultados, compatíveis com o sistema remuneratório instituído, de modo a conferir um incentivo ao trabalho orientado para os resultados, em vez do trabalho orientado para os processos⁸⁷.
87. **O processo de contratualização é tardio**⁸⁸ (ou inexistente), **prejudicando o ciclo anual de planeamento, execução e avaliação das atividades**. Nem todas as ARS efetivaram em 2012 o processo de contratualização com os ACES nem, conseqüentemente, estes com as respetivas unidades funcionais.
88. **A fragilidade mais significativa do processo de contratualização tem residido na falta de expurgo da lista de utentes inscritos**, designadamente quanto aos óbitos, transferências e duplicações. Só por esse efeito haverá transparência no processo de contratualização e nas metas fixadas. Caso contrário, a permanência dessas ocorrências nas listas de utentes inscritos⁸⁹ altera os objetivos e as metas a contratualizar, uma vez que não são suportadas numa base de dados credível e fiável.
89. **No processo de acompanhamento e avaliação do desempenho, as ARS não estabeleceram ainda rotinas de verificações e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES**⁹⁰ e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas.
90. A organização do trabalho por **equipas multidisciplinares permite ganhos de eficiência nas USF através da permuta de horas enfermeiro por horas médico, isto é, maior utilização relativa, em média, de horas de enfermagem, recurso menos oneroso**⁹¹.

⁸⁴ Por exemplo o número de residentes na área do ACES; estrutura do povoamento; índice de envelhecimento e acessibilidade da população ao hospital de referência, em conformidade com o disposto no n.º 2, do art.º 4º, de Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (repblicado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro).

⁸⁵ Particularmente os seguintes: % de hipertensos com uma avaliação de pressão arterial em cada semestre, % de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas em cada semestre, % de mulheres com colpocitologia atualizada, % de mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos.

⁸⁶ Cf. Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril - Indicador comum a todas as USF: Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito – classificação final). A sua avaliação apenas será, previsivelmente, realizada em 2014.

⁸⁷ Com a publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, e a posterior aprovação, pela ACSS, do documento enquadrador da metodologia de contratualização para 2014, passaram a ser considerados alguns indicadores de resultados em saúde, 3 dos quais de aplicação obrigatória a nível nacional, com um peso global de 8% nos indicadores contratualizados: *Incidência de amputações maior de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes, Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso, Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos.*

A escolha dos indicadores também começa a ter por base alguma análise do estado de saúde dos utentes, em virtude da melhoria dos registos da atividade dos cuidados de saúde primários.

⁸⁸ A contratualização ocorre, maioritariamente, no final do 1º semestre do ano de execução contratual (ARS do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo), ocorrendo ainda mais tardiamente nas ARS do Norte e do Algarve.

⁸⁹ Para além de não ser facilitador do processo de inscrição de utentes sem médico de família.

⁹⁰ A avaliação do desvio às metas fixadas e a implementação de medidas corretivas é da responsabilidade do diretor executivo do ACES que, para o efeito, deverá reunir com uma periodicidade mensal com os coordenadores das unidades funcionais.

⁹¹ A maior utilização de enfermeiros no processo de acompanhamento do doente, sem prejuízo da qualidade do atendimento prestado, permite libertar tempo médico para atividades específicas, com reflexo nos custos.



91. Os indicadores de desempenho económico contratualizados não têm sido aplicados, de forma transversal e homogénea⁹², nas diferentes unidades funcionais, de modo a serem comparáveis entre si.
92. Nas unidades auditadas, os indicadores de desempenho económico contratualizados foram, em regra, atingidos e mesmo ultrapassados. Contudo, a avaliação de desempenho e a atribuição de incentivos não têm em conta a separação rigorosa entre o que resulta do efeito da introdução de medidas administrativas⁹³ e o que resulta do mérito do trabalho cooperativo, em equipa, ou ainda do contributo individual.

5.5. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR - CANDIDATURAS

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 5 - Volume II)

93. Decorridos sete anos desde o início da implementação da reforma, **destacam-se os anos de 2006 e 2009**, respetivamente os da criação das USF e da constituição dos ACES, **por corresponderem a mais de 50% (393) das candidaturas a USF entradas**⁹⁴.
94. A apresentação da candidatura à constituição de uma USF é voluntária e feita através do preenchimento de um conjunto de requisitos administrativos pré-definidos, sem riscos para os aderentes, isto é, não comprometem os proponentes com qualquer investimento em instalações, equipamentos e meios tecnológicos, nem os vinculam à apresentação de soluções mais económicas e eficientes, designadamente, na constituição das equipas, no número total de elementos ou de profissionais de cada carreira (médicos, enfermeiros, assistentes administrativos).
95. Em 2012⁹⁵, estavam em atividade um total de 353 USF, concentrando-se o maior número de USF na região de saúde de Norte (186), na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (109), seguida da região de saúde do Centro (36) e, por fim, as regiões de saúde do Alentejo (13) e Algarve (9). A distribuição das USF é observável sobretudo ao longo do litoral, deixando o interior do país com uma percentagem de cerca de 10,20% (36).



96. Nesse universo de USF, 161 eram do modelo B, isto é, 45%. Em 2012 e 2013, foi fixado o número máximo de USF modelo A que podem transitar para modelo B, distribuído pela área de jurisdição territorial de cada uma das ARS⁹⁶, sem que os critérios que suportam esse número estejam enunciados nos respetivos despachos conjuntos do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde.

⁹² Dado que os indicadores não foram contratualizados relativamente a todas as unidades (USF e UCSP), utilizando critérios de aplicabilidade uniformes e em tempo oportuno uma vez que a contratualização ocorre após os prazos definidos e no decurso do ano económico a que respeita.

⁹³ Desde logo, a redução do preço de venda ao público do medicamento.

⁹⁴ Do total das candidaturas entradas para a constituição de USF (552), entre 2006 e 2012, nas cinco administrações regionais de saúde.

⁹⁵ Em 31 de dezembro.

⁹⁶ Nos termos do n.º 3, do Despacho n.º 24101/2007, de 8 de outubro, publicado no DR, de 22 de outubro, do Ministro da Saúde. Para 2012, o número foi de 35, de acordo com o art.º 3º, do Despacho n.º 9999/2012, de 19 de julho, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde e para 2013, o número é de 20, fixado no art.º 3º, do Despacho n.º 4586-A/2013, de 28 de março, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde.



97. O maior número de unidades são USF de modelo A e não se encontra constituída, à presente data, nenhuma USF modelo C⁹⁷, por entidades do setor social, cooperativo ou privado, prioritariamente, apesar desta possibilidade ter surgido na RCM n.º 157/2005, de 12 de outubro e consagrada legalmente no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, como sendo uma modalidade supletiva relativa às insuficiências do SNS e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Não se alcançam as razões da não implementação desta modalidade, pelo menos em regime experimental, tal como o proposto no relatório de março de 2013, do Grupo de Trabalho constituído para analisar as “condições de abertura do modelo C de USF”, nos termos previstos no Despacho n.º 12876/2012, de 19 de setembro do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Note-se que a ACSS, IP, a respeito da criação de USF modelo C refere-se a “(...) um desafio que poderá mudar o modelo de gestão das USF, diríamos antes, dos CSP, será todavia imprescindível ter isso em consideração na revisão da legislação vigente (...), mas sobretudo realçaríamos que qualquer inovação na gestão dos CSP deveria colocar o enfoque na resolução do problema dos utentes sem médico, alocando USF onde são precisas, caso contrário, para pugnar pela sustentabilidade e competitividade do modelo, ele terá mais facilidade em ser implementado onde estas características serão mais facilmente manifestas, isto é, nos grandes centros ou onde existem mais UF, perpetuando a questão dos utentes sem médico e a desigualdade entre o litoral e o interior, entre as zonas mais populosas, com uma oferta de equipamentos de saúde mais diversificado, e as zonas com menos densidade populacional e menos alternativas para o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes.”

98. Apesar de se encontrar prevista a extinção da USF, quando ocorra o incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso⁹⁸, o legislador não especifica de forma clara, objetiva e quantificável quais os requisitos e condições dessa extinção. Igualmente não contempla nenhuma cominação ou penalização⁹⁹, para o caso de incumprimento dos objetivos contratualizados com uma USF.

5.6. ARTICULAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – ponto 6 – Volume II)

99. Confirmou-se a existência de um número elevado de pedidos, efetuados pelos médicos das unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários¹⁰⁰, pendentes nos hospitais na situação de “pedidos em triagem”. Tal implica que a avaliação e marcação de consulta pelos respetivos hospitais de referência ocorrem, em regra, para além do tempo máximo fixado (três dias úteis e, atualmente, cinco dias úteis¹⁰¹).

⁹⁷ A diferença entre uma USF (modelo A ou B) e uma USF modelo C, reside na natureza jurídica do prestador, no modelo de financiamento, no grau de autonomia organizacional (ampla autonomia na gestão dos meios de produção e dos recursos financeiros) e nos distintos graus de partilha de riscos. A entrada em funcionamento das USF modelo C, para além de permitir a separação organizacional entre o prestador e o pagador permitirá comparar diferentes modelos organizativos e de gestão, entre a prestação por entidades de natureza pública e por entidades privadas e dos setores social e cooperativo. Um dos aspetos identificados como inovadores nos documentos estruturantes da reforma dos cuidados de saúde primários prende-se com a implementação de processos que tendem a separar as funções de prestação e financiamento, como forma de obter ganhos globais de eficiência no sistema.

⁹⁸ Cfr. art.º 19º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

⁹⁹ Nomeadamente o retorno a USF de modelo A.

¹⁰⁰ A referenciação para o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, é feita pelos profissionais médicos das unidades funcionais, através do registo na aplicação informática (designada por ALERT P1, que operacionaliza os pedidos de consulta entre unidades de saúde integradas no SNS) de suporte à plataforma eletrónica denominada de “Consulta a Tempo e Horas” (CHT).

¹⁰¹ Conforme previsto no n.º 4.3 do Regulamento do CTH, aprovado da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, e atualmente no ponto 4.8 do Regulamento aprovado pela Portaria n.º 95/2013.



100. De facto, em 2012, os tempos de avaliação do pedido e marcação de consulta¹⁰² nas unidades hospitalares ultrapassam largamente o prazo de 3 dias fixado, numa margem que varia entre os 1225% na ARSLVT e os 4815% na ARS do Algarve.
101. De 2011 para 2012, registou-se uma redução do tempo de avaliação do pedido e marcação da consulta, na ARS do Norte de 25,46% (-18,7 dias), na ARSLVT de 26,15% (- 10,3 dias) e na ARS do Algarve 1,88% (-2,7 dias). Nas ARS do Centro e do Alentejo, houve um agravamento do tempo de avaliação do pedido e marcação de consulta, respetivamente, em 15,11% (+4,3 dias) e 4,97% (+16,3 dias).
102. A demora na avaliação do pedido e marcação de consulta pela unidade hospitalar, prejudica o acesso dos utentes aos cuidados hospitalares e acentua a falta de integração dos vários níveis de cuidados, com prejuízo dos utentes e contribuintes, uma vez que podem contribuir para o agravamento da doença e subsequente aumento da complexidade dos cuidados agudos, aumento do recurso a consultas de urgência hospitalar e dos dias de internamento nos hospitais¹⁰³.
103. Esta demora deve ser drasticamente reduzida, sob pena de o SNS não cumprir a sua função.
104. A este respeito, o Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental¹⁰⁴ apresenta várias propostas entre as quais se destacam, neste âmbito:
- A introdução do conceito de gestor do doente;
 - A Criação de sistema nacional de gestão de referências em saúde;
 - A Uniformização e centralização de procedimentos administrativos.

5.7. OBJETIVOS E METAS EM CURSO E PERSPETIVAS DE SUSTENTABILIDADE

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – pontos 7 e 8 – Volume II)

105. A falta de avaliação (quantitativa) sobre os impactos da reforma dos cuidados primários impede que se conheçam e se auditem os custos, as poupanças e os ganhos de saúde para a população, resultantes da atividade das unidades funcionais de cuidados primários, quer, ainda, os impactos ao nível dos cuidados hospitalares¹⁰⁵.
106. Tendo em vista a imprescindível sustentabilidade do SNS e a previsível necessidade de continuar a reduzir as transferências orçamentais para o SNS¹⁰⁶, importará salientar que **ainda não foram realizados plenamente todos os objetivos propostos pela reforma** para os cuidados de saúde primários, **as metas pré-estabelecidas no memorando de entendimento (MoU)** ou, ainda, as medidas já traçadas pelo **grupo de trabalho para a reforma Hospitalar (2011)**.
107. De entre as medidas propostas pelo “*Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades da política económica*”, no âmbito da reorganização dos serviços de prestação de cuidados de saúde, designadamente no que respeita ao desenvolvimento de serviços de cuidados de saúde primários, foram introduzidas, a nível legislativo, algumas medidas, tais como o aumento do número de USF

¹⁰² Tempo que medeia entre a entrada dos pedidos na unidade hospitalar e a sua marcação, no universo das consultas realizadas nos anos de 2011 e 2012.

¹⁰³ Veja-se, a este respeito, também as propostas do grupo de trabalho para a reforma Hospitalar (2011), elencadas no ponto 5.7.

¹⁰⁴ Criado pelo Despacho n.º 9567/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de Julho.

¹⁰⁵ A implementação de tipologias de unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários mais eficientes, a integração dos vários níveis de cuidados de saúde da rede de prestadores do SNS e a otimização dos recursos disponíveis no sistema nacional de saúde, justifica que seja elaborado um estudo (qualitativo e quantitativo) que aponte as alternativas viáveis que garantam a sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde à população no médio e longo prazo. Neste sentido, no Relatório n.º 16/2013 – 2.ª S, o Tribunal de Contas recomendou à Ministra de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde que elaborassem o referido plano.

¹⁰⁶ Cfr. Documento de Estratégia Orçamental 2013-2017.



a constituir no ano de 2013 (69), face ao número fixado para 2012 (56)¹⁰⁷ e o aumento do número de utentes (22,58%) a inscrever na lista de um médico, passando dos 1550¹⁰⁸ para os 1900 utentes¹⁰⁹. Uma outra medida estatuída, em 2012, foi a do alargamento do processo de contratualização interna às UCSP.

108. Já quanto aos restantes objetivos do “**Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades da política económica**” (MoU - revisões até março de 2012), sem prejuízo das medidas legislativas já adotadas, **não existe evidência de que tivessem sido realizados, até ao final de 2012**, os seguintes:

- Certificação de que o novo sistema leva à redução de custos e a uma prestação mais efetiva;
- Criação de um mecanismo que garanta a presença de médicos de família nas áreas de maior necessidade, levando a uma distribuição mais equitativa dos médicos de família pelo país;
- Transferência de recursos humanos dos serviços hospitalares para os cuidados de saúde primários e reconsiderar o papel dos enfermeiros e de outras especialidades na prestação de cuidados.

109. Quanto ao proposto pelo **grupo de trabalho para a reforma Hospitalar (2011)** destaca-se a integração da prestação de cuidados primários com o nível de cuidados hospitalares, designadamente no que respeita a:

- Doentes considerados “não urgentes” atendidos fora das urgências hospitalares;
- Consultas de especialidades hospitalares feitas em centros de saúde;
- Concretizar o princípio de liberdade de escolha do prestador;
- Considerar o nível de satisfação dos utentes na avaliação do desempenho.

110. Note-se que a **transferência de “falsas” urgências hospitalares para consultas nas unidades funcionais de cuidados primários**¹¹⁰ permitiria, por hipótese, ter obtido uma poupança potencial na ARSLVT, em 2011, na ordem dos € 104.174.738¹¹¹.

111. No que respeita à configuração das unidades funcionais concebidas pela reforma, salienta-se que o modelo de gestão das USF existentes pode mudar substancialmente com a implementação de **USF modelo C**, na qual se prevê a prestação de serviços públicos por entidades de natureza privada ou dos setores social e cooperativo. A implementação de USF modelo C, caso se revele benéfica para a sustentabilidade do SNS, comparativamente com as modalidades existentes, implicará necessariamente a alteração do modelo de financiamento atual e a eventual inserção de diferentes graus de partilha de riscos nos contratos programa/gestão, bem como a redefinição dos padrões de desempenho¹¹².

112. O relatório do Grupo de Trabalho constituído para analisar as condições de abertura do modelo C de USF destaca a necessidade de uma definição clara, rigorosa e exaustiva das necessidades da população, para identificação das incapacidades reais dos serviços do SNS, tendo subjacente a necessidade de atualização permanente dos registos de utentes inscritos, dado o carácter supletivo e complementar que é pretendido para este tipo de USF. É ainda proposta a criação de um novo

¹⁰⁷ Cfr. Despacho n.º 4586-A/2013, publicado no DR, em 1 de abril, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde e Despacho n.º 9999/2012, publicado no DR, em 25 de julho, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde.

¹⁰⁸ Cfr. art.º 9º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

¹⁰⁹ Cfr. art.º 7º-B, do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro.

¹¹⁰ No mesmo sentido conclui o estudo divulgado pela IASIST na II Conferência de *Benchmarking* Clínico sobre o Impacto do Internamento dos Doentes crónicos no SNS, in www.portaldasauade.pt, dezembro de 2013.

¹¹¹ Resulta da diferença (€ 36) entre o custo médio da consulta em CSP (€ 57) e o custo médio de consulta de urgência hospitalar (€ 93) multiplicado pelo número de pouco ou não urgências identificadas na ARSLVT em 2011 (2.893.742).

¹¹² O ambiente concorrencial cria pressão para baixar custos e melhorar a qualidade tendo em vista conseguir captar a preferência e a escolha do utente uma vez que o princípio da liberdade de escolha do prestador de serviços bem como os copagamentos são atos dos utentes beneficiários que os responsabiliza pelas escolhas que fizerem criando um ambiente mais racional e menos despesista.



ramo de direito cooperativo – Cooperativas de Saúde – que enquadre a atividade das USF modelo C dos setores social e cooperativo.

113. Apesar do relatório final do referido Grupo de Trabalho datar de março de 2013 não foram, até ao momento, tomadas quaisquer iniciativas tendentes à concretização das propostas nele constantes.



6. RECOMENDAÇÕES

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

À Ministra de Estado e das Finanças e ao Ministro da Saúde

- i. Clarificar, por via legal, o regime remuneratório dos profissionais integrados em USF, designadamente as de modelo B, por forma a não subsistirem dúvidas quanto à natureza dos eventuais suplementos e compensações pelo desempenho.

Ao Ministro da Saúde

- i. Garantir a atribuição efetiva de médico de família a todos os utentes sem médico de família.
- ii. Rever o Despacho n.º 13795/2012, de 24 de outubro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, por forma a garantir, de forma inequívoca, que aquele não possa implicar que os utentes não utilizadores possam ser eliminados da lista do seu médico de família, e por forma a que a primeira recomendação seja cumprida.
- iii. Tomar as iniciativas apropriadas no sentido de determinar como maximizar as horas consagradas à consulta por aligeiramento da carga administrativa e não assistencial dos médicos. O decorrente aumento do *stock* de horas permitiria equacionar uma repartição equitativa da capacidade assistencial contribuindo para a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde primários.
- iv. Mandar elaborar um relatório sobre o ponto de situação da realização dos objetivos e metas previstos no Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades da política económica (MoU), bem como das propostas sobre cuidados de saúde primários realizadas por grupos de trabalho¹¹³, referindo a calendarização e respetivo plano de ação que permita esclarecer quais os desenvolvimentos esperados para a evolução da prestação de cuidados de saúde primários.
- v. Mandar elaborar um estudo sobre os impactos orçamentais da generalização da prestação de cuidados de saúde primários através de USF de modelo B.
- vi. Determinar que a aprovação de candidaturas a USF por parte das ARS seja precedida de uma orçamentação que revele os impactos orçamentais para o SNS.
- vii. Promover a revisão do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, de modo a manter a coerência do seu modelo de organização e funcionamento com a “*combinação de salários e de compensações pelo desempenho*”, designadamente:
 - a. Clarificando a natureza de pagamentos a título de prémio de desempenho da componente remuneratória denominada de “*incentivos financeiros*” atribuída aos profissionais de enfermagem e assistentes administrativos;
 - b. Garantindo a equidade interna e a coerência com o modelo de gestão e funcionamento das USF B, tornando a “*compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas*” atribuída aos médicos, dependente da verificação do cumprimento de objetivos previamente contratualizados;
 - c. Ponderando a elevada correlação (95%) existente entre a componente remuneratória de suplementos relativos à dimensão e perfil da lista de utentes e a componente de

¹¹³ Considerando as propostas constantes dos relatórios dos grupos de trabalho: para a reforma dos cuidados hospitalares, da análise sobre as condições de abertura do modelo C de USF ou para a proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental.



- compensação pelo desempenho associada à realização de atividades específicas, auferidas pelos profissionais médicos.
- d. Ponderando a supressão dos acréscimos auferidos pelas funções de orientador de formação e pelas funções de coordenação, nos casos aplicáveis¹¹⁴.
- viii.* Promover a revisão da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, no sentido de repor a expressão “prémio de desempenho”, tal como constava da redação do n.º 1 do art.º 3.º da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, e regulamentar as condições de apuramento e pagamento da “compensação pelo desempenho associado ao desenvolvimento de atividades específicas” atribuída aos médicos, no sentido de a mesma adquirir as características processuais e motivacionais associadas a verdadeiros prémios de desempenho, tal como já acontece com os incentivos financeiros pagos a enfermeiros e administrativos.
- ix.* Providenciar no sentido de que as alterações legislativas e regulamentares acima referidas tornem o sistema de incentivos institucionais das USF e de incentivos financeiros aos profissionais das USF de modelo B, simples, agregado, auditável e perceptível pelos contribuintes.
- x.* Ponderar a possibilidade de o incentivo institucional ser pago às USF que se destaquem da eficiência média das restantes unidades.
- xi.* Ponderar a supressão da acumulação de remuneração de horas extraordinárias quando os profissionais sejam já remunerados com outras componentes remuneratórias que acrescem à remuneração base da carreira e categoria, designadamente por alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial.
- xii.* Prever e definir condições para a “despromoção” de Unidades de Saúde Familiar (USF), em modelo organizacional B, para modelo A, caso a avaliação global do desempenho da USF seja reiteradamente negativa.
- xiii.* Ponderar a instituição de USF modelo C, caso este se venha a revelar benéfico para a solução a curto prazo da existência de cidadãos sem médico de família atribuído, sem prejuízo da sustentabilidade do SNS.

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde

- i.* Providenciar pela atualização da lista de utentes inscritos nas unidades de cuidados de saúde primários, sem prejuízo do direito de todos os utentes à atribuição efetiva de um médico de família.
- ii.* Criar, divulgar e manter um sistema de gestão da lista de utentes inscritos, sem médico de família, a fim de que estes possam exercer, caso queiram, os seus direitos.
- iii.* Reduzir o número de indicadores contratualizados, tornando-os simples, diretos, concretos, exigentes, realistas, hierarquizados, auditáveis e perceptíveis pelos contribuintes.
- iv.* Providenciar para que no processo de contratualização com USF do modelo B se implemente uma contratualização baseada em indicadores de resultados orientados predominantemente para a melhoria dos tempos de acesso à consulta e ao atendimento, produtividade e efetividade, em termos de resultados em saúde¹¹⁵.

¹¹⁴ Cf. parágrafo 61.

¹¹⁵ Sem prejuízo de, com a publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, e a posterior aprovação, pela ACSS, do documento enquadrador da metodologia de contratualização para 2014, terem sido considerados alguns indicadores de resultados em saúde, estes assumem ainda um carácter secundário face aos indicadores de processo.



- v. Conceber medidas que garantam a implementação de uma contabilidade de custos ao nível dos ACES e das unidades funcionais e que essa exigência esteja prevista na carta de missão dos Conselhos Diretivos das ARS.
- vi. Promover orientações às ARS, para corrigirem os resultados apresentados pelas USF quanto ao indicador *custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador*, atendendo à redução administrativa dos preços dos medicamentos, e para que a mesma tenha reflexos, quer nos incentivos institucionais e financeiros quer na contratualização dos anos seguintes.
- vii. Promover a realização anual de um *ranking*, bem como do *benchmarking* de eficiência económica e da atividade desenvolvida pelas diversas tipologias de unidades que prestam cuidados de saúde primários, designadamente entre USF do modelo B, modelo A, UCSP e as mesmas tipologias quando integradas em ULS, publicitando os resultados no sítio institucional da ACSS.
- viii. Que nesse *ranking*, seja dado o devido destaque os diferentes tempos de espera para acesso às consultas e respetivo tempo para o atendimento, bem como os índices de satisfação dos utentes em cada uma das tipologias de unidades funcionais, por região de saúde e por ACES.
- ix. Prover pela criação de uma funcionalidade eletrónica, designadamente no *Sistema Administrativo de Registo de Atividade – SINUS*, que possibilite guardar o registo da data do pedido de marcação de consulta e da sua realização, salvaguardando desse modo o histórico desta informação.

Aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde

- i. Aprovar, até 31 de dezembro de cada ano, os contratos-programa com os ACES e por consequência a aprovação dos planos de ação e das cartas de compromisso com as USF, assegurando às entidades prestadoras, oportunamente, os instrumentos de gestão necessários à concretização dos objetivos.
- ii. Proceder à revisão e ajustamento, anual, de indicadores e metas a contratualizar, por forma a adequá-los às prioridades assistenciais definidas e à evolução decorrente de alterações de fatores demográficos e epidemiológicos das populações.
- iii. Aprovar um plano de ação calendarizado de acompanhamento, fiscalização e avaliação da execução dos contratos-programa e das cartas de compromisso e elaborar relatórios que comprovem o cumprimento das metas estabelecidas.
- iv. Fazer refletir na revisão e correção dos incentivos institucionais o impacto da redução do efeito preço dos medicamentos nos resultados do indicador de eficiência económica: *Custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador*.
- v. Promover, através do sítio na Internet dos ACES, a divulgação de informação de caráter útil para o cidadão/utente sobre a oferta dos cuidados de saúde das unidades funcionais, nomeadamente, nas áreas de promoção da saúde e prevenção da doença.
- vi. Proceder à atualização da lista de utentes, por médico, com periodicidade regular, por forma a evitar a atribuição de incentivos ou suplementos remuneratórios aos profissionais inseridos em USF modelo B, em função de uma lista de utentes de dimensão diversa.
- vii. Instituir um indicador de controlo de qualidade, por forma a medir e avaliar a perceção dos cidadãos sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados, associada ao desempenho profissional e organizacional das unidades funcionais, medido, designadamente, através de realização de inquéritos de satisfação dos utentes.



Aos Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde

- i.* Prover, em sede de contratualização interna, pelo ajustamento das metas e indicadores às reais necessidades da população e pela redução dos custos de gestão das unidades funcionais.
- ii.* Estabelecer regras de imputação dos custos a fim de as unidades funcionais poderem vir a operar como centros de produção e de custos.
- iii.* Divulgar publicamente, no sítio dos Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES na Internet, informação sobre o tempo de espera para obtenção de consulta dos utentes inscritos nas respetivas unidades funcionais.



7. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do projecto de Relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do n.º 5, do art.º 29º, da Lei n.º 98/97, na redação dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, e dos art.ºs 73º e 74º do Regulamento Geral do Tribunal de Contas¹¹⁶.

8. EMOLUMENTOS

Nos termos dos art.ºs 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º, n.ºs 1 e 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio¹¹⁷, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de agosto, e 3-B/2000, de 4 de abril, e em conformidade com as Notas de Emolumentos apresentadas no Volume II, são devidos emolumentos num total de € 17.164, a suportar por¹¹⁸:

- i. Administração Regional de Saúde do Norte, IP - € 7.709,37;
- ii. Administração Regional de Saúde do Centro, IP - € 1.960,78;
- iii. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP - € 6.413,33;
- iv. Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP - € 555,48;
- v. Administração Regional de Saúde do Algarve, IP - € 525,04.

9. DETERMINAÇÕES FINAIS

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

1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da alínea a), do n.º 2, do art.º 78º, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
 - * Ministra de Estado e das Finanças;
 - * Ministro da Saúde;
 - * Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - * Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
 - * Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
 - * Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
 - * Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
 - * Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.
 - * Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte;
 - * Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde Almada/Seixal;
 - * Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental;
 - * Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde Espinho/Gaia;
 - * Aos responsáveis individuais ouvidos no âmbito do contraditório;

¹¹⁶ Cfr. Resolução n.º 3/2010 - 2ª Secção do Tribunal de Contas.

¹¹⁷ Alterado pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril.

¹¹⁸ Foram consideradas as unidades de tempo afetas a cada ARS, em termos de trabalho de campo específico, tendo as restantes unidades de tempo sido distribuídas proporcionalmente a cada ARS tendo em conta a sua dimensão em termos de utentes inscritos nos CSP.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- * Bastonário da Ordem dos Médicos;
 - * Bastonário da Ordem dos Enfermeiros.
3. Que, após a entrega do Relatório às entidades supra referidas, o mesmo 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 art.ºs 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.

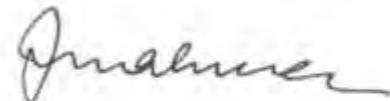
Tribunal de Contas, em 10 de julho de 2014.

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos

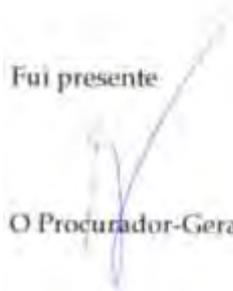


(José Luis Pinto Almeida)



(José de Castro de Mira Mendes)

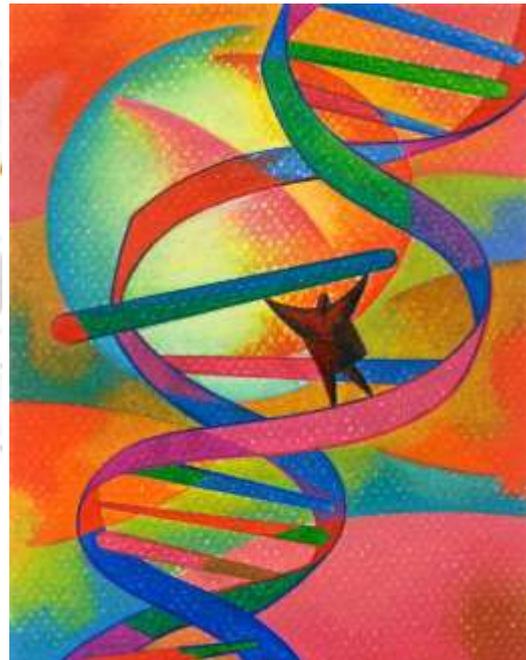
Fui presente



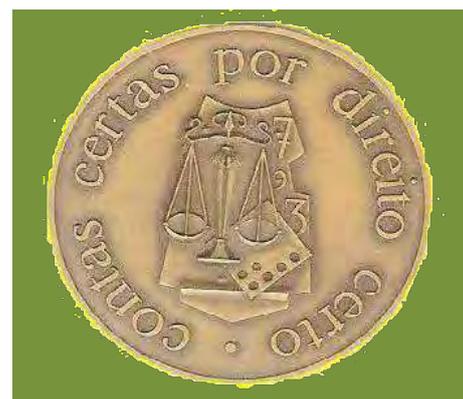
O Procurador-Geral Adjunto

Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor



Relatório n.º 17/2014 - 2ª Secção
Processo n.º 32/2012 - AUDIT
Volume II - Desenvolvimento



Índice

DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA	7
1. A EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	7
1.1. CENTROS DE SAÚDE	7
1.2. DESENVOLVIMENTOS DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	9
2. ANÁLISE DE CUSTOS: COMPARAÇÃO USF VS UCSP	14
2.1. CUSTOS UNITÁRIOS POR CONSULTA E POR UTILIZADOR	16
2.1.1. Custos unitários totais- USF vs UCSP	18
2.1.2. Custos com Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT) por Consulta e utilizador – USF vs UCSP	18
2.1.3. Custos com Pessoal por consulta e por utilizador	19
2.2. ESTRUTURA DOS CUSTOS COM PESSOAL	20
2.3. HORAS EXTRAORDINÁRIAS	23
3. INCENTIVOS, COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO E SUPLEMENTOS	25
3.1. INCENTIVOS	25
3.2. INCENTIVOS INSTITUCIONAIS E FINANCEIROS	28
3.3. SUPLEMENTOS E COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO	29
3.3.1. Análise da estrutura remuneratória dos profissionais das USF de modelo B	29
3.3.2. Impacto dos acréscimos remuneratórios	31
3.3.3. Pontos críticos do regime remuneratório dos profissionais integrados em USF de modelo B	36
3.3.4. Atribuição de prémios de desempenho vs Lei do Orçamento do Estado	38
4. PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	52
4.1. PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	52
4.2. DESEMPENHO FACE AOS OBJETIVOS CONTRATUALIZADOS	58
4.3. CAPACIDADE INSTALADA VS DISPONÍVEL	65
4.4. ACESSIBILIDADE	66
4.4.1. Tempo médio de espera para marcação de consulta	69
4.5. MECANISMOS INSTITUÍDOS DE CONTROLO DE QUALIDADE	71
5. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR	74
5.1. CANDIDATURAS E DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL	74
5.2. COBERTURA POPULACIONAL	76
6. ARTICULAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES	82
7. OBJETIVOS E METAS DO MEMORANDO DE ENTENDIMENTO SOBRE AS CONDICIONALIDADES DA POLÍTICA ECONÓMICA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	85
8. PERSPETIVAS DE SUSTENTABILIDADE – GANHOS DE EFICIÊNCIA	86
ANEXOS	89
ANEXO I –MINISTÉRIO DAS FINANÇAS – INFORMAÇÃO DGAEP	91
ANEXO II –SUSPENSÃO DO PAGAMENTO DE INCENTIVOS FINANCEIROS ÀS USF	101
ANEXO III –NOTAS DE EMOLUMENTOS	105



Índice de Quadros

QUADRO 1 – APLICAÇÃO DE FUNDOS – 2009-2012	11
QUADRO 2 – PRESTAÇÃO DE TRABALHO EXTRAORDINÁRIO	23
QUADRO 3 – HORAS EXTRAORDINÁRIAS POR PROFISSIONAL (ETC) – 2012	24
QUADRO 4 – CORREÇÃO AO INCENTIVO INSTITUCIONAL - ARSN.....	26
QUADRO 5 – CORREÇÃO AO INCENTIVO INSTITUCIONAL – ARSLVT	27
QUADRO 6 – INCENTIVOS INSTITUCIONAIS DAS USF.....	27
QUADRO 7 – SUPLEMENTOS.....	29
QUADRO 8 – DIMENSÃO PONDERADA DA LISTA/UNIDADES CONTRATUALIZADAS	30
QUADRO 9 – COMPENSAÇÃO PELO DESEMPENHO.....	30
QUADRO 10 – UNIDADES CONTRATUALIZADAS RESULTANTE DAS ATIVIDADES ESPECÍFICAS	30
QUADRO 11 – FUNÇÕES DE ORIENTADOR DE FORMAÇÃO E COORDENADOR	31
QUADRO 12 – REMUNERAÇÃO MÉDICO – CASO-BASE 1	32
QUADRO 13 – REMUNERAÇÃO ENFERMEIRO – CASO BASE 2	33
QUADRO 14 - REMUNERAÇÃO ASSISTENTE – CASO BASE 3	33
QUADRO 15 – EVOLUÇÃO POR GRUPO ETÁRIO DOS UTENTES INSCRITOS – USF PARQUE	34
QUADRO 16 – EVOLUÇÃO POR GRUPO ETÁRIO DOS UTENTES INSCRITOS - USF ESPAÇO SAÚDE	34
QUADRO 17 - VALOR DA DESPESA COM ACRÉSCIMOS REMUNERATÓRIOS - 2012	35
QUADRO 18 – INCENTIVOS FINANCEIROS ABONADOS A PROFISSIONAIS DE USF MODELO B	42
QUADRO 19 – DESEMPENHO DOS ACES	60
QUADRO 20 – TAXA DE EXECUÇÃO DOS INDICADORES CONTRATUALIZADOS – USF.....	61
QUADRO 21 – TAXA DE EXECUÇÃO DOS INDICADORES CONTRATUALIZADOS – UCSP	63
QUADRO 22 – UTENTES INSCRITOS EM USF VS TOTAL DE UTENTES INSCRITOS POR ARS.....	77
QUADRO 23 – MEDIDAS DO MEMORANDO DE ENTENDIMENTO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	86

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 – CUSTOS UNITÁRIOS DE MEDICAMENTOS POR UTILIZADOR, POR INDICADORES DE CONTEXTO	17
GRÁFICO 2 – NÚMERO DE UNIDADES FUNCIONAIS DISTRIBUÍDAS POR CLUSTERS DE INDICADORES DE CONTEXTO.....	17
GRÁFICO 3 – USF (MODELO A E B) E UCSP - CUSTOS UNITÁRIOS COM MEDICAMENTOS POR CONSULTA E POR UTILIZADOR	18
GRÁFICO 4 – USF (MODELO A E B) E UCSP - CUSTOS UNITÁRIOS COM PESSOAL POR CONSULTA E POR UTILIZADOR	19
GRÁFICO 5 – COMPOSIÇÃO REMUNERATÓRIA POR MÉDICO NAS USF E NAS UCSP – 2012	20
GRÁFICO 6 – PESO COMPONENTES REMUNERATÓRIAS POR PESSOAL MÉDICO	20
GRÁFICO 7 – COMPOSIÇÃO REMUNERATÓRIA POR ENFERMEIRO NAS USF E NAS UCSP - 2012.....	21
GRÁFICO 8 – PESO COMPONENTES REMUNERATÓRIAS POR PESSOAL DE ENFERMAGEM.....	21
GRÁFICO 9 – COMPOSIÇÃO REMUNERATÓRIA POR ASSISTENTE NAS USF E NAS UCSP - 2012.....	22
GRÁFICO 10 – PESO COMPONENTES REMUNERATÓRIAS DO PESSOAL ASSISTENTE - 2012	22
GRÁFICO 11 – DIVERGÊNCIA CUSTOS/INCENTIVOS POR UTILIZADOR	28
GRÁFICO 12 – MATURIDADE VERSUS INCENTIVOS.....	28
GRÁFICO 13 – DIFERENCIAL REMUNERATÓRIO ENTRE UNIDADES.....	33
GRÁFICO 14 – EVOLUÇÃO DO GRUPO ETÁRIO DOS UTENTES INSCRITOS USF PARQUE	34
GRÁFICO 15 - EVOLUÇÃO DO GRUPO ETÁRIO DOS UTENTES INSCRITOS – USF ESPAÇO SAÚDE	34
GRÁFICO 16 – ACRÉSCIMOS REMUNERATÓRIOS PAGOS PELO MS – 2012	35
GRÁFICO 17 – EVOLUÇÃO DE COMPONENTES REMUNERATÓRIAS 2011-2012	37
GRÁFICO 18 – % EXECUÇÃO DOS INDICADORES DE ACESSO – USF	64
GRÁFICO 19 - % EXECUÇÃO DOS INDICADORES DE ACESSO – UCSP	64
GRÁFICO 20 – CONSULTAS REALIZADAS NAS USF E VARIAÇÃO.....	66
GRÁFICO 21 – CONSULTAS REALIZADAS NAS UCSP E VARIAÇÃO	67
GRÁFICO 22 – TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS NAS USF E UCSP	67
GRÁFICO 23 – NÚMERO DE UTENTES UTILIZADORES.....	68
GRÁFICO 24 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS	68
GRÁFICO 25 – TEMPO MÉDIO MARCAÇÃO DE CONSULTA – USF	69



GRÁFICO 26 – TEMPO MÉDIO MARCAÇÃO DE CONSULTA – UCSP	69
GRÁFICO 27 – TEMPO MÉDIO DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR	70
GRÁFICO 28 – TEMPO MÉDIO DE MARCAÇÃO DE CONSULTA DE SAÚDE MATERNA E SAÚDE INFANTIL	70
GRÁFICO 29 - NÚMERO DE EXPOSIÇÕES – ACES LISBOA NORTE.....	72
GRÁFICO 30 - NÚMERO DE EXPOSIÇÕES – ACES ALMADA	72
GRÁFICO 31 - NÚMERO DE EXPOSIÇÕES – ACES PORTO OCIDENTAL.....	73
GRÁFICO 32 - NÚMERO DE EXPOSIÇÕES – ACES ESPINHO/GAIA.....	73
GRÁFICO 33 – EVOLUÇÃO DAS CANDIDATURAS USF - NACIONAL	74
GRÁFICO 34 – UTENTES INSCRITOS NAS USF VERSUS UTENTES INSCRITOS - NACIONAL.....	77
GRÁFICO 35 – UTENTES SEM MÉDICO DE FAMÍLIA – NACIONAL	77
GRÁFICO 36 – UTENTES SEM MÉDICO DE FAMÍLIA – REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO	78
GRÁFICO 37 - UTENTES SEM MÉDICO DE FAMÍLIA – REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE	78
GRÁFICO 38 – UTENTES SEM MÉDICO DE FAMÍLIA – REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO E DO ALGARVE.....	79
GRÁFICO 39 – UTENTES SEM MÉDICO DE FAMÍLIA – REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO.....	79
GRÁFICO 40 – TOTAL DE PEDIDOS INSCRITOS E EM TRIAGEM NO CTH – 2012	82
GRÁFICO 41 – EVOLUÇÃO DOS PEDIDOS INSCRITOS E EM TRIAGEM.....	83
GRÁFICO 42 – TEMPO DE AVALIAÇÃO DO PEDIDO E MARCAÇÃO DE CONSULTA (DIAS)	83
GRÁFICO 43 – TEMPO MÉDIO DE AVALIAÇÃO DO PEDIDO E MARCAÇÃO DE CONSULTA POR ESPECIALIDADE	84

Índice de Figuras

FIGURA 1 – EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	8
FIGURA 2 – CONFIGURAÇÃO ORGÂNICA DOS CSP	10
FIGURA 3 - REGIME DE INCENTIVOS.....	25
FIGURA 4 – FAIXA ETÁRIA VS PONDERAÇÃO	30
FIGURA 5 – UTENTES VULNERÁVEIS E DE RISCO/UNIDADES PONDERADAS.....	31
FIGURA 6 – BASE DE INCIDÊNCIA	32
FIGURA 7 – CAPACIDADE INSTALADA VERSUS CONSULTAS REALIZADAS	65
FIGURA 8 – DISTRIBUIÇÃO DAS USF – TERRITÓRIO NACIONAL	75



Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários

Ficha Técnica

Coordenação Geral/Supervisão

Auditor-Coordenador

José António Carpinteiro

(Licenciado em Direito)

Auditor-Chefe

Pedro Miguel Fonseca^(*)

(Licenciado em Economia)

Equipa de Auditoria

Ana Bravo de Campos *(Licenciada em Direito)*

Maria da Luz Barreira *(Licenciada em Direito)*

Cristina Anastácio *(Licenciada em Gestão de Empresas)*

^(*) Maria Isabel Viegas, *(Licenciada em Gestão)*, até 31/12/2013



DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

1. A EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1.1. CENTROS DE SAÚDE

A criação dos centros de saúde, pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, atribuía a estas unidades orgânicas as competências necessárias para “prestar os cuidados médicos de base”, que não exigiam consulta ou internamento hospitalar, articular a prestação dos cuidados com serviços do sector social e privado e, sempre que necessário, coordenar a ação de cuidados mais especializados na comunidade.

Na sequência da instituição do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, foi publicado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio¹, o qual conferia aos centros de saúde um quadro legal, dotando-os de personalidade jurídica criando um nível de gestão local, com base numa matriz organizacional, que se pretendia simultaneamente flexível e funcional. Os centros de saúde já eram reconhecidos como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população.

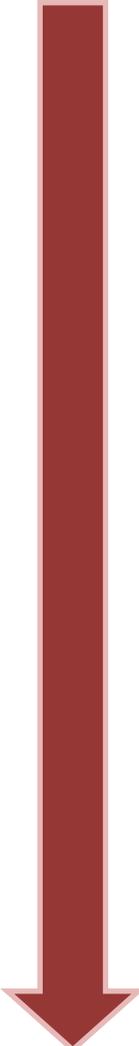
Com a institucionalização das primeiras administrações regionais de saúde pelo Decreto-lei n.º 254/82, de 29 de junho, em que se avançou com a reformulação dos centros de saúde e, posteriormente, a sua regulamentação, pelo Despacho Normativo n.º 97/83, de 28 de fevereiro, fomentou-se a concentração da administração dos cuidados primários nessas estruturas regionais, condicionando, assim, a autonomia de gestão dos centros de saúde, enquanto unidades funcionais locais.

Em síntese, a evolução ocorrida nas unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários, entre 1971 e 2009, ao nível da configuração dos “centros de saúde” até à criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES) foi determinada pelas seguintes transformações:

¹ Com vigência transitória de acordo com o disposto no art.º 42º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e, posteriormente revogado pelo Decreto-Lei 102/2009, de 11 de maio.



Figura 1 – Evolução dos Cuidados de Saúde Primários



	Legislação	Sem autonomia	Dotados de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio.	Dotados de autonomia técnica e administrativa.	Dotados de autonomia administrativa
1971	DL n.º 413/71- Centros de saúde distritais, concelhios e posto de saúde (v. art.º 55º)	●			
1979	Lei n.º 56/79 - Centros comunitários de saúde, como serviços prestadores de cuidados primários (v. art.º 42º).	●			
1983	DN n.º 97/83 - Centro de saúde, como uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários.	●			
1999	DL n.º 157/99 - Centros de saúde e associações de centros de saúde. Na estrutura organizacional surgem as unidades funcionais.		●		
2003	DL n.º 60/2003 - Centros de saúde como serviços públicos de prestação de cuidados de saúde primários.			●	
2005	DL n.º 88/2005 - Revoga o DL n.º 60/2003 e repristina o regime jurídico criado pelo DL n.º 157/99, alterado pelo DL n.º 39/2002.		●		
2007	DL n.º 298/2007, de 22 de Agosto - Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF).				●
2008	DL n.º 28/2008 - Agrupamentos de Centros de saúde - ACES. Serviços de saúde constituídos por várias unidades funcionais.				●
2009	DL n.º 102/2009 - Revoga o DL n.º 157/99 e altera o DL n.º 28/2008.				●
2012	DL n.º 253/2012 - Proceda a alterações e republica o DL n.º 28/2008.				●

As alterações introduzidas na orgânica dos centros de saúde têm sido dominadas pelas variantes que correspondem a vários graus de autonomia administrativa (ainda fora do alcance da autonomia financeira, apesar da previsão no Decreto-Lei n.º 157/99), mantendo-se em comum a prestação de serviço público de cuidados de saúde primários em estabelecimentos públicos dotados de meios e de recursos humanos com vínculo laboral público, tutelados pelas administrações regionais de saúde, que asseguram o financiamento público.

Em 2007, a USF apresenta-se como a nova unidade funcional multiprofissional (médicos, enfermeiros e administrativos), sem autonomia financeira mas com autonomia funcional e técnica, que presta cuidados de saúde primários personalizados, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. As USF podem organizar-se em três modelos (A, B e C) que se distinguem quanto ao grau de autonomia organizacional, diferenciação do modelo retributivo e modelo de financiamento².

² O Decreto - Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto veio estabelecer o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. As USF podem posicionar-se em diferentes modelos organizacionais, cujos critérios de diferenciação resultam de três dimensões estruturantes: o grau de autonomia funcional e técnica, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos profissionais e o respetivo estatuto jurídico. De acordo com o Despacho n.º



Em 2008, a publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro instituiu os agrupamentos de centros de saúde (ACES)³. Previa-se então a criação de 74 ACES⁴, em substituição das 18 sub-regiões de saúde, implicando a recomposição da cobertura regional ao estabelecer uma delimitação geográfica, agrupamento de concelhos, concelho ou grupo de freguesias, tendo em conta os recursos disponíveis e fatores geodemográficos.

Com a criação das novas USF mantiveram-se em funcionamento os tradicionais centros de saúde, como unidade funcional integrada na estrutura orgânica dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), agora red denominados de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

1.2. DESENVOLVIMENTOS DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Desde o início da década de 2000 que as reformas respeitantes à organização e financiamento do Serviço Nacional de Saúde procuraram introduzir mecanismos de mercado, seja pela separação dos agentes financiadores e dos prestadores, seja pela introdução de mecanismos competitivos. Neste contexto, foram desenvolvidos sistemas de incentivos, orientados para a realização da produção e gestão por objetivos em consonância com a pretensão de incutir maior descentralização, por via da autonomia de gestão e responsabilização⁵.

Em 2003, anunciava-se a instituição de uma rede de cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril), que reformava os centros de saúde e previa-se a possibilidade de se constituírem unidades de saúde familiar a partir da iniciativa privada. A novidade desta alteração implicou que a entrada em vigor daquele diploma legal ficasse condicionada pela criação de uma entidade reguladora para a saúde⁶.

O novo impulso reformador dos cuidados de saúde primários ocorreu em 2005, com a criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e com a instituição, na dependência direta do Ministro da Saúde, da Missão para os Cuidados de Saúde Primários⁷ (MCSP). A MCSP tinha como objetivo conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar. O período do mandato da unidade de missão para os cuidados primários, inicialmente de dezoito meses, foi prorrogado, em 2007, por três anos⁸.

24101/2007, de 8 de outubro, publicado no DR a 2 de outubro, a diferenciação entre os modelos de USF (A,B, e C) configura de três dimensões estruturantes: a) o grau de autonomia organizacional; b) a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais; e, c) o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

³ De acordo com o n.º 1, do art.º 2º do diploma acima citado, "Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde", e tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde a uma determinada população de uma área geográfica específica. São serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, IP, e estão sujeitos ao seu poder de direção (cfr. n.º 3). Com a criação dos ACES foram extintas todas as sub-regiões de saúde (cfr. art.º 41º do Decreto-Lei n.º 28/2008 e Portarias n.ºs 272/2009 a 276/2009).

⁴ Em finais de 2012 existiam 68 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

⁵ Recorde-se ao nível dos cuidados hospitalares a transformação de hospitais do setor público administrativo para o setor empresarial do estado (hospitais SA, em 2002 e hospitais EPE, em 2005) e o lançamento de concursos para a construção e gestão de hospitais em regime de parceria público privada (2002).

⁶ Cfr. Art.º 31º do referido Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril (entretanto revogado).

⁷ Cfr. Resolução de Conselho de Ministros n.º 86.º/2005, 7 de abril, publicada no DR, 1ª Série, de 27 de abril e Resolução de Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de setembro, publicada no DR, 1ª Série, de 12 de outubro.

⁸ Cfr. Resolução de Conselho de Ministros n.º 60/2007, de 5 de abril, publicada no DR, 1ª Série, de 24 de abril. Na sequência desta recondução foi apresentado em 29 de maio de 2007, o "Plano Estratégico" da MCSP para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, para o período da sua recondução – 2007 a 2009. E, ainda, uma prorrogação de mandato por mais um ano, nos termos da Resolução de Conselho de Ministros, n.º 45/2009.



A atividade da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) contribuiu, fundamentalmente para a coordenação e implementação dos instrumentos legislativos e regulamentares que suportaram a criação de USF, a ação das Equipas Regionais de Apoio, o desenvolvimento da contratualização, incentivos e regime de retribuição, bem como a criação dos ACES.

As alterações de configuração organizacional das unidades funcionais prestadoras de cuidados primários geraram uma multiplicidade de tipos organizacionais (USF; UCSP; UCC; USP; URAP – cf. Figura 1) com perfis distintos e com diferentes níveis de implementação nas várias regiões de saúde.

Com o objetivo de coordenar e monitorizar a implementação do processo de contratualização com os prestadores, foi criado, em 2009, um outro grupo de trabalho, articulando a sua atividade com a da MCSP.

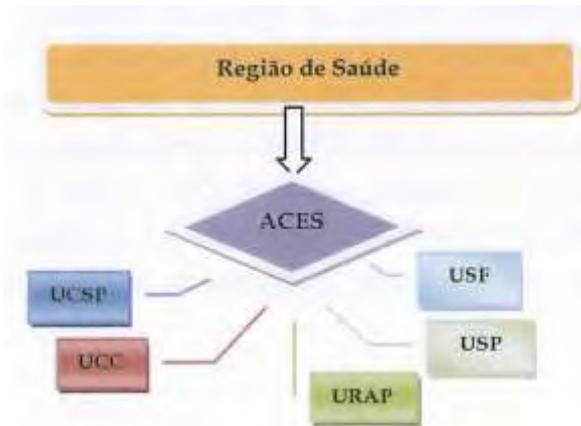
Em 2010, o Ministério da Saúde apresentou um novo modelo de governação da reforma dos cuidados primários assente em dois grupos (Coordenação Nacional e outro de Coordenação Estratégica) e um Conselho Consultivo. Em outubro de 2011, foi constituído, sob a dependência direta do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, um novo grupo, o Grupo Técnico para o Desenvolvimento Organizacional dos Cuidados de Saúde Primários, que elaborou, em fevereiro de 2012, um documento de trabalho no qual "(...) considera desejável proceder às afinções que os estudos e a experiência do terreno mostrem ser necessárias".

A sucessão de vários grupos de trabalho, tal como acima referido, sugere que a nomeação desses grupos terá visado a realização do que não terá sido alcançado ou a insistência em aspetos específicos na tentativa de acentuar a descentralização, promover a autonomia e responsabilização de gestão, resolver os problemas de articulação entre unidades funcionais e aspetos de eficiência funcional e captar o envolvimento dos utentes e da comunidade.

Note-se que a unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) cessou funções em abril de 2010 e não chegou a produzir um relatório final de balanço da sua atividade, nem relatórios intercalares que se referissem aos progressos no terreno sobre a execução da reforma.

Os documentos divulgados pelos grupos técnicos da reforma⁹ e pelas ARS não evidenciam uma orçamentação em função de uma clara identificação e definição das necessidades prioritárias em saúde, o que revela a falta de conexão entre o Plano Nacional de Saúde (PNS), os planos regionais e locais e os objetivos assistenciais e de desempenho contratualizados¹⁰, bem como, a informação de suporte de natureza estatística, designadamente sobre as características demográficas e epidemiológicas da população e sobre indicadores de mensuração de tempo de espera para marcação e realização de consultas¹¹.

Figura 2 – Configuração Orgânica dos CSP



OBS: UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade; USP - Unidades de Saúde Pública; UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

⁹Sem prejuízo dos inúmeros documentos produzidos pelo Grupo de Coordenação Estratégica.

¹⁰Vd. Ponto 4.

¹¹Exceto os documentos intitulados "Linhas de Ação Prioritárias para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários", (2006) e "Sucessos e Problemas das Unidades de Saúde Familiar-Um estudo qualitativo" (2008).



No que respeita à perceção externa e avaliação da implementação da reforma, destacam-se os seguintes aspetos críticos apontados pelo “Observatório Português dos Sistemas de Saúde”, apresentados nos respetivos relatórios anuais:

- **“Em síntese:** A reforma dos cuidados de saúde primários prossegue, sendo ainda necessário estimular a expansão das USE, desenvolver estratégias específicas para as áreas rurais, criar e consolidar as unidades funcionais que compõem os ACES, implementar e desenvolver estas novas estruturas como organizações de “novo tipo”, promovendo a sua autonomia de gestão, apoiar a integração de outros grupos profissionais nos CSP, investir nos sistemas de informação e na questão essencial da sua interoperabilidade, reduzir as ainda existentes desigualdades no acesso, incrementar a articulação com os hospitais e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), de modo a assegurar-se uma efetiva continuidade de cuidados.” – Relatório Primavera 2009, 10 anos OPSS;30 anos SNS, pp 50.
- **No relatório de 2012** refere-se que “Na maioria dos casos, estas unidades em quase nada se distinguem da situação anterior à criação dos ACES. Regra geral, não contam com investimentos nas instalações e equipamentos e têm um universo de utentes exagerados. Necessitam de se aproximarem de formas de funcionamento mais consonantes com os princípios da reforma, num processo em que a contratualização terá que ter um papel particularmente ativo.” [e que] “A ausência de autonomia de gestão continua a ser uma das maiores transformações estruturantes da reforma dos CSP que falta implementar. Esta é fundamental para a estabilidade da organização da prestação de cuidados, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada dos recursos disponíveis, fator imperativo no atual contexto de austeridade.” - Relatório Primavera 2012, Crise & Saúde, Um país em sofrimento, pp 61; 63.
- Já **em 2013**, aludiu o “Observatório dos Sistemas de Saúde”, que “A descentralização da gestão para os ACES não foi efetivada, sendo a autonomia de gestão organizacional e clínica pouco apoiada e valorizada pelas ARS, que impedem os ACES de atuarem com a responsabilidade e a autonomia inicialmente prevista e que justificaram a sua criação (...). Existe uma manutenção de comando-e-controlo administrativo vertical das ARS sobre os ACES, desresponsabilizando o diretor executivo e o conselho clínico e de saúde e pervertendo a contratualização externa.”
- **No relatório de 2014**, refere-se que “A ausência de uma verdadeira desconcentração e descentralização decisional tem sido o grande obstáculo à existência de autonomia de gestão por parte da Direção Executiva dos ACeS, contribuindo também para que não se possa dar por concluída a fase de “reforma” dos CSP”.

O financiamento destinado aos cuidados de saúde primários, comparativamente com o financiamento aos cuidados hospitalares, tem representado, desde 2005, cerca de 40% dos fundos. Porém, no triénio 2009-2011, as ARS contaram com uma diminuição, de cerca de 3%, na verba destinada aos CSP, diminuição que se acentuou de 2011 para 2012 (-18%).

Quadro 1 – Aplicação de fundos – 2009-2012

Unidade: Milhões de euros

APLICAÇÃO DE FUNDOS	2009		2010		2011		2012	
	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura
ARS - Cuidados Saúde Primários	3.524,9	41,82%	3.742,7	40,89%	3.402,9	40,00%	2.792,1	32,99%
Cuidados Hospitalares e ULS	4.516,9	53,58%	5.067,3	55,35%	4.765,8	56,02%	5.377,8	63,55%
Outros	268,4	3,18%	252,3	2,76%	236,6	2,78%	228,7	2,70%
Total SNS	8.429,7	100,00%	9.154,2	100,00%	8.507,3	100,00%	8.463,0	100,00%

Fonte: Dados de 2009 a 2012 com base em informação da ACSS e dados de CSP de 2012 com base em informação das cinco ARS.

Obs: Os cuidados de saúde primários representaram no contexto de ULS em 2011, 34,70% e em 2012, 32,03% do total dos fundos aplicados.

O “desinvestimento” evidenciado no quadro supra é contrário à pretensão sucessivamente anunciada de uma aposta séria na dinamização dos cuidados de saúde primários e de uma reforma que pretende envolver também, neste tipo de prestação de cuidados, entidades externas. O ano de 2012 destaca-se



pelo afastamento mais acentuado, comparativamente aos anos anteriores, entre o financiamento destinado aos cuidados hospitalares e o destinado aos cuidados de saúde primários.

Na verdade, o sistema de saúde português ainda não está organizado e estruturado de forma a serem avaliados os resultados clínicos por valor investido.

Persiste a separação institucional entre cuidados de saúde primários e de saúde pública, cuidados hospitalares (secundários) e cuidados continuados (terciários), apesar do reconhecimento da necessidade de integração dos vários níveis de cuidados reiterada pelos vários grupos de trabalho ou unidades de missão. Recorde-se que o objetivo de integração dos vários níveis ou segmentos de cuidados de saúde, em plena articulação, continua presente no relatório final elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar¹², no qual se afirma a pretensão de “(...) proceder a uma clara redefinição do que devem constituir os cuidados hospitalares e como se devem integrar com os diferentes níveis de cuidados.”

O grande objetivo da reforma, que era o de atribuir um médico de família a cada utente inscrito numa unidade funcional, não foi ainda atingido, uma vez que continuam a subsistir nas UCSP, a nível nacional, situações de utentes inscritos sem médico de família que, em dezembro de 2012, atingiam 1.657.526¹³.

No que respeita à eliminação de utentes sem médico de família, a ex- vogal do Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP, alega “(...) que a existência de utentes sem médico de família, nos parece uma consequência de diversos fatores, que, particularmente na Região do Algarve (...) haverá a salientar o facto de há vários anos o número de médicos de família ser deficitário, realidade que provoca como que uma reação em cadeia: falta de formadores de internato-falta de internos da especialidade-falta de novos especialistas=a mais utentes sem médico de família.” Também o “(...) crescente numero de aposentações (...)” e o “(...) regresso aos seus países de origem de médicos estrangeiros (...)” tem contribuído para a existência de utentes sem médico de família. Para além disso, menciona ainda a alegante a “(...) importância da atualização dos ficheiros clínicos e a melhoria dos sistemas de comunicação informática.”

Por fim, considera “(...) que o modelo das USF tem benefícios, havendo no entanto algumas modificações a fazer, nomeadamente as apontadas nas recomendações do referido Relato, com as quais no essencial se concorda.”

As diferenças de acessibilidade assinaladas bem como as diferenças registadas ao nível da densidade da capacidade instalada no litoral e no norte do país, conduzem a deficiências de equidade no acesso ao SNS e, em particular, aos cuidados de saúde primários, cuidados desejavelmente de proximidade.

As USF constituem o modelo alternativo ao tradicional centro de saúde - UCSP - que tende a ser gradualmente substituído por aquelas à medida que as candidaturas organizadas e apresentadas voluntariamente pelos profissionais venham a ser aprovadas.

Apesar de já terem decorrido sete anos desde o início da implementação da reforma, não existe, ainda, um conceito consolidado de USF, uma vez que ainda não se consumou na plenitude todos os modelos de USF, designadamente, o modelo C. O maior número de USF são, ainda, de modelo A e não está constituída nenhuma USF modelo C¹⁴.

¹² Intitulado “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança”. Referência em sentido semelhante no relatório final do documento intitulado *Contratualização em Cuidados de Saúde Primários, horizonte 2015/2020*, divulgado no sítio da Internet na ACSS, onde se menciona “O cidadão, no centro do sistema de saúde, detém mais informação e tem uma maior capacidade de iniciativa, confia mais no sistema e vê as suas necessidades e expectativas satisfeitas. A utilização dos serviços é mais adequada, evitando os desperdícios associados a um fraco acompanhamento ao nível primário, é acrescentado valor para o cidadão e existe um reconhecimento social da qualidade do serviço prestado.”

¹³ Dos quais 42.620, por opção. Consideram-se utentes sem médico de família por opção, aqueles que manifestam a vontade de não lhes ser atribuído médico de família (cfr. n.º 3, do art.º 2º, do Despacho n.º 113795/2012, de 17 de outubro).

¹⁴ O modelo C assume um carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS e abrange as USF dos setores social, cooperativo e privado, cuja atividade assenta num contrato-programa celebrado com a administração regional de saúde respetiva (cfr. Despacho 12876/2012, de 19 de setembro, publicado no DR em 1 de outubro).



A este propósito o Grupo de Trabalho (GT) constituído para analisar as condições de abertura do modelo C de USF, nos termos previstos no Despacho n.º 12876/2012, de 19 de setembro, elaborou um documento “*Condições de abertura das USF Modelo C ao sector social e cooperativo a título experimental – Recomendações e Propostas*” em que, entre outras, propõe a conclusão do processo de atualização de listas de utentes de forma a identificar as áreas com incapacidade de resposta em termos de médicos de família, junto de cada umas das ARS, e com potencial para a implementação de USF modelo C.

No mesmo documento, o GT destaca como critérios favoráveis para a implementação de USF modelo C, os seguintes:

- Melhor distribuição e cobertura de populações com carências ao nível dos CSP;
- Oferta assistencial em formato de Atendimento complementar, Serviço de Atendimento Permanente, Serviço de Atendimento Situações Urgentes, Consulta Aberta, com impacto previsível ao nível da redução de fluxos nesta procura a partir da cobertura promovida pela USF C;
- Fixação de jovens médicos e recurso a médicos aposentados que valorizam muito positivamente modelos autónomos e inovadores de prática clínica;
- Estratégias de adequação às diferentes realidades locais.

Sobre a constituição de USF modelo C, o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, considera que “*Embora seja pertinente considerar que as USF modelo C, constituem um desafio que poderá mudar o modelo de gestão das USF, diríamos antes, dos CSP, será todavia imprescindível ter isso em consideração na revisão da legislação vigente (...), mas sobretudo realçaríamos que qualquer inovação na gestão dos CSP deveria colocar o enfoque na resolução do problema dos utentes sem médico, alocando USF onde são precisas, caso contrário, para pugnar pela sustentabilidade e competitividade do modelo, ele terá mais facilidade em ser implementado onde estas características serão mais facilmente manifestas, isto é, nos grandes centros ou onde existem mais UF, perpetuando a questão dos utentes sem médico e a desigualdade entre o litoral e o interior, entre as zonas mais populosas, com uma oferta de equipamentos de saúde mais diversificado, e as zonas com menos densidade populacional e menos alternativas para o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes.*”

Também a Ordem dos Enfermeiros, nas suas alegações vem questionar o interesse em ponderar a instituição deste modelo, aludindo que “*(...) por um lado porque não se perspetiva que a sua implementação vá diminuir as assimetrias já existentes e, por outro, porque não existe ainda uma efetiva implementação e consolidação de todas as unidades funcionais previstas nesta reforma que permita avaliar corretamente os modelos de gestão e financiamento já existentes.*”

Não obstante as razões apontadas, a verdade é que a constituição de USF modelo C poderá, eventualmente, ser uma alternativa para atribuir um médico de família a mais de 1.500.000 utentes sem médico, com a compensação de obter resultados e ganhos em saúde, designadamente na promoção efetiva da prestação de cuidados e na melhoria da acessibilidade.

O regime de incentivos, atualmente implementado nas USF¹⁵, ainda não tem como pressuposto mecanismos que façam depender o financiamento e a remuneração dos profissionais destas unidades funcionais, da produtividade, da qualidade, da procura e do grau de satisfação dos utentes. Os incentivos estão, antes, essencialmente associados ao aumento da lista de utentes inscritos por médico.

Persiste a falta de interoperabilidade dos sistemas de informação de saúde, de gestão operacional, financeira e contabilística das ARS, dos ACES, das suas unidades funcionais e dos seus órgãos e serviços de gestão e de governação, pois não têm sido apurados e comparados os custos de atividade e apresentados os ganhos globais conseguidos: em saúde, em efetividade dos cuidados, em eficiência,

¹⁵O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que cria o regime jurídico da organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos profissionais que as integram, revogou o Decreto-Lei n.º 117/98 que estabelecia o regime remuneratório experimental (RRE), de aplicação limitada, para os médicos da carreira de clínica geral a exercerem funções nos centros de saúde do SNS. Os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais encontram-se regulados na Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril.



bem como a quantificação da redução de despesa imputável à iniciativa dos gestores das várias unidades funcionais.

A inexistência de quantificação dos ganhos em saúde e das poupanças resultantes da eliminação da despesa desnecessária impede que se conheçam os impactos provocados por esta reconfiguração das unidades prestadoras de cuidados primários, introdução de suplementos, compensações pelo desempenho, incentivos, especialmente em termos de melhoria da qualidade assistencial.

A falta desta evidência prejudica qualquer tomada de decisão que vise a melhoria da qualidade da despesa pública, designadamente pelo desconhecimento do quanto se ganha ou do quanto se poupa com a reforma dos cuidados de saúde primários e, mais precisamente, quais as poupanças em cuidados hospitalares ou qual o contributo para a sustentabilidade do SNS ou, ainda, quais os ganhos de saúde para a população.

A este respeito, o relatório do Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar¹⁶, divulgado em novembro de 2011, anunciou várias medidas que dependem do desempenho da prestação de cuidados primários e da sua articulação e integração com nível de cuidados hospitalares, das quais se destacam as seguintes:

- Doentes considerados “não urgentes” atendidos fora das urgências hospitalares;
- Consultas de especialidades hospitalares feitas em centros de saúde;
- Concretizar o princípio de liberdade de escolha do prestador;
- Levar em conta o nível de satisfação dos utentes na avaliação do desempenho;
- Divulgar informação de saúde ao cidadão e disponibilizar mais dados sobre o sistema de Saúde;
- Transferir atividades da área médica para a de enfermagem;
- Promover a mobilidade de profissionais de Saúde.

Decorridos dois anos, também não existe evidência, em 2013, de que estas sugestões tenham sido implementadas, desconhecendo-se os fundamentos que, eventualmente justifiquem o adiamento das decisões ou as alternativas que justifiquem a sua não implementação.

Aliás, no seguimento do relatório elaborado pelo Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar foi criado, através do Despacho n.º 9567/2013, de 22 de julho, um Grupo de Trabalho com a incumbência de definir a “*metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde*”, e apresentar propostas sobre quais os cuidados de saúde hospitalares que poderão vir a ser prestados no contexto dos cuidados de saúde primários ou cuidados continuados integrados, ou, mesmo, mediante acordos, convenções ou protocolos com outras entidades do sistema de saúde.

Entre as várias propostas apresentadas pelo grupo de trabalho, destacam-se, neste âmbito:

- A introdução do conceito de gestor do doente;
- A Criação de sistema nacional de gestão de referenciações em saúde;
- A Uniformização e centralização de procedimentos administrativos.

2. ANÁLISE DE CUSTOS: COMPARAÇÃO USF VS UCSP

Nota Metodológica (Questão Prévia)

A metodologia utilizada para apuramento e análise dos custos unitários por consulta¹⁷ e por utilizador¹⁸ teve em conta o somatório das três maiores rubricas de custos diretos¹⁹: Pessoal²⁰, Medicamentos e

¹⁶ Criado pelo Despacho n.º 10601/2011, de 16 de agosto.

¹⁷ Corresponde ao total das consultas registadas.

¹⁸ De acordo com metodologia de contratualização da ACSS, utilizador é o utente que pelo menos uma vez no ano obteve consulta na unidade funcional.

¹⁹ Os custos analisados não incluem os custos indiretos não imputáveis pela ausência de chaves de rateio, designadamente custos de hemodiálise, oxigénio, transporte de doentes e outros com prescrição fora dos CSP ou de conferência manual. A título exemplificativo refira-se que na estrutura



MCDT²¹, em virtude de as ARS e de os ACES não disporem de contabilidade analítica²², nem de centro de custos detalhados. Não se encontrando implementado um sistema de custeio que permita conhecer com rigor e detalhadamente os custos dos cuidados de saúde prestados, permanece-se ainda num estado muito distante de um apuramento de custos por utente²³. Assim, em algumas unidades, ainda assim transversalmente consideradas, outros custos para além dos mencionados²⁴ poderão demarcar, ainda que de forma não expressiva e com escassa relevância material, a diferenciação de eficiência de custos entre unidades.

Nas alegações apresentadas pelos membros do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP, reconhece-se “A dificuldade existente na implementação de uma contabilidade de custos nos ACES e respetivas unidades funcionais, resultante da falta de consensualização nacional sobre a definição dos centros de custo em cuidados de saúde primários e de normalização de critérios contabilísticos, dificulta a elaboração dos planos anuais e plurianuais previstos tendo por base valores orçamentados. Acresce o fato de os ACES não serem entidades com autonomia financeira e com identificação fiscal própria.”

Sobre esta matéria pronuncia-se também o Diretor Executivo dos ACES Porto Ocidental, referindo que “Na análise de custos não incluíram os custos indiretos com Hemodiálise e Transportes, mas nunca será demais referir que estes custos se referem a cuidados diferenciados (Hospitalares) no caso dos primeiros e no caso dos segundos custos são resultantes de insuficiência económica dos utentes e que não podem ser imputáveis às atividades das unidades de Saúde.”

Foi utilizada a informação, apesar dos constrangimentos salientados no presente relatório, extraída, maioritariamente, da base de dados SIARS, residente nas ARS, com dados de produção e de custos. Sublinhe-se, no entanto, as limitações nos sistemas de informação de suporte à recolha da atividade de produção e de custos, em resultado sobretudo da deficiente interoperabilidade entre os sistemas e da falta de estabilidade e coerência da informação, pela insuficiência de históricos e pela possibilidade de obtenção de informação diferente quando recolhida em datas diferentes e com base em diferentes sistemas de informação.

Com o objetivo de se proceder a uma comparação entre unidades funcionais (USF modelo A e B e UCSP) a nível nacional, a análise de custos unitários incidiu, numa primeira fase, sobre uma amostra²⁵ constituída por 131 unidades funcionais (UCSP e USF), integradas em ACES²⁶, selecionadas das cinco ARS, análise constante do relato de auditoria.

No sentido de conferir maior amplitude à análise estatística realizada para caracterizar a atividade e os recursos utilizados por cada uma das tipologias de unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, bem como a comparação dos custos unitários, a nível nacional, entre as UCSP e as USF

de custos da ARSLVT de 2011, os custos imputados aos CSP (ACES) com o pessoal correspondem a 25,7% da sua totalidade, os medicamentos a 26,6% e os MCDT a 14,5%. Os custos indiretos não imputados ascenderam a cerca de 315 milhões de euros, um peso de 33,2% no total de custos da ARSLVT em 2011.

²⁰ O cálculo da remuneração resulta dos dados recolhidos do RHV e estão incluídos suplementos, compensações pelo desempenho e incentivos.

²¹ O valor considerado para medicamentos e MCDT é o valor faturado pelo SNS resultante da prescrição e conferência eletrónica pelo centro de conferência de faturas.

²² Apesar de, nos termos do ponto 2.8 do POCMS, a contabilidade analítica ser de aplicação obrigatória nas instituições do SNS, efetivamente apenas as instituições hospitalares a utilizam, tendo por base o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais, aprovado em 27 de novembro de 1996 e revisto e atualizado em maio de 2006. Apesar de se encontrar previsto no Regulamento Interno de ACES a organização em centro de custos, em conformidade com as regras para a contabilidade pública, a verdade é que não estão ainda instituídos os centros de custo, não permitindo, assim, a obtenção de custos detalhados por doente/doença.

²³ A dificuldade em obter dados económico-financeiros agregados em outra lógica para além da oferta de cuidados, designadamente na vertente utente limita, desde logo, a avaliação do custo benefício da prestação de cuidados de saúde primários.

²⁴ Em especial no que respeita a Fornecimento e Serviços Externos, tais como serviços de transportes ou ao nível do imobilizado, as amortizações e reintegrações ou ainda ao nível dos custos indiretos.

²⁵ A amostra incidiu, numa primeira fase, sobre 49 USF, em 2011 e 57 USF em 2012 as quais representavam 18% do total nacional das USF em atividade em 2011 e em 2012. Para a análise comparativa entre custos unitários, em 2012, foram consideradas 77 UCSP, 24 USF modelo A e 30 USF modelo B.

²⁶ ARS Norte, o ACES Porto Ocidental e ACES Espinho Gaia, na ARS Centro, o ACES Dão Lafões I e ACES Baixo Mondego I, na ARSLVT, os ACES Lisboa Norte e ACES Almada, ARS Alentejo, o ACES Central I e ACES Central II e ACES Litoral, na ARS Algarve, ACES Sotavento, ACES Central, ACES Barlavento.



modelo A e modelo B, justificou-se solicitar, na sequência da fase do contraditório, informação respeitante a todas as unidades em funcionamento, a nível nacional, nos anos de 2011 e 2012. O resultado do tratamento completo da informação aponta para a confirmação das conclusões gerais da análise que já constavam do relato e que foram submetidas a contraditório.

Nas alegações apresentadas pelos atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e pela Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, sobre esta matéria, alvitram que “(...) torna-se imprescindível garantir a efetiva comparação entre as diversas tipologias de unidades, tendo em consideração o período de, pelo menos, um ano completo de atividade e, no caso das UCSP, tomar em linha de conta apenas os utentes com médico de família.” Apesar da nota explicativa sobre a metodologia utilizada na comparação de custos entre as USF e as UCSP, esclarece-se que foi observado o tempo mínimo de atividade superior a seis meses das unidades funcionais selecionadas e foram incluídos os custos com utentes sem médico de família, uma vez que a estes foram igualmente prestados cuidados de saúde primários.

2.1. CUSTOS UNITÁRIOS POR CONSULTA E POR UTILIZADOR

Nas USF do modelo B, as poupanças significativas obtidas no que respeita aos custos unitários com medicamentos e com MCDT, sobretudo face às UCSP, são em parte absorvidas pelos maiores custos com pessoal, particularmente se considerado o custo por utente utilizador. Dos cerca de € 27 euros por utilizador poupados em termos de prescrição de medicamentos e MCDT, cerca de € 18 (66%) são absorvidos por aumentos dos custos com pessoal.

Existe assim um *trade-off* entre a diminuição conseguida em termos de custos com prescrições de medicamentos e MCDT e aumento de custos com pagamentos ao pessoal resultante da criação das USF modelo B.

Não havendo avaliação dos eventuais efeitos das poupanças obtidas, na prescrição de medicamentos e MCDT, nos resultados em saúde, nem formas de aferir a razoabilidade dos níveis de prescrição de cada unidade, dada a inexistência de padrões clínicos de referência, não se pode concluir que os custos unitários mais baixos apresentados pelas USF representem um ganho efetivo.

Se os níveis de prescrição de medicamentos e MCDT verificados nas USF se revelarem adequados, não se alcança a razão para a existência de diferenças significativas entre os níveis de prescrição de medicamentos e MCDT nos vários tipos de unidades funcionais (UCSP, USF A e USF B), pelo que o potencial de redução da despesa nas UCSP poderá ser elevado.

Acresce que as diferenças nos custos unitários com medicamentos e MCDT devem ter uma importância relativa em termos da avaliação das unidades funcionais ou da avaliação da eficiência do modelo de gestão das USF, dado que os níveis de prescrição tenderão a convergir para um nível adequado, independentemente da unidade funcional em questão, a menos que as diferenças se justifiquem em fatores de contexto, nomeadamente as características da população servida. Ao comparar diretamente os custos unitários, interessa pois enfatizar as despesas com pessoal e relativizar os custos com medicamentos e MCDT. Note-se que se apurou um diferencial significativo entre os custos com pessoal nas USF modelo B face aos custos das UCSP e sobretudo aos custos das USF modelo A.

O estabelecimento de objetivos anuais de redução dos custos unitários com a prescrição de medicamentos e MCDT, sem a adequada avaliação dos resultados em saúde, limita o processo de contratualização da atividade dos cuidados de saúde primários a uma componente economicista, dado que os indicadores de processo previstos na contratualização são insuficientes para controlar os eventuais efeitos, em termos de resultados em saúde, das reduções daquelas prescrições.

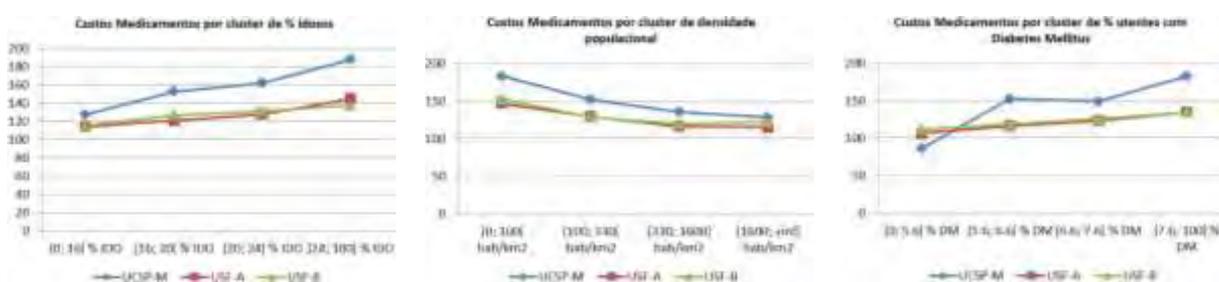
Por outro lado, na comparação dos custos unitários das diferentes tipologias de unidades, é relevante ter em consideração os seguintes fatores de contexto:

- as UCSP prestam serviços não só aos utentes constantes da lista de inscritos de cada médico, mas também aos utentes sem médico de família atribuído;



- o existem incentivos implícitos, no sistema de contratualização com as USF, para o registo pormenorizado e completo da sua atividade;
- o a análise do contexto de funcionamento de cada tipologia de unidade²⁷ revela que as UCSP tendem a apresentar características que estão, globalmente, associadas a maiores custos unitários com medicamentos (cf. Gráfico 1), nomeadamente terem tendencialmente uma maior proporção de doentes idosos, funcionarem, em maior número, nos locais de baixa densidade populacional, e terem uma maior proporção de doentes com Diabetes Mellitus; contrariamente, as USF caracterizam-se por terem mais frequentemente populações menos idosas, existirem em maior número em locais de alta densidade populacional, e terem comparativamente uma menor proporção de doentes com Diabetes Mellitus (cf. Gráfico 2).

Gráfico 1 – Custos unitários de medicamentos por utilizador, por indicadores de contexto



Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pela ACSS, IP.

Gráfico 2 – Número de unidades funcionais distribuídas por clusters de indicadores de contexto



²⁷ Análise própria com base em informação disponibilizada pela ACSS, IP, no âmbito de esclarecimentos solicitados na sequência do exercício do contraditório: Clusters de Contexto para Unidades Funcionais e ACES. Modelo de clusters, desenvolvido pela ACSS, que “estabelece os percentis de resultados para a totalidade dos indicadores usados na contratualização (interna e externa) para unidades funcionais e para ACES, agrupados em função da respetiva classificação em variáveis de contexto (...) [considerando] não só os resultados alcançados pelas equipas, como também as características de contexto em que estas desenvolvem a sua atividade”

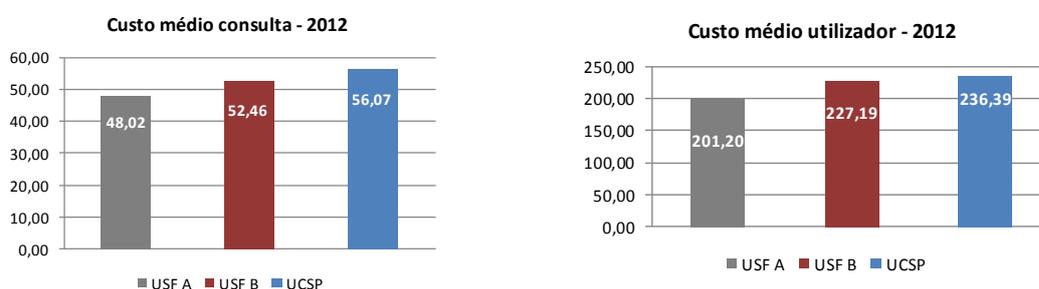


Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pela ACSS, IP.

2.1.1. CUSTOS UNITÁRIOS TOTAIS- USF vs UCSP

As USF modelo A revelam, em média, maior eficiência económica nos custos unitários, quer por consulta quer por utilizador, principalmente quando comparadas com as UCSP, que apresentam os custos unitários mais elevados.

Os custos unitários apurados revelam que as USF modelo B apresentam, em média, um valor de custo por consulta superior em € 4,44 (9,25%) às USF modelo A, e inferior, em € 3,61 (-6,44 %), às UCSP, sobretudo em resultado do menor custo unitário com medicamentos e MCDT.

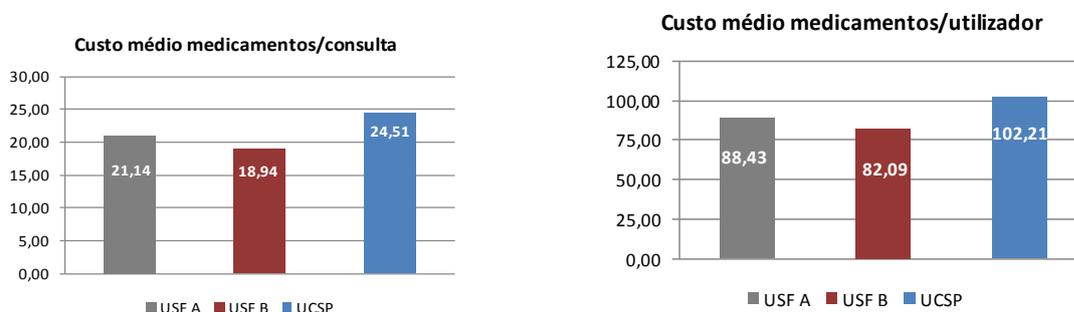


2.1.2. CUSTOS COM MEDICAMENTOS E MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO (MCDT) POR CONSULTA E UTILIZADOR – USF vs UCSP

As USF modelo A e modelo B²⁸ beneficiam de incentivos institucionais os quais dependem do cumprimento de objetivos contratualizados nomeadamente de eficiência económica, custo com medicamentos e MCMT por utilizador.

As USF modelo B apresentam custos médios com medicamentos, por consulta e por utilizador, substancialmente inferiores aos registados tanto nas UCSP [inferiores em € 5,57 (-22,73%), em termos de custo por consulta, e, em € 20,12 (-19,68%), no que respeita ao custo por utilizador] como nas USF modelo A [inferiores em € 2,20 (-10,41%), em termos de custo por consulta, e, em € 6,34 (-7,17%), no que respeita ao custo por utilizador].

Gráfico 3 – USF (modelo A e B) e UCSP - custos unitários com medicamentos por consulta e por utilizador



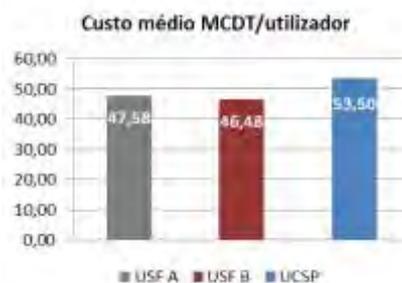
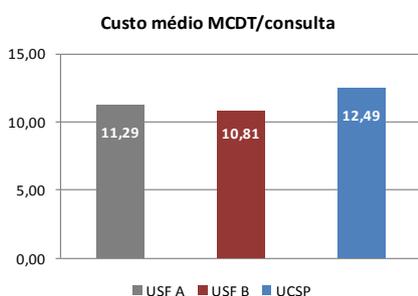
Conforme referido anteriormente, note-se que, os custos unitários com medicamentos tendem a ser inferiores nas unidades com menor proporção de doentes idosos ou de doentes diagnosticados com

²⁸ Note-se que na presente análise foram excluídas as USF que ao longo do ano transitaram de modelo A para modelo B.



Diabetes Mellitus, bem como nas unidades em funcionamento em zonas de maior densidade populacional. Acresce que a diferença relativa dos custos unitários com medicamentos, entre as USF e as UCSP, é menor nas unidades com menor proporção de idosos e de doentes com Diabetes Mellitus, e maior nas unidades que apresentam maiores proporções²⁹. Sendo frequente as UCSP apresentarem elevadas proporções de população idosa e com Diabetes Mellitus, ao contrário das USF, tal pode explicar, em parte, as diferenças apuradas nesta comparação.

Também no que respeita ao custo médio com MCDT, por consulta e por utilizador, as USF modelo B apresentam custos inferiores aos registados nas UCSP. As USF modelo B têm um custo médio com MCDT, por utilizador, inferior em € 1,10 (-2,31%) ao custo médio registado nas USF modelo A e inferior em € 7,02 (-13,12%) ao custo médio registado nas UCSP. Analisando o custo unitário com MCDT por consulta, verifica-se que as USF modelo B têm um custo médio inferior em € 0,48 (- 4,25%), às USF modelo A e inferior em € 1,68 (-13,45%) ao custo médio das UCSP.

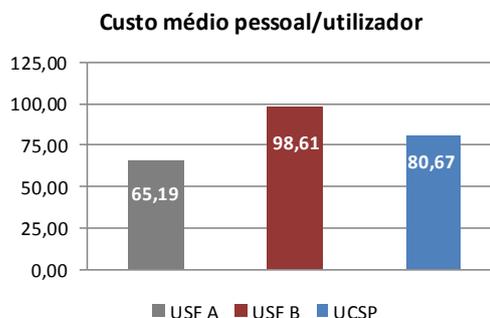
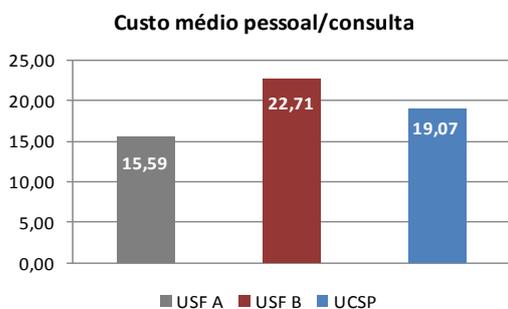


2.1.3. CUSTOS COM PESSOAL POR CONSULTA E POR UTILIZADOR

Apurou-se um **diferencial significativo entre os custos com pessoal nas USF modelo B face aos custos das UCSP e sobretudo aos custos das USF modelo A.**

As **USF modelo B são as unidades que registam o maior custo unitário com o pessoal quando comparadas com as USF modelo A [por consulta, superior em € 7,12 (+45,67%) e por utilizador, em € 33,42 (+51,27%)] e com as UCSP [por consulta, superior em € 3,64 (+19,09%) e por utilizador, em € 17,94 (+22,24%)].** Esta diferença explica-se pelo facto de as USF do modelo B beneficiarem de um regime de incentivos, suplementos e compensações pelo desempenho que as suas congéneres do modelo A e UCSP não usufruem.

Gráfico 4 – USF (modelo A e B) e UCSP - custos unitários com Pessoal por consulta e por utilizador



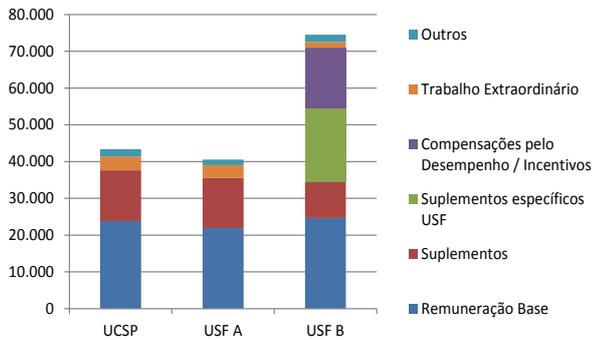
²⁹ Fonte: Análise própria com base na em informação da ACSS, IP: Clusters de Contexto para Unidades Funcionais e ACES.



2.2. ESTRUTURA DOS CUSTOS COM PESSOAL

A estrutura de custos com pessoal da carreira médica em 2012 é a seguinte:

Gráfico 5 – Composição remuneratória por médico nas USF e nas UCSP – 2012



Em 2012, o total da remuneração anual paga por profissional médico (ETC³⁰) integrado em USF modelo B foi superior em 83%, em € 33.806, à correspondente remuneração paga, por médico inserido em USF modelo A e 72%, em € 31.167, à correspondente remuneração paga por médico (ETC) inserido em UCSP.

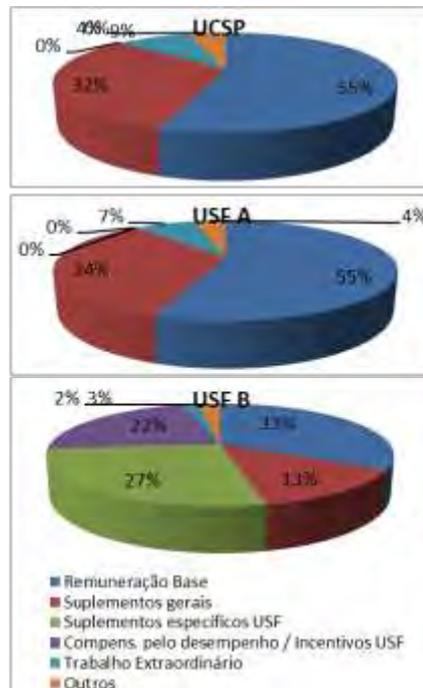
Refira-se que as compensações pelo desempenho, juntamente com os suplementos específicos de USF modelo B são as componentes remuneratórias que permitem distinguir a composição remuneratória dos profissionais médicos das USF modelo B, relativamente aos profissionais médicos das restantes unidades funcionais.

Gráfico 6 – Peso componentes remuneratórias por pessoal médico

Assim, nas USF modelo B, 22% da remuneração corresponde a compensações pelo desempenho, 33% representa remuneração base e 40% correspondente a suplementos³¹.

Nas USF modelo A e nas UCSP a remuneração base tem um peso de 55% e os suplementos têm um peso, respetivamente, de 34% e 32%, considerando-se sobretudo os suplementos por horário alargado e dedicação exclusiva.

O custo com horas extraordinárias tem um peso de 2% na remuneração dos médicos inseridos em USF modelo B e respetivamente de 7% e de 9% na remuneração dos mesmos profissionais integrados em USF modelo A e UCSP.



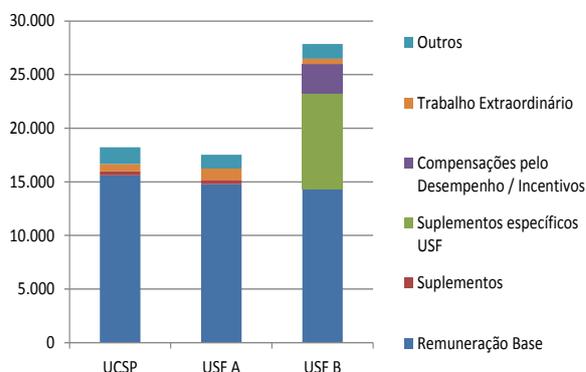
A estrutura de custos em 2012 de pessoal de enfermagem é a seguinte:

³⁰ N.º médicos equivalente a tempo completo de 35h.

³¹ São considerados suplementos específicos de USF modelo B os suplementos associados ao aumento das unidades ponderadas, ao alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial e à realização de cuidados domiciliários.



Gráfico 7 – Composição remuneratória por enfermeiro nas USF e nas UCSP - 2012



O total da remuneração paga por enfermeiro (ETC) integrado em USF modelo B foi superior em 58%, em € 10.252, à correspondente remuneração paga por enfermeiro (ETC) inserido em USF modelo A e 53%, em € 9.633, à correspondente remuneração paga por enfermeiro (ETC) inserido em UCSP.

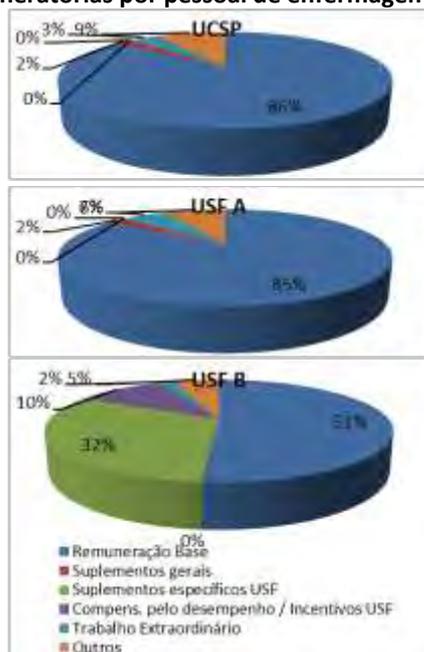
A componente remuneratória, compensações pelo desempenho decorrente de incentivos financeiros, juntamente com os suplementos específicos de USF modelo B são as componentes que permitem distinguir a composição remuneratória dos profissionais enfermeiros, das USF modelo B, relativamente aos mesmos profissionais das restantes unidades funcionais.

Gráfico 8 – Peso componentes remuneratórias por pessoal de enfermagem

Assim, nas USF modelo B, 10% corresponde a remunerações decorrente de compensações pelo desempenho através de incentivos financeiros, 51% representa remuneração base e 32% correspondente a suplementos³².

Nas USF modelo A e nas UCSP a remuneração base tem um peso de 55% e os suplementos têm um peso, respetivamente, de 34% e 32 %, considerando-se sobretudo os suplementos por horário acrescido.

O custo com horas extraordinárias tem um peso de 2% na remuneração dos enfermeiros inseridos em USF modelo B e respetivamente de 6% e de 3% na remuneração dos mesmos profissionais integrados em USF modelo A e UCSP.



Saliente-se que a organização do trabalho por equipas multidisciplinares permite ganhos de eficiência através da permuta de horas enfermeiro por horas médico, isto é, maior utilização relativa, em média, de horas de enfermagem, recurso menos oneroso, nas unidades em que o custo médio por médico, recurso mais oneroso, é relativamente superior³³.

A Ordem dos Enfermeiros veio referir a "(...) Subutilização de competências especializadas dos enfermeiros (enfermeiros com especializações mais relevantes para os CSP a trabalhar em hospitais, verificando-se grande dificuldade institucional na sua mobilização. [e que, por exemplo,] O enfermeiro especialista em Enfermagem de

³² São considerados os suplementos associados ao aumento das unidades ponderadas e ao alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial.

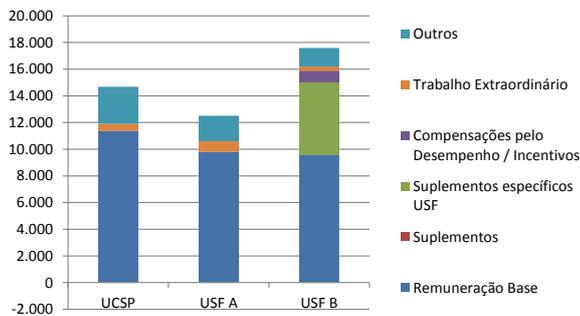
³³ A maior utilização de enfermeiros no processo de acompanhamento do doente, sem prejuízo da qualidade do atendimento prestado, permite libertar tempo médico para atividades específicas, com reflexo na produtividade e nos custos.



saúde materna e Obstétrica está desaproveitado nos CSP, sendo que existem enfermeiros de cuidados gerais a desenvolver, sem competência especializada, a vigilância da grávida.”

A estrutura de custos de **peçoal assistente**³⁴ em 2012 é a seguinte:

Gráfico 9 – Composição remuneratória por assistente nas USF e nas UCSP - 2012



O total da remuneração paga por assistente (ETC) integrado em USF modelo B foi superior em 41%, em € 5.090, à correspondente remuneração paga por assistente (ETC) inserido em USF modelo A e 20%, em € 2.918, à correspondente remuneração paga por assistente (ETC) inserido em UCSP.

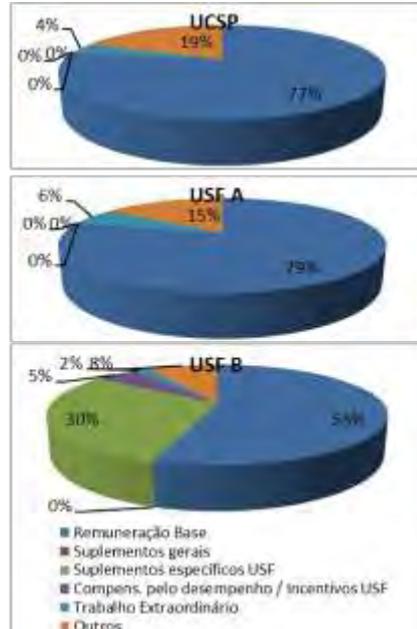
A componente remuneratória compensações pelo desempenho, decorrente de incentivos financeiros, juntamente com os suplementos específicos de USF modelo B são as componentes que permitem distinguir a composição remuneratória dos profissionais assistentes, das USF modelo B, relativamente aos mesmos profissionais das restantes unidades funcionais.

Gráfico 10 – Peso componentes remuneratórias do peçoal assistente - 2012

Assim, nas USF modelo B, 5% da remuneração corresponde a compensações pelo desempenho, através da atribuição de incentivos financeiros, 55% representa remuneração base e 30% correspondente a suplementos³⁵.

Nas USF modelo A e nas UCSP, a remuneração base tem um peso de respetivamente 79% e 77% e os suplementos têm um peso, respetivamente, de 15% e 19%.

O custo com horas extraordinárias tem um peso de 2% na remuneração dos assistentes inseridos em USF modelo B e respetivamente de 6% e de 4% na remuneração dos mesmos profissionais integrados em USF modelo A e UCSP.



Em conclusão:

Nas **USF modelo B** os acréscimos à **remuneração do peçoal médico representam 203% da remuneração base** recebida e os acréscimos à remuneração do **peçoal de enfermagem e assistente**

³⁴ Por referência a unidades funcionais da ARSLVT e da ARS Norte onde se incluem sobretudo assistentes técnicos.

³⁵ São considerados os suplementos associados ao aumento das unidades ponderadas e ao alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial.



representam 95% e 82% da remuneração base auferida sugerindo que existe alguma desproporção entre o valor dos salários base e os valores das restantes componentes remuneratórias.

As diferenças de regimes remuneratórios em função das modalidades organizativas USF (A e B) e UCSP espelham as desigualdades de estatuto remuneratório entre profissionais que exercem funções públicas ao nível da prestação de cuidados de saúde primários, que têm um vínculo público, o que em termos qualitativos ou funcionais se traduz em trabalho igual.

Na prática, e do ponto de vista do interesse dos contribuintes, não resulta claro se os funcionários públicos, que são os profissionais das USF, são retribuídos fundamentalmente pelo seu desempenho, dependendo da avaliação dos resultados obtidos, ou se são retribuídos por suplementos remuneratórios que correspondem a aumentos salariais que visam apenas remunerar o ónus que possa estar associado a outras atividades que desempenham no modelo de organização e funcionamento que foi criado para as USF.

2.3. HORAS EXTRAORDINÁRIAS

Os ACES recorrem à realização de trabalho extraordinário com o objetivo de assegurar a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica procurando garantir a taxa de cobertura e manter os padrões de qualidade.

A prestação de trabalho extraordinário resulta, designadamente: *a)* da substituição de um profissional por motivo justificado de ausência prolongada ou por aposentação; *b)* do atendimento complementar em dias úteis (das 18h às 20h), e *c)* do atendimento em dias de descanso semanal (sábados, das 10h às 14h, domingos e feriados, das 10h às 18h) - vd. quadro seguinte.

Quadro 2 – Prestação de trabalho extraordinário

Tipologia de consulta	Horário	Beneficiários	Local	Profissionais
Consulta de recurso/atendimento complementar (DU*)	18h/20h	Utentes s/ médico de família ou situação aguda	UCSP	médicos da UCSP e das USF (A e B)
Atendimento complementar (DDS**)	10h/18h - sábados 10h/14h - Domingos e feriados	Qualquer utente em situação aguda	SAP**	

*DU - dias úteis

**DDS - dias de descanso semanal (sábados, domingos e feriados)

*** SAP - Serviço de atendimento permanente

As horas extraordinárias são realizadas por profissionais médicos, de enfermagem e assistentes técnicos, independentemente da unidade funcional em que estão inseridos (UCSP, USF modelo A e B). São feitas interna ou externamente à unidade, ou seja, na unidade onde se inserem ou em outra. Neste último caso, somente os médicos das USF³⁶ fazem horas extraordinárias externamente³⁷, deslocando-se às UCSP para o atendimento complementar³⁸ destinado, maioritariamente, a utentes sem médico de família.

³⁶ Nas USF os utentes em situação aguda (urgência) são atendidos na consulta aberta, que funciona dentro do horário normal de funcionamento em simultâneo com as consultas programadas.

³⁷ Corresponde à necessidade de prestação de cuidados de saúde fora do compromisso assistencial da USF (cfr. alínea b), n.º 5 do art.º 24º, do Decreto-Lei n.º 268/2007, de 22 de agosto).

³⁸ Maioritariamente em consulta de recurso das 18h às 20h para adultos e programas de saúde.



Quadro 3 – Horas extraordinárias por profissional (ETC) – 2012

	Unid: euros								
	Pessoal Médico			Pessoal de Enfermagem			Pessoal Assistente		
	UCSP	USF A	USF B	UCSP	USF A	USF B	UCSP	USF A	USF B
Média	3.737	3.466	1.639	642	1.040	508	523	791	349
Mediana	1.893	1.569	552	183	631	193	164	314	92

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas ARS (RHV)

Ao compararmos os custos com horas extraordinárias por profissional (ETC), entre as unidades e os grupos profissionais, verificamos que relativamente ao pessoal médico os custos médios são significativamente superiores nas UCSP (€ 3.737), relativamente aos ocorridos nas USF modelo B (€ 1.639). Quanto aos custos com horas extraordinárias por pessoal de enfermagem, estes são, em média, superiores nas USF modelo A (€ 1.040), sendo semelhantes quando comparados entre as USF modelo B e as UCSP. Nos custos com horas extraordinárias por assistente técnico, destacam-se também as USF modelo A (€ 791, em média), superiores aos registados nas USF modelo B (€ 349) e nas UCSP (€ 523). Esta situação afigura-se contrária à cultura de responsabilização partilhada e aos princípios da substituição e integração entre os elementos que constituem, por um lado, a equipa multidisciplinar da USF e, por outro, as unidades funcionais de um ACES.

Os profissionais que integram a equipa multidisciplinar da USF são, por princípio, responsáveis, solidariamente, por garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa durante qualquer ausência inferior a duas semanas (regime de intersubstituição assente na auto organização). Em caso de ausência superior a duas semanas o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa é garantido através do recurso a horas extraordinárias.

Para além do recurso a horas extraordinárias para substituição de outros profissionais, a prestação de **trabalho extraordinário**³⁹ **pode ocorrer por necessidade de prestação de serviço, fora do compromisso assistencial da USF, cujo conteúdo e fundamento, para além de não se encontrar suficientemente explícito, merece na sua aplicação algumas reservas**, em especial, atendendo ao necessário carácter excecional da prestação de horas extraordinárias no contexto da atual organização funcional dos ACES, uma vez que tem origem na prestação de cuidados ao abrigo de carteira adicional de serviços contratualizada com as ARS⁴⁰ e ao atendimento, nas instalações das UCSP, de utentes sem médico de família.

Sobre a matéria versada, pronuncia-se, o vogal do Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP, referindo nas suas alegações “(...) que esta é uma realidade justificada pela existência de um número elevado de utentes sem médico de família na região – presentemente perfazem cerca de 140.087 (excluindo os utentes sem médico de família por opção), o que representa 31% do total de inscritos ativos – designadamente de cidadão que pertencem a grupos de risco (...), aos quais é essencial garantir a prestação de cuidados, o que só pode ser assegurado através da prestação de trabalho extraordinário dos médicos disponíveis para o efeito.”

Também o Diretor Executivo do ACES Porto Ocidental, em sede de contraditório, esclarece que “(...) as USF da ARS Norte não realizam atendimento complementar das 18 às 20h em dias úteis. No ACeS Porto Ocidental os profissionais médicos, enfermagem e secretariado das USF e UCSP podem realizar horas extraordinárias no Atendimento Complementar que só funciona depois das 20h nos dias úteis e aos fins-de – semana e feriados, para atendimento de situações agudas de utentes de qualquer Unidade Funcional.” E que “(...) só devem ser contabilizadas as horas extraordinárias realizadas para dar resposta às necessidades de funcionamento de cada Unidade Funcional (USF/UCSP), ou seja substituição de um profissional por motivo justificado de ausência prolongada ou aposentação, e assim se poderá realizar uma comparação mais adequada.”

³⁹ De acordo com o Decreto-Lei n.º 268/2007, de 22 de agosto, art.º 24º, n.º 5, para substituição de qualquer membro da equipa superior a duas semanas.

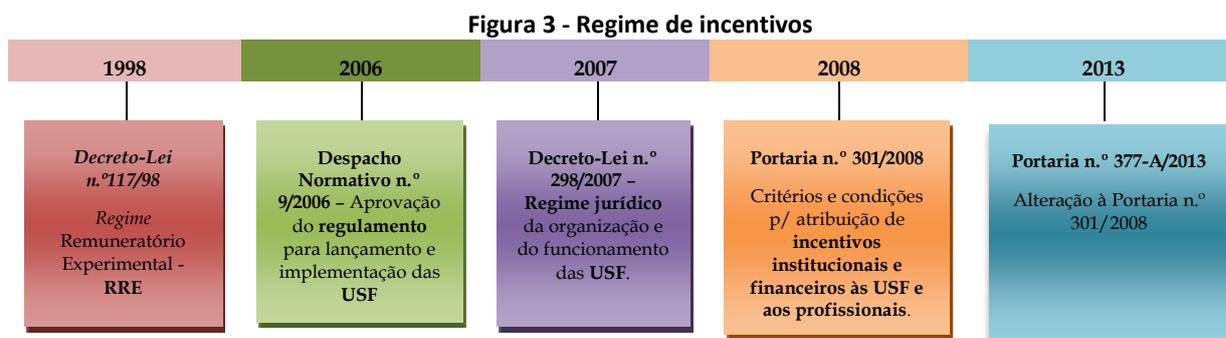
⁴⁰ Ao abrigo da qual podem ser abonadas compensações pelo desempenho aos profissionais das USF (modelo A ou B).



3. INCENTIVOS, COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO E SUPLEMENTOS

3.1. INCENTIVOS

O regime dos incentivos às unidades funcionais e respetivos profissionais foi sendo desenvolvido ao longo de uma década, tendo como principais suportes legislativos e regulamentares, os seguintes:



A partir de 2008, as equipas multiprofissionais das USF passaram a ter acesso, independentemente do modelo (A ou B), a incentivos institucionais que contratualizam anualmente. Esses incentivos são aferidos pelo desempenho em quatro áreas: a) acessibilidade; b) desempenho assistencial; c) satisfação dos utentes e d) eficiência.

Os dois indicadores de eficiência económica contratualizados que contribuem para atribuição de incentivos institucionais⁴¹ às USF são:

- 7.6d1 - Custo médio de medicamentos⁴² (PVP) por utilizador;
- 7.7d1 - Custo médio de MCDT (PVP) por utilizador.

Sobre o indicador de eficiência contratualizado *custo médio de medicamento*, vêm os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, referir que "(...) a ARSLVT entende ser importante sublinhar que, apesar de a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, identificar como indicadores de eficiência os custos estimados para medicamentos prescritos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos, sempre foram objeto de contratualização e avaliação os custos médios com medicamentos e MCDT faturados. Na verdade, a única alteração ocorrida em 2012 ficou a dever-se à adaptação do indicador de medicamentos ao novo regime de relacionamento financeiro entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os subsistemas públicos, passando o mesmo a considerar a totalidade da despesa e a totalidade dos utilizadores - e não apenas utilizadores do SNS (...).

Não obstante os esclarecimentos prestados, e a sua pertinência, convém referir que foram observadas divergências na contratualização dos indicadores de eficiência económica ao nível de ACES e unidades funcionais das diferentes regiões de saúde, o que revela o deficiente acompanhamento, a nível nacional, do processo de negociação e contratualização. Porém, essa situação foi considerada na metodologia utilizada pelos auditores na análise dos referidos indicadores.

As metas de desempenho económico contratualizadas para 2011⁴³ e, desde logo, a metodologia da ACSS para contratualização, não tiveram por pressuposto a redução do preço de venda ao público (PVP) dos

⁴¹ O critério para atribuição de incentivos na totalidade (100%) implica que os dois indicadores de eficiência tenham sido atingidos em valor igual ou inferior a 100%. O valor do incentivo é atribuído a 50% quando pelo menos um indicador de desempenho económico é atingido em valor igual ou inferior a 100%.

⁴² Por regra o indicador abrange medicamentos prescritos, no entanto, relativamente a algumas unidades funcionais em 2011 foi contratualizado o custo medicamento faturado (divergente do medicamento prescrito sobretudo em razão do volume correspondente aos atrasos nos procedimentos de conferência de faturas) e em especial no ano de 2012 foi contratualizado o custo medicamento faturado para a maioria das unidades funcionais mas apenas em dezembro de 2012, situação que demonstra falta de clareza, rigor e de homogeneidade no processo de contratualização.



medicamentos por força da variação do efeito-preço introduzido por medidas legislativas⁴⁴, sobretudo com incidência no ano de 2011⁴⁵.

A análise das metas de desempenho contratualizadas pelas ARS junto dos ACES, e subsequentemente entre estes e as unidades funcionais, no que respeita ao indicador custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador, em 2011, permite concluir que as mesmas não refletem diretamente quer:

- A redução do preço unitário médio (PVP) do medicamento em 2011;
- O custo médio (PVP) com medicamento por utilizador atingido no indicador do desempenho de 2010 ou sequer o nº de embalagens prescritas em 2010.

Considerando-se como premissa o apuramento do impacto com base no valor de redução de 10,91%⁴⁶ do preço unitário médio do medicamento (PVP) consumido em 2011 e, por hipótese⁴⁷, o subsequente exercício de subtração (expurgo), com idêntico perfil percentual, do valor que não resulta de mérito e esforço da unidade no resultado final do indicador de custo médio medicamento/utilizador, conclui-se que o incentivo atribuído deveria ter sido inferior, tal como a seguir se evidencia:

Quadro 4 – Correção ao incentivo institucional - ARSN

A ARS Norte atribuiu incentivos institucionais, em 2011, no valor de € 1.648.408. O exercício de subtração (expurgo) da redução de custos que não resulta de mérito da unidade funcional, no valor de 10% do resultado final do indicador de custo médio medicamento /utilizador contratualizado com as USF, permitiu apurar uma redução do valor do incentivo em € 230.800.

	Euros
ARS Norte	2011
Incentivos institucionais s/ redução	1.648.408
Incentivos institucionais c/ redução	1.417.608
Diferencial	230.800

⁴³ Para o custo médio com medicamentos prescritos (PVP) por utilizador é tido por referência um valor em euros o qual não individualiza quais as componentes que correspondem a preço e nº de embalagens. O indicador não resulta de análises técnicas e não se encontra em alinhamento de convergência a nível nacional, regional e local, situação que provoca falta de clareza, objetividade e rigor no processo de negociação e de contratualização.

⁴⁴ A revisão do preço (PVP) dos medicamentos e do regime geral das comparticipações do Estado aprovado pelo Decreto-lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, alterado pelo Decreto-lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro, pelo Decreto-lei n.º 112/2011, de 29 de maio e ainda as Portaria 312-A/2010 de 11 de junho, Portaria 337-A/2010 de 16 de junho, Portaria 112-B/2011 de 22 de março, Portaria n.º 4/2012 de 2 de janeiro e pela Lei n.º 62/2011, de 12 de dezembro, Portaria n.º 1041-A/2010 de 7 de outubro.

⁴⁵ Nem tão pouco as diretivas da ACSS, quanto aos critérios de avaliação das unidades, determinaram considerar esta variável. Efetivamente a ACSS informou as ARS já durante o processo de avaliação, em 15 de novembro de 2012, de que na avaliação do Indicador 7.6 d1 deveria ser considerado o valor efetivamente obtido em 2011 sem ser corrigido pelo fator preço, situação que provoca falta de estabilidade e de rigor no processo de contratualização, execução e de avaliação das unidades não contribuindo para a homogeneização das metodologias a instituir nas cinco ARS.

⁴⁶ No decurso das negociações de contratualização para 2011 com os departamentos de contratualização das ARS, conforme consta dos relatórios de avaliação da contratualização de 2011 das respetivas ARS. No entanto o relatório da ACSS de 2011/2012 de avaliação de atividades ao nível dos cuidados de saúde primários é omissivo quanto a esta temática. A ACSS em 05 de julho de 2012 oficiou as ARS apresentando um valor estimado a nível nacional de redução de preço de medicamento de 10,91%. Por sua vez o INFARMED divulga, no sítio, uma redução no valor em PVP de 12,4% do medicamento em mercado SNS de ambulatório.

⁴⁷ Tendo em conta que no indicador custo medicamento por utilizador se inclui a variável preço, que é estabelecido por via administrativa e a variável quantidade de embalagens, única variável que depende do mérito da unidade, para que seja efetuada uma avaliação justa e equitativa foi necessário separar o que resulta da eficiência extrínseca do esforço e mérito da unidade.



Quadro 5 – Correção ao incentivo institucional – ARSLVT

ARS LVT	2011
Incentivos institucionais s/ redução	776.400
Incentivos institucionais c/ redução	621.200
Diferencial	155.200

Euros

Por sua vez, a ARSLVT atribui incentivos institucionais de 2011, no valor total de € 766.400, e o exercício de subtração (expurgo) do que não resulta de mérito da unidade, no valor de 10% no resultado final do indicador de custo médio medicamento/utilizador contratualizado, resultou numa redução do valor do incentivo de € 155.200.

A atribuição de recompensas deve ter por suporte ganhos de eficiência previamente incorporados no sistema de saúde, concluindo-se que, muito embora o custo com o medicamento faturado (PVP) por utilizador tenha descido, essa descida aconteceu sobretudo por efeito da redução do preço unitário por embalagem do medicamento e não por força do número de embalagens consumidas, que aumentou em 2011 na ARS Norte e ARS LVT, motivo pelo qual os indicadores contratualizados e os incentivos a atribuir devem ser objeto da devida revisão.

Sobre a matéria *sub judice*, esclarecem os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, que "(...) *aquando do processo de contratualização, não se encontrava estimado o impacto que as medidas legislativas teriam como efeito na redução dos preços dos medicamentos, motivo pelo qual se considerou a aplicação de tal efeito na fase de avaliação de resultados.*". Ainda assim, refira-se que durante a fase de execução do compromisso contratual teria sido adequado a revisão da meta estimada.

A situação apurada na ARSN e na ARSLVT, tal como se encontra acima descrita é, com um grau elevado de probabilidade, extensível às restantes ARS, pelo que deverão ser igualmente objeto de revisão e, subsequentemente, de correção, os montantes que vierem a ser apurados.

Quadro 6 – Incentivos institucionais das USF

ARS	2011	2012
ARSN	1.680.932 €	1.310.800 €
ARSC	316.800 €	214.000 €
ARSLVT	766.400 €	739.300 €
ARSA	50.000 €	120.400 €
ARSALG	30.400 €	68.000 €
Nacional	2.844.532 €	2.452.500 €

unidade: euros

Fonte: Relatório de Avaliação ACSS - 2013.

Em sede de contraditório, o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, vem esclarecer que "(...) *embora se procure estabelecer patamares cada vez mais aproximados entre si para as metas dos indicadores de eficiência económica (ou outros), é certo que estas são estabelecidas conforme o histórico e o contexto em que as unidades trabalham (...)*" e que "*Com a utilização para a contratualização nas Unidades Funcionais no ano de 2014 de indicadores de prescrição de medicamentos e MCDT, e não de indicadores que incidam sobre o faturado, estaremos mais próximos da intenção do prescriptor na aplicação das normas e da boa prática clínica, isolando efeitos externos que possam ocorrer.*"

Ainda sobre a mesma matéria, os membros do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP, esclarecem que "(...) *a ARSC procedeu ao impacto da redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) nas metas a contratualizar, pelo que o cumprimento do indicador por parte das unidades funcionais deveu-se não só ao mérito e esforço das equipas mas também a outras variáveis não previstas como o impacto da crise económica na população (...)*". Explicando, ainda, que a redução calculada pela ACSS, de 10,91% foi apresentada aos Departamentos de Contratualização das ARS apenas em setembro de 2012, pelo que até essa data vigorou a redução administrativa dos 6%. Para a ARSC, "*O impacto de reduções adicionais após mais de um ano decorrido desde que os compromissos foram firmados, em fase final de avaliação e de forma unilateral, constitui uma desonestidade para com as partes envolvidas.*" A este propósito recorde-se que o processo contratual pode e deve ser revisto tantas as vezes quanto as contingências internas ou externas o exigirem e de modo a adequá-lo aos objetivos de eficiência económica ou assistencial a alcançar, ainda assim, reconhecendo, contudo, métodos de salvaguarda da avaliação e dos resultados dessa avaliação.



3.2. INCENTIVOS INSTITUCIONAIS E FINANCEIROS

Não obstante os incentivos, institucionais e financeiros⁴⁸, terem por objetivo a atribuição de recompensas pelo desempenho na execução dos compromissos assumidos contratualmente, no entanto, é possível concluir que⁴⁹ a linha tendencial de atribuição de incentivos não acompanha o grau de eficiência económica revelado pelas unidades⁵⁰.

Gráfico 11 – Divergência custos/incentivos por utilizador

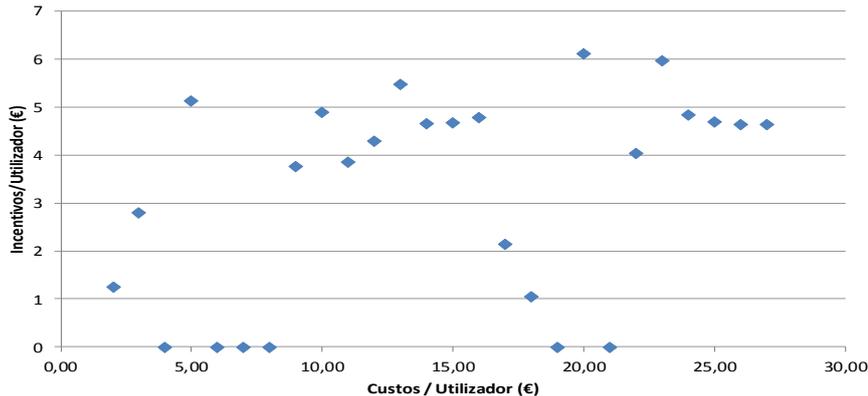


Gráfico 12 – Maturidade versus incentivos



Por outro lado, algumas USF⁵¹ apresentam os custos mais eficientes e sem atribuição de incentivos, cuja não atribuição está relacionada, em parte, com o grau (falta) de maturidade⁵² da unidade. Estas situações revelam um paradoxo entre o desempenho e a atribuição de incentivos de gestão.

⁴⁸ Nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto e da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos às USF, os incentivos institucionais são atribuídos anualmente às equipas multiprofissionais das USF, modelo A ou modelo B, aferidos pelo desempenho de, indicadores de eficiência, entre outros, (custos em medicamentos e MCDT por utilizador) contratualizados. Os incentivos institucionais traduzem-se nomeadamente na distribuição de informação técnica, na participação em conferências e no apoio à investigação. Por sua vez os incentivos financeiros são atribuídos apenas aos profissionais enfermeiros e administrativos inseridos em USF modelo B, após avaliação da USF, com base no cumprimento de objetivos e parâmetros mínimos de produtividade e de qualidade.

⁴⁹ Na ARSN e na ARSLVT.

⁵⁰ Com especial destaque para a USF Nova Via, que apresenta os maiores custos por consulta e a atribuição de incentivos mais elevados.

⁵¹ Com especial destaque as USF S. João do Porto, Porto Douro e Bom Porto.

⁵² A maturidade de uma USF é observável no desenvolvimento organizacional da equipa ao longo dos anos, e diferencia-se pelo nível de contratualização de desempenho mais exigente: maior autonomia, maior exigência de contratualização, maior partilha de risco e também maior compensação retributiva.



Esta situação ocorre pelo facto da atribuição dos incentivos visarem recompensar o grau de atingimento dos objetivos fixados para os indicadores contratualizados, e não a eficiência relativa entre as unidades, verificada nesses indicadores.

Sobre este assunto, a ACSS refere, no âmbito do contraditório, que "...considera de enorme relevância (...) que a atribuição de incentivos as USF esteja indexada a eficiência económica alcançada".

3.3. SUPLEMENTOS E COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO

3.3.1. ANÁLISE DA ESTRUTURA REMUNERATÓRIA DOS PROFISSIONAIS DAS USF DE MODELO B

À remuneração base dos profissionais médicos que fazem parte da equipa multiprofissional de uma USF modelo B, acresce o pagamento de suplementos (cfr. Quadro 7) associados à atividade desenvolvida em função de:

- Aumento das unidades ponderadas (UP)⁵³;
- Realização de cuidados domiciliários;
- Alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial⁵⁴.

Quadro 7 – Suplementos

USF	Tipo	Dimensão	Unidade	Forma de cálculo	Modo de Pagamento
Modelo B	Suplementos (art.º 28º, n.º 3 e art.º 30)	Aumento das UP (art.º 28º, n.º 3, al. a) e n.º 5) – Aumento da dimensão ponderada da lista mínima de utentes	1 Utente ponderado*55 UP=1UC	1UC=€ 234,00; ΔUP=1UC=5 5UP; ΔUP=lista mínima-lista ponderada anual; ΔUP=€ 234,00 UC	Individual/integral/mensal (médico) Grupo/quota- parte/mensal (enfermeiros e assistentes)
		Cuidados domiciliários (art.º 28º, n.º 3 al. b)	1 Ato ao domicílio	1 Domicilio=€ 30,00	Individual/integral/mensal
		Alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial (art.º 28º, n.º 3, al. c) e art.º 30º, n.º 7)	1h de alargamento semanal=1UC	1UC=€180,00 DU € 235,00 DNU (médico) *n.º horas	Grupo/quota-parte/mensal Aposentação (médicos) e subsídio de férias e natal (médicos, enfermeiros e assistentes)

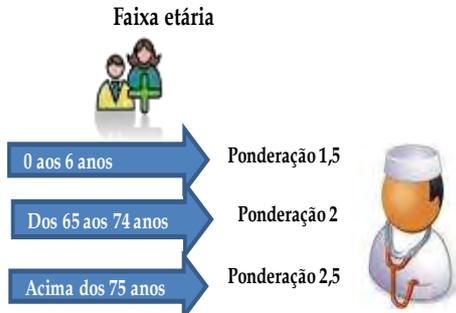
As UP obtêm-se pela aplicação de fatores de ponderação consoante a faixa etária do utente, a que corresponde o número de unidades contratualizadas (UC). O suplemento remuneratório associado à dimensão e características da lista é o que se apresenta na figura e nos quadros seguintes.

⁵³ A atribuição de UP é retrospectiva, ou seja, com base na lista de utentes do ano anterior. A atribuição de UP tem em conta a dimensão da lista de utentes inscritos, ponderada pelos fatores correspondentes aos grupos etários. A lista de inscritos por médico tem uma dimensão mínima, de acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 1917 unidades ponderadas a que corresponde, em média, 1550 utentes e após a publicação do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, 31 de dezembro, em alteração ao regime da carreira médica, uma dimensão máxima de 1900 utentes ou 2358 unidades ponderadas.

⁵⁴ Para além do período normal de funcionamento previsto - das 08h às 20h, nos dias úteis (cfr. art.º 10º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 298/2007), a USF pode alargar o período de funcionamento até às 24 horas, nos dias úteis e, entre as 08h e as 20h, aos sábados, domingos e feriados (cfr. art.º 10º, n.º 5, alínea b), do Decreto-Lei n.º 298/2007). O horário de funcionamento consta da carta de compromisso e do regulamento interno, (cfr. art.º 6º, n.º 4, alínea b) e art.º 10, n.º 2 alínea d). A cobertura assistencial, respeita ao alargamento de áreas de atuação em função de necessidades da população devidamente fundamentadas (cfr. art.º 6º, n.º 4, alínea c). O regulamento interno elaborado pela USF, é submetido à apreciação do ACES, consagrando, entre outros: i) as intervenções e áreas de atuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa: ii) o sistema de marcação de consulta e de renovação de prescrições; iii) o sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa.



Figura 4 – Faixa etária vs ponderação



Quadro 8 – Dimensão ponderada da lista/unidades contratualizadas

Dimensão ponderada da lista por médico		N.º de unidades contratualizadas a receber	Valor mensal a receber
De	Até		
	1917	0	
1918	1972	+1	€ 234,00
1973	2027	+2	€ 468,00
2028	2082	+3	€ 702,00
2083	2137	+4	€ 936,00
2138	2192	+5	€ 1.170,00
2193	2247	+6	€ 1.404,00
2248	2302	+7	€ 1.534,00
2303	2357	+8	€ 1.664,00
2358		+9	€ 1.794,00

Para além dos suplementos, acresce, ainda, o pagamento de **compensação pelo desempenho** (cfr. Quadro 9) associado ao desenvolvimento de:

- Atividades específicas, e
- Carteira adicional de serviços.

Quadro 9 – Compensação pelo desempenho

USF	Tipo	Dimensão	Unidade de Medida	Forma de cálculo	Modo de Pagamento
Modelo B	Compensações pelo desempenho (art.º 28º, n.º 4)	Atividades específicas contratualizadas: aumento das UP por força das atividades específicas de vigilância e de risco	1 Utente ponderado * 55UP=1UC	1UC=55UP=€ 130,00	Grupo/quota-parte/mensal/aposentação
		Carteira adicional de serviços	De acordo com a carta de compromisso (ex. Consulta intensiva de cessação tabágica; consulta de hipocoagulação; pequena cirurgia.)		

O número de UC consta da carta de compromisso⁵⁵ em função da contratualização anual⁵⁶. O valor da UC⁵⁷ face à ponderação resultante das atividades específicas consta do quadro seguinte.

Quadro 10 – Unidades contratualizadas resultante das atividades específicas

Dimensão ponderada resultante das atividades específicas		N.º de unidades contratualizadas a receber	Valor mensal a receber
De	Até		
	54	0	
55	109	+1	€ 130,00
110	164	+2	€ 260,00
165	219	+3	€ 390,00
220	274	+4	€ 520,00
275	329	+5	€ 650,00
330	384	+6	€ 780,00
385	439	+7	€ 910,00
440	494	+8	€ 1.040,00
495	549	+9	€ 1.170,00
550	604	+10	€ 1.300,00
605	659	+11	€ 1.430,00
660	714	+12	€ 1.560,00
715	769	+13	€ 1.690,00
770	824	+14	€ 1.820,00
825	879	+15	€ 1.950,00
880	934	+16	€ 2.080,00
935	989	+17	€ 2.210,00
990	1044	+18	€ 2.340,00
1045	1099	+19	€ 2.470,00
1100		+20	€ 2.600,00

⁵⁵ A carta de compromisso é o instrumento de gestão contratualizado, anualmente, entre o coordenador da USF e o respetivo ACES, que traduz o compromisso assistencial da prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços que consta do Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro.

⁵⁶ No primeiro ano de atividade da USF, por não existir histórico que permita o cálculo das UP das atividades específicas dos médicos, é contratualizado o mínimo de oito unidades contratualizadas por médico.

⁵⁷ A unidade contratualizada (UC) está associada a cada aumento de 55 unidades ponderadas da dimensão mínima da lista de utentes do médico. O número máximo mensal de UC por médico é de 20, com um limite de 9 para o suplemento associado ao aumento das UP. A UC tem um valor de € 130,00, o qual é corrigido com o fator de 1,8 para as primeiras seis UC que estejam associadas ao aumento das UP, isto é, são pagas a € 234,00.



Igualmente, pelas funções de orientador de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar e de coordenador da equipa da USF, o médico recebe acréscimos remuneratórios, respetivamente de 4 UC e 7 UC.

Quadro 11 – Funções de orientador de formação e coordenador

USF	Tipo	Dimensão	Unidade de Medida	Forma de cálculo	Modo de Pagamento
Modelo B	Coordenação (art.º 36)	Regulamento para o cálculo das remunerações dos profissionais das USF modelo B (Proposta n.º 1-MCSP/2008, homologado pelo SES, em 23 de abril de 2008.	7UC*€ 130,00= € 910,00/mês	1UC=€ 130,00	Acréscimo remuneratório mensal
	Orientador de formação (art.º 35º)		4UC*€ 130,00=€ 520,00/mês		

As **funções de orientador de formação** do internato da especialidade de medicina geral e familiar e de **coordenador da equipa da USF**, os **acréscimos remuneratórios suscitam dúvidas, designadamente**, no caso de o profissional estar no topo da carreira médica (assistente graduado sénior⁵⁸), visto que, por um lado a formação e a coordenação poderão já estar compreendidas no seu conteúdo funcional e por outro, por se encontrar no nível remuneratório máximo da sua carreira.

3.3.2. IMPACTO DOS ACRÉSCIMOS REMUNERATÓRIOS

Em 2011 e 2012, os acréscimos remuneratórios auferidos por médicos inseridos nas USF modelo B, tiveram origem sobretudo no **aumento das**:

- **Unidades ponderadas da lista mínima de utentes** por médico, a título de **suplemento**.
- **Unidades ponderadas da lista mínima de utentes**, por médico, por força da prestação de atividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, a título de **compensação pelo desempenho**.

Por força da prestação de atividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, que fazem parte da lista do médico (cfr. Figura 5), com base na qual este é remunerado e compensado, os médicos das USF modelo B, recebem incentivos pelo desempenho, antes mesmo da avaliação global sobre o cumprimento das metas estabelecidas.

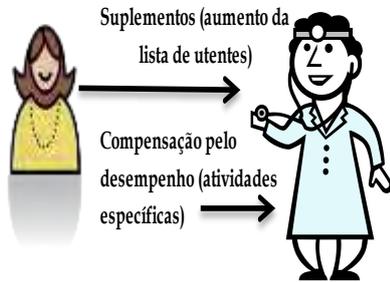
Figura 5 – Utentes vulneráveis e de risco/unidades ponderadas

	Vigilância e planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano		1 UP
	A vigilância de uma gravidez		8 UP
	Vigilância de uma criança, no 1º ano de vida		7 UP
	Vigilância de uma criança, no 2º ano de vida		3 UP
	Vigilância de uma pessoa diabética, por ano		4 UP
	Vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano		2 UP

⁵⁸Vd. Alínea b) do art.º 13.º do Decreto – Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto.



Figura 6 – Base de incidência



O aumento da lista mínima de utentes que se traduz no aumento de unidades ponderadas, para além de permitir auferir suplementos, permite também auferir compensações, por idêntica base de incidência, a título de desempenho, decorrentes das atividades específicas. Isto é, o médico é remunerado, pelo mesmo utente, com base em diferentes componentes remuneratórias (cfr. figura 6).

De igual modo, quanto aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, os acréscimos remuneratórios auferidos têm origem sobretudo no alargamento da lista de utentes por unidades ponderadas, a título de suplementos, e na compensação pelo desempenho, através da atribuição de incentivos financeiros.

Os suplementos, compensações pelo desempenho e incentivos atribuídos aos profissionais integrados das USF modelo B, propiciam um aumento expressivo da remuneração base. A título exemplificativo⁵⁹, apresenta-se uma análise comparativa entre os profissionais, no topo da carreira, inseridos em USF modelo B e os em USF modelo A e em UCSP, por forma a evidenciar o impacto que estes acréscimos remuneratórios têm na remuneração base mensal.

Quadro 12 – Remuneração médico – Caso-base 1

Carreira Pessoal Médico Categoria: Assistente Graduado Sénior	Remuneração líquida/mês		
	Modelo organizativo		
	USF A	USF B	UCSP
Remuneração base *	5.664,86 €	5.664,86 €	5.664,86 €
Suplementos (lista utentes/UC)	0,00 €	1.794,00 €	0,00 €
Cuidados domiciliários	0,00 €	600,00 €	0,00 €
Alargamento do período de funcionamento**	0,00 €	655,47 €	0,00 €
subtotal	0,00 €	3.049,47 €	0,00 €
Atividades específicas (compensação pelo desempenho)	0,00 €	1.430,00 €	0,00 €
total	5.664,86 €	10.144,33 €	5.664,86 €

* Regime de trabalho de dedicação exclusiva, 42h semanais

** €300,00, das 20h às 22h (dias úteis); € 313,33, das 08h às 12h (sábados e domingos) e € 42,14, das 08h às 12h. Não inclui Horas Extraordinárias que eventualmente sejam prestadas mensalmente

No profissional médico, com a categoria de assistente graduado sénior, o valor dos acréscimos, identificados (€ 4.479,47) representam a 55,84% do total da remuneração (€ 10.144,33), sendo o peso dos suplementos de 30,06% e o das atividades específicas (compensações pelo desempenho) de 14,10%.

Neste caso, a remuneração mensal quase duplica com os acréscimos auferidos⁶⁰. Comparativamente, um profissional médico que exerça a sua atividade numa USF modelo A ou numa UCSP, tem uma remuneração máxima auferível inferior em -44,15% (€ 4.479,47).

⁵⁹ Elementos recolhidos junto da ARSLVT, IP.

⁶⁰ Ainda pode acrescer o montante correspondente a trabalho extraordinário.



A análise do vencimento dos profissionais médicos, durante os anos de 2011 e 2012, revela que a remuneração⁶¹ dos médicos a exercer funções nas USF modelo B acresce cerca de € 2.750 (+80%) à remuneração dos médicos que exercem a sua atividade nas UCSP (€ 2.587 (+72%) face aos médicos das USF A), colocando-os num patamar remuneratório completamente diferente.

Gráfico 13 – Diferencial remuneratório entre unidades



Nos grupos profissionais de enfermagem e assistente técnico, verifica-se igualmente diferenças remuneratórias dos profissionais que estão inseridos numa USF modelo B, face às outras duas unidades funcionais (USF modelo A e UCSP). No profissional de enfermagem, a diferença pode chegar aos 44,70% [€ 1.200,00 (2+3)] e no assistente técnico aos 54,96% [€ 635,83 (2+3)].

Quadro 13 – Remuneração enfermeiro – Caso base 2

	Remuneração líquida/mês		
	Carreira Pessoal Enfermagem Categoria: Enfermeiro Chefe	Modelo organizativo	
		USF A	USF B
1 Remuneração base	2.684,37 €	2.684,37 €	2.684,37 €
2 Suplementos (lista utentes/UC)	0,00 €	900,00 €	0,00 €
3 Incentivos financeiros	0,00 €	300,00 €	0,00 €
4 Alargamento do período de funcionamento*	0,00 €	322,28 €	0,00 €
	2.684,37 €	3.884,37 €	2.684,37 €

* €148,33, das 20h às 22h (dias úteis); €153,33, das 08h às 12h (sábados e domingos) e €20,62, das 08h às 12h (feriados).

Quadro 14 - Remuneração assistente – Caso base 3

	Remuneração líquida/mês		
	Carreira Assistente Técnico Categoria: Assistente Técnico Especialista	Modelo organizativo	
		USF A	USF B
1 Remuneração base	1.156,85 €	1.156,85 €	1.156,85 €
2 Suplementos (lista utentes/UC)	0,00 €	540,00 €	0,00 €
3 Incentivos financeiros	0,00 €	95,83 €	0,00 €
4 Alargamento do período de funcionamento*	0,00 €	217,98 €	0,00 €
	1.156,85 €	1.792,68 €	1.156,85 €

* €100,00, das 20h às 22h (dias úteis); €104,00, das 08h às 12h (sábados e domingos) e €13,98, das 08h às 12h (feriados).

A este propósito, convém referir que não obstante o compromisso assumido pela equipa médica, à data da apresentação da candidatura da USF, em aumentar do número de utentes inscritos (ganho potencial), verifica-se que o aumento da lista de utentes na unidade funcional é mais expressivo no momento da passagem da USF a modelo B, com o subsequente aumento da variação do género e grupo etário, traduzidos em acréscimos remuneratórios.

Os gráficos e quadros seguintes mostram a evolução do número de inscritos, por grupo etário, e respetivas unidades ponderadas, ocorrida na USF do Parque e na USF Espaço Saúde, desde a apresentação da candidatura a USF, ao funcionamento em modelo A e, atualmente, em modelo B.

⁶¹ A exercer funções em UCSP e USF modelos A e B, durante os anos de 2011 e 2012, num total de 2474 médicos. Foram apenas considerados os médicos (excluindo internos) com 24 remunerações base, os valores brutos com redução, e foram excluídos os subsídios de férias e de natal e o trabalho extraordinário. Foram excluídos os dados da ARSC, por não abrangerem todo o período em análise, devido a alterações nos sistemas de informação de processamento dos vencimentos.



Quadro 15 – Evolução por grupo etário dos utentes inscritos – USF Parque

Idade	Candidatura		Modelo A		Modelo B	
	Utentes inscritos	UP	Utentes inscritos	UP	Utentes inscritos	UP
0 a 6 anos	1.096	1.644	1.152	1.728	1.637	2.456
7 a 64 anos	10.366	10.366	10.423	10.423	10.909	10.909
65 a 74 anos	1.437	2.874	1.493	2.986	1.988	3.976
≥75 anos	2.433	6.083	2.489	6.223	2.915	7.288
Total	15.331	20.967	15.557	21.360	17.449	24.628

Gráfico 14 – Evolução do grupo etário dos utentes inscritos USF Parque

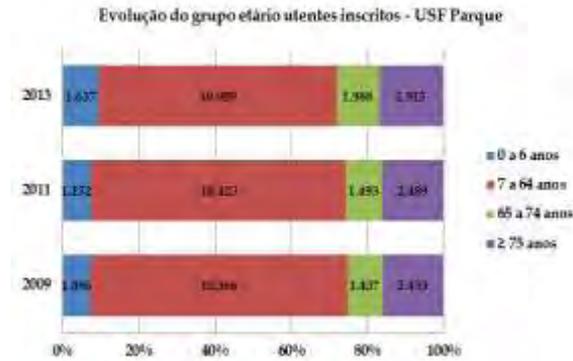
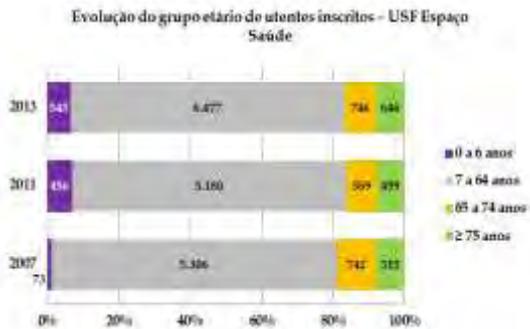


Gráfico 15 - Evolução do grupo etário dos utentes inscritos – USF Espaço Saúde



Quadro 16 - Evolução por grupo etário dos utentes inscritos - USF Espaço Saúde

Idade	Candidatura		Modelo A		Modelo B	
	Utentes inscritos	UP	Utentes inscritos	UP	Utentes inscritos	UP
0 a 6 anos	73	110	456	684	545	818
7 a 64 anos	5.306	5.306	5.180	5.180	6.477	6.477
65 a 74 anos	742	1.484	569	1.138	746	1.492
≥75 anos	515	1.288	499	1.248	646	1.615
Total	6.636	8.187	6.704	8.250	8.414	10.402

A transição para USF de modelo B proporciona ao profissional médico, por via de um modelo retributivo distinto, e apesar de continuar a atender os mesmos utentes vulneráveis e de risco (crianças, grávidas, pessoa diabética e hipertenso), o pagamento de suplementos e compensações pelo desempenho (que acrescem à remuneração base), sustentado na diferença entre a lista (ponderada) de utentes inscritos por médico e a lista de utentes de dimensão mínima (1917 unidades ponderadas). Tal significa que **o atual sistema de incentivos implica que as USF de modelo B prossigam objetivos em função da diferença do tipo organizacional em que se enquadram e não em função do perfil dos utentes que atendem.**

O Diretor Executivo do ACES Porto Ocidental vem contraditar, nas suas alegações, a análise de evolução do grupo etário dos utentes inscritos na USF Espaço Saúde, informando que “A USF Espaço Saúde à presente data (Mar/2014) ainda é uma USF modelo A, apesar de aguardar há um ano a sua evolução para modelo B; (...) sofreu alterações na sua composição de profissionais (...) e à medida que foram surgindo utentes sem médico na UCSP Aldoar foi aumentando o n.º de médicos e consequentemente de utentes (...); Parecer Técnico modelo A, emitido em 9Ago2007 – quatro médicos, 1750/utentes médico, compromisso assistencial para um total de 7.000 utentes; Parecer Técnico modelo B, emitido em 28Mar2013 – cinco médicos (...), compromisso assistencial para um total de 8.900 utentes.”

Face às alegações apresentadas, convém esclarecer que a análise efetuada tem como objetivo demonstrar que a evolução das USF, desde a apresentação da candidatura à criação de USF até à candidatura a modelo B, conduz a um aumento do número de utentes, o que é positivo, sendo esse aumento mais expressivo à data da candidatura da USF para modelo B. Esta situação, como aliás é referida pelo alegante, é evidente na proposta de candidatura da USF Espaço Saúde a modelo B, em que o compromisso assistencial é de 8.900 utentes, ou seja, mais 1.990 utentes do que no compromisso apresentado na candidatura a modelo A (7.000 utentes), ou, se tivermos por referência o número de



utentes inscritos na USF modelo A, à data da candidatura a modelo B (6.704⁶² - cfr. quadro 16), então estamos a falar de uma diferença de 2.196 utentes. Assim, mesmo mantendo-se a USF Espaço Saúde em modelo A, por ainda não ter sido homologada pelo Conselho Diretivo da ARS Norte a aprovação do parecer técnico a modelo B, não deixa de ser verdade que existe um aumento mais significativo no compromisso assistencial na proposta de candidatura a modelo B.

O quadro seguinte permite visualizar o valor anual ilíquido dos suplementos remuneratórios e outros acréscimos, auferidos em 2012, por profissionais inseridos em USF modelo B.

Quadro 17. Valor da despesa com acréscimos remuneratórios 2012

Tipo	Despesa anual (€)	Suplemento/trabalhador (€)
Total de acréscimos-M Saúde	83.514.682	
Total de acréscimos- USF	55.586.344	
Suplementos por aumento das unidades ponderadas	29.996.564	6.008,93
Compensação por atividades específicas	17.690.114	10.926,57
Incentivo financeiro	4.618.410	2.372,06
Suplementos por realização de cuidados domiciliários	1.769.851	1.173,64
Suplementos por alargamento da cobertura assistencial	1.251.197	692,80
Suplementos por orientador de formação	171.756	2.961,31
Suplementos por coordenação de equipa	88.452	4.914,00

Fonte: DGAEP, Relatório preliminar de 19 de dezembro de 2013.

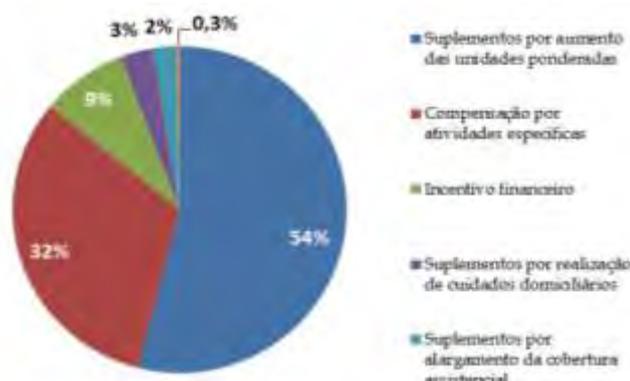
Os suplementos e outros acréscimos remuneratórios auferidos por profissionais das USF modelo B representam, em 2012, a parcela mais significativa do total dos encargos com suplementos e outros acréscimos no Ministério da Saúde.

A compensação por atividades específicas abonadas por médico representa a maior fração percentual do valor auferido por profissional.

De realçar que se os suplementos e incentivos fossem pagos cobrindo toda a população, o montante a pagar ascenderia a € 263.970.823⁶³ fazendo com que o Ministério da Saúde passasse a contribuir com € 291.899.161 para um total de suplementos de € 903.761.239, ou seja, cerca de 32% em vez dos atuais 12%, ficando em 1º lugar no ranking dos Ministérios que atribuem mais suplementos.

Do total dos acréscimos remuneratórios abonados aos profissionais das USF modelo B, a parcela do suplemento por unidades ponderadas corresponde a mais do dobro das restantes e as parcelas correspondentes a compensações pelo desempenho (por atividades específicas e incentivos financeiros) representam cerca de 40% do total dos suplementos e outros acréscimos remuneratórios auferidos.

Gráfico 16 – Acréscimos remuneratórios pagos pelo MS – 2012



A estrutura remuneratória aplicável aos profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF modelo B, tal como está desenhada, é sofisticada e de difícil perceção. Os suplementos, incentivos e compensações, constituem uma amálgama, diversificada e complexa, de acréscimos remuneratórios, por vezes sobrepostos entre si, com indícios de não se encontrarem adequadamente suportados,

⁶² Conforme consta do documento de parecer técnico da candidatura a modelo B, da Equipa Regional de Acompanhamento – ERA da ARS Norte.

⁶³ Em 2012, os € 50.967.934 de suplementos pagos às USF modelo B abrangiam 2.229.977 utentes e os incentivos financeiros no valor de € 4.618.410 pagos às USF modelo A e B abrangiam 4.423.064 utentes. Estavam registados, em 2012, 11.044.815 utentes a nível nacional, depois de excluídos os que não têm médico de família por opção.



validados ou auditados. A sua aplicação induz desigualdades na remuneração do trabalho entre os profissionais das diferentes unidades funcionais.

Note-se que estas assimetrias, afetando a equidade horizontal, podem eventualmente constituir um “desincentivo” e transformar-se em desmotivação⁶⁴ por parte dos profissionais que não recebem nenhum acréscimo remuneratório, que no limite se pode repercutir nas condições de acesso, com o aumento de tempos de espera, no modo de atendimento e no limite, na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Não estando em causa a possibilidade de atribuição de compensações pelo desempenho aos profissionais integrados em USF modelo B, o **regime de suplementos** (associado a uma lista de utentes inscritos incluindo os não frequentadores), **incentivos e compensações pelo desempenho, tal como se encontra definido, bem como a operacionalização de todo o processo instituído** (sistema de controlo complexo e com vários intervenientes), merece reservas **por ser de difícil perceção, carecer de suporte fiável⁶⁵ e da correspondente demonstração de ganhos de eficiência que o justifiquem.**

3.3.3. PONTOS CRÍTICOS DO REGIME REMUNERATÓRIO DOS PROFISSIONAIS INTEGRADOS EM USF DE MODELO B

O regime remuneratório instituído pelo Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, apresenta alguns aspetos críticos, designadamente:

a) O suplemento remuneratório pago, mensalmente, aos profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes) que integram USF modelo B, associado ao **aumento das unidades ponderadas da lista de inscritos⁶⁶** potencia o incremento remuneratório destes profissionais sem que necessariamente se traduza em aumento de atividade ou produção desenvolvida. Por um lado, trata-se de utentes inscritos e não necessariamente de utentes vigiados, incluindo utentes não utilizadores e utentes inscritos em duplicado (dado que o Registo Nacional de Utes não se encontra concluído e atualizado) e, por outro, o aumento da lista ponderada acontece relativamente à lista mínima definida legalmente e não relativamente à lista ponderada de utentes inscritos do próprio profissional ou de uma lista média ponderada do ACES, verificando-se situações de abono de suplemento por profissionais cuja lista ponderada de utentes diminuiu face ao ano anterior.

b) O suplemento remuneratório, pela **realização de cuidados domiciliários⁶⁷**, permite aos médicos ser abonados⁶⁸, mensalmente, por atividades que se encontram, desde logo, incluídos nos cuidados que necessariamente a equipa multiprofissional da USF tem de desenvolver e elencados na carteira básica de serviços aprovada pela Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, em especial no ponto II, n.º 4.

c) O suplemento remuneratório, passível de ser pago, mensalmente, aos profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes) que integram USF modelo B, pelo **alargamento do período de funcionamento ou alargamento da cobertura assistencial⁶⁹**, potencia o incremento remuneratório destes profissionais, sem que estes conceitos se encontrem devidamente regulamentados e normalizados, em especial no que respeita à cobertura assistencial, acrescentando-se que as características de flexibilidade horária ou assistencial fazem parte da natureza subjacente à criação e ao funcionamento das USF e deverão estar definidas, desde logo, no compromisso assistencial.

⁶⁴ Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014.) “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [6] - “A satisfação com a retribuição entre os empregados existentes relaciona-se principalmente com os sentimentos de equidade e justiça. As comparações externas e internas formam a base destes sentimentos (...)”.

⁶⁵ Uma vez que as ARS apenas fazem uma validação meramente formal, o que não é suficiente face a uma análise interna quantitativa, devendo, para o efeito, existir um procedimento prévio de confirmação e validação dos dados fornecidos pelas USF, por forma a permitir a aprovação dos respetivos valores dos suplementos.

⁶⁶ Estabelecido no art.º 28º n.º 3, alínea a), do Decreto-Lei n.º 298/2007.

⁶⁷ Estabelecido no art.º 28º n.º 3, alínea b), do Decreto-Lei n.º 298/2007.

⁶⁸ Até ao limite máximo de 20 domicílios/mês, a um abono de € 30,00/unidade (cfr. n.º 6, do art.º 30º, do Decreto-Lei n.º 298/2007).

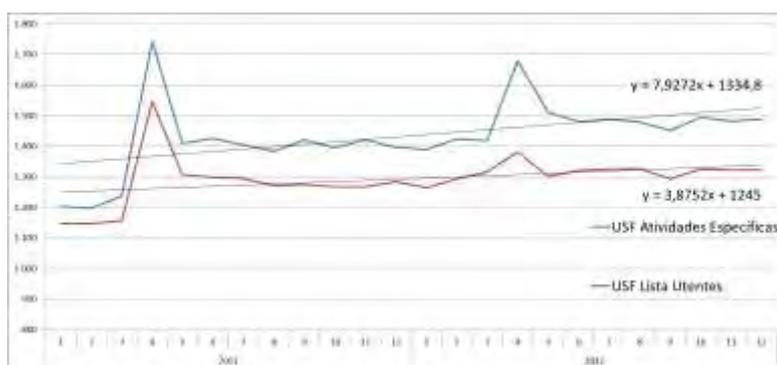
⁶⁹ Estabelecido no art.º 28º n.º 3, alínea c), do Decreto-Lei n.º 298/2007.



d) O acréscimo remuneratório atribuível, mensalmente, aos médicos que integram USF modelo B, por “compensação pelo desempenho” por força da prestação de atividades específicas, a utentes vulneráveis e de risco⁷⁰, implica que o médico, para além de abonado por atividades específicas, seja remunerado simultaneamente pelo aumento da lista ponderada de utentes inscritos. Este acréscimo, de pagamento regular e mensal, embora de conteúdo variável, nem sempre está rigorosamente dependente do desempenho, uma vez que a unidade de medida (unidades contratualizadas) não é objeto de prévia contratualização e de prévia avaliação, ou seja, o abono das compensações pelo desempenho não depende dos resultados da avaliação do respetivo desempenho⁷¹.

O pessoal médico é remunerado duas vezes, pelo mesmo utente, através de duas diferentes componentes remuneratórias, situação que não ocorre quanto aos restantes profissionais. De facto, o aumento da lista mínima de utentes de cada médico, para além de permitir auferir suplementos, permite também auferir, por idêntica base de incidência, compensações pelo desempenho, decorrentes do registo das atividades específicas realizadas aos mesmos utentes. Tal situação é claramente visível no gráfico seguinte, que mostra a evolução do valor médio destas componentes ao longo de 2011 e 2012⁷².

Gráfico 17 – Evolução de componentes remuneratórias 2011-2012



Repare-se que as variações existentes na componente compensação pelo desempenho, associada à realização de atividades específicas, são similares às que ocorrem no suplemento auferido como resultado da dimensão da lista de utentes de cada médico.

A forte associação entre as duas componentes remuneratórias é traduzida pelo coeficiente de correlação, que é superior a 95%.

Note-se que o trabalho acrescido resultante da vigilância adequada de determinados utentes da lista de cada médico é um ónus que já é compensado pelo suplemento relativo à dimensão e perfil de utentes inscritos, que atribui maior peso a determinadas faixas etárias.

Refira-se ainda que não foi elaborado nenhum estudo de evidência científica ou empírica que suporte o valor atribuído à unidade contratualizada (€ 130,00). Tudo indica que tenha sido fixado “ad hoc”, o que, a ser assim, poderá não ter qualquer aderência ao custo real. Esta preterição é, no mínimo, passível de censura se considerarmos que a decisão de fixar um valor sem terem sido apurados os custos que efetivamente estariam associados e que concorreram para o seu cálculo, contraria os princípios de racionalidade da afetação dos dinheiros públicos.

e) O acréscimo remuneratório atribuível, mensalmente, aos profissionais que integram USF modelo B, por “compensação pelo desempenho” por força da carteira adicional de serviços⁷³, potencia o

⁷⁰ Crianças, grávidas, hipertensos e diabéticos.

⁷¹ Acresce referir que, o valor atribuído por “compensação pelo desempenho” por força da prestação de atividades específicas, releva para efeitos de subsídio de férias e de Natal, de aposentação e de abono de exercício perdido em virtude de faltas por doença, tal como se de um suplemento remuneratório se tratasse, nos termos do art.º 28º n.º 4 do Decreto-lei n.º 298/2007.

⁷² Para efeitos da análise, foram considerados apenas os profissionais médicos (excluindo internos) que receberam remunerações base, na mesma unidade funcional modelo B, em todo o período analisado (705 médicos). Foram excluídos os dados da ARSC, por não abrangerem todo o período em análise, devido a alterações nos sistemas de informação de processamento dos vencimentos.

⁷³ Estabelecido no art.º 28º n.º 4, alínea b), do Decreto-Lei n.º 298/2007.



incremento remuneratório destes profissionais, sem que necessariamente se traduza em aumento de atividade⁷⁴ e nem sempre intervêm em áreas de cuidados consideradas prioritárias de acordo com os princípios da carteira adicional de serviços estabelecidos e constantes no anexo II da portaria que aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços⁷⁵.

Em conclusão, aos profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF modelo B, são atribuídos acréscimos remuneratórios que estão muito mais associados à quantidade de utentes inscritos (mas não de frequentadores) do que ao desempenho qualitativo e aferido da atividade desenvolvida, com exceção dos incentivos financeiros atribuídos a enfermeiros e assistentes técnicos, uma vez que o pagamento deste acréscimo remuneratório a estes profissionais é feito anualmente, após avaliação das metas contratualizadas.

Os médicos integrados em USF modelo B não são, em rigor técnico, avaliados pelo desempenho dado que as compensações financeiras, por atividades específicas a utentes vulneráveis e de risco, não estão dependentes de prévia contratualização e de prévia avaliação de resultados. Os acréscimos remuneratórios auferidos por estes profissionais constituem substanciais incrementos à remuneração base pelo desenvolvimento de atividades que se encontram, maioritariamente e, desde logo, incluídas na carteira básica de serviços para USF.

Nestes termos, a manutenção da atribuição de suplementos e compensações pelo desempenho, tal como está previsto, e por forma a tornar mais transparente e justo o sistema de atribuição destes incentivos, carece de revisão⁷⁶ por parte do legislador, designadamente: o suplemento remuneratório associado ao aumento das unidades ponderadas da lista de inscritos; a realização de cuidados domiciliários e o alargamento do período de funcionamento ou alargamento da cobertura assistencial: o acréscimo remuneratório “compensação pelo desempenho” por força da prestação de atividades específicas e pela carteira adicional de serviços.

Neste sentido, em sede contraditório, a ACSS referiu que “(...) *A reflexão sobre a base de incidência dos suplementos e das compensações pelo desempenho é pertinente, e enquadra-se nas áreas de melhoria (...) corroboradas. O mesmo acontece em relação aos acréscimos remuneratórios pelas funções de orientador de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar e de coordenador da equipa da USF.*”

3.3.4. ATRIBUIÇÃO DE PRÉMIOS DE DESEMPENHO VS LEI DO ORÇAMENTO DO ESTADO

A Lei que aprovou o Orçamento do Estado (LOE) para 2011 estabeleceu, no art.º 24º, a proibição de valorizações remuneratórias a profissionais que exercem funções públicas, em qualquer modalidade de relação jurídica de emprego público, estabelecendo que se encontra vedada a prática de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias enunciando de forma não taxativa um conjunto de atos abrangidos pela proibição de valorização e de outros acréscimos remuneratórios, onde se inclui, na alínea b), a proibição de atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de

⁷⁴ A título de exemplo a ARS Alentejo contratualizou carteiras adicionais de serviço em 2011 para alargamento de horário e para alargamento da lista de utentes.

⁷⁵ Situação que merece a devido censura, uma vez que o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF (vd. art.º 6.º e a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro), define grupos de risco (adolescentes e jovens) e prestação de cuidados prioritários (saúde escolar, saúde oral, ocupacional e cuidados continuados integrados) que nem sempre estão presentes na contratualização de carteiras adicionais, em especial na ARS do Alentejo onde foram contratualizadas em 2011 e 2012 metas em carteira adicional para alargamento de listas de utentes, de horários e de atendimento telefónico.

⁷⁶ A Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, que estabelece o regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, determinou no seu artigo 112.º, uma revisão dos suplementos remuneratórios, prevendo a sua manutenção, a sua integração, total ou parcial na remuneração base ou a cessação do seu pagamento, situação que nos casos em apreço, carreira médica e de enfermagem ainda não ocorreu.



natureza afim⁷⁷, proibição que se manteve por força da aplicação das Leis do Orçamento do Estado para 2012 e 2013⁷⁸.

A remuneração na Administração Pública associada ao desempenho teve as primeiras experiências⁷⁹, em 1998, pela aplicação do Regime Remuneratório Experimental (RRE) a médicos de clínica geral⁸⁰ cujo modelo foi transposto para os atuais normativos de organização e de funcionamento das USF⁸¹, estendendo também aos enfermeiros e administrativos, inseridos em USF modelo B, a possibilidade de integrar na remuneração a componente de compensações pelo desempenho.

O diploma que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF - Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto - em especial o capítulo VII, aplicável específica e exclusivamente a médicos, enfermeiros e pessoal administrativo inseridos em USF modelo B, estabelece⁸², que a respetiva remuneração integra três componentes: *i)* remuneração base, *ii)* suplementos e *iii)* compensações pelo desempenho. A componente compensações pelo desempenho ficou legalmente prevista no contexto de uma USF modelo B, antes mesmo da previsão legal, a aplicar aos restantes trabalhadores que exercem funções públicas, instituída no sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na administração pública⁸³ (SIADAP) e na Lei que estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e remunerações⁸⁴ (LVCR) dos trabalhadores que exercem funções públicas. Esta Lei estabeleceu que os prémios de desempenho passassem a constituir uma componente remuneratória dos trabalhadores da administração pública, para além da remuneração base e dos suplementos remuneratórios, definindo as condições de atribuição dos referidos prémios de desempenhos⁸⁵.

Apesar de a ARS do Norte ter questionado o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 2011⁸⁶, sobre a *“(Não) Aplicabilidade da al. b) do n.º 2 do art.º 24.º da LOE para 2011 à componente “compensação pelo desempenho”* e, posteriormente, em 2012, também à ACSS, sobre o mesmo assunto, não obteve respostas. A ACSS, além de não ter respondido, também não emitiu qualquer orientação a esta ARS ou às restantes. Por sua vez, a Direção-Geral da Administração e do Emprego Público -DGAEP- do Ministério das Finanças, informou⁸⁷ que *“(…) No que especificamente concerne à problemática suscitada quanto à atribuição de compensações pelo desempenho aos profissionais inseridos nas unidades de saúde familiar (USF), modelo B, informo que não houve qualquer tomada de posição ou orientação transmitida por esta direção-geral, uma vez que a questão não nos terá sido colocada.”*

a) Pessoal de enfermagem e assistentes técnicos

Contrariamente aos enfermeiros e assistentes inseridos em USF modelo A, a remuneração mensal destes profissionais inseridos em USF modelo B⁸⁸ integra, para além de suplementos, a possibilidade de auferirem compensações pelo desempenho, associadas à atribuição de incentivos financeiros. A Portaria n.º 301/2008, de 8 de abril que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, dispõe no n.º 1 do art.º 3º, que os

⁷⁷ Este regime proibitivo tem natureza imperativa e prevalece sobre *“(…) quaisquer outras normas legais ou convencionais, especiais ou excecionais, em contrário não podendo ser afastado ou modificado pelas mesmas”*, de acordo com o n.º 16º do referido dispositivo legal.

⁷⁸ Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, cujo art.º 24.º se mantém em vigor na LOE para 2012 pelo n.º 1 do art.º 20º da Lei n.º 64-B/2011 de 30 de dezembro e na LOE para 2013, pelo art.º 35º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro.

⁷⁹ Cfr. Relatório da Comissão de revisão do sistema de carreiras e remunerações da administração pública publicado em 2006.

⁸⁰ Estabelecido no Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio.

⁸¹ Através do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

⁸² Respetivamente nos art.º 28.º, 31º e 33º.

⁸³ Aprovado pela Lei n.º 66-B/2007 de 28 de dezembro.

⁸⁴ Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro.

⁸⁵ O art.º 76.º da LVCR admite a possibilidade de existência de outros mecanismos remuneratórios para compensação pelo desempenho uma vez que por lei, no caso de relações jurídicas de emprego público constituídas por contrato ou acordo coletivo de trabalho podem ser criados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa podendo ser afastada a aplicação dos parâmetros definidos na LVCR e substituído por outro modelo de compensação pelo desempenho.

⁸⁶ Vd. Ofício remetido pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARSN, de 01 de fevereiro de 2011, Ref. DGAG/UAG.

⁸⁷ Vd. Ofício n.º 002513, de 4 de outubro de 2013.

⁸⁸ De acordo com o estabelecido no Decreto-Lei n.º 298/2007, n.º 4 dos art.º 31º e 33º.



incentivos financeiros são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo (atualmente assistentes técnicos) em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional e que estes incentivos, conforme expressamente menciona “detêm a natureza de prémios de desempenho”.

Face ao estabelecido no regime jurídico de organização e funcionamento das USF e às evidências recolhidas na auditoria conclui-se que o apuramento dos incentivos financeiros tem por base:

- i. Objetivos e metas contratualizadas⁸⁹ de desempenho⁹⁰;
- ii. Indicadores de desempenho, relacionados com atividades decorrentes de vigilância de uma determinada população alvo⁹¹;
- iii. Métrica⁹² de avaliação⁹³ das metas contratualizadas;
- iv. A avaliação *a posteriori* do desempenho assistencial através da verificação dos sistemas de informação criados para o efeito⁹⁴;
- v. *Feedback* através da atribuição individual da compensação pelo desempenho⁹⁵.

Deste modo, a componente remuneratória compensações pelo desempenho, paga a enfermeiros e assistentes integrados em USF modelo B, decorrente da atribuição de incentivos financeiros configura um autêntico prémio de desempenho, com fundamento legal no n.º 3 do art.º 38.º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto e na Portaria n.º 301/2008, de 8 de abril⁹⁶, que aliás lhes atribui expressamente essa natureza⁹⁷.

Não obstante a alteração literal ocorrida quanto à designação da natureza atribuída aos ditos incentivos por via da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro⁹⁸, a natureza de prémio de desempenho mantém-se. Apesar da eliminação da expressão “*prémios de desempenho*”, prevista no n.º 1, do art.º 3º, *in fine*, da Portaria ora alterada, e sua substituição pela expressão “(...) *como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF*”, os incentivos financeiros acima descritos mantêm-se como prémio de desempenho, dado que o processo e os critérios da sua atribuição se mantêm inalterados, sendo os mesmos atribuídos em relação aos resultados obtidos⁹⁹, pelo que nada de substancial foi alterado pela nova redação.

Aliás, questionado o Ministério das Finanças, o mesmo suportou a resposta num parecer da DGAEP¹⁰⁰, que salienta que “(...) *a distinção entre suplemento remuneratório e prémio de desempenho (...) fundamenta-se essencialmente na circunstância de o suplemento visar remunerar ónus (ex. trabalho acrescido) enquanto os sistemas de recompensa pelo desempenho dependem de avaliação de resultados obtidos (ex: de qualidade, eficiência).*”

⁸⁹ Cf. n.º 2 do art.º 3.º da Portaria n.º 301/2008, de 8 de abril.

⁹⁰ A título de exemplo refere-se a taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar - indicador 3.22M.

⁹¹ Cf. n.º 2 do art.º 3.º da Portaria n.º 301/2008, de 8 de abril. Nomeadamente mulheres em planeamento familiar, grávidas, de vigilância de crianças, do nascimento até ao segundo ano de vida, de diabéticos e hipertensos.

⁹² Cf. Anexo II da referida Portaria n.º 301/2008, de 8 de abril.

⁹³ O valor dos incentivos é atribuído a 100% nos casos que se verifique o cumprimento de 17 indicadores de desempenho (2 pontos*17 indicadores=34 pontos, pontuação máxima ou [100%= 34 pontos-90%=30 pontos]. O valor dos incentivos é atribuído a 50% nos casos que se verifique o cumprimento de 17 indicadores de desempenho contratualizados (2*17=34 pontos, pontuação máxima ou [100%= 34 pontos-75%=25 pontos]. Attingido - 2 pontos - indicador > 90%; Quase attingido - 1 ponto - indicador [80%-90%]; Não attingido - 0 pontos - indicador <80%.

⁹⁴ Cf. art.º 4.º da Portaria n.º 301/2008, de 8 de abril.

⁹⁵ Cf. art.º 5.º da Portaria n.º 301/2008, de 8 de abril.

⁹⁶ Regula os critérios e as condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram.

⁹⁷ Cf. n.º 1 do art.º 3º.

⁹⁸ Que altera a Portaria que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros - Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril.

⁹⁹ Objetivos e metas contratualizadas de desempenho, indicadores de desempenho, métrica de avaliação, avaliação *a posteriori* do mesmo e *feedback* através da atribuição da compensação pelo desempenho previstos no Capítulo IV e nos pontos 1 e 2 do Anexo II da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril.

¹⁰⁰ Informação n.º 263/DGAEP/DRJE, de 16.01.2014.



Sobre esta matéria, acrescenta ainda a DGAEP, em resposta¹⁰¹ a um pedido de esclarecimento posterior, que “(...) esta alteração não tem, por si só, a virtualidade de modificar a natureza de prémio de desempenho atribuída pela Portaria n.º 301/2008 (...)”.

Por outro lado, o Ministério da Saúde pronunciou-se no sentido de considerar estes incentivos financeiros como suplementos remuneratórios, não obstante a referida alteração literal da designação atribuída aos incentivos financeiros, ter sido efetuada através de uma Portaria conjunta dos Ministérios das Finanças e da Saúde.

b) Pessoal médico

A remuneração mensal dos médicos inseridos em USF modelo B, contrariamente aos mesmos profissionais inseridos em USF modelo A, integra, para além de suplementos, a possibilidade de auferir compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas¹⁰².

A determinação dos valores desta compensação tem por base a contratualização anual, mediante carta de compromisso, e respeita à vigilância de utentes vulneráveis e de risco.

O regime jurídico de organização e funcionamento das USF estabelece a determinação dos valores desta compensação pelo desempenho tendo por base:

- i. A concretização de metas contratualizadas referentes a atividades decorrentes de vigilância a determinada população alvo através da ponderação¹⁰³ de cada unidade contratualizada¹⁰⁴ para a vigilância de utente em planeamento familiar, de gravidez, de criança, de hipertenso, de diabético.
- ii. O cumprimento de objetivos quantificados, com indicadores de parâmetros mínimos de produtividade e de qualidade, contratualizados, de acordo com a aplicação de uma métrica previamente definida (unidades contratualizadas) e da avaliação de desempenho através dos registos constantes nos sistemas de informação existentes nas USF e nas ARS, que permitem a medição das atividades específicas realizadas¹⁰⁵.

Assim, apesar de se considerar que as compensações pelo desempenho decorrentes de atividades específicas detêm alguns atributos próprios de prémios de desempenho¹⁰⁶, no entanto, pelas características que a seguir se enunciam¹⁰⁷, quando operacionalizadas, estas compensações revelam afinidades com a natureza jurídica dos suplementos remuneratórios, designadamente:

- O pagamento mensal¹⁰⁸ não depender de prévia avaliação dos resultados obtidos. A avaliação de resultados, ainda que posterior ao pagamento, é um fator determinante da compensação pelo desempenho podendo a sua ausência pôr em causa a natureza de prémio de desempenho e a transparência do sistema.

¹⁰¹ Cf. Fax 474 de 30.01.2014.

¹⁰² De acordo com o estabelecido no art.º 28º do Decreto-Lei n.º 298/2007.

¹⁰³ Uma unidade para a vigilância em planeamento familiar, duas unidades para vigilância de hipertenso, três unidades para vigilância de criança no 2º ano de vida, quatro unidades para vigilância de diabético, sete unidades para vigilância de criança no 1º ano de vida, oito unidades para vigilância de gravidez.

¹⁰⁴ Unidade contratualizada está associada ao aumento de 55 unidades ponderadas da dimensão mínima da lista de utentes do médico e corresponde a 130€.

¹⁰⁵ Nos termos das normas para o cálculo das remunerações dos profissionais das USF homologadas por despacho do Secretário de Estado da Saúde de 23 de abril de 2008 e por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 11 de abril de 2011.

¹⁰⁶ Tal como se encontra institucionalizado para os restantes trabalhadores da administração pública através do estabelecido na LVCR e no SIADAP.

¹⁰⁷ Determinadas no n.º 6 a 8 do art.º 28.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

¹⁰⁸ Note-se que este abono é considerado para efeitos de subsídios de férias e de Natal, de aposentação ou reforma e para efeitos de abono do exercício perdido em virtude de faltas por doença ou proteção social na eventualidade de doença, consequências, por norma, associadas a remunerações certas e permanentes.



- A inexistência de definição do grau de cumprimento das metas contratualizadas e a identificação de critérios de superação¹⁰⁹, de promoção do mérito e da excelência¹¹⁰, ausências que podem pôr em causa a natureza de prémio de desempenho.
- A sua forte associação, em termos de variação ao longo do tempo, ao suplemento remuneratório pago, mensalmente, aos profissionais médicos que integram USF modelo B, associado ao **aumento das unidades ponderadas da lista de inscritos** (cf. Gráfico 17).

O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratório.

Esta componente remuneratória, de contornos ambíguos e indefinidos, atribuída apenas aos médicos integrados em USF modelo B, revela falta de coerência e de transparência nas condições de atribuição (cf. pontos 3.3.2 e 3.3.3), processamento e de pagamento, além das inerentes dificuldades de verificação do cumprimento das condições de atribuição e da falta de equidade face a outros profissionais com idêntica carreira, categoria, ou cargo, que não podem prescindir do ónus de qualidade nos cuidados de saúde que prestam a utentes do SNS.

Na prática, mesmo em tempo de restrições orçamentais, o pagamento destas compensações tem constituído um aumento salarial destes profissionais que exercem funções nas USF modelo B, proporcionando-lhes um benefício objetivo face a outros profissionais com idêntica carreira, categoria, ou cargo, que desempenham funções nas USF modelo A, e também evidencia assimetrias significativas face às remunerações auferidas pelos profissionais médicos que também exercem funções públicas nas UCSP ao prestarem cuidados de saúde aos utentes, de condição igual, no SNS.

O quadro seguinte apresenta os montantes dos pagamentos efetuados pelas ARS, em 2011, 2012 e 2013, com as componentes compensações pelo desempenho (incentivos financeiros) a profissionais da carreira de enfermagem e assistentes inseridos nas USF de modelo B.

Quadro 18 – Incentivos financeiros abonados a profissionais de USF modelo B

Componente Carreira	Incentivo Financeiro					
	Enfermagem			Assistente		
ARS	2011	2012	2013	2011	2012	2013
ARSN	931.991 €	1.537.865 €	1.869.729 €	237.772 €	406.815 €	470.061 €
ARSLVT	434.729 €	776.002 €	975.947 €	111.885 €	194.156 €	253.073 €
ARSC	216.017 €	256.025 €	292.524 €	52.708 €	62.567 €	70.423 €
ARS Alentejo*	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ARS Algarve	0 €	9.000 €	52.200 €	0 €	2.875 €	16.100 €
total	4.161.629 €	2.578.892 €	3.190.400 €	1.068.778 €	1.068.778 €	1.621.327 €
						9.230.465 €

Fonte: De acordo com os dados reportados pelos CD das ARS, os valores referentes a incentivos financeiros pagos em 2011 (sem redução) relativos à atividade de 2010 e os incentivos pagos (com redução) em 2012 e 2013 relativos à atividade de 2011 e 2012, respetivamente.

*Obs. Os valores de incentivos referentes à atividade desenvolvida em 2012 foram pagos no mês de janeiro de 2014, em virtude da suspensão do pagamento em 2013.

¹⁰⁹ Contrariamente ao conceito de prémio de desempenho desenvolvido no âmbito do SIADAP e dos parâmetros de avaliação dos enfermeiros e assistentes que serve de base ao pagamento de incentivos financeiros.

¹¹⁰ A ausência de requisitos desta natureza poderá ficar a dever-se sobretudo ao carácter pioneiro e precursor da figura jurídica de compensações pelo desempenho enquanto componente da remuneração de médicos de clínica geral, através do regime remuneratório experimental estabelecido no Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio e do diploma que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.



Sobre a aplicação das normas das LEO ao regime remuneratório dos profissionais inseridos em USF de modelo B, pronunciaram-se o Ministro da Saúde, a Ministra de Estado e das Finanças, o Presidente da ACSS, IP, os atuais e os ex-membros dos Conselhos Diretivos das ARS do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Algarve, o atual Presidente do Conselho Diretivo da ARS do Alentejo, IP, a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte.

Refira-se que as alegações apresentadas, individual ou coletivamente, pelos atuais membros e ex-membros dos Conselhos Diretivos das ARS, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, e do atual Presidente do Alentejo, são, na generalidade, do mesmo teor. Relativamente às alegações das restantes entidades que sobre este ponto se pronunciaram e dos atuais e ex-membros do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, cujos argumentos aduzidos são de teor diferentes, não obstante essa circunstância, e por se tratar da mesma matéria de direito e de facto, proceder-se-á a uma única análise.

Antes porém, importará afirmar que em passagem alguma do relato submetido a contraditório se conclui que o artigo 24º da LOE para 2011, bem como as normas similares constantes das LOE dos anos seguintes, ao vedarem a prática de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, isto é prémios de desempenho ou quaisquer acréscimos de natureza afim, tiveram por objetivo revogar a estrutura remuneratória dos profissionais das USF, tal como dispõe o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Pelo contrário, apenas se concluiu que, durante a vigência das referidas Leis do OE, se encontra vedado o pagamento de prémios de desempenho, independentemente da forma de designação ou de atribuição de prémios de desempenho ou de quaisquer outras componentes remuneratórias que, em substância, sejam idênticos ou análogos. E, tanto é assim, que tais disposições da LOE não interferem com qualquer outro tipo de reconhecimento de resultados que premeie a motivação e o esforço, desde que não sejam incentivos financeiros.

Quanto às eventuais reservas sobre a manutenção de avaliação do desempenho por objetivos, salienta-se que da análise efetuada ao desempenho das unidades funcionais não se retira qualquer conclusão no sentido de suprir essa forma da avaliação, antes, porém se criticam os aspetos que eventualmente, prejudicam a coerência do modelo, rigor, avaliação, transparência e equidade.

Nunca é demais lembrar que a motivação dos trabalhadores incluindo os da Administração Pública pode ser incentivada com outros prémios que não os financeiros, designadamente “pela satisfação de algumas das suas aspirações, tais como, desenvolvimento de competências, melhores equipamentos e recursos de trabalho” - *vide* Madureira, César e Rodrigues, Miguel (2011). Para estes autores “tendo em conta que a motivação nos trabalhadores se constitui como essencial para um bom desempenho e um maior envolvimento organizacional, deveria equacionar-se a utilização de um sistema de avaliação que não corra o risco de provocar sentimentos de injustiça nos avaliados e em que os incentivos ao bom desempenho possam ser de natureza diversa e não apenas financeira.”¹¹¹

O Tribunal de Contas tem, por diversas vezes, reconhecido o modelo de gestão por objetivos, formulando mesmo, nesse sentido, algumas recomendações¹¹².

O Ministro da saúde acompanha as alegações apresentadas pelas cinco ARS e que reiteram que a compensação pelo desempenho dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos assume a natureza de suplemento remuneratório, porque decorre das particulares condições de serviço prestado, mais exigentes, em virtude do exercício das funções estar associado a uma carteira de serviços previamente contratualizada. Além disso, os alegantes argumentam ainda que se tratam de incentivos e compensações intimamente relacionadas com a produtividade da equipa multiprofissional em que se

¹¹¹ Neste sentido, entre outros, Madureira, César e Rodrigues, Miguel (2011) in “Avaliação do desempenho individual no contexto da Administração Pública Portuguesa”, Iº Encontro Internacional do Trabalho, Organizações e Profissões, faculdade de Letras da Universidade do Porto

¹¹² Cfr. Relatório n.º 17/2011-2.ªS - Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE; Relatório n.º 26/2012-2ª S. - Relatório de Auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica das unidades hospitalares do SNS.



inserir e não como desempenho individual, esse sim, abrangido pelas normas do SIADAP¹¹³ e com o pagamento do prémio de desempenho impedido pela LOE.

Sobre as dúvidas quanto à legalidade do pagamento de incentivos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inserido nas USF de modelo B, as alegações apresentadas assentam sobre os seguintes argumentos:

- i. Hierarquia das normas na relação entre a LOE e o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto – regime jurídico de organização e funcionamento das USF, enquadrada nas questões relativas à matéria da competência concorrential entre ao Governo e a Assembleia da República;
- ii. Prémios de desempenho previstos na LOE são os que se encontram previstos no Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP) e não os incentivos previstos no regime remuneratório especial dos profissionais inseridos nas USF de modelo B;
- iii. Os incentivos atribuídos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos das USF modelo B não são prémios de desempenho, mas sim suplementos remuneratórios, não sujeitos à proibição prevista nas disposições das LOE;
- iv. O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, que não é revogado pela LOE;
- v. Afastamento da responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória.

Argumentam os alegantes, referindo-se às Leis do Orçamento de Estado, que “ (...) *as normas em causa se encontram inseridas em leis de valor reforçado – no caso, aprovadas pela Assembleia da República -, embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo. Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161.º, alíneas c) e g), e 198.º, n.º 1 alínea a), todos da CRP. Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.*”

Estas alegações não colhem, visto que só faz sentido referirem-se as leis de valor reforçado¹¹⁴ quando esteja em causa a relação de dois atos legislativos que apresentam o mesmo valor, o que não sucede no caso do Orçamento do Estado e do Decreto-Lei que aprova a organização e funcionamento das USF – Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto - e, ainda, os Orçamentos de Serviços e Fundos Autónomos. Para se estabelecer a relação entre dois diplomas com esta natureza não será necessário o recurso à figura da lei de valor reforçado, mas à mera aplicação do princípio da primazia ou prevalência da lei.

Ainda assim, esta qualificação não deixa de ser feita, em relação ao Orçamento do Estado, por força da conjugação dos art.º 106.º, n.º 1 e 112.º, n.º 3, da CRP. Acresce referir que do art.º 106.º resulta o imperativo de concordância do Orçamento do Estado com a Lei de Enquadramento Orçamental¹¹⁵.

A Lei de Orçamento do Estado como espécie de leis reforçadas em sentido restrito, defende Jorge Miranda, nos termos do qual “A qualificação de uma Lei como reforçada não depende da qualificação que o legislador lhe confira. Depende da verificação dos requisitos constitucionalmente fixados, os quais têm que ver essencialmente com o objeto da lei, com as matérias sobre que versa, com a função que pretende exercer e, em alguns casos, complementarmente com o respetivo procedimento”.¹¹⁶

Mesmo que fosse necessário, sempre se poderia acrescentar que a LOE para 2011, estabelece a natureza imperativa do regime estabelecido no art.º 24.º ao instituir no seu número 16 que “ *O regime fixado no*

¹¹³ Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública.

¹¹⁴ A CRP estabelece no n.º 3 do art.º 112.º que “ Têm valor reforçado, além das leis orgânicas, as leis que carecem de aprovação por maioria de dois terços, bem como aquelas que, por força da Constituição, sejam pressuposto normativo necessário de outras leis ou que por outras devam ser respeitadas”.

¹¹⁵ Martins, Guilherme D' Oliveira (2009) in “A Lei de Enquadramento Orçamental”, ed. Almedina, Coimbra

¹¹⁶ Neto, Luisa (2003) In “ O Estado de Direito Democrático e as Leis de Valor Reforçado”, in Estudos em homenagem ao Professor Doutor Jorge Ribeiro de Faria, ed. Coimbra, Coimbra.



presente artigo tem natureza imperativa, prevalecendo sobre quaisquer outras normas legais ou convencionais, especiais ou excepcionais, em contrário, não podendo ser afastado ou modificado pelas mesmas”.

Quanto aos prémios de desempenho serem os que se encontram previstos no Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP) e não os incentivos previstos no Regime remuneratório especial dos profissionais inseridos nas USF de modelo B, vieram alegar que *“(…) prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos.”*

Também sobre a mesma matéria o Presidente da ACSS, IP veio referir que *“(…) em resultado das Leis do Orçamento do estado para 2011, 2012, 2013 bem como 2014, se encontrar expressamente vedada a “Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim”, não é líquido, salvo o devido respeito por diferente entendimento, que tal limitação abranja, também, a situação que aqui se ocupa, ou se apenas impede a atribuição de prémios de desempenho, nos termos previstos na Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, a qual não constitui, em termos concretos, um direito do trabalhador, antes dependendo da verificação de dois requisitos cumulativos – existir verba e decisão do dirigente máximo, o que não se verifica no caso das USF, em que a decisão em atribuir o correspondente incentivo não decorre do poder discricionário da Administração Pública, antes configurando um direito dos trabalhadores, em resultado da contratualização e do cumprimento dos objetivos contratualizados.”*

Referem, ainda, os alegantes que a expressão “incentivos” utilizada no diploma que estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos *“(…) é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação (…).”*

Ora, não se partilha a posição defendida, uma vez, e em primeiro lugar, toda a problemática sobre o sistema remuneratório legal e regulamentar instituído para os profissionais das USF trata exclusivamente de conceito jurídicos, designadamente no que atende à natureza técnico-jurídica da expressão “incentivos” utilizada no Decreto-Lei n.º DL 298/2007.

Aquele diploma institui categorias próprias designadas de “incentivos e compensações pelo desempenho”, sem exata correspondência com o que em termos gerais se estabelece para as componentes da remuneração (remuneração base, suplementos remuneratórios e prémios de desempenho)¹¹⁷, não traduzindo com a necessária clareza a *ratio* que justifica as referidas categorias. Por isso, se espera que as particularidades e especificidades deste regime sejam regulamentadas, designadamente através de Portaria ministerial ou, em complementaridade, confirmadas por despachos, orientações e esclarecimentos.

A propósito dos incentivos financeiros atribuídos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos das USF do modelo B, a Direção-Geral da Administração e do Emprego Público - DGAEP -, questionada no âmbito dos trabalhos de auditoria respondeu que *“(…) a distinção entre suplemento remuneratório e prémio de desempenho (...) fundamenta-se essencialmente na circunstância de o suplemento visar remunerar um ónus (...) enquanto os sistemas de recompensa de desempenho dependem de avaliação de resultados obtidos (...)”.*

Ora, esta posição, não só veio ao encontro da literatura sobre tema da gestão da remuneração¹¹⁸, como do que se já havia analisado e concluído no relato, tendo também merecido a concordância do Secretário de Estado da Administração Pública (Despacho n.º 299/2014, de 22 de janeiro de 2014) indiciando-se assim uma contradição entre a perspetiva que poderia ser atribuída ao Ministério de

¹¹⁷ Vg. Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, que estabelece o regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas e da Lei n.º 66-B/2007 de 28 de dezembro - Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

¹¹⁸ Veja-se, a título de exemplo, Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014.) “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa.



Estado e das Finanças e a perspetiva do Ministério da Saúde, após ambos os ministros terem subscrito a Portaria conjunta nº 377-A/2013, de 30 de dezembro.

Repare-se que estes incentivos financeiros reúnem as principais características de prémios de desempenho tal como se afere nos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27 de fevereiro (LVCR), designadamente por pressuporem uma retribuição pelo desempenho, em que as decisões de retribuição são contingentes. No caso dos enfermeiros e assistentes técnicos é necessário que a obtenção de resultados se traduza numa determinada pontuação, decorrente da realização anual dos 17 indicadores contratualizados.

Logo, o que existe, antes de mais é uma expectativa jurídica¹¹⁹ (fundada na lei, nos regulamentos e na contratualização)¹²⁰ e o direito a receber esta retribuição depende dos resultados que venham a ser obtidos nos indicadores. Assim, a existência desse direito depende dos factos geradores que dão origem à realização, ao longo do ano, dos objetivos que consistem no alcançar das metas estabelecidas pelos indicadores contratualizados, cuja validação antecede o pagamento no ano seguinte¹²¹.

Reitera-se, assim, a conclusão de que os pagamentos de incentivos financeiros aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, nos anos de 2010 e 2011, configuram autênticos prémios de desempenho.

Acresce, que os profissionais de enfermagem e assistentes técnicos adquiriram a perceção de que a hipótese de recebimento deste incentivo no ano seguinte depende da probabilidade de atingirem as metas em função do esforço, desencadeado pelo processo motivacional, que desenvolvem individualmente em equipa ao longo do ano, juntamente com os médicos.

A abordagem da remuneração das equipas pode ser feita através várias modalidades ou combinações de recompensas por meios financeiros ou não financeiros, seja através de incentivos ou várias fórmulas de prémios, seja da equipa, seja do contributo individual. Trata-se assim de uma retribuição variável, que é atribuída devido a realizações específicas e consiste numa retribuição de risco¹²². É este o racional dos prémios de desempenho, e este racional é indissociável do processo de atribuição das verbas pagas como prémios.

Note-se que, o Sistema Participativo¹²³ reconhece a motivação através de recompensas e do alcance dos objetivos estabelecidos conjuntamente (entre líderes e liderados onde existe confiança mutua, comunicação e trabalho cooperativo) e as pessoas sentem responsabilidade pelos objetivos da organização contrariamente ao sistema autoritário onde a motivação é caracterizada pela ameaça, as decisões são impostas aos subordinados e as responsabilidades centralizadas.

¹¹⁹ "(...) Daquele a favor de quem já começou a produzir-se um facto complexo, de formação sucessiva, donde há-de vir a resultar, quando concluído, um direito ou a sua atribuição. A expectativa jurídica caracteriza-se pela posição jurídica do sujeito que lhe pode permitir ser titular de um direito subjetivo." - Telles, I. Galvão "Expectativa jurídica - algumas notas" in O Direito, 1990, pp. 2.

Mais precisamente, "(...) Nos casos de aquisição dependente de facto complexo, embora o direito subjetivo não haja sido adquirido, existe já, uma situação preliminar, um embrião de direito; isso leva a norma jurídica a atribuir, por vezes, alguma proteção ao titular do interesse correspondente. Essa proteção consiste, em regra, na atribuição de meios de conservação dos bens a que o interesse se reporta, por forma a assegurar ao correspondente direito subjetivo, caso venha aa constituir-se e quando tal se verifique, conteúdo e valor prático efetivo. A esta situação de tutela de um ato em vias de constituição corresponde a expectativa jurídica; se a tutela não existir pode falar-se de expectativa de facto, mas não de direito. Só existe expectativa jurídica quando se verificou já um dos factos do ciclo complexo cuja total verificação depende da aquisição do direito subjetivo e, concorrendo com ele, existe alguma forma de tutela jurídica do interesse do futuro e eventual adquirente do direito.", Fernandes, Luis A. Carvalho, 1996, Teoria Geral do Direito Civil, Lex, pp.497.

¹²⁰ Vd. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Portaria nº 301/2008, de 18 de abril, posteriormente alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro.

¹²¹ Ou seja, sob condição da observância dos critérios de atribuição de incentivos financeiros para a produção de efeitos, não por vontade das partes, mas por exigência da lei.

¹²² Cfr, Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), "A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração", ed. Piaget, Lisboa, [21] - "A retribuição variável é o pagamento em dinheiro a indivíduos sob a forma de retribuição ou prémios pelo desempenho com base no seu próprio desempenho ou no da sua equipa ou organização".

¹²³ Likert, Rensis (1967), "The Human Organization", New York, US: Macgraw-Hill.



De acordo com a Escola da Gestão do Desempenho¹²⁴ a avaliação do desempenho não contribui apenas como instrumento de notação passado e individual mas contribui para a valorização do desempenho futuro e da organização.

Por seu lado, o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública (SIADAP) já previa, na sua versão inicial (Lei n.º 10/2004 de 22 de Março), para além da avaliação individual, a avaliação de serviços, ainda que, a avaliação do desempenho individual se tenha revelado, desde sempre, como o método mais instrumentalizado¹²⁵. Os prémios de desempenho previstos no SIADAP são-no nos termos e condições dos art.ºs 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro (Lei de Vínculos Carreiras e Remunerações-LVCR), que aliás, prevê no seu art.º 76.º, a existência de outros sistemas de recompensa do desempenho a atribuir a trabalhadores, designadamente em função de resultados obtidos em equipa.

No caso em apreço os incentivos financeiros atribuídos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, são gerados pelo trabalho de equipa, uma vez que estes profissionais são incentivados para adotarem um comportamento cooperativo, na expectativa¹²⁶ de virem a receber a parte que lhes será individualmente atribuída em função do reconhecimento *post hoc* da realização de objetivos previamente contratualizados.

Efetivamente, vêm os alegantes reconhecer que “(...) o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011 (...)” E, ainda, a propósito da mesma questão acrescentam que a “(...) Portaria n.º 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3.º, n.º 1, alterado pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, (...) revogando, assim, de modo expresse, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP)”, argumentos com os quais não se pode concordar.

Conforme mencionado no texto do relatório, e apesar da modificação literal operada, a manutenção da caracterização essencial de prémio do desempenho mantém-se inalterada, ou seja, o modo e os critérios de atribuição de incentivos definidos na Portaria n.º 301/2008 e mantidos pela Portaria n.º 377-A/2013, correspondem, em substância e na forma, ao conceito de prémio de desempenho independentemente quer da designação formal que lhe seja reconhecida quer da supressão da expressão “prémios de desempenho” da letra da Lei.

Aliás, se não existissem dúvidas sobre a produção dos efeitos decorrentes da aplicabilidade do regime previsto da Portaria n.º 301/2008 face à LOE, não teria havido a premência de aprovar em 30 de dezembro a Portaria n.º 377-A/2013, com o intuito, não só, de assegurar o pagamento dos incentivos respeitantes a 2012, mas também, com a finalidade de reparar eventuais dúvidas que se colocassem ao pagamento anteriormente realizado relativo aos incentivos de 2010 e 2011¹²⁷.

Assim, não obstante a alteração literal ocorrida quanto à designação da natureza atribuída aos ditos incentivos por via da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, a natureza de prémio

¹²⁴ Schneier, Craig E.; Beatty, Richard W.; Baird, Lloyd S. (1986) in “Creating a performance management system” - Training & Development Journal, Vol. 40(5).

¹²⁵ A nova versão do SIADAP (Lei n.º 66-B/2007 de 28 de Dezembro) operacionalizou o conceito de avaliação integrada através da introdução de métodos de avaliação dos trabalhadores, dirigentes e serviços com a introdução de subsistemas de avaliação 1, 2 e 3 (de serviços, (Título II), de dirigentes (Título III) e de trabalhadores (Título IV) promovendo a melhoria do desempenho integral da organização e dos seus trabalhadores.

¹²⁶ Ver Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [6];

¹²⁷ No final de 2013, o pagamento dos incentivos financeiros a profissionais das USF esteve suspenso, por determinação do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde “até ao esclarecimento desta matéria por parte do Ministério das Finanças”. A suspensão do pagamento foi cessada através de comunicação de 2 de janeiro de 2014, “atentos os esclarecimentos obtidos e atenta a publicação da Portaria 377-A/2013, de 30 de dezembro”. Cf. Anexo II.



de desempenho mantém-se, dado que o processo e os critérios da sua atribuição se mantêm inalterados, mantendo-se o seu carácter contingente¹²⁸, isto é, prémios cujo pagamento depende da verificação *post hoc* das metas pré-estabelecidas.

Porém o Ministério da Saúde também alegou que “A melhoria da coordenação dos cuidados de saúde primários passa pelo aumento do número das Unidades de Saúde Familiares (USF) contratualizadas com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), continuando a recorrer a uma combinação de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho”. Mas, face à referida Portaria conjunta aprovada no final do ano de 2013, acabou-se por reduzir todos os pagamentos até ai existentes a suplementos remuneratórios, equiparando assim todos profissionais das USF (modelo B). Deste modo, não se alcança qual a “combinação de pagamento de salários e pagamentos baseados no desempenho” que resta no modelo doravante assente na Portaria n.º n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, dado que os suplementos remuneratórios se relacionam com o ónus, ou melhor com as especiais condições em que o serviço é prestado ao contrário dos prémios, por natureza contingentes, uma vez que se relacionam com a motivação e esforço aplicados para alcançar metas e resultados, que depois de verificados, conferem ou não um direito a um pagamento.

Por outro lado, invocam ainda os alegantes que a distinção entre “(...) o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados)”, acentuando que na “(...) definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.”

Existe distinção no modo de retribuição das atividades passíveis de integrar compensações pelo desempenho entre os diferentes grupos profissionais (médicos, por um lado e enfermeiros e assistentes técnicos, por outro), que se refletem no seu modo de processamento e de pagamento, marcando, assim, a diferença.

Refira-se que também o Código do Trabalho¹²⁹, no art.º 258.º vem estabelecer, o modo de pagamento como alicerce para incluir uma prestação remuneratória no conceito de retribuição em sentido estrito a qual compreende a retribuição base e outras prestações regulares e periódicas feitas, direta ou indiretamente, em dinheiro ou em espécie. Por sua vez o n.º 1, alínea c) do art.º 260.º vem excluir do conceito de remuneração, as prestações decorrentes de factos relacionados com o desempenho ou mérito profissionais, cujo pagamento, nos períodos de referência respetivos, não esteja antecipadamente garantido (situação dos prémios de desempenho atribuídos aos enfermeiros e assistentes) e no n.º 2, alínea c), do mesmo artigo, vem excluir deste âmbito as prestações relacionadas com os resultados obtidos pela empresa quando, quer no respetivo título atributivo quer pela sua atribuição regular e permanente, revistam carácter estável, independentemente da variabilidade do seu montante (situação mais próxima às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos).

Efetivamente, o modo de cálculo, de atribuição e de pagamento não traduz uma questão formal ou meramente processual, antes materializa as características dos prémios de desempenho. No caso dos profissionais de enfermagem e assistentes administrativos a retribuição da motivação só acontece após a realização dos resultados ou melhor, o pagamento verifica-se *a posteriori*, no ano seguinte, a partir da validação da pontuação obtida com a realização, ao longo do ano anterior, dos indicadores contratualizados.

¹²⁸ Ver Armstrong, Michael & Murlis, Helen, (2014), “A gestão da Remuneração- Manual de Estratégia, Práticas da Remuneração”, ed. Piaget, Lisboa, [21; 22];

¹²⁹ Aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro e alterado pela Lei n.º 105/2009, de 14 de setembro, Lei n.º 53/2011 de 14 de outubro, Lei n.º 23/2012, de 25 de junho, Lei n.º 47/2012, de 29 de agosto, Lei n.º 69/2013, de 30 de agosto e Lei n.º 27/2014 de 8 de maio.



Aliás, denuncia-se a fragilidade deste argumento quando os alegantes, eventualmente por confusão, vêm ressaltar que “ (...) sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneraram o desempenho -, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.” Além, de não corresponder com o conhecimento da correta distinção entre suplementos e prémios de desempenho, tal poderá significar que, caso se alterasse o modo de processamento e pagamento destas compensações introduzindo-se a contingência, o sistema remuneratório dos profissionais das USF do modelo B tornar-se-ia mais equitativo e justo.

Já no que respeita ao que se alegou no sentido de que “O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrencial entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República (...)” acrescentam que “(...) não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido”.

Também esta posição não colhe, visto que o regime remuneratório associado aos profissionais integrados em USF não consubstancia um regime remuneratório específico dado que a estrutura remuneratória dos profissionais das USF, definida no Cap. VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto é estruturalmente igual ao sistema remuneratório dos médicos, enfermeiros e assistentes, dado que também para estas carreiras se encontram previstas três componentes remuneratórias – remuneração base, suplementos e prémios de desempenho.

A estrutura remuneratória dos profissionais das USF definido no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, mantém-se em vigor ainda que com a aplicação das Leis do Orçamento do Estado.

Por outro lado o regime especial da carreira dos médicos e dos enfermeiros, esse sim, constitui norma especial em relação à norma geral que consubstancia os regimes gerais dos profissionais da Administração Pública e, nessa medida, não poderia ser revogada, ainda que tacitamente, por norma posterior de caráter geral, situação que, aliás, em nenhum momento do relato submetido a contraditório se defendeu.

Deste modo, a estrutura remuneratória dos profissionais das USF de modelo B, definido no Decreto-Lei n.º 298/2007, mantém-se em vigor, ainda que, em virtude da aplicação das Leis do Orçamento do Estado, se encontrem temporariamente suspensos na sua eficácia quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias subsequentes à atribuição de prémios de desempenho ou outros de natureza afim.

Os membros dos Conselhos Diretivos da Administração Regional de Saúde do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve, em exercício de funções nas gerências de 2011¹³⁰ e 2012, que autorizaram a despesa com a atribuição de incentivos financeiros (prémios de desempenho) aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, nos termos do disposto no n.º 4 dos art.ºs 31º e 33º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, inseridos em USF de modelo B, em violação do disposto na alínea b), do n.º 2, do art.º 24º, da Lei n.º 55-A/ 2010, de 31 de dezembro (LOE para 2011), do n.º 1, do art.º 20º, da Lei n.º 64-B/2011 de 30 de dezembro (LOE para 2012), podiam incorrer em eventual responsabilidade financeira, designadamente por infrações financeiras reintegratórias e sancionatórias.

Sobre a dúvida quanto à legalidade dos pagamentos dos incentivos financeiros aos profissionais de enfermagem e assistentes e eventuais responsabilidades financeiras, os ex-membros do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, pronunciaram-se, em sede de contraditório invocando que “(...) quando

¹³⁰ Ainda que respeitem a atividade desenvolvida em ano anterior ao pagamento, situação diferente da posição alegadamente defendida e assumida pelo Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, datado de 1 de março de 2011, segundo comunicação eletrónica do vogal da ACSS, em 21.01.2012, dirigida aos presidentes das ARS ao ter considerado que “Os pagamentos efetuados em 2011 relativos a prestações pecuniárias cujo direito foi adquirido em 2010 não devem ser considerados para efeitos da redução salarial prevista no artigo 19.º da Lei n.º 55-A/2010.”



confrontados com os dispositivos legais, residia a dúvida em saber se os incentivos pagos ao abrigo do regime jurídico das USF estariam ou não, sob o alcance de norma proibitiva daquele diploma orçamental.

Perante o surgimento desta dúvida, com o intuito de cumprimento de todas as disposições legais aplicáveis e adotando uma gestão baseada no princípio da precaução e prudência, o CD 2011 decidiu questionar a Tutela uma vez que ambos os diplomas legais têm base e foram concebidos pelo Governo, para agir em conformidade. Assim no dia 1 de Fevereiro de 2011, foi enviado ofício (...) para o Exmo. Senhor Chefe de Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a solicitar esclarecimentos sobre esta matéria, i.e., a aplicabilidade ou não da LOE a estas remunerações das USF.

Enquanto o CD 2011 esteve em funções (...) a ARS Norte, IP, não obteve qualquer resposta ao ofício enviado. Por esse motivo o CD 2011 decidiu continuar com o processo de avaliação das USF, visto tratar-se de questões referentes ao ano de 2010, não tomando nenhuma decisão no sentido de autorização dos pagamentos em causa, até que obtivesse esclarecimentos superiores sobre a respetiva legalidade."

Do conteúdo das alegações ora apresentadas, convém salientar o facto de os ex-membros do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, responsáveis pela gerência entre 1 de janeiro e 7 de outubro de 2011, terem procedido de forma cautelosa ao procurarem junto da Tutela orientações/esclarecimentos para procederem em conformidade legal. Na ausência dos esclarecimentos, diligenciaram todo o decurso do processo de avaliação do desempenho das USF de modelo B, com vista à decisão de atribuição de incentivos financeiros aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos e respetivo procedimento de autorização de despesa e de pagamento.

Pelo facto de ter ocorrido substituição dos responsáveis da ARS Norte, IP (em 8 de outubro de 2011), os atos de autorização da despesa e respetivo pagamento foram praticados pelos atuais membros do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP. Assim, e não obstante a participação nos atos preparatórios que conduziram a autorização da despesa e consequente pagamento, conclui-se que ex-membros do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, responsáveis pela gerência entre 1 de janeiro e 7 de outubro de 2011, agiram, na prossecução das suas atribuições, com prudência, precaução e diligência que lhe era exigida-

Também se pronunciaram os ex-membros do Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP, defendendo, em síntese, que "(...) Os encargos com este tipo de remunerações desde sempre que têm sido incluídos nos orçamentos anuais e mereceram aprovação dos membros do governo competentes;

A metodologia de contratualização para os Cuidados de Saúde Primários, anualmente aprovada pelo Secretário de Estado da Saúde, sempre tem estabelecido as métricas de avaliação do desempenho para efeitos de atribuição de incentivos às USF modelo B e respectivas regras de pagamento.

(...) Em nosso entender, os mencionados Incentivos Financeiros constituem uma componente da remuneração dos profissionais que integram as USF modelo B, estabelecida no regime remuneratório especial legalmente instituído para este universo de profissionais, e não constituem um prémio de desempenho que se traduza numa valorização remuneratória na acepção do art.º 24º da lei do OE".

O argumento de que "(...) as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos (...)" e que por essa razão "(...) foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE (...)", não procede. Ainda que essa rubrica da despesa tivesse sido provisionada, como por obrigação legal terá acontecido, não constitui com isso obrigação legal do processamento e pagamento daquela remuneração, ao invés, o pagamento de uma qualquer remuneração pressupõe a obrigação de previsão orçamental, mas a previsão orçamental de uma



qualquer componente remuneratória não conduz só por si e necessariamente ao consequente ato de processamento e de pagamento¹³¹.

O próprio diploma que define e regula os regimes de vínculos, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas (vd. Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro – LVCR), prevê que nas verbas orçamentais afetas a despesas com pessoal estejam incluídas as destinadas a suportar os encargos com a atribuição de prémios de desempenho.

Por outro lado, refira-se que as proibições de valorizações remuneratórias previstas nas LOE entre 2011 e 2014, designadamente a atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim, têm subjacente a aplicação de uma medida excecional, de natureza imperativa, no âmbito de uma situação também ela excecional (restrições orçamentais na vigência do PAEF).

Tendo em conta o facto de ter ocorrido a substituição dos responsáveis da ARS Algarve, IP (em 21 de outubro de 2011), os atos de autorização da despesa e respetivo pagamento foram praticados pelos atuais membros do Conselho Diretivo. Assim, e não obstante a participação nos atos preparatórios que conduziram a autorização da despesa e consequente pagamento, conclui-se que ex-membros do Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP, responsáveis pela gerência entre 1 de janeiro e 20 de outubro de 2011, agiram na convicção absoluta da estrita legalidade, uma vez que nunca lhes foi transmitida por parte da Tutela quaisquer orientações/esclarecimentos em sentido contrário.

Nas alegações apresentadas pelo Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, quanto ao pagamento de incentivos financeiros aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos serem prémios de desempenho, vedados pelas LOE, esclarece que “(...) acompanha a argumentação já expandida pelos membros dos Conselhos Diretivos das ARS no que diz respeito à contestação da aplicação de multa em virtude da violação de norma sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como de assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos, não considerando que tenha ocorrido qualquer conduta irregular. (...)”.

Acresce que o Ministro da Saúde, na sua resposta de contraditório revelou outros argumentos de natureza não jurídica para justificar o pagamento desses montantes, através Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, designadamente na parte em que refere:

“(...) O não pagamento dos suplementos remuneratórios que são contratualmente devidos e que constituem a base conceptual das USF B, levaria à desvirtuação retroativa do modelo e iria causar uma total paralisação dos cuidados primários do SNS, com a consequente convulsão laboral e social.

Sem embargo, o Ministério da Saúde reconhece que o regime merece revisão e atualização ao novo contexto assistencial... ”

O Tribunal considera que tal justificação não é aceitável, uma vez que terá induzido o pagamento de incentivos financeiros que são, de facto, prémios de desempenho, evitando assim frustrar as expectativas dos profissionais, independentemente das dúvidas quanto à legalidade desses pagamentos.

Alegaram ainda os membros dos Conselhos Diretivos das ARS que “(...) Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (...) adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio...), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos ...”.

Além disso, “(...) nem sequer é comportável perante a factualidade sub judice a qualificação do comportamento dos titulares dos órgão diretivos como negligente (...) na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido, confirmadas por despachos conjuntos dos membros

¹³¹ Note-se que o instrumento de gestão previsual das ARS (Orçamento financeiro de 2012) estima uma verba na rubrica 01.02.13.00 Incentivos e prémios e por sua vez a rubrica 01.02.13. PD.00 Prémios de desempenho encontra-se a zeros.



do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS."

Face ao que precede, e a existir eventual infração financeira, conclui-se que os membros e ex-membros dos Conselhos Diretivos das ARS agiram sem culpa, não lhes sendo imputável qualquer censura.

4. PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

4.1. PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

No âmbito da reforma dos CSP, a intervenção das Administrações Regionais de Saúde (ARS), de acordo com as atribuições que lhes estão cometidas por lei, efetiva-se, através dos Departamentos de Contratualização.

Iniciado em 1997, com a experiência no âmbito das agências de contratualização, a que se seguiram outras, como a da criação do regime remuneratório experimental – RRE (entre 1999 a 2005), o processo de contratualização dos cuidados de saúde primários foi feito, numa primeira fase (2006), entre as USF e as ARS, através dos Departamentos de Contratualização. Ultrapassada a fase de contratualização direta com as USF, iniciou-se o ciclo de internalização do processo, passando a contratualização a ser feita com os ACES, que, por sua vez, contratualizam com as ARS¹³².

O processo de contratualização externa entre as ARS¹³³ e os ACES, baseia-se em dois instrumentos previsionais: (i) Plano de Desempenho¹³⁴ e (ii) Contrato-Programa¹³⁵. No Plano de Desempenho, a atividade assistencial é negociada através de uma carteira básica de serviços, áreas de intervenção, por atividades/cuidados prestados e indicadores de desempenho.

Por sua vez, o processo de contratualização interna entre os ACES e as USF, inicia-se com a apresentação, pela equipa multiprofissional, do compromisso assistencial (cfr. Norma VI do Regulamento), expresso no plano de ação¹³⁶, o qual traduz o programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, contendo o compromisso assistencial¹³⁷, os objetivos, os indicadores e as metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência¹³⁸. Para o efeito é utilizada uma matriz de 15 indicadores¹³⁹, agrupados em quatro grandes

¹³² O processo de contratualização entre as ARS e os ACES é materializado nos contratos-programa.

¹³³ A quem é atribuída a responsabilidade pela negociação e pelo acompanhamento da execução desses contratos. Os contratos-programa, entre os ACES e as ARS, foram celebrados para o triénio 2010-2013.

¹³⁴ O Plano de Desempenho é um documento estratégico que é negociado anualmente com os ACES, no qual é caracterizada a atividade a desenvolver por estes, definindo-se as prioridades assistenciais para determinado período e os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES terá ao dispor para cumprir a sua missão assistencial.

¹³⁵ O Contrato Programa está alinhado com o definido no Plano de Desempenho e concretiza o compromisso assumido entre as partes, identificando as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de avaliação e de controlo das atividades a desenvolver pelo ACES.

¹³⁶ No plano de ação são indicados, entre outros: a carteira básica de serviços, os horários de funcionamento, a definição do sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes e a carteira de serviço adicionais, caso exista.

¹³⁷ O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromissos, acordada entre o coordenador da USF e ACES.

¹³⁸ São homologados pelos Conselhos técnicos das USF, Conselhos Clínicos dos ACES e Departamentos de Contratualização das ARS.

¹³⁹ Dos 15 indicadores contratualizados, 13 são comuns a todas as USF, e 2 acordados, de entre os que se encontram validados pela ACSS.



áreas: acesso (4), desempenho assistencial (8), qualidade percebida (1) e desempenho económico (2). No caso de as USF disporem de atividades em carteira adicional de serviços, é acrescido, pelo menos, um indicador de desempenho para aferir a carga horária afeta com a produção estimada para cada uma das atividades.

A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada por um estudo regional das necessidades em saúde e da oferta adequada de serviços públicos, e apesar de constituir um instrumento da gestão por objetivos seria de esperar que gerasse incentivos ao bom desempenho clínico e económico.

A propósito da matéria *sub judice*, o Presidente e o vogal do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, reconhecem que *“O processo de contratualização deve basear-se no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo às necessidades em saúde nacionais, regionais e locais (...).”* Esclarecendo, ainda, que *“Uma das principais componentes da fase de negociação prende-se com a negociação da bateria de indicadores que permitem aferir o desempenho assistencial agregado das Unidades funcionais que compõem o ACES, assim como os resultados em saúde alcançados para a população. A proposta de meta para cada um dos indicadores a negociar com os ACES considera o valor definitivo como objetivo para esse indicador no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional); o histórico de resultados do indicador no ACES na região e a nível nacional; o contexto e os recursos disponíveis no ACES; as boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro. (...).”*

Também sobre a contratualização não ser suportada por um estudo regional, esclarecem os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, em sede de contraditório, que a ARSLVT *“(...) aplica esta metodologia desde o ano de 2010 (apenas com um interregno no ano de 2012), ainda que de um modo limitado (...).”*

Os esclarecimentos prestados só vêm evidenciar que não existe, de facto, por parte da Tutela uma atuação concertada e não está definida uma metodologia transversal para as Administrações Regionais de Saúde.

O processo de contratualização externa entre as ARS e os ACES apenas foi concretizado no ano de 2010, uma vez que em 2009 os ACES estiveram em fase de instalação. O processo de contratualização que decorreu no ano de 2011 encontra-se descrito no documento *“Cuidados de Saúde Primários 2011. Metodologia de contratualização”*¹⁴⁰.

Na negociação com os ACES, as ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da

Área	N.º S.I.	Indicador
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	3.15	Taxa de utilização global de consultas
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
Desempenho		Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitlogia atualizada
	5.2	
	5.1 M	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos
	5.4 M	Percentagem de diabéticos c/pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos meses
	5.10 M	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre
	6.1 M	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos
	6.1 M	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias
6.9 M	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	
Satisfação dos utentes	-	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito - classificação final)
Eficiência	7.6	Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador
	7.7	Custo médio de MCDT prescritos por utilizador

¹⁴⁰ Publicado em 9 de dezembro de 2010, pela ACSS no http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizadaCPS_2011.pdf



evolução dos fatores geodemográficos¹⁴¹. Esta situação desvirtua os objetivos negociados e, conseqüentemente, os resultados alcançados, uma vez que o denominador utilizado para o apuramento das percentagens a negociar é o do número de utentes inscritos e é sintomática da tipologia de indicadores que se mantêm, ainda, na contratualização, como indicadores de processo¹⁴², que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis. Embora seja expectável que o cumprimento das metas impostas para os indicadores de processo possa contribuir para a obtenção de resultados, não foram apresentados estudos que sustentassem a adequação dos indicadores escolhidos, nomeadamente demonstrando o seu efeito precursor em termos de ganhos em saúde, ou justificando a sua escolha em detrimento de outros indicadores. É ainda desejável que o processo de contratualização evolua no sentido de ser mais negocial e menos impositivo.

Acresce que, embora se afigure razoável que, no processo de contratualização com as UCSP e as USF modelo A, predominem os indicadores de processo, de forma a instituir rotinas de recolha e registo da informação operacional e clínica, não se concebe que, na contratualização com USF do modelo B, não se evolua para uma contratualização baseada em indicadores de resultados, compatíveis com o sistema remuneratório instituído, de modo a conferir um incentivo ao trabalho orientado para os resultados, em vez do trabalho orientado para os processos¹⁴³.

Ora quanto a esta matéria, esclarece o Presidente e o vogal do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, nas suas alegações, que *“A ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Hospitais do SNS, tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES, que habilita os prestadores a desenvolver as melhores respostas, capacitando desta forma, o processo de contratualização. Esses indicadores no seu conjunto permitem a caracterização dos ACES, de forma a promover localmente o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte da ARS (...). Os problemas de saúde encontram-se na génese de alguns indicadores presentes na Contratualização Externa e Interna e representam informação fundamental para a definição das áreas de intervenção prioritária ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem. (...) a ACSS, analisa e propõe indicadores (...) para o território nacional aprovados em Portaria, isto é, por decisão última da Tutela.”*

Também os membros do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP, afirmam que *“Não descurando a validade dos indicadores de resultado, importa referir que, na fase inicial de contratualização foram priorizados indicadores de processo que avaliavam procedimentos-chave para a correta vigilância da população e que, conseqüentemente, se traduziram em melhores resultados e ganhos em saúde. Acresce que, numa fase inicial de constituição de base de dados e de consolidação de hábitos de registos, é mais complexa a elaboração de indicadores de resultado e a consequente avaliação dos mesmos. Pode afirmar-se que só muito recentemente se começaram a obter dados consolidados de indicadores de construção mais complexa que analisam resultados em saúde.”*

Os esclarecimentos e as declarações prestadas pelos alegantes acima identificados, coadunam-se com as conclusões proferidas pelos auditores no presente relatório.

Sobre a mesma matéria pronunciam-se igualmente os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva dos ACES Lisboa Norte, referindo que *“(...) as alterações de utentes*

¹⁴¹ Número de residentes na área do ACES; estrutura do povoamento; índice de envelhecimento e acessibilidade da população ao hospital de referência, em conformidade com o disposto no n.º 2, do art.º 4º, de Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (replicado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro).

¹⁴² Particularmente os seguintes: % de hipertensos com uma avaliação de pressão arterial em cada semestre, % de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas em cada semestre, % de mulheres com colpocitologia atualizada, % de mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos.

¹⁴³ Com a publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, e a posterior aprovação, pela ACSS, do documento enquadrador da metodologia de contratualização para 2014, passaram a ser considerados alguns indicadores de resultados em saúde, 3 dos quais de aplicação obrigatória a nível nacional, com um peso global de 8% nos indicadores contratualizados: *Incidência de amputações maior de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes, Proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso, Taxa de internamentos por doença cerebrovascular, entre residentes com menos de 65 anos.*

A escolha dos indicadores também começa a ter por base alguma análise do estado de saúde dos utentes, em virtude da melhoria dos registos da atividade dos cuidados de saúde primários.



nunca assumem expressão tão significativa que não possam ser acomodadas nas margens para a atribuição de incentivos previstos pela metodologia. No modelo de avaliação estão, desde o início, previstas margens para atingir as metas estabelecidas, e que não colocam em causa o cumprimento ou a execução das unidades (...) mas o modelo comporta desvios aceitáveis." Porém, sobre a não atualização das listas de utentes inscritos, afirmam que "(...) a ARSLVT foi, no ano de 2012, a precursora do processo de expurgo das listas de inscritos não frequentadores (...). Este processo foi implementado de forma faseada (...) pelo que, não estando previsto nas regras de cálculo dos indicadores de contratualização qualquer ajustamento de resultados por via deste processo, houve a necessidade, aquando do processo de avaliação final dos resultados, de definição de critérios de correção deste efeito, solicitando-se a sua implementação nos sistemas de informação (...)." Se esta abordagem não tivesse sido considerada na ARSLVT, porque a metodologia nacional não tinha este pressuposto previsto, a saída e entrada de utentes nas listas dos médicos de família teria tido um impacto negativo ou positivo (...) nos indicadores contratualizados – facto que a ARSLVT procurou corrigir na avaliação e que não seria possível efetuar no decorrer de acompanhamento."

Ora, em face das alegações da ARSLVT, IP, que em nada contraditam as conclusões dos auditores, fica claro que esta entidade reconhece que o fluxo de entrada e saídas de utentes tem impacto na definição dos critérios no processo de contratualização mas que na metodologia nacional não se encontra previsto qualquer ajustamento de resultados nas regras de cálculo dos indicadores de contratualização.

Também a Ordem dos Enfermeiros vem, em sede de contraditório, considerar que *"(...) para além da redução de indicadores contratualizados, deve privilegiar-se a contratualização de indicadores de resultados, uma vez que o processo de contratualização assenta, na sua maioria, em indicadores de processo que não permitem uma avaliação efetiva dos ganhos resultantes da atividade assistencial destas unidades funcionais."*

No processo de contratualização interna¹⁴⁴, entre os ACES e as UCSP¹⁴⁵, registaram-se as maiores assimetrias e atrasos na sua implementação, uma vez que se optou, em primeiro lugar pelo aperfeiçoamento do processo de contratualização com as USF¹⁴⁶. A negociação ocorrida permitiu fixar um compromisso contratual com as UCSP, estabelecendo metas para os mesmos indicadores contratualizados com as USF, por forma a poder avaliar a performance dessas unidades.

Ao iniciar-se o processo pela contratualização externa (ARS↔ACES), e não pela contratualização interna (ACES↔UF), dificultou-se, se não mesmo inviabilizou-se, o ajustamento das metas (uma vez que são posteriormente impostas) às reais necessidades da população abrangida pelas respetivas unidades funcionais, nomeadamente dos indicadores de acessibilidade e assistenciais. Atendendo às características demográficas e epidemiológicas regionais diferentes a que correspondem carga de doença diferentes¹⁴⁷, deveriam ser ajustadas as metas e os indicadores de acordo com essas diferenças, o que não tem sucedido.

Sobre o referido, os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva dos ACES Lisboa Norte, em sede de contraditório, informam que *"Para o ano de 2014, a contratualização com os cuidados de saúde primários iniciou-se com a contratualização externa estando a decorrer a contratualização interna (...) – metodologia que se tem por mais adequada, na medida em que permite incorporar as metas discutidas e estabelecidas no âmbito do QUAR das ARS."*

¹⁴⁴ A intervenção das Administrações Regionais de Saúde (ARS), de acordo com as atribuições que lhes estão cometidas por lei, efetiva-se, através da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento (ERA), e dos Departamentos de Contratualização (DC), que avaliam os processos de candidaturas e acompanham a contratualização, respetivamente, com as Unidades de Saúde Familiar (USF). Compete, ainda, ao DC a monitorização dos resultados dessas unidades, designadamente quanto à evolução dos indicadores de desempenho assistencial, de acessibilidade, de qualidade e económico-financeiros.

¹⁴⁵ O processo de contratualização interna com as UCSP, iniciado em 2010, não decorreu de modo uniforme nas ARS, especialmente na região de saúde do Norte e do Alentejo, na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ocorreu em 2012 e nas restantes regiões (Centro e Algarve) apenas iniciou em 2013.

¹⁴⁶ Nas USF, o processo de contratualização interna foi transversal e ocorreu a partir de 2007.

¹⁴⁷ Também neste sentido a nota do Ministério da Saúde sobre o Relatório bienal da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), *Health at glance*, 2013: Portugal está abaixo da média da OCDE no indicador "Anos de vida saudáveis aos 65 anos" o que determina um esforço nas medidas preventivas que levem a uma redução da carga de doença, com a correspondente diminuição da mortalidade prematura.



De referir, por fim, que o processo de contratualização nos CSP é compartimentado, sendo evidente a falta de integração com os diferentes níveis de cuidados de saúde. Não se encontram refletidas, nos indicadores contratualizados, as situações relacionadas com o tempo de espera (acesso e referência) para marcação de consulta da especialidade, os episódios de urgência hospitalar (evitáveis) e a articulação com os cuidados continuados.

No que respeita ao processo de contratualização, o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, tece as seguintes considerações: *“A introdução de margens de negociação (...) tem vindo a ser introduzidas nos últimos anos que vão no sentido de reforçar a componente negocial. De facto, e apesar de existirem objetivos e valores de referência a nível nacional, o processo negocial não se encontra inibido, pelo contrário; Considerando a juventude das aplicações de registo clínico e dos indicadores de contratualização nos cuidados de saúde primários, foi tomada a opção de se iniciar o processo de contratualização neste nível de cuidados utilizando essencialmente indicadores de processo (...). Com a progressão dos métodos de registo e adequação das aplicações às solicitações, e com a progressão da recolha de informação das bases de dados, torna-se atualmente viável evoluir para indicadores de resultados para 2014 (...).”* Para além disso, refere também que *“o processo de contratualização tem vindo a ser realizado em prazos que não são os desejáveis (...).”*

No exercício do direito de resposta, o vogal do Conselho Diretivo da ARS Algarve, IP, não contradita nas suas alegações as conclusões dos auditores sobre a matéria *sub judice*, referindo, contudo, que tanto os indicadores regionais como os indicadores locais *“(...) são sempre escolhidos a partir de listagem pré-definida, com vista a garantir uma uniformização de leitura nos sistemas de informação disponíveis nos cuidados de saúde primários. Os indicadores de contratualização externa estão estabelecidos no documento nacional elaborado pela ACSS e os indicadores de contratualização interna são aprovados por Portaria. Assim, (...), todas as unidades funcionais contratualizaram sempre a mesma bateria de indicadores, independentemente do grau de desempenho ou dos valores já alcançados. Decorrente da publicação da Portaria n.º 377-A/2013. De 30 de dezembro, (...), manteve-se (...) a obrigatoriedade de contratualizar um conjunto de indicadores de índole nacional, e as restantes componentes (regional e local) a partir de uma listagem publicada em Portaria.”*

Na avaliação realizada pelo “Observatório Português dos Sistemas de Saúde”, no seu Relatório Primavera de 2012 destaca-se que:

- *“(...) A contratualização continua a ser vista como um processo imposto e não negociado, demasiado generalista e sem ter em conta as especificidades das unidades e das populações que estas servem; Apesar de algumas experiências de definição de indicadores e contratualização com outras unidades funcionais além das USF, há ainda um longo caminho a percorrer a relativamente a este processo; - Relatório Primavera 2012, Crise & Saúde, Um país em sofrimento, pp 66.*

Por seu lado, questionada a Unidade de Saúde Familiar-Associação Nacional (USF-AN), referiu que *“(...) A fixação de objetivos e metas deverá ter em conta o contexto local, regional e nacional, o que muitas vezes não tem acontecido. (...) Os resultados devem ter em conta a população, a prevalência de doenças, os recursos em saúde e socioeconómicos (...).”*

Relativamente aos objetivos alude que *“Geralmente têm sido impostos, objeto apenas de negociação formal. Os departamentos de contratualização surgem na negociação com as USF já com as metas definidas (...) não sendo por regra acolhidas propostas feitas pelas USF e que constam dos seus Planos de Ação. (...) Os indicadores de eficiência não têm sequer sido objeto de negociação prévia, surgindo como resultado final e impostos pelos departamentos de contratualização das ARS e pela ACSS já depois do tempo de atividade a que se reportam ter encerrado, não havendo tempo para as USF introduzirem medidas corretivas em tempo útil e desvirtuando todo o processo de contratualização.”*

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros veio referir que *“(...) f. A inexistência de metodologia de contratualização para todas as unidades funcionais dos CSP associada à ausência de um sistema de informação que permita registar cuidados prestados à comunidade gera impedimento para na medição da atividade produzida e avaliação dos ganhos em saúde para os quais cada uma contribui de modo específico;”*

A fragilidade mais significativa do processo de contratualização tem residido na falta de expurgo da lista de utentes inscritos, designadamente quanto aos óbitos, transferências e duplicações. Só por esse



efeito haverá transparência no processo de contratualização e nas metas fixadas. Caso contrário, a permanência dessas ocorrências nas listas de utentes inscritos põe em causa o verdadeiro objetivo da contratualização.

Concordando com o impacto que a falta de expurgos da lista dos utentes inscritos tem no processo de contratualização, o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, alude que “(...) os novos indicadores para a contratualização em 2014 (...) assumem o universo mais adequado ao perfil, tendo em consideração apenas os inscritos ativos na data em que o indicador incide (...)”

No mesmo sentido, os membros do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP, reconhecem a necessidade de proceder ao expurgo da lista de utentes, mencionando mesmo nas suas alegações que “O processo de atualização nacional de listas de utentes (controlo de duplicações de registos, óbitos e não frequentadores) foi tardio, tendo ocorrido apenas no final de primeiro semestre de 2013. (...) Embora a atualização de seja uma questão pertinente que requer atenção, não se considera que tenha fragilizado a contratualização, na medida em que a progressão das metas se realiza, entre outros fatores, considerando o histórico das unidades. Neste sentido, o expurgo de utentes a par com a alteração da métrica da avaliação dos indicadores melhorará os valores dos mesmos (...)”

Apesar de a atualização da lista de utentes por médico já constar do n.º 5, do art.º 9º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, não tem sido dado cumprimento ao estatuído nessa norma. Com a criação do Registo Nacional de Utentes (RNU) do SNS, os ACES deviam promover essa atualização através da colaboração entre a unidade de apoio à gestão (UAG), o gabinete do cidadão e as unidades funcionais¹⁴⁸, com o objetivo de manter atualizados os dados de inscrição dos utentes. Contudo, a morosidade ocorrida neste processo não permitiu, por enquanto, obter resultados visíveis dessa atualização nem os seus impactos.

Em sede de contraditório, a Ordem dos Enfermeiros é categórica ao considerar que “(...) a atualização da lista de utentes é prioritária (...)”.

Outra fragilidade igualmente importante resulta da falta de tempestividade na contratualização das ARS com os ACES o que, por sua vez, compromete a aprovação atempada dos compromissos com as unidades funcionais. Isto é, as ARS não têm assegurado tempestivamente, isto é, até ao final do ano civil anterior ao início do ano a que se reporta a atividade, a outorga dos contratos-programa com os ACES, de tal modo que os planos de ação e as cartas de compromisso estejam acordados antes do início do ano a que respeita a sua execução. A este propósito, refere a Ordem dos Médicos que “A contratualização dos indicadores das USF não é feita atempadamente e, por vezes, os indicadores são alterados a destempo, prejudicando o seu cumprimento.”

Sobre a matéria supra, o Presidente e o vogal do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, tecem o seguinte comentário: “Todos os ACES e unidades funcionais têm ao seu dispor um sistema de informação (SIARS), que pode ser visto como um enorme repositório de dados, atualizados mensalmente, que recolhe, trata, organiza e partilha informação para suporte à decisão. Também o mim@uf complementa a informação diária da unidade funcional com a informação mensal/anual trabalhada e agregada proveniente do SIARS (...) com disponibilização diária (...) e mensal (...). No que concerne aos custos o desempenho dos médicos é monitorizado mensalmente por prescritor.”

Em face dos esclarecimentos prestados e não se pondo em causa a relevância das ferramentas existentes nas ARS e nos ACES, a verdade é que pelo facto de não terem vindo a ser utilizadas no seu melhor potencial, não contribuem, assim, para uma gestão mais eficiente.

Ainda quanto à falta de tempestividade na contratualização, os membros do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP, vem referir o facto de “A eventual realização tardia do processo de contratualização decorre da necessidade de, anualmente, com vista a garantir a uniformização nacional de critérios e procedimentos, se

¹⁴⁸ Cfr. Despacho n.º 13795/2012, de 17 de outubro, publicado no DR de 24 de outubro.



aguardar pela elaboração (atualização) e respetiva aprovação da metodologia aplicável ao ano em curso, a qual é da responsabilidade da ACSS, embora com os contributos das diferentes ARS. Em 2012 não foi implementado na ARSC o processo de contratualização externa com os ACES, uma vez que nesse ano se observaram dois fatores que, gradativamente, vieram a culminar nessa situação, a saber:

- i) final do período de três anos dos diretores executivos dos ACES,...);
- ii) decisão para a redefinição/fusão dos 14 ACES da ARS (...) e consequente nomeação de novas equipas de gestão que (...) veio a acontecer apenas em novembro de 2012 (...).

No apoio ao acompanhamento e execução da atividade das unidades funcionais, são utilizados diversos sistemas de informação operacionais. Com exceção dos que são integrados e os de abrangência nacional e regional¹⁴⁹, as restantes plataformas utilizadas pelas unidades funcionais caracterizam-se por serem de “apoio” à atividade de um grupo profissional (SINUS – Sistema Administrativo de Registo de Atividade, SAM – Sistema de Apoio ao Médico, e SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Acontece que nenhum destes sistemas de informação dispõe de um módulo estatístico próprio para avaliação, em tempo real, dos resultados quantitativos dos indicadores gerados pelos registos de aplicação, estando dependente da avaliação indireta de outra aplicação, o MIM@UF¹⁵⁰ (software estatístico nas USF com SAM). Em alternativa ao SAM e ao SAPE, aplicações da propriedade e responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, algumas USF¹⁵¹ dispõem de aplicação informática própria e da sua responsabilidade (MEDICINE ONE ou VITACARE) para apoio à atividade diária do médico, enfermeiro e secretariado clínico, com incorporação de módulo estatístico específico de informação assistencial, situação que a manter-se implica a criação de plataformas de interoperabilidade entre as diferentes aplicações¹⁵² que promovam uniformidade e fiabilidade da informação produzida.

Verificaram-se, por outro lado, com frequência “bugs” no SINUS, SAM e SAPE, impedindo os utilizadores de efetuarem os registos da sua atividade, sendo que a reposição das condições normais de acesso são, por vezes, demoradas.

A propósito das fragilidades nos sistemas de informação, o Relatório da Primavera 2013, do OPSS, refere que “ Em relação aos sistemas de informação, apesar dos progressos, existem ainda debilidades, em especial (...) a inadequada gestão de riscos e inexistência de arquitetura de aplicações que contemplem as diferentes atividades e práticas multiprofissionais, impedindo o registo em muitas situações, com consequências na avaliação do desempenho.” Constatou-se que estas fragilidades nos sistemas de informação que consistem, designadamente, na falta de informação estabilizada e uniformizada, ocasionam divergências na obtenção dos dados sobre os indicadores, afetando a fiabilidade da informação disponível.

Sobre esta matéria pronuncia-se, em sede de contraditório a Ordem dos Enfermeiros referindo que “ (...) a OE está particularmente preocupada com a diversidade de sistemas de informação operacionais e de parametrização existentes que não garantem a fiabilidade dos dados recolhidos, ou seja, a qualidade de informação produzida (...) uma vez que a avaliação da qualidade dos cuidados depende da qualidade dos registos produzidos.”

4.2. DESEMPENHO FACE AOS OBJETIVOS CONTRATUALIZADOS

As ARS tiveram um papel mais interventivo ao nível da contratualização com os ACES do que na fiscalização do cumprimento das metas estabelecidas no contrato-programa, não tendo sido instituída uma rotina de verificações nem cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES, e as

¹⁴⁹ SINGRA – Sistema de Conferência de Faturas (medicamentos e MCDT); SIARS – Sistema de Informação das ARS; SIDC – Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade; SICA – Sistema de acesso ao plano de desempenho; SGT D – Sistema de gestão de transportes de doentes; CTH – Consulta a tempo e Horas e SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

¹⁵⁰ Módulo estatístico de monitorização da informação assistencial produzida pelo SAM e SAPE.

¹⁵¹ Em especial em USF da ARSLVT e da ARS Algarve.

¹⁵² Em especial a articulação com o módulo estatístico nacional MIM@UF e o SIARS.



unidades funcionais, de forma a produzir pontos de situação e sinalizar os desvios, com base em suporte de acompanhamento (ex. quadros de controlo), verificável e avaliável, permitindo a monitorização e implementação de medidas corretivas¹⁵³.

Os membros do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP, nas suas alegações vêm dizer que antes da criação dos ACES, a ARS sempre procurou promover o acompanhamento das USF, referindo, no entanto, que *“A partir da implementação dos ACES e da constituição das suas equipas de gestão, essa responsabilidade passou, naturalmente, para essas estruturas, tem sido prestado o apoio necessário aos ACES ou diretamente às USF sempre que solicitado. Do mesmo modo, procurou-se, sempre que possível, realizar o acompanhamento regular da contratualização externa, seja através de envio de dados, seja pela análise e discussão de resultados em reuniões promovidas pela ARSC. Contudo será importante referir que os revezes por que passam os processos de contratualização, nomeadamente, os atrasos na metodologia e dúvidas quanto à solidez de indicadores e disponibilização de dados atempados, podem também resultar em atrasos consideráveis nos processos de acompanhamento, retirando-lhes, por vezes, a sua periodicidade previsível e desejável.”*

A informação ora prestada confirma que se registam efetivamente atrasos no processo de acompanhamento e fiscalização da execução das metas contratualizadas, tal como foi observado e relatado pelos auditores.

Os resultados da verificação do cumprimento de objetivos contratualizados nos ACES auditados, revelam que a execução dos indicadores de acesso ficaram, na sua maioria, aquém do contratualizado, enquanto os indicadores de desempenho económico foram cumpridos, e até superados, em 2011 e 2012.

A propósito da execução dos indicadores contratualizados dos ACES auditados, argumentam os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva dos ACES Lisboa Norte *“(…) que a contratualização, nos moldes em que se encontra definida, prevê uma margem de cumprimento para as metas dos indicadores (…) a que, em termos práticos, se pontua no indicador quando efetivamente se verifica uma melhoria no resultado do mesmo. (…) Neste sentido a negociação tende a incrementar o valor a estabelecer como meta, numa tentativa de aproximar a atribuição de pontuação do indicador a uma subida efetiva do valor obtido – o que, em indicadores com níveis de cumprimento muito elevado, se torna uma tarefa difícil.”*

Os argumentos ora apresentados não afastam as conclusões constantes do presente relatório, pelo contrário, vêm alertar para as debilidades da metodologia adotada no processo de contratualização dos cuidados de saúde primários.

Neste sentido, o relatório da ACSS¹⁵⁴ sobre a avaliação da contratualização dos cuidados de saúde primários referente ao mesmo período, apresenta, quanto aos resultados da contratualização externa (ARS e ACES), a nível nacional, taxas de execução abaixo do contratualizado, com exceção dos indicadores de desempenho económico.

¹⁵³ Com exceção do ACES Espinho/Gaia que procede à emissão mensal de Relatório onde são avaliados os indicadores de todas as unidades, realiza mensalmente reuniões com os Coordenadores das Unidades e trimestralmente avalia o grau de cumprimento dos objetivos bem como discutem as estratégias para o seu atingimento.

¹⁵⁴ Cfr. Relatório de Avaliação da Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários nos anos de 2011 e 2012 – junho 2013/ versão preliminar.



Quadro 19 – Desempenho dos ACES

Indicadores contrato-programa	Desvio proporcional											
	ACES Lisboa Norte			ACES Almada			ACES Porto Ocidental			ACES Espinho/Gaia		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Objetivos Nacionais de CSP												
Acesso												
3.15 - Taxa de utilização global de consultas	-9,38%	-9,12%	36,11%	-6,00%	-2,37%	n.d.	-16,98%	-17,55%	-13,52%	-1,58%	1,23%	-1,58%
3.22 d1 - Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar	-46,95%	-3,75%	48,70%	-30,00%	-7,41%	n.d.	-28,00%	-8,57%	-10,34%	-2,09%	8,17%	7,14%
6.12 - Percentagem de 1 ^{as} consultas na vida efetuadas até 28 dias	-14,60%	-9,45%	15,01%	-5,57%	-4,29%	n.d.	-19,24%	-7,96%	-2,74%	-2,63%	7,52%	-1,57%
6.1 M3 - Percentagem de utentes com PN Vacinação atualizado aos 13 anos	-15,13%	-17,55%	27,75%	-0,11%	-1,89%	n.d.	-13,65%	-10,08%	-14,89%	-3,54%	-1,01%	-3,14%
5.3 d1 - Percentagem de inscritos entre os 50-74 anos com rastreio de cancro colo-retal efetuado	341,50%	23,30%	37,54%	58,50%	8,00%	n.d.	19,83%	21,20%	4,72%	4,12%	13,27%	3,50%
Desempenho económico												
7.6 d3 - Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens	10,43%	9,09%	20,61%	17,78%	-6,50%	n.d.	12,52%	13,81%	-5,33%	9,68%	3,03%	0,47%
7.6 d1 - Custo médio de medicamentos faturados por utilizador SNS	12,00%	-9,07%	22,73%	7,52%	-9,79%	n.d.	57,99%	16,41%	-7,22%	41,39%	16,41%	-8,21%
7.7 d2 - Custo médio de MCDDT faturados por utilizador	6,10%	4,04%	20,08%	2,30%	-1,18%	n.d.	10,23%	-2,55%	-4,17%	37,03%	13,71%	-7,95%

Legenda: n.d. - não disponível

No campo da eficiência económica, medida através dos indicadores *Custo médio de medicamentos faturados por utilizador SNS* e *Custo médio de MCDDT faturados por utilizador*, verifica-se que todos os ACES selecionados, embora não tenham atingido, em 2010, as metas contratualizadas, melhoraram o seu desempenho nos anos seguintes.

No triénio 2010-2012, as metas contratualizadas com as USF para os indicadores de acesso e desempenho assistencial, mantiveram-se, na sua maioria, praticamente inalteradas, não obstante os resultados atingidos nos anos anteriores.



Quadro 20 – Taxa de execução dos indicadores contratualizados – USF

Carta de Compromisso	USF Parque (modelo A)						JSF Monte da Caparica (modelo B)						USF Espaço Saúde (modelo A)						USF Nova Via (modelo B)						
	2010		2011		2012		2010		2011		2012		2010		2011		2012		2010		2011		2012		
Indicador	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	
Acesso	% de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	80%	90%	85%	87%	85%	88%	80%	80%	82%	78%	85%	84%	85%	91%	85%	88%	85%	92%	80%	85%	80%	81%	80%	85%
	Taxa de utilização global de consultas	70%	50%	65%	53%	70%	58%	70%	67%	70%	67%	70%	69%	68%	50%	68%	53%	68%	54%	70%	71%	72%	71%	72%	77%
	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	20%	21%	25%	25%	30%	38%	35%	38%	37%	34%	38%	27%	30%	15%	26%	23%	28%	27%	33%	40%	35%	37%	35%	41%
	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	120%	104%	123%	130%	130%	143%	120%	139%	140%	148%	145%	138%	180%	134%	140%	133%	140%	144%	165%	219%	165%	221%	165%	212%
Desempenho*	% de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos	50%	44%	60%	51%	65%	62%	65%	57%	67%	63%	68%	66%	60%	44%	60%	50%	n.c.	n.c.	75%	78%	80%	81%	81%	81%
	% de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitlogia atualizada	45%	35%	55%	48%	58%	59%	50%	45%	55%	49%	58%	50%	50%	36%	50%	49%	58%	54%	65%	68%	68%	74%	75%	75%
	% de diabéticos c/pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos meses	80%	37%	80%	82%	85%	87%	75%	70%	80%	75%	80%	77%	80%	70%	95%	94%	95%	96%	80%	90%	95%	94%	95%	97%
	% de hipertensos com uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	90%	64%	90%	74%	82%	84%	80%	57%	80%	64%	75%	70%	90%	69%	95%	92%	95%	95%	95%	90%	95%	92%	95%	93%
	% de crianças com PNV atualizado aos 2 anos	98%	96%	98%	96%	98%	99%	98%	100%	98%	100%	98%	92%	99%	99%	98%	99%	98%	98%	99%	96%	98%	98%	97%	98%
	% de crianças com PNV atualizado aos 7 anos	98%	90%	97%	98%	97%	98%	98%	99%	98%	99%	98%	93%	98%	98%	98%	100%	n.c.	n.c.	98%	100%	98%	99%	97%	100%
	% de primeiras consultas de gravidez no 1º trimestre	75%	76%	80%	72%	85%	86%	85%	87%	85%	89%	88%	90%	80%	76%	80%	80%	80%	92%	90%	91%	90%	90%	91%	94%
	% de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	75%	63%	75%	91%	75%	83%	88%	79%	85%	84%	85%	84%	85%	79%	85%	94%	85%	92%	90%	96%	92%	99%	95%	96%
Económico	Custo médio de medicamentos por utilizador*	220	194	220	128	140	161	205	196	194	155	n.c.	178	153	214	157	130	131	115	176	270	174	157	143	125
	Custo médio de MCDT por utilizador*	80	64	73	42	60	39	81	74	67	66	n.c.	62	66	59	61	58	50	46	67	53	66	46	53	50

Fonte: Relatórios ACES e USF

Legenda: n.c - não contratualizado; células a verde denotam cumprimento da meta fixada, células a vermelho denotam incumprimento.

*Em 2010 e 2011 foram contratualizados os indicadores de eficiência económica tendo por base medicamentos e MCDT prescritos por utilizador. Em 2012, foram contratualizados os mesmos indicadores mas tendo por base valores faturados.

Os resultados obtidos no triénio evidenciam uma evolução favorável dos indicadores de processos relacionados com a atividade assistencial nas USF auditadas¹⁵⁵. No indicador *% de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família*, onde se pode observar o regime de intersubstituição, os resultados evidenciam que é quase inexistente este regime.

Nos indicadores económicos, os valores contratualizados apresentam, salvo um caso pontual, uma diminuição ao longo do período. Esta situação evidencia que, apesar de as USF se inserirem em diferentes regiões de saúde, com diferentes estados de doença e faixas etárias da população abrangida, as metas foram fixadas em função dos atos a praticar e de registos de processos e não tendo em vista as necessidades de saúde locais (com prevenção das doenças – melhorias de saúde) e o registo de resultados.

De entre as unidades funcionais auditadas, é a USF Nova Via (modelo B) que apresenta o melhor desempenho neste período, com taxas de execução acima das metas fixadas ou superiores a 95%, contrariamente, às restantes USF que não atingiram as metas na maioria dos indicadores. No entanto, a variação ocorrida em 2011 e 2012, mostra uma melhoria da performance dessas unidades, com taxas superiores a 80%.

Em sede de contraditório, os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, contraditam a informação que consta sobre a ausência de contratualização dos indicadores económicos da USF Monte da Caparica, alegando que “(...) a ARSLVT tem evidência, consubstanciada em Carta de Compromisso homologada pelo Conselho Diretivo, de

¹⁵⁵ Predominando na contratualização os indicadores de processo em detrimento de indicadores de resultados, verifica-se que as USF atingem na sua maioria as metas fixadas, nomeadamente nos indicadores de acesso e desempenho assistencial, situando-se a taxa de execução entre os 80% e 100%. Veja-se, a título de exemplo, a USF de Valongo, a quem foi atribuído recentemente o prémio Kaisen Lean 2013, e cuja performance nos indicadores de acesso e desempenho assistencial não se diferencia de outras USF.



contratualização desses indicadores, nomeadamente 147€ para o indicador “custo médio de medicamentos por utilizador” e 58,3€ no indicador de “custo médio MCDT por utilizados.”

Sobre esta questão, esclarece-se que em junho de 2013 foi solicitada aos ACES Almada-Seixal informação sobre as metas contratualizadas, para o ano de 2012, sobre os indicadores de acesso, desempenho assistencial e económico e a respetiva execução. Porém, não tendo sido possível obter essa informação através do referido ACES, foi a mesma pedida à senhora Diretora do Departamento de Planeamento e Contratualização da ARSLVT, em 5 de julho de 2013. Em resposta (na mesma data) obteve o Tribunal a seguinte informação “A avaliação do ano de 2012 (unidades e aces) ainda não foi concretizada pela ARSLVT. Ainda estamos a apurar os dados e a validar os mesmos para poder elaborar o relatório final respetivo. (...) De notar que no ano de 2012 a ARSLVT não procedeu à contratualização com os ACES, mas fará um relatório de acompanhamento, ainda que sem avaliação formal porque não foram estabelecidas metas.”

A ausência de contratualização externa de todos os ACES da ARSLVT é, aliás, mencionada no “Relatório de Avaliação da Contratualização dos Cuidados de saúde Primários nos anos de 2011 e 2012, da ACSS, IP.”

Também no “Relatório de Avaliação da Contratualização em Cuidados de Saúde Primários - USF E UCSP de 2012, da ARSLVT, IP”, estão patentes, no ponto da avaliação da contratualização, alguns constrangimentos na contratualização em cuidados de saúde primários no ano de 2012, constando do relatório que “A avaliação da Contratualização em Cuidados de Saúde Primários do ano de 2012 revestiu-se de várias especificidades, às quais a ARSLVT tentou dar resposta, salvaguardando os interesses das unidades.”

No caso concreto do indicador de eficiência económica *custo médio de MCDT faturados por utilizador*, refere ainda o documento que “Face ao constrangimento identificado e na ausência de resposta adequada por parte da ACSS/SPMS, optou-se por uma alternativa de cálculo do indicador com vista ao encerramento do ano de 2012, que consistiu em estimar a totalidade de encargos com MCDT faturados no ano de 2012, tendo por base o peso que o segundo semestre do ano de 2011 assumiu na totalidade do ano. Os valores considerados para avaliação, constam na coluna de valor aceite devidamente fundamentado das fichas de avaliação das Unidades.

(...)

O problema foi exposto à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) no dia 09-07-2013, advertindo-se que o assunto assumia extrema urgência por não permitir o apuramento adequado do indicador 7.7d1- Custo médio de MCDT faturados por utilizador, para efeitos de avaliação da contratualização do ano de 2012.

Decorrente da aplicação de todos os pressupostos mencionados, foram elaboradas as fichas de avaliação das Unidades Funcionais (USF e UCSP), tendo as mesmas, para efeitos de contraditório, sido remetidas aos ACES, no dia 7 de outubro (...)”

Em face do exposto, conclui-se que a avaliação do desempenho das unidades funcionais, respeitante ao ano de 2012, ocorreu no final do ano de 2013, pelo que a informação e os dados carreados para o presente relatório, que constam do quadro supra, foram obtidos em julho de 2013, data provavelmente anterior (uma vez que não se faz junção de documento de prova) à homologação pelo Conselho Diretivo da Carta de Compromisso da USF Monte da Caparica.

Já quanto às UCSP, a negociação ocorrida permitiu fixar um compromisso contratual com aquelas unidades, estabelecendo metas para os mesmos indicadores contratualizados com as USF, por forma a poder avaliar a performance dessas unidades.



Quadro 21 – Taxa de execução dos indicadores contratualizados – UCSP

Carta de Compromisso	UCSP Alvalade						UCSP Santo António						UCSP Aldoar						UCSP Boa Nova						
	2010		2011		2012		2010		2011		2012		2010		2011		2012		2010		2011		2012		
Indicador	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	Meta	Real.	
Acesso	% de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	n.c.	66%	n.c.	55%	60%	60%	n.c.	60%	75%	68%	70%	54%	82%	88%	85%	88%	85%	86%	80%	84%	85%	95%	88%	90%
	Taxa de utilização global de consultas	n.c.	34%	53%	35%	40%	34%	60%	56%	65%	57%	66%	44%	65%	55%	68%	49%	70%	62%	50%	44%	70%	62%	70%	51%
	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	n.c.	3%	n.c.	3%	20%	3%	n.c.	5%	20%	3%	15%	3%	32%	29%	30%	17%	32%	32%	14%	2%	20%	18%	23%	15%
	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	n.c.	59%	n.c.	76%	80%	84%	n.c.	75%	100%	86%	100%	77%	200%	253%	200%	140%	200%	197%	94%	119%	145%	111%	145%	150%
Desempenho	% de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos	n.c.	6%	30%	11%	40%	24%	35%	15%	45%	31%	38%	30%	50%	42%	50%	47%	n.c.	0%	42%	18%	60%	36%	70%	48%
	% de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada	n.c.	3%	20%	10%	20%	20%	25%	6%	30%	11%	28%	13%	40%	31%	45%	38%	50%	45%	43%	14%	50%	25%	65%	38%
	% de diabéticos c/pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos doze meses	n.c.	6%	n.c.	1%	25%	39%	n.c.	9%	90%	14%	51%	24%	40%	40%	90%	22%	85%	59%	n.c.	9%	80%	35%	90%	45%
	% de hipertensos com uma avaliação de pressão arterial em cada semestre	n.c.	21%	n.c.	36%	50%	50%	n.c.	22%	90%	28%	71%	35%	70%	70%	90%	25%	90%	62%	n.c.	50%	80%	44%	90%	52%
	% de crianças com PNVT atualizado aos 2 anos	n.c.	81%	n.c.	90%	99%	99%	n.c.	93%	98%	90%	98%	87%	99%	82%	98%	80%	n.c.	n.c.	99%	84%	98%	96%	98%	97%
	% de crianças com PNVT atualizado aos 7 anos	n.c.	82%	n.c.	89%	100%	99%	n.c.	94%	98%	94%	98%	90%	98%	95%	98%	96%	98%	92%	98%	92%	98%	94%	98%	94%
	% de primeiras consultas de gravidez no 1º trimestre	n.c.	91%	n.c.	77%	75%	75%	80%	58%	80%	83%	85%	80%	78%	78%	80%	85%	80%	83%	80%	86%	80%	91%	90%	76%
	% de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias	n.c.	23%	55%	25%	55%	46%	70%	48%	70%	30%	66%	46%	75%	76%	85%	66%	85%	72%	80%	52%	70%	89%	90%	80%
Económico	Custo médio de medicamentos por utilizador*	n.c.	290	192	277	158	117	202	226	218	234	n.c.	237	301	301	274	193	152	163	n.c.	249	186	161	148	103
	Custo médio de MCDT por utilizador*	n.c.	76	68	82	58	54	74	77	63	84	n.c.	57	79	79	68	49	65	77	n.c.	81	71	71	62	46

Fonte: Relatórios de atividades ARS e ACES.

Legenda: n.c. – não contratualizado; células a verde denotam cumprimento da meta fixada, células a vermelho denotam incumprimento.

*Em 2010 e 2011 foram contratualizados os indicadores de eficiência económica tendo por base medicamentos e MCDT prescritos por utilizador. Em 2012, foram contratualizados os mesmos indicadores mas tendo por base valores faturados.

Comparando a performance entre as unidades funcionais (USF e UCSP), no triénio, conclui-se que são as USF que, no seu conjunto, obtêm melhores resultados, tendo em conta que a baixa taxa de execução dos indicadores de desempenho nas UCSP, no mesmo período, acontece, em parte, por não estar ainda estabilizada a contratualização com estas unidades.

Relativamente ao desempenho das UCSP, os membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, aludem nas suas alegações que “(...) *contrariamente ao observado nas USF, os profissionais das UCSP (Médicos, Enfermeiros e assistentes técnicos), para além de darem resposta aos utentes inscritos em listas de médicos, têm ainda que dar resposta a toda a população inscrita que não tem médico de família atribuído-motivo pelo qual as suas listas não se encontram, na maioria das situações, carregadas com 1.900 utentes, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro.*”

O valor do indicador económico contratualizado “custo médio de medicamento por utilizador” varia no triénio, entre as unidades, sejam USF ou UCSP, existindo, no entanto, uma ligeira diferença nas USF, com valores inferiores, quando comparados com os das UCSP. Relativamente ao indicador “custo médio de MCDT por utilizador”, a diferença entre USF e UCSP é quase nula, verificando-se que, em algumas UCSP o custo é inferior.

Em 2011, regista-se uma diminuição do custo médio de medicamentos e de MCDT por utilizador face ao contratualizado, em todas as USF, comparativamente a 2010. Nas UCSP, essa tendência apenas se observa nas UCSP de Aldoar e Boa Nova. Nestas unidades, o custo médio dos medicamentos foi superior ao contratualizado em 2010 e 2011¹⁵⁶, na UCSP Santo António regista-se uma variação de 3,65%, assim como o custo médio dos MCDT, que foi, igualmente, superior nesses anos¹⁵⁷, com uma variação de 8,91%. Na UCSP de Alvalade, o custo médio de MCDT, aumentou em 2011, 7,13%, face a 2010, representando uma variação de 6,65%.

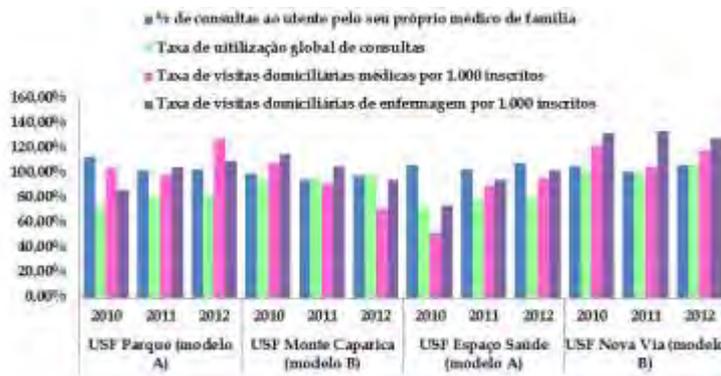
¹⁵⁶ Em 11,81%, em 2010, e, em 7,59%, em 2011.

¹⁵⁷ Em 3,77%, em 2010, e 32,90%, em 2011.



No que respeita aos objetivos relacionados com os indicadores de acessibilidade, constatou-se o seguinte:

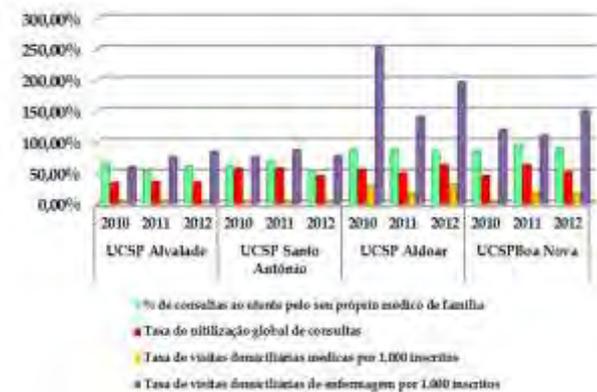
Gráfico 18 – % execução dos indicadores de acesso – USF



Dos indicadores contratualizados com as USF auditadas, verifica-se, em 2011, uma ligeira diminuição da taxa de execução, face a 2010, do indicador % de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família, em todas as USF, não obstante em três, das quatro unidades, a execução ser superior a 100%, nesse ano.

Em 2012, regista-se um aumento da taxa de execução dos quatro indicadores contratualizados, ultrapassando as metas fixadas, com exceção da USF Monte da Caparica (em dois indicadores) e da USF Nova Via (num indicador), ambas de modelo B.

Gráfico 19 - % execução dos indicadores de acesso – UCSP



As UCSP apresentam, em 2011, um crescimento da percentagem de execução dos indicadores de acesso, face a 2010, excepcionando-se a UCSP de Alvalade, apesar de, mesmo assim, não atingirem os objetivos.

Analisado o desempenho das UCSP, em 2012, verifica-se uma variabilidade expressiva na percentagem de execução dos indicadores. Na Taxa de visitas domiciliárias médicas, a execução varia entre os 2,69% (UCSP Alvalade) e os 31,74% (UCSP Aldoar), enquanto no indicador Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem, a execução oscila entre os 76,89% (UCSP Santo António) e os 196,83% (UCSP Aldoar).

De igual modo, sobre a avaliação da contratualização interna (ACES-USF), o relatório da ACSS (2013), na comparação dos resultados obtidos entre as unidades funcionais (USF modelos A e B e UCSP) em 2011 e 2012, evidencia e conclui que as taxas de execução das USF modelo A são superiores na sua maioria a 80%, ultrapassando nalguns indicadores os 100%, enquanto nas USF modelo B, a execução ultrapassa na maioria dos indicadores contratualizados de acesso e de desempenho assistencial os 100%. Nos indicadores de desempenho económico, as USF (modelos A e B) apresentam valores abaixo dos contratualizados. Quanto às UCSP, as metas fixadas não foram cumpridas, na sua maioria, variando as taxas de execução entre os 35% e os 100% (em apenas dois indicadores em 2011) ¹⁵⁸.

Sobre a matéria acima versada, o Presidente e um dos vogais do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP, aludem, em sede de contraditório, que "Ao avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita e monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família, bem como a capacidade de intersubstituição dos mesmos na unidade de saúde nas situações de ausências programadas ou não, verificámos que as USF garantem

¹⁵⁸Cfr. Anexo 2 do Relatório de Avaliação da Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários nos anos de 2011 e 2012 - junho 2013/ versão preliminar.



aos cidadãos, o atendimento no próprio dia, assegurando a continuidade e integração dos cuidados prestados. (...) O mesmo não se verifica nas UCSP cuja taxa de utilização de consultas é mais baixa e a proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família é demasiado alta (...) o que nos leva a induzir a falta de capacidade de intersubstituição profissional nestas unidades, reduzindo, por sua vez, a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.”

No que respeita ao desempenho assistencial, consideram os alegantes que “Todas as doenças adequadamente prevenidas e precocemente tratadas traduzem-se em custos económicos reduzidos e ganhos de saúde relevantes.” Exaltando para os resultados dos indicadores de desempenho que “(...) atenuaram-se as diferenças entre modelos organizativos de USF, ainda que o impacto do modelo B se mantenha positivo, as diferenças percentuais nos resultados por vezes não são muito acentuadas. Este dado poderá estar relacionado com o facto de a transição de A para B, em termos de modelo organizativo, exigir um esforço para atingir determinado nível de desempenho e, por outro lado, revela, sem dúvida que não é posta em causa a equidade no acesso a cuidados de qualidade, por um modelo em detrimento de outro.”

O Tribunal faz notar que, quanto ao acesso, independentemente do modelo (A ou B), o procedimento padrão instituído nas USF não difere entre elas, estando assegurado o acesso aos cuidados de saúde, no próprio dia, em caso de doença aguda. Assim, o maior amadurecimento organizacional das USF de modelo B (patamares de desempenho mais exigentes), não se traduz em melhor acessibilidade.

4.3. CAPACIDADE INSTALADA VS DISPONÍVEL

Em complemento da análise da variação dos indicadores de acesso contratualizados e por forma a apurar, nas unidades funcionais selecionadas, o efeito do horário praticado sobre a produtividade, no ano de 2011, procedeu-se a uma análise da carga horária afeta às atividades assistenciais¹⁵⁹, por profissional médico, concomitantemente com a assiduidade destes profissionais e o intervalo fixado para marcação de consultas/hora.

Da análise comparativa efetuada à capacidade instalada/disponível¹⁶⁰ versus a produtividade das oito unidades funcionais, no ano de 2011, é possível aferir que, na globalidade, são as USF tanto do modelo A como do modelo B que demonstram um melhor aproveitamento da capacidade instalada, comparativamente com as UCSP. A USF Espaço Saúde e a USF Nova Via, ambas do perímetro da região de saúde de Norte, realizam um número de consultas superior à sua capacidade. Também na região de saúde do Norte, a produtividade dos profissionais médicos na UCSP Boa Nova aponta para uma quase plena utilização dos recursos disponíveis ajustada à capacidade instalada.

Na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a USF do Parque e a UCSP de Santo António, são as unidades que evidenciam um melhor aproveitamento, ficando, no entanto, aquém da utilização da sua capacidade instalada.

Figura 7 – Capacidade instalada versus consultas realizadas



¹⁵⁹ As horas afetas semanalmente à atividade assistencial são, em média, 33,79h, nas USF e 30,59h, nas UCSP.

¹⁶⁰ Para o efeito procedeu-se a uma análise da carga horária afeta às atividades assistenciais, por profissional médico, concomitantemente com a assiduidade destes profissionais e o intervalo fixado para marcação de consultas/hora.



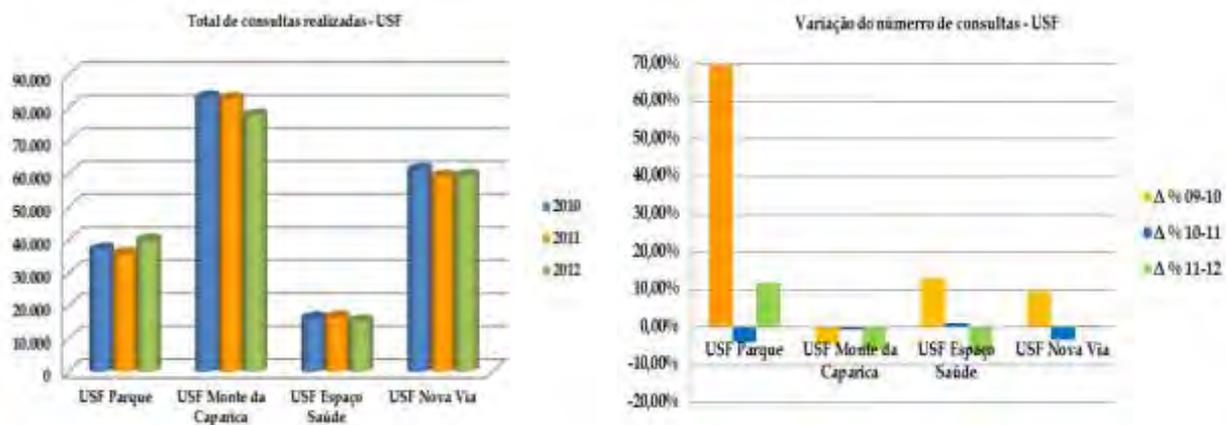
É pois importante estudar como aumentar o tempo consagrado pelos médicos à atividade assistencial. Um estudo recentemente publicado¹⁶¹ conclui que **os médicos de família utilizam cerca de 33,4% do seu tempo diário em atividades que não o contacto direto com os utentes**, metade do qual em tarefas não diretamente relacionadas com os mesmos.

As tarefas extra consulta que ocupam mais tempo são a renovação de prescrições de medicamentos, o seguimento de estudantes e internos, as reuniões/gestão do serviço e a comunicação administrativa com outros profissionais, relativa aos utentes. Vários dos tempos identificados são passíveis de ser reduzidos. A título de exemplo, são gastos, em média, por dia, 8,6 minutos em comunicação administrativa, 7,3 minutos em contacto com delegados de informação médica, 5,7 minutos com problemas informáticos.

4.4. ACESSIBILIDADE

O total de consultas realizadas¹⁶² nas unidades de saúde auditadas, no triénio 2010-2012, consta dos quadros e gráficos seguintes.

Gráfico 20 – Consultas realizadas nas USF e variação



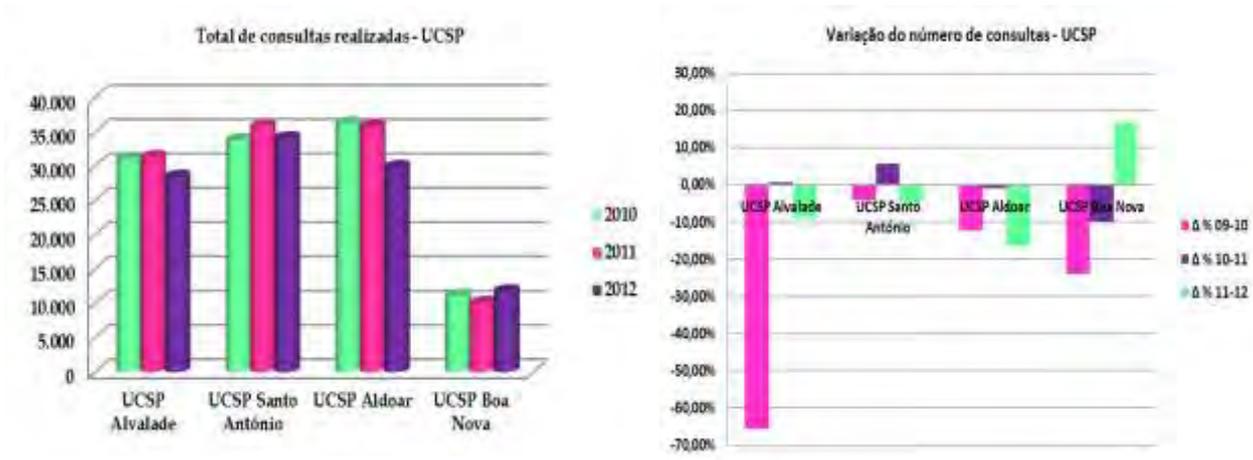
Em 2011, a produção de consultas das USF diminuiu, face a 2010, em três unidades auditadas, tendo somente a USF Espaço Saúde registado um crescimento da atividade de 1,27%, acompanhada com o aumento do número de utentes utilizadores (4,54%). Em 2012, com exceção da USF Parque, todas as restantes USF assinalam um decréscimo da produção, face ao ano anterior, que não decorreu da diminuição do número de utilizadores nem da redução de profissionais médicos.

¹⁶¹ Granja M, Ponte C, Cavadas LF, *What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts*, BMJ Open 2014;4:e005026. doi:10.1136/bmjopen-2014-005026.

¹⁶² As modalidades definidas e em prática para marcação de consulta nas USF e nas UCSP selecionadas, são: a presencial, por telefone, por fax, por correio eletrónico e pelo sistema *on line- e-agenda*.

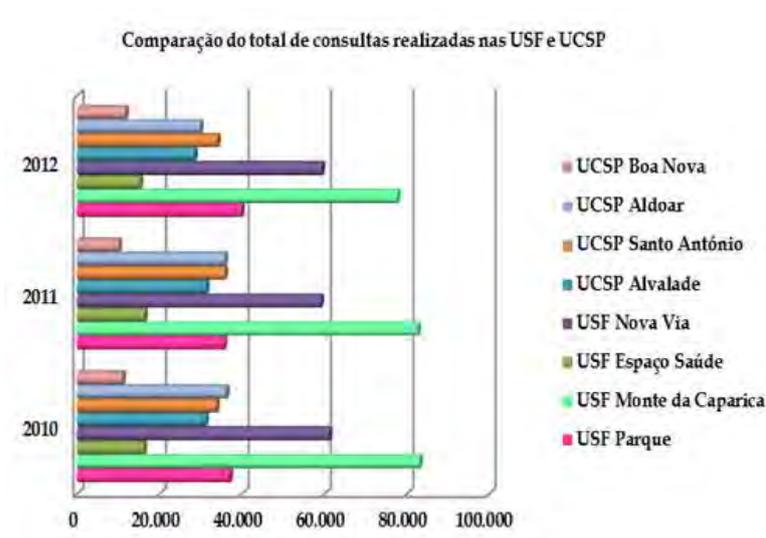


Gráfico 21 – Consultas realizadas nas UCSP e variação



Nas UCSP de Alvalade e Santo António houve um aumento da produção em 2011, face a 2010, de 0,76% e de 5,59%, respetivamente, nas restantes unidades verifica-se uma diminuição, mais acentuada na UCSP Boa Nova, de 8,95%, por efeito da diminuição do número de utentes utilizadores (12,61%) e na UCSP Aldoar concomitantemente por redução do número de profissionais médicos. Em 2012, verifica-se apenas o crescimento da atividade na UCSP Boa Nova, contrariamente às restantes unidades que assinalam um decréscimo.

Gráfico 22 – Total de consultas realizadas nas USF e UCSP

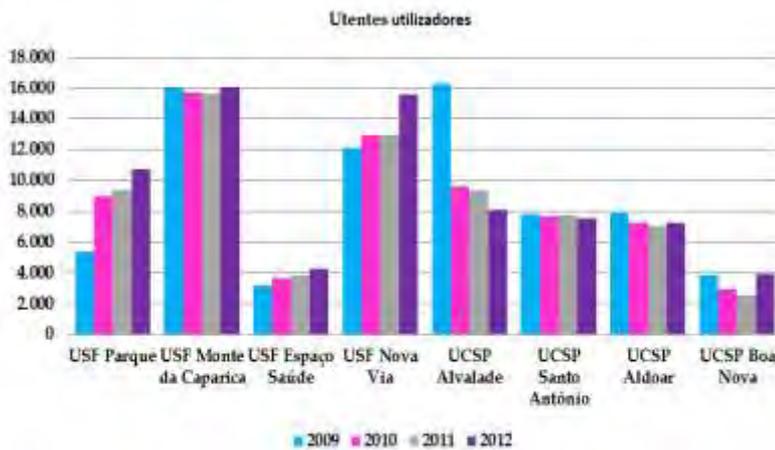


De entre as unidades funcionais auditadas (USF e UCSP), destaca-se, no biénio 2010-2011, a USF Espaço Saúde, por ser a única que apresenta um aumento gradual do número de consultas realizadas, em razão proporcional ao aumento do número de utentes utilizadores e do número de profissionais (cfr. gráficos ao lado).

Ao compararmos a produção entre USF e UCSP, de dimensão idêntica (número de utentes utilizadores), constatamos que o número de consultas realizadas nas USF, apesar de deterem menos profissionais, é superior às das UCSP.



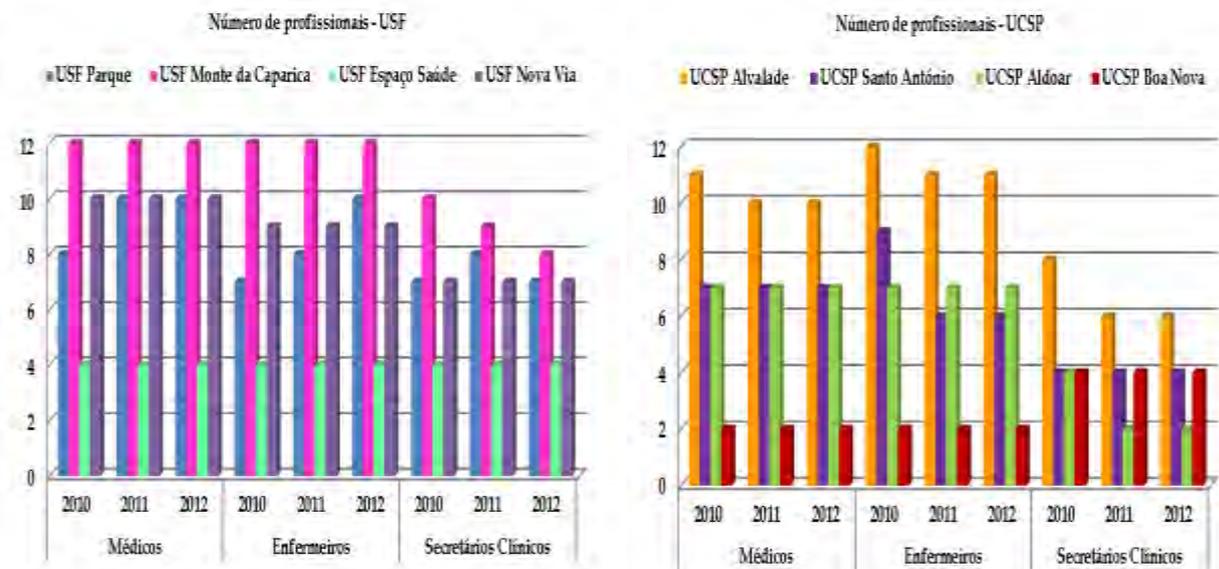
Gráfico 23 – Número de utentes utilizadores



A diminuição do número de consultas nas UCSP é acompanhada, na sua maioria, pela perda de utentes utilizadores, mas não pelo número de médicos, o que demonstra uma deficiente afetação do capital humano médico às necessidades, nomeadamente com o aumento da lista de utentes destes profissionais, sabendo que nestas unidades existem ainda utentes sem médico de família atribuído.

A taxa de utilização nas unidades funcionais, no triénio em apreço, situa-se entre os 42,76%, na UCSP de Alvalade, da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e os 87,95%, na USF Nova Via, da região de saúde do Norte.

Gráfico 24 – Número de profissionais



Verificou-se, ainda, que a distribuição da carga horária dos profissionais médicos não é uniforme nas USF e nas UCSP auditadas, sendo esta feita em função da exclusividade ou não do profissional e da afetação por atividades assistenciais e não assistenciais (por. ex. reuniões, coordenação e gestão de ficheiros e relatórios de registos).



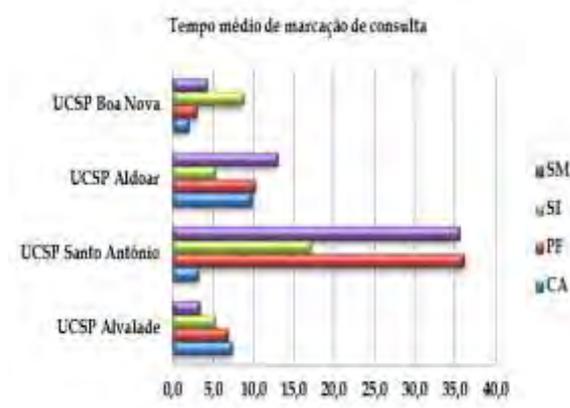
4.4.1. TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA MARCAÇÃO DE CONSULTA

Na impossibilidade de apurar o tempo de espera para marcação de consulta, em resultado de as plataformas informáticas utilizadas pelas unidades funcionais de apoio à atividade administrativa¹⁶³, bem com as restantes para os outros grupos profissionais¹⁶⁴, não dispor de uma funcionalidade que permita guardar o pedido de marcação, existindo apenas o registo da consulta efetivada pelo médico na aplicação informática SAM, foram realizados testes¹⁶⁵, por tipologias de consulta¹⁶⁶, para apurar o tempo médio de espera de marcação dessas consultas, por forma a verificar se os mecanismos instituídos para a marcação de consulta, nas unidades funcionais auditadas, garantem à população da respetiva área geográfica uma acessibilidade aos cuidados de saúde primários dentro dos tempos máximos de resposta garantidos e de acordo com as orientações técnicas instituídas pela Direção-Geral de Saúde (DGS).

Os resultados obtidos nas USF e nas UCSP auditadas, através do SINUS, são os que consta dos gráficos seguintes:

Gráfico 25 – Tempo médio marcação de consulta – USF

Gráfico 26 – Tempo médio marcação de consulta – UCSP



Em qualquer unidade de saúde, seja USF ou UCSP, o tempo médio de marcação de consultas para as quatro tipologias selecionadas, não ultrapassa, à exceção da UCSP de Santo António, os 20 dias úteis. As unidades de saúde que, no conjunto, apresentam um tempo médio de espera menor são, a USF Monte Caparica e as UCSP de Alvalade e da Boa Nova.

Dos testes realizados por tipologias de consulta¹⁶⁷, com vista a verificar se os mecanismos instituídos para a marcação de consulta, nas unidades de saúde auditadas, garantem à população da respetiva área geográfica uma acessibilidade aos cuidados de saúde primários dentro dos tempos máximos de resposta garantidos, conclui-se que os tempos médios de espera para a marcação de consulta de adultos por motivo não relacionado com doença aguda (entre os 2 e os 12,8 dias) são inferiores ao tempo

¹⁶³ SINUS - Sistema Administrativo de Registo de Atividade e o MIMUF - Software estatístico para as USF.

¹⁶⁴ SAM - Sistema de Apoio ao Médico e SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.

¹⁶⁵ Os testes foram realizados pela equipa de auditoria, na fase de trabalho de campo, com o apoio do pessoal administrativo das unidades funcionais selecionadas.

Tipologia de consultas	Unidade Funcional							
	USF Parque	UCSP Alvalade	USF Monte Caparica	UCSP Santo António	USF Espaço Saúde	UCSP Aldoar	USF Nova Via	UCSP Boa Nova
CA	4,9 dias	7,4 dias	1,6 dias	3,17 dias	12,8 dias	9,8 dias	11,5 dias	2 dias
PF	14,1 dias	6,9 dias	7,3 dias	36,2 dias	19,5 dias	10,2 dias	16 dias	3 dias
SI	11,7 dias	5,3 dias	5,5 dias	17,2 dias	18,5 dias	5,3 dias	17,5 dias	8,8 dias
SM	11,9 dias	3,4 dias	8,2 dias	35,6 dias	17,5 dias	13 dias	9,6 dias	4,3 dias

¹⁶⁶ Consulta de adultos (CA); Planeamento familiar (PF); Saúde infantil (SI) e Saúde materna (SM).

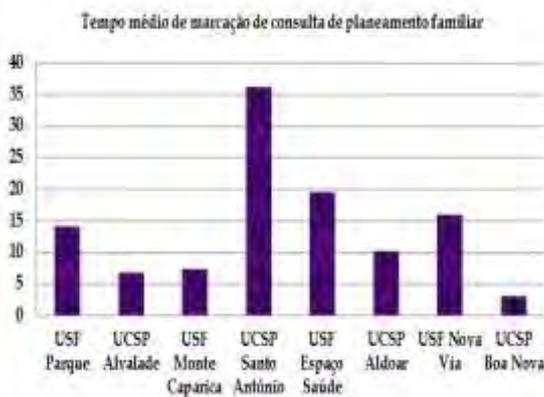
¹⁶⁷ Idem.



máximo de resposta garantido (TMRG), constante do ponto 1.1.2, da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, que fixa em 15 dias, o prazo para cuidados de saúde primários prestados a pedido do utente, nestes casos.

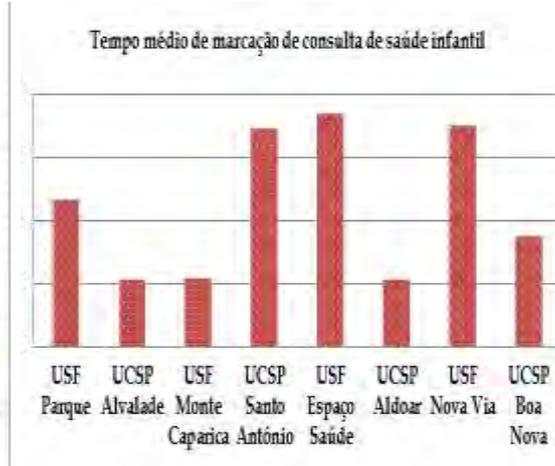
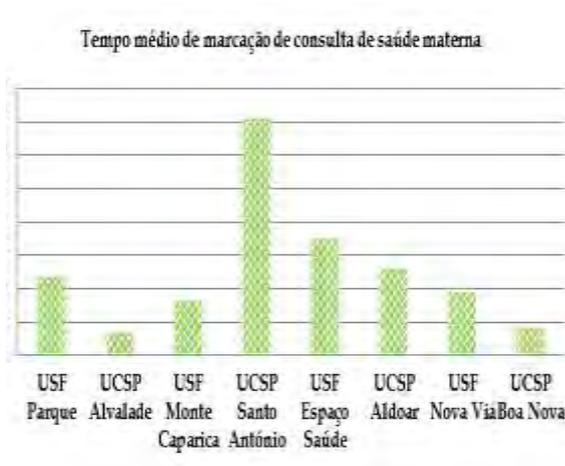
Nas situações de doença aguda, o atendimento é feito no próprio dia na consulta do dia (ou consulta aberta), e nos pedidos de contato indireto¹⁶⁸, a resposta é dada em 72 horas, em conformidade com o previsto na Portaria n.º 1529/2008.

Gráfico 27 – Tempo médio de marcação de consultas de planeamento familiar



Nas restantes consultas (planeamento familiar, saúde materna e saúde infantil), a programação é feita pelos profissionais da unidade funcional (médicos e/ou enfermeiros), tendo em conta as orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde¹⁶⁹, não estando, assim, fixado um TMRG (cfr. ponto 1.3, da Portaria n.º 1529/2008). Nestes casos, os tempos médios de espera apurados para marcação das consultas de planeamento familiar e saúde materna situaram-se entre os 3 (UCSP Boa Nova e UCSP Alvalade) e os 36 dias (UCSP Santo António) e na saúde infantil, entre os 5 (UCSP Alvalade) e os 18 dias (USF Espaço Saúde).

Gráfico 28 – Tempo médio de marcação de consulta de saúde materna e saúde infantil



Neste âmbito, a Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-NA), pronunciou-se sobre esta matéria, referindo que “Deve ser estabelecido um procedimento standard para monitorização automática da medição do tempo de espera. A medição e a gestão transparente de todos os tempos de espera são um importante indicador de qualidade de cuidados, e de importância fundamental para profissionais e utentes (...)”.

¹⁶⁸ Renovação de medicação em caso de doença crónica e relatórios, cartas de referenciação, orientações e outros documentos escritos.

¹⁶⁹ Para cada um dos programas nacionais de saúde: Programa Nacional de Saúde Reprodutiva; Vigilância pré-natal e revisão do puerpério e Saúde Infantil e Juvenil.



Quanto ao acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, a referenciação é feita pelos profissionais médicos das unidades funcionais, através do registo na aplicação informática¹⁷⁰ de suporte ao Consulta a Tempo e Horas (CHT)¹⁷¹. Dos testes efetuados nas unidades auditadas, confirmou-se a existência de um número elevado de pedidos pendentes na situação de “*pedidos em triagem*”, ou seja, para avaliação e marcação de consulta, sem que tenha sido dada resposta dentro do tempo máximo fixado (três dias úteis e, atualmente, cinco dias úteis¹⁷²).

4.5. MECANISMOS INSTITUÍDOS DE CONTROLO DE QUALIDADE

Apesar de se encontrar definido na grelha dos indicadores dos CSP, o indicador da qualidade *Porcentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos*, o mesmo não foi objeto de contratualização, em sede de contrato-programa, entre as ARS e os ACES e, por consequência, na negociação com as USF, designadamente nos seus planos de ação. A avaliação deste indicador de satisfação, pressupunha a existência de questionários, de modelo nacional, por forma a permitir comparações a nível nacional, o que não aconteceu.

Neste sentido cite-se o relatório do OPSS, de 2013, que refere o seguinte: “*Tem sido descurada a medição e a valorização da qualidade percebida – o último inquérito de satisfação a utentes e profissionais foi realizado entre 2007 e 2008 apesar da recomendação para se realizarem anualmente.*”

De referir também, que entre os indicadores constantes do documento elaborado pela ACSS e pelas ARS/Departamentos de Contratualização, em janeiro de 2013, “*Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários*” encontra-se o indicador “*Proporção de utilizadores muito satisfeitos*”, que tem como objetivo monitorizar a satisfação dos utentes que utilizam os serviços de saúde. Para o efeito, foi definido o modelo de questionário de satisfação a ser aplicado nas unidades de saúde no âmbito da contratualização interna (USF e UCSP) e externa (ACES), que contudo, ainda, não foi aplicado.

Tendo em conta a importância de medir e avaliar a perceção dos cidadãos face à qualidade da prestação de cuidados de saúde, a aplicabilidade transversal deste indicador permitirá uma apreciação sobre a asserção de melhorias e efetividade da qualidade dos cuidados prestados, associada ao desempenho profissional e organizacional em todas as unidades funcionais. Assim, para além do registo das exposições, deverá ser instituído o mecanismo de controlo da qualidade, medido através da realização de inquéritos de satisfação dos utentes.

Dos princípios orientadores definidos pela ACSS, na *Metodologia da Contratualização dos CSP para 2014*, consta a intenção de integrar no processo de contratualização, ao nível de todas as USF e de parte das UCSP, a avaliação da satisfação dos utilizadores nos cuidados de saúde primários

Na ausência deste mecanismo de controlo da qualidade, procedeu-se à análise das exposições apresentadas pelos utentes e registadas no sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações (SGSR).

Um dos serviços de apoio dos ACES, previstos no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro¹⁷³ (cfr. art.º 35º), é o do Gabinete do Cidadão, que funciona na dependência do diretor executivo. De entre as competências que estão atribuídas a este gabinete¹⁷⁴, destacam-se a verificação das condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde e do grau de satisfação dos utentes do ACES (cfr. n.º1, al. a) e d), do art.º 37º).

¹⁷⁰ Designada por ALERT P1, que operacionaliza os pedidos de consulta entre unidades de saúde integradas no SNS.

¹⁷¹ Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde, cujo regulamento se encontra aprovado pela Portaria n.º 95/2013, de 4 de março.

¹⁷² Conforme previsto no n.º 4.3 do Regulamento do CTH, aprovado da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, e atualmente no ponto 4.8 do Regulamento aprovado pela Portaria n.º 95/2013.

¹⁷³ Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 102/2009, de 11 de maio.

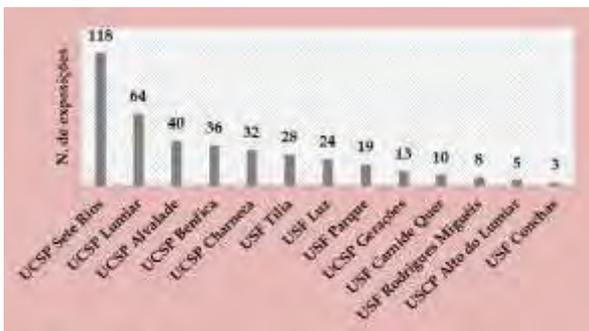
¹⁷⁴ Compete ao GC receber todas as exposições dos cidadãos – sugestões, elogios/agradecimentos e reclamações- assegurando que as mesmas são registadas e respondidas no âmbito no Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações – “Sim-Cidadão”.



O tratamento das exposições apresentadas pelos utentes e o respetivo registo no SGSR, é feito pelo Gabinete do Cidadão, e formalizados nos relatórios de avaliação. Durante o ano 2011, o ACES Lisboa Norte registou um total de 400 exposições (reclamações e elogios). Do total das exposições, 94,00% dizem respeito a reclamações (376), enquanto os restantes 6,00% são referentes a elogios (24). De entre as unidades funcionais que foram alvo de um maior número de exposições, destacam-se a USCP Sete Rios, com 118, o que corresponde a 29,50% do universo, a UCSP Lumiar, com 64 (16,00%) e a UCSP de Alvalade com 40 (10,00%).

Gráfico 29 - Número de exposições – ACES Lisboa Norte

ACES LISBOA NORTE

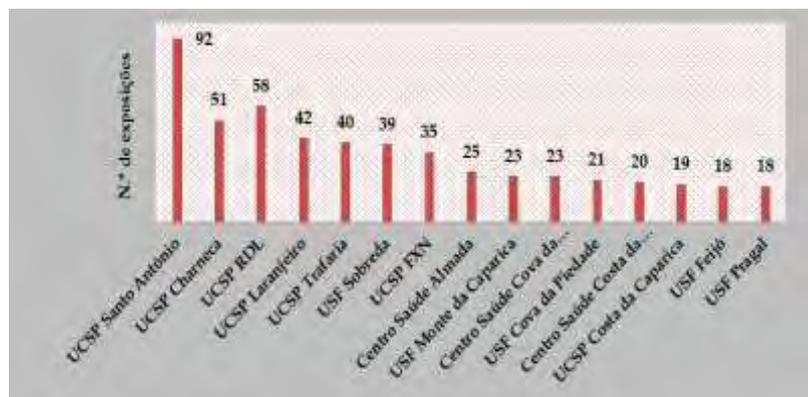


O grupo profissional mais visado nas reclamações é o dos médicos (37,80%), seguindo-se os assistentes técnicos (26,10%) e os enfermeiros (13,30%). Quanto às situações objeto de reclamação, no total de reclamações no ACES Lisboa Norte, destacam-se a prestação de cuidados de saúde¹⁷⁵ que apresenta o número mais elevado (51,86%), seguido dos atos administrativos (29,26%).

Gráfico 30 - Número de exposições – ACES Almada

ACES ALMADA

No ACES Almada, o total de exposições apresentadas, no ano de 2011, foi de 524, sendo que destas, 96,37% dizem respeito a reclamações (505), 3,44% a elogios (18) e 0,19% a sugestões (1). A UCSP Santo António foi a que recebeu o maior número de exposições (92), o que correspondeu a 17,56%, do total, em contraste às USF do Feijó e do Pragal, que registaram o menor número (18), ou seja 3,44%.



O grupo profissional onde recaem o maior número de reclamações é o dos médicos, com 53,27% (269), seguindo-se os dirigentes intermédios, 26,34% (133) e os administrativos com 10,69% (54).

Da tipologia de reclamações, a maior incidência recai sobre a prestação de cuidados de saúde, 50,89%, dos quais 43,19% dizem respeito ao acesso. Os atos administrativos/comportamentais, recolhem 30,30%.

Do total das exposições registadas no ACES Porto Ocidental (471), no ano de 2011, 92,57% (436) dizem respeito a reclamações, 4,25% (20) a elogios e 3,18% (15) a sugestões.

¹⁷⁵ Designadamente doentes sem cuidados (112), tempo de espera para cuidados (52) e cuidados desadequados (31).



Gráfico 31 - Número de exposições – ACES Porto Ocidental

ACES Porto Ocidental



De entre as unidades funcionais, a UCSP do Carvalhido é a que recolhe o maior número de reclamações, 111 (23,57%), seguida da UCSP Aldoar, com 45 (9,55%).

Do total das reclamações apresentadas, é o grupo profissional médico o mais visado, com 40%, seguido dos assistentes técnicos, com 18%.

No que respeita ao tipo de reclamações, a maior incidência é na prestação de cuidados de saúde, com 51% (doentes sem cuidados e tempo de espera para cuidados).

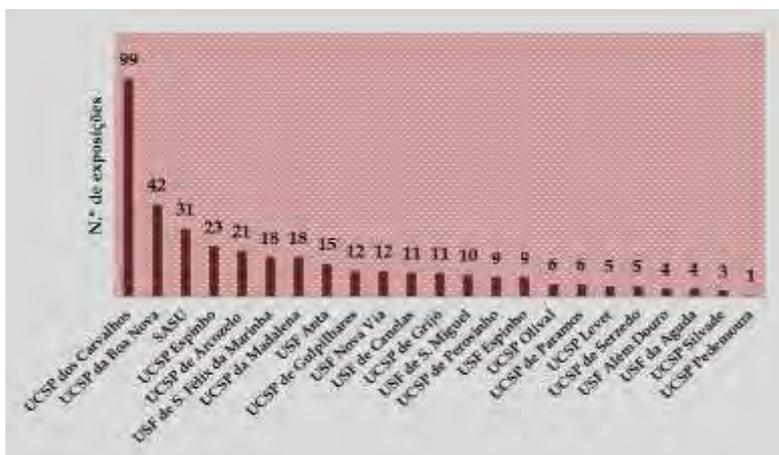
Gráfico 32 - Número de exposições – ACES Espinho/Gaia

ACES Espinho/Gaia

No ACES Espinho/Gaia, tal como nos restantes ACES selecionados, do total das exposições (375), são as reclamações (355) que representam a maior percentagem (94,67%), seguidas das sugestões (4,00%) e dos elogios (1,33%).

Quanto ao grupo profissional mais visado, é o dos médicos, com 50,93%, e dos administrativos, com 14,40%.

A maior incidência das reclamações é nas consultas, com 70,13%, seguida dos serviços administrativos e de apoio geral, com 17,87%.



Sobre o assunto em apreço, e com o objetivo de conhecer a satisfação dos coordenadores das USF, associada à atuação das estruturas envolvidas na reforma dos CSP, foi elaborado pela Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN), em 2012, um questionário¹⁷⁶, em que se conclui por “um decréscimo da satisfação dos coordenadores das USF em relação à Reforma dos CSP em geral e aos organismos da administração central e regional (Ministério da Saúde e Administrações Regionais de Saúde - ARS). A comparação entre o processo de reforma em geral e os organismos da administração central e regional revela que estes são pior avaliados que a Reforma em geral (...). É em relação às estruturas com quem as USF se têm de relacionar mais prolongadamente e de quem dependem para muita da sua actividade – as ARS – que se notam os níveis mais baixos de satisfação (em particular na ARS Centro).

¹⁷⁶ In “ O momento atual da reforma dos CSP em Portugal – 2011/2012”



Ao nível mais micro, dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) a que os coordenadores pertencem, revela-se uma melhoria da satisfação ao longo dos anos mas menor do que em relação à reforma em geral (é novamente na ARS Centro onde se nota menor satisfação) e com uma maior dispersão dos resultados com mais coordenadores muito insatisfeitos ou muito satisfeitos.

Quanto à actividade da sua própria USF, os coordenadores apresentam um aumento da satisfação ao longo dos anos e em patamares muito elevados e superiores à avaliação que fazem da Reforma em geral.

Em relação à satisfação dos coordenadores de USF conforme o modelo de actividade, vemos que existe maior satisfação dos coordenadores em Modelo B com a Reforma no geral e com o Ministério da Saúde e muito maior satisfação com a sua própria actividade mas ligeiramente menor com o seu ACES e a sua ARS quando comparados com os que estão em Modelo A. Os maiores níveis de insatisfação surgem nos coordenadores em Modelo A com a ERA da sua região.”

5. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

5.1. CANDIDATURAS E DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL

Entre 2006 e 2012, o total das candidaturas à criação de USF¹⁷⁷, entradas nas cinco ARS, foi de 552. A apresentação da candidatura à constituição de uma USF é voluntária e feita através de um conjunto de requisitos administrativos pré-definidos. As ARS têm assegurado o investimento em instalações, equipamentos e meios tecnológicos necessários ao início de actividade, isto é à instalação das equipas e prossecução dos objetivos propostos¹⁷⁸.

Gráfico 33 – Evolução das candidaturas USF - Nacional



Os anos de 2006 e 2009, respetivamente os da criação das USF e da constituição dos ACES, registam um maior número de candidaturas entradas, mais de 50% (393) do total, e os anos de 2008 e 2012, com um menor número de candidaturas. Relativamente às candidaturas excluídas ou desistentes, verifica-se uma diminuição ao longo dos seis anos. Em dezembro de 2012, as USF em atividade, correspondia a 80,05% (353) do total das candidaturas aprovadas (552).

A justificação veiculada pelas ARS auditadas para redução de candidaturas entradas a partir de 2010 prende-se essencialmente com três fatores: i) a falta de adesão de profissionais, ii) a dificuldade de constituição de equipas, nomeadamente por impedimento na mobilidade de profissionais, sobretudo enfermeiros e secretários clínicos, e iii) a falta de estruturas para a instalação das unidades.

A propósito, a Unidades de Saúde Familiar - Associação Nacional (USF-AN), veio referir que “(...) Muitas das equipas (...) continuam a aguardar instalações para iniciarem funções.” Referindo, ainda, como dificuldade premente à constituição de USF “(...) o problema geral de falta de recursos humanos, particularmente de enfermeiros e secretários clínicos.” Também a Ordem dos Médicos se pronunciou, referindo que “Efetivamente as questões que se prendem com mobilidade dos profissionais constituem um constrangimento real no terreno. (...)”, e que “Há também constrangimentos conexos às infraestruturas (...), equipamentos e material (...)”.

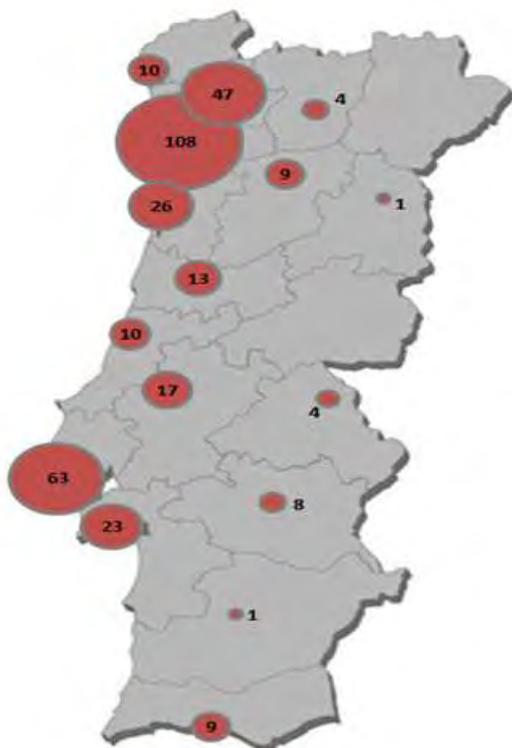
¹⁷⁷ O processo de candidatura para a constituição de uma USF desencadeia-se com a manifestação de vontade de uma equipa multiprofissional. A candidatura é feita através de um formulário pré-definido (com os custos de estrutura incorporados), o que condiciona a liberdade dos candidatos a apresentarem uma proposta concorrencial, designadamente através da constituição da equipa própria e de um número de elementos adequado de cada uma das carreiras profissionais.

¹⁷⁸ De acordo com o regulamento de candidaturas de 2006 (Despacho Normativo n.º 9/2006) cabia às ARS assegurar as instalações, equipamentos e meios tecnológicos necessários à prossecução dos objetivos das equipas. Com a revogação deste despacho pelo Despacho Normativo n.º 5/2011, faz-se apenas referência à intervenção da ARS para desencadear os procedimentos adequados para que a USF inicie a sua atividade.



Sobre a mesma matéria também o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, referiu que "(...) existem outros fatores que tornam de difícil previsão a data (...) de abertura da USF, nomeadamente a necessidade de mobilidades internas e externas de profissionais, a execução de obras nas unidades de saúde e a aquisição de equipamentos."

Figura 8 – Distribuição das USF – Território Nacional



Comparativamente com as candidaturas entradas e em atividade a nível nacional, no período de 2006 a 2012, a região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo representava 30,88% (109), e a região de saúde do Norte 52,69% (186), face ao total nacional das candidaturas entradas. Em 31 de dezembro de 2012, estavam em atividade um total de 353 USF, sendo a distribuição por distrito a que se identifica na figura.

A região de saúde de Norte é a que concentra o maior número de USF, seguida pela região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. É igualmente visível a distribuição das USF ao longo do litoral, deixando o interior do país com uma percentagem de cerca de 10,20%.

Nesse universo de 353 USF, o maior número de unidades são, ainda, USF de modelo A. As USF do modelo B, tipologia que inclui incentivos remuneratórios (suplementos e compensações pelo desempenho) aos profissionais, representam cerca de 45%, isto é 161 USF, com um total de 2.229.977 utentes inscritos (que corresponde a 50,42% do total dos utentes inscritos em USF). Não se encontra constituída, à presente data, nenhuma USF modelo C.

O número total de USF a constituir anualmente¹⁷⁹, bem como o número máximo de USF modelo A que podem transitar para modelo B, tem sido determinado por despacho conjunto do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde¹⁸⁰, sem que os critérios que suportam esse número estejam enunciados nos respetivos despachos.

O Ministro da Saúde veio referir que "O processo de determinação anual ao abrigo do regime disposto no DL 298/2007 de 22 de agosto decorre de ponderação por parte das ARS da manifestação dos interessados e do orçamento disponível para o efeito." Acrescentando que "A criação de USF depende (...) da iniciativa dos profissionais (...), pelo que é sempre difícil estimar de forma precisa o n.º de USF que irão abrir em determinado ano. Não obstante, as ARS devem sempre atender a um conjunto de fatores relevantes para a decisão, nomeadamente no que respeita à adequação das mesmas em termos de oferta de cuidados de saúde, satisfação das necessidades das populações, e (...) ponderação das candidaturas apresentadas."

Por outro lado, foi, igualmente, fixado o número máximo de USF modelo A que podem transitar para modelo B¹⁸¹, distribuído pela área de jurisdição territorial de cada uma das ARS¹⁸². Neste caso, a

¹⁷⁹ Conforme dispõe o n.º 2 do art.º 7º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto.

¹⁸⁰ Cfr. Despacho n.º 9999/2012, de 19 de julho, publicado no DR de 25 de julho e o Despacho n.º 4586-A/2013, de 28 de março, publicado no DR de 1 de abril.

¹⁸¹ Nos termos do n.º 3, do Despacho n.º 24101/2007, de 8 de outubro, publicado no DR, de 22 de outubro.

¹⁸² Para 2012, o número foi de 35, de acordo com o art.º 3º, do Despacho n.º 9999/2012, de 19 de julho, e para 2013, o número é de 20, fixado no art.º 3º, do Despacho n.º 4586-A/2013, de 28 de março.



aprovação da transição de modelo organizacional, pela ARS, tem como suporte a performance positiva da USF modelo A, em termos organizativos e/ou de desempenho, num período sucessivo de três anos. A este propósito, explica o Ministro da Saúde, através do Chefe do Gabinete, que "(...) no que respeita à transição de USF de modelo A para modelo B, a ponderação é diversa na medida em que há custos envolvidos, e é, por isso, importante definir o número anual de transições, que permita às administrações planear e cumprir orçamentos." (...) "

Conclui, dizendo que "(...) a determinação de um n.º máximo de USF modelo A (...), constitui sobretudo um objetivo ponderado (...) e não uma limitação, nem uma garantia", e que o número máximo depende de "(...) vários fatores conjunturais, como de quantas USF de modelo A existem em cada momento, de quantas destas têm avaliação positiva e a disponibilidade financeira de cada ARS."

Do resultado da avaliação global aos processos de candidaturas analisados¹⁸³, verificou-se uma deficiente instrução dos processos na ARSLVT-ERA, designadamente **por insuficiência de informação no formulário de candidatura, quanto aos compromissos relativos à prestação de cuidados¹⁸⁴ e ao plano de ação¹⁸⁵**. Tal situação não condicionou, contudo, a emissão de parecer técnico. Na ERA da ARSN, a instrução e constituição dos processos de candidatura estão coligidos em ficheiros informáticos, de forma organizada e de fácil acesso e consulta. O procedimento instituído traduz-se numa boa prática, tendo em conta o método organizativo e a redução de papel.

Constatou-se, também, que não foi elaborada, pela ERA das respetivas ARS, qualquer análise económico-financeira referente à constituição de USF, por não ser exigida. Contudo, a inexistência desta análise inviabiliza, por parte da entidade decisora, uma avaliação nessa vertente, pelo que seria de incluir esta análise na avaliação da candidatura. Para o efeito, deveria a constituição da ERA incluir profissionais com formação na área económica e de gestão.

5.2. COBERTURA POPULACIONAL

Em dezembro de 2012, as 353 USF em atividade, nas cinco ARS, envolveram 6.822 profissionais¹⁸⁶, os quais foram responsáveis pela prestação de cuidados de saúde a 4.345.230 utentes. De referir, que o ganho potencial¹⁸⁷ com a criação das USF foi, de acordo com a informação recolhida, de 569.580 utentes com médico de família.

Ao comparar-se os totais nacionais com os totais da região de saúde do Norte, verificamos que esta região tem um peso de 52,27% do total dos profissionais e de 51,83% do total da população abrangida. Por sua vez, a região de Lisboa e Vale do Tejo representa cerca de 33,20% dos profissionais e 34,18% da população, face ao total nacional.

¹⁸³ Análise da instrução do formulário de candidatura, da documentação e dos procedimentos que constituem os processos das USF, foram selecionadas aleatoriamente 44% (na ARSLVT correspondeu a 57 processos e na ARSN a 96 processos) das candidaturas entradas entre 2006 e 2011, nas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Norte.

¹⁸⁴ Constituição da equipa, identificação do coordenador, área geográfica de atuação, n.º de utentes inscritos ou a inscrever.

¹⁸⁵ Carteira básica de serviços, horário de funcionamento, definição do sistema de marcação, atendimento e orientação do utente, definição do sistema de prescrição, sistema de intersubstituição, articulação com outras USF, carteira de serviços adicionais, aceitação da avaliação do desempenho da equipa, em termos de efetividade, eficiência, qualidade e equidade.

¹⁸⁶ Dos quais 2.452 médicos, 2.428 enfermeiros e 1.942 secretários clínicos.

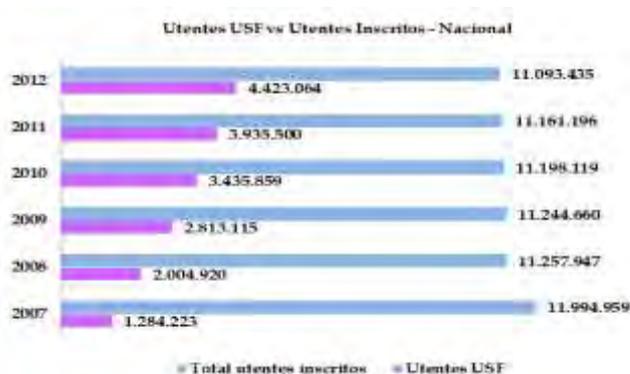
¹⁸⁷ O número de utentes incluídos na lista dos médicos, para além dos já inscritos, que integram a equipa multiprofissional e que submeteram a candidatura. No caso de se tratar de um médico sem lista, a dimensão mínima a atribuir é de 1917 unidades ponderadas, a que corresponde, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional (cfr. n.º 3, do art.º 9º, do Decreto-Lei n.º 298/2007). No entanto, a alteração operada pelo regime de organização do tempo de trabalho médico (Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto) prevê para a área de medicina geral e familiar uma dimensão máxima de 1900 utentes, correspondentes a 2358 unidades ponderadas, individualmente, no âmbito de uma equipa (cfr. n.º 1, do art.º 7º-B, do Decreto-Lei n.º 266-D/2012).



Quanto ao número de utentes inscritos nas USF (população abrangida), verificamos um aumento progressivo, entre 2007 e 2012, no peso dos utentes inscritos nas USF face ao total dos inscritos a nível nacional.

A população abrangida com a criação de novas USF, neste período, teve uma evolução de 29,16 pontos percentuais. Em 2012, o peso percentual do número de utentes inscritos nas USF era de 39,87%.

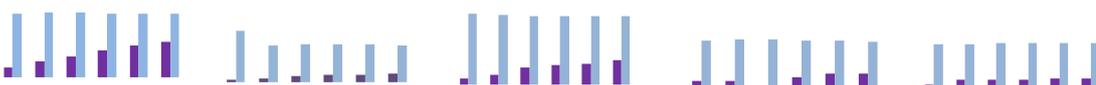
Gráfico 34 – Utentes inscritos nas USF versus utentes inscritos - Nacional



Na região de saúde do Norte, os utentes inscritos nas USF, em 2012, representavam 56,34%, face ao total de inscritos na região, e, na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, representavam 35,89%.

Quadro 22 – Utentes inscritos em USF vs total de utentes inscritos por ARS

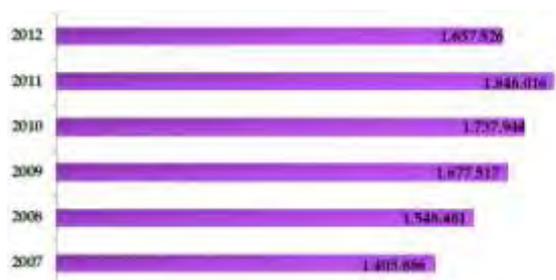
Anos	Utentes inscritos em USF vs total de utentes inscritos - por ARS														
	ARSN			ARSC			ARSLVT			ARS Alentejo			ARS Algarve		
	Utentes USF	Total utentes inscritos	%	Utentes USF	Total utentes inscritos	%	Utentes USF	Total utentes inscritos	%	Utentes USF	Total utentes inscritos	%	Utentes USF	Total utentes inscritos	%
2007	653.010	4.054.355	16,11%	159.372	2.641.073	6,03%	366.432	4.256.016	8,61%	76.756	551.600	13,92%	28.653	491.915	5,82%
2008	990.390	4.068.830	24,34%	227.184	1.918.047	11,84%	622.771	4.204.961	14,81%	79073	571.507	13,84%	85.502	494.602	17,29%
2009	1.349.551	4.082.396	33,06%	308.676	1.957.188	15,77%	1.055.682	4.119.727	25,63%	11.286	575.557	1,96%	87.920	509.792	17,25%
2010	1.672.709	4.046.914	41,33%	361.767	1.936.657	18,68%	1.181.875	4.155.079	28,44%	125477	555.722	22,58%	94.031	503.747	18,67%
2011	2.033.347	4.043.102	50,29%	403.135	1.924.672	20,95%	1.245.794	4.135.669	30,12%	157.265	548.307	28,68%	95.959	509.446	18,84%
2012	2.252.201	3.997.587	56,34%	421.358	1.907.299	22,09%	1.485.142	4.137.497	35,89%	167787	540.329	31,05%	96.576	510.723	18,91%



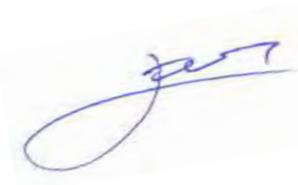
Fonte: ERA e SIARS

Mesmo com a criação das USF, em que um dos requisitos essenciais é atribuir um médico de família a utentes sem médico, através do aumento do número de utentes na lista do médico, continuam a existir um número expressivo de utentes sem médico.

Gráfico 35 – Utentes sem médico de família – Nacional



A diminuição de 10,21%, apurada em 2012, face ao ano anterior, não se mostrou suficiente, uma vez que continuavam a existir, nesse ano, 1.657.526 utentes a quem ainda não tinha sido atribuído médico de família (dos quais 48.620, por opção). Quanto aos utentes sem médico de família por opção, a expressão mais significativa verificou-se nas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte.



Na **região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, o número de utentes sem médico de família é mais significativo, em 2012, atingiu 965.193, dos quais 22.433 (2,38%) por opção. O número crescente nesta região, até 2011, deve-se essencialmente à aposentação dos profissionais médicos e por efeito da não atualização da lista de utentes, em que permanecem utentes já falecidos e duplicações, situação que só em junho de 2012, com o Registo Nacional de Utentes, veio proporcionar uma tentativa de resolução da lista dos utentes sem médico de família e consequentemente uma redução do número destes utentes.

Gráfico 36 – Utentes sem médico de família – Região de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

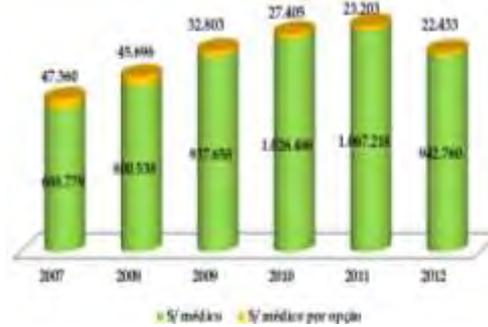
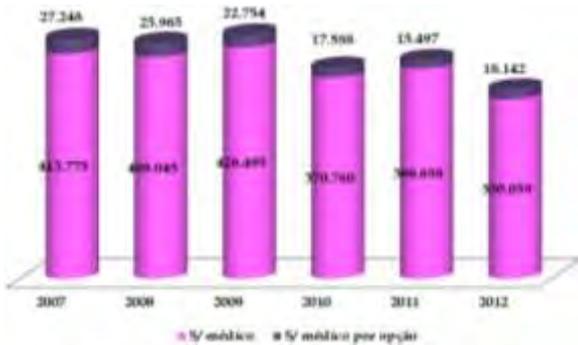


Gráfico 37 - Utentes sem médico de família – Região de Saúde do Norte



Na **região de saúde do Norte**, apesar de ter ocorrido, em 2009 e 2011, um aumento de 4,52% e 4,29%, respetivamente, no número de utentes sem médico de família, verifica-se uma tendência para a diminuição, por efeito do expurgo ocorrido, por iniciativa da ARSN, nas listas dos utentes inscritos¹⁸⁸, que é visível em 2012.

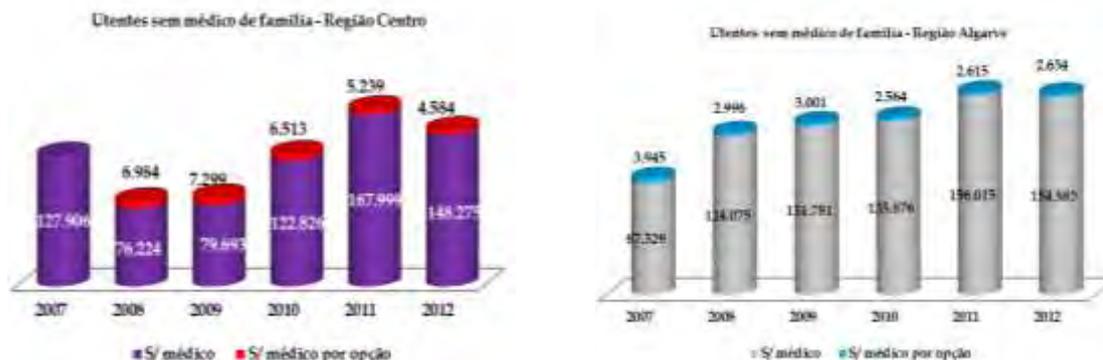
O peso dos utentes sem médico de família por opção, face ao total era, em 2012, de 5,50%, na região de saúde do Norte.

Nas regiões de saúde do Centro e do Algarve, verifica-se um crescimento contínuo do número de utentes sem médico de família entre os anos de 2008 e 2011. No mesmo período, observa-se igualmente um aumento progressivo do número de utentes inscritos nas USF, e do respetivo peso percentual face ao total de utentes inscritos. Já em 2012, regista-se uma diminuição do número de utentes sem médico de família em ambas as regiões de saúde, mantendo-se o aumento do número de inscritos nas USF.

¹⁸⁸ O expurgo teve por base as características da população e a desertificação.

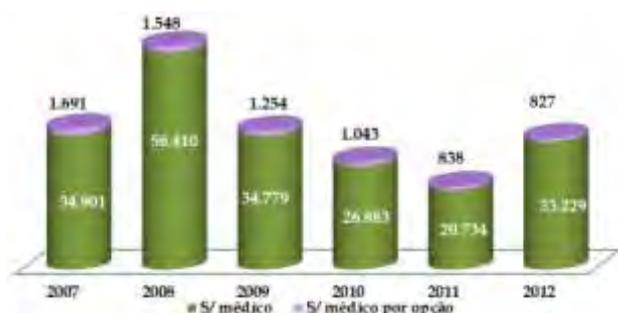


Gráfico 38 – Utentes sem médico de família – Região de Saúde do Centro e do Algarve



Contrariamente à tendência das outras regiões, na região de saúde do Alentejo o número de utentes sem médico de família diminuiu em cerca de 62,70%, no mesmo período (2008 a 2011), invertendo essa tendência em 2012, aumentando em 57,54%.

Gráfico 39 – Utentes sem médico de família – Região de Saúde do Alentejo



Verifica-se um crescimento do número de utentes inscritos nas USF, e uma diminuição do número do total de utentes inscritos na região de saúde.

O aumento do número de utentes sem médico de família ocorrido em 2012, foi em consequência da saída de profissionais médicos das UCSP.

O peso dos utentes sem médico de família por opção, face ao total dos utentes sem médico era, em 2012, de 3,09%, na região de saúde do Centro, de 2,49%, na região de saúde do Alentejo e de 1,70%, na região de saúde do Algarve.

Note-se que o modo instituído de atribuição de um médico de família pode condicionar a liberdade de escolha dos utentes, causar assimetrias de acesso, consoante os utentes estejam, ou não, integrados nas listas dos médicos de família e consoante estes profissionais desempenhem funções numa UCSP, numa USF do modelo A ou numa USF do modelo B.

A exclusão¹⁸⁹ das listas de cada médico, de utentes, por razões administrativas, pode não se coadunar com o carácter preventivo e de promoção da saúde que também caracteriza a atividade dos cuidados de saúde primários, justificando-se eventualmente uma atitude proactiva de captação de doentes sem contactos registados, em vez da sua exclusão das listas de utentes de cada médico.

Por esta razão, os utentes não devem ser excluídos das listas de utentes de cada médico simplesmente por inexistirem contactos com os mesmos durante 3 anos.

¹⁸⁹ A publicação do Despacho n. 13795/2012, de 24 de outubro de 2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, passou a exigir a criação de um registo eletrónico por agrupamento de centros de saúde -ACES- dos utentes inscritos com e sem médico de família, retirando-se da exclusividade do médico a gestão da lista de utentes. Nas USF não existem utentes sem médico de família atribuído porque as USF apenas incluem listas de utentes com médico de família. A atualização das listas de utentes, e consequente abertura de vagas, depende da iniciativa dos ACES e da conclusão de um processo que à presente data ainda não se encontra concluído.



A mera existência de utentes sem médico de família traduz uma falta de “igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde”, prevista como “*objectivo fundamental*” da Lei de Bases da Saúde¹⁹⁰. De facto, diferentes cidadãos têm diferentes facilidades no acesso aos cuidados de saúde primários e, conseqüentemente, aos cuidados de saúde hospitalares, meramente pela circunstância de constarem, ou não, das listas de utentes atribuídas a cada médico de família.

Se por um lado, a limitação do número de utentes atribuídos a cada médico de família pode, eventualmente, ter por objetivo de manutenção de uma qualidade mínima aceitável na relação dos utentes com o seu médico, por outro lado gera uma desigualdade acentuada entre cidadãos que deveriam ter os mesmos direitos no acesso aos cuidados de saúde. De facto, trata-se de garantir essa qualidade mínima a um conjunto de cidadãos (os inscritos em listas de utentes) à custa da exclusão de um outro conjunto de cidadãos, que ficam impossibilitados de usufruir do serviço público de atribuição de um médico de família, serviço que já pagaram através dos seus impostos, seja na parte que é por eles financiada seja na parte que for, eventualmente, financiada por dívida, e ao qual têm naturalmente direito.

O número total de horas médico disponíveis na especialidade de medicina geral e familiar, tendo em conta as várias cargas horárias contratuais do pessoal médico, diminuiu cerca de -7% no período 2007-2012¹⁹¹.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
N.º horas anuais de trabalho médico MGF	10.714.872	10.571.582	8.348.816	9.970.914	9.867.690	9.977.032
N.º consultas MGF	29.140.000	31.945.694	31.539.219	31.913.893	30.623.795	29.176.913
Tempo médio por consulta (minutos)	22	20	16	19	19	21

Sendo esta a medida da capacidade assistencial anual disponível, em medicina geral e familiar, no SNS, deverá ser este *stock* anual de horas dividido, equitativamente, pela prestação de cuidados de saúde primários a todos os utentes, incluindo os agora não afetos a qualquer médico de família, ainda que tal possa resultar na diminuição do tempo médio de atendimento por consulta.

No entanto, tal poderá eventualmente ser evitável. De facto, considerando o número total de consultas de medicina geral e familiar realizadas anualmente no SNS¹⁹², verifica-se que, neste período, o tempo médio de cada consulta, calculado desta forma, teria sido de 19 minutos, atingindo os 21 minutos em 2012.

Se, por hipótese de trabalho, se assumir como razoável o tempo de 15 minutos por consulta¹⁹³, resulta que, em 2012, caso tivesse sido cumprida essa meta de produtividade, teria sido possível realizar mais 10.731.215 consultas, que representariam um aumento de 37% na atividade assistencial, ou seja, um aumento equivalente ao reforço do número de médicos ETC em cerca de 2279¹⁹⁴. Tendo em conta a média nacional verificada, em 2012, de 4,2 consultas por utente utilizador, teria eventualmente sido possível garantir o acesso a cerca de 2,5M de utentes utilizadores adicionais, número superior ao de utentes sem médico de família existente no final desse ano.

É no entanto necessário que as horas acima apuradas sejam horas efetivamente disponíveis para o atendimento dos utentes, nomeadamente através da:

¹⁹⁰ Cfr. Lei 48/90, de 24 de agosto.

¹⁹¹ Este valor é uma estimativa por defeito, dado que exclui os médicos com regimes de horário identificado como “Outros”. - cf Balanços Sociais do Ministério da Saúde, 2007 a 2012, “*Contagem do pessoal médico, segundo o regime e horário de trabalho*”.

¹⁹² Fonte: Ministério da Saúde: Relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS.

¹⁹³ Valor frequentemente referenciado, na literatura internacional sobre o tema, embora existam países com tempos inferiores e superiores. Este valor é aproximado ao efetivamente medido a nível nacional, 15,9 minutos. Veja-se, a este respeito, Granja M, Ponte C, Cavadas LF, *What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts*, BMJ Open 2014;4:e005026. doi:10.1136/bmjopen-2014-005026.

¹⁹⁴ O aumento do total de horas anuais de trabalho médico disponíveis para consulta é equivalente, *ceteris paribus*, ao aumento do número efetivo de médicos, sem a alteração do tempo efetivamente dedicado a consultas.



- a. Maximização da percentagem de horas dedicadas à atividade assistencial;
- b. Minimização dos constrangimentos existentes a nível de trabalho administrativo ou da utilização das ferramentas informáticas de registo da atividade clínica e de prescrição eletrónica de medicamentos¹⁹⁵.
- c. Reconsideração do papel dos diferentes técnicos de saúde na prestação de cuidados primários, permitindo a libertação de horas médico para a realização de consultas.

A libertação de 1 minuto do tempo de trabalho diário de cada médico, para a realização de consultas, permitiria ter realizado, em 2012, mais 95.019 consultas, aumento equivalente ao reforço do número de profissionais em cerca de 20 médicos ETC, tendo por hipótese uma duração média de 15 minutos por consulta, garantindo o acesso, segundo a média de 4,2 consultas por utente, a cerca de 23 mil utentes utilizadores adicionais.

Note-se, a este respeito, que existe margem para aumentar o tempo efetivamente dedicado à atividade assistencial –cf. ponto 4.3. Se os tempos gastos nos exemplos de tarefas passíveis de ser reduzidas ou eliminadas, identificadas no referido ponto (22 minutos) fossem alocados à realização de consultas, por hipótese, com a duração média de 15 minutos, seria possível ter realizado, em 2012, mais 2.052.418 consultas, ou seja, um aumento equivalente ao reforço do número de médicos ETC em cerca de 476¹⁹⁶.

A decisão para resolver parte da situação dos utentes sem médico de família, deverá passar, desde logo, pela atualização da lista de inscritos, limpeza das duplicações, óbitos e transferências e também pelo “expurgo” das listas dos profissionais que continuam a manter “utentes não frequentadores”, conforme foi identificado nas unidades funcionais auditadas. Tal significa, que o número efetivo de utentes é inferior ao considerado para efeitos de dimensão da lista padrão nacional. Caso não ocorra um efetivo “saneamento” das listas, poderá presumir-se que a permanência desses “utentes não frequentadores” tenha, eventualmente, por finalidade garantir a dimensão e características da lista de utentes por médico, particularmente nas USF de modelo B em que a lista está associada aos suplementos remuneratórios. Tal situação prejudica a transparência e falseia a base de financiamento das unidades funcionais, bem como a avaliação do desempenho dessas unidades. As ARS e os ACES, apesar de conhecerem estas implicações, nada fizeram em concreto para combater este tipo de distorções que aparentemente projetam melhores desempenhos que interferem com a atribuição de incentivos.

Como tal, e a manter-se esta situação, o alcance da efetividade do “ganho potencial”, conseqüente da criação das USF, poderá revelar-se inferior ao estimado.

Sobre a matéria em apreço, o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, em sede de contraditório, vem referir que *“O Registo Nacional de Utentes (RNU) vem contribuir para que esta análise seja mais objetiva e rigorosa, com a criação de um registo central, que se prevê que possa estar plenamente implementado a nível nacional até ao final do primeiro semestre deste ano. Por outro lado, para análise dos utentes sem médico de família, temos de considerar a razão entre dois fatores - o número de inscritos e o número de Médicos de Família - que se encontram “ativos” à data das análises realizadas. Assim, importa ter presente que entre dezembro de 2009 e fevereiro de 2014 o saldo entre as saídas e as entradas de médicos de família com lista de utentes nas USF/UCSP é de cerca de menos 286 médicos, o que equivaleria a cerca de mais 500 mil utentes sem MF. (...) Esta situação ocorre porque, apesar da dimensão média das listas de utentes por modelo de UF se manter mais ou menos estável (com exceção da diminuição de cerca de 50 utentes por médico nas UCSP), houve um aumento do número de USF A e B, e diminuição conseqüente do número de UCSP.”*

¹⁹⁵ Têm sido veiculadas publicamente várias queixas dos profissionais médicos sobre falhas na disponibilidade do sistema de prescrição eletrónica de medicamentos, fundamentalmente desde a sua alteração no final de 2013. O estudo supra referido, sobre a ocupação do tempo médico em medicina geral e familiar, aponta para cerca de 5,7 minutos, em média (desvio padrão de 15,38 minutos), de tempo alocado a falhas nos sistemas informáticos.

¹⁹⁶ Considerando a informação disponível em termos de número de horas anuais disponíveis em medicina geral e familiar, em 2012. O aumento do total de horas anuais de trabalho médico disponíveis para consulta é equivalente, *ceteris paribus*, ao aumento do número efetivo de médicos.



Esclarece, ainda, que face aos desenvolvimentos operados quanto ao aumento do horário de trabalho semana das 35h para as 40h “(...) importa rever o número de utentes por médico, enfermeiro e administrativo (...)”

6. ARTICULAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES

A referenciação para o acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar é feita pelos profissionais médicos das unidades funcionais, através do registo na aplicação informática¹⁹⁷ de suporte ao Consulta a Tempo e Horas (CHT)¹⁹⁸. Dos testes efetuados nas unidades auditadas, confirmou-se a existência de um número elevado de pedidos pendentes na situação de “*pedidos em triagem*”, ou seja, para avaliação e marcação de consulta, sem que tenha sido dada resposta dentro do tempo máximo fixado (três dias úteis, e atualmente cinco dias úteis¹⁹⁹), pelos respetivos hospitais de referência.

De facto, em 2012, os tempos de avaliação do pedido e marcação de consulta²⁰⁰ nas unidades hospitalares ultrapassam largamente o prazo de 3 dias fixado, numa margem que varia entre os 1225% na ARSLVT e os 4815% na ARS do Algarve.

A nível nacional, o número total de pedidos inscritos no sistema de suporte ao CTH por parte dos médicos nos cuidados de saúde primários ao longo do ano de 2012, foi de 1.227.539, sendo a distribuição por ARS a que consta do gráfico infra.

Gráfico 40 – Total de pedidos inscritos e em triagem no CTH – 2012



Relativamente ao número de pedidos em triagem, verifica-se que a região de saúde com o maior número de pedidos nesta situação é a ARS do Algarve, com 36,53% dos pedidos inscritos.

Contrariamente a ARSC e a ARSLVT, são as que apresenta uma percentagem menor, de 3,34% e 3,76%, respetivamente.

Ao compararmos com o número total de pedidos inscritos (1.078.739) do ano de 2011, verificamos um aumento, em 2012, em todas as ARS, com maior expressão na ARSLVT, em que esse aumento foi de 19,87%. O número de pedidos que a 31 de dezembro de 2012 se encontravam no estado “em triagem”, independentemente da sua data de inscrição no sistema, era de 108.637, valor inferior ao registado em 31 de dezembro de 2011 (112.166). Com exceção da ARS Algarve, todas as restantes registam uma diminuição destes pedidos, sendo a ARSC a que apresenta uma percentagem maior (55,87%).

Relativamente à matéria supra, os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, esclarecem, em sede de contraditório, que “(...) o aumento verificado na Região de Lisboa e Vale do Tejo entre 2011 e 2012 (...) decorre, em parte, da divulgação da Circular Normativa n.º 02/2012 (...)”. Esclarecendo, ainda, “(...) para que um pedido passe ao estado “Em triagem” é necessário que o sistema informático do Hospital tenha articulação efetiva com o ALERT P1. O que poderia parecer simples, tem-se revelado complexo a nível informático e de parametrização dos diferentes sistemas de informação, designadamente por existirem anomalias nessa articulação;”.

¹⁹⁷ Designada por ALERT P1, que operacionaliza os pedidos de consulta entre unidades de saúde integradas no SNS.

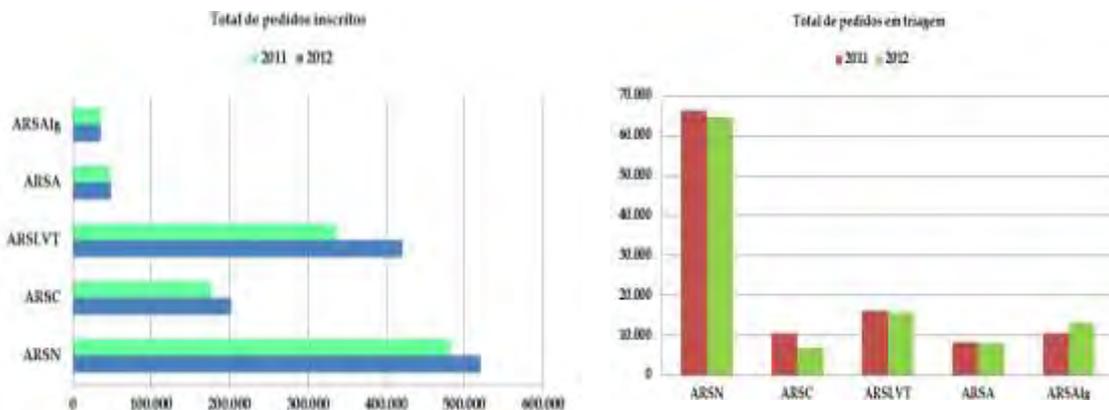
¹⁹⁸ Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde, cujo regulamento se encontra aprovado pela Portaria n.º 95/2013, de 4 de março.

¹⁹⁹ Conforme previsto no n.º 4.3 do Regulamento do CTH, aprovado da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, e atualmente no ponto 4.8 do Regulamento aprovado pela Portaria n.º 95/2013.

²⁰⁰ Tempo que medeia entre a entrada dos pedidos na unidade hospitalar e a sua marcação, no universo das consultas realizadas nos anos de 2011 e 2012.



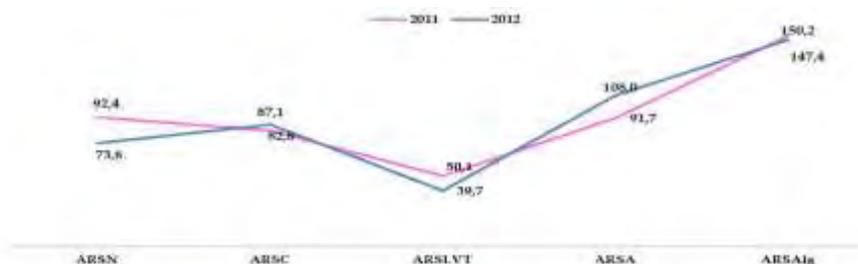
Gráfico 41 – Evolução dos pedidos inscritos e em triagem



Fonte: ACSS, IP

Quanto ao tempo de avaliação do pedido e marcação da consulta²⁰¹, assinala-se, em 2012, uma redução do tempo, face a 2011, de 25,46% na ARS do Norte (-18,7 dias), de 26,15%, na ARSLVT (-10,3 dias) e 1,88% na ARS do Algarve (-2,7 dias). Nas ARS do Centro e do Alentejo, houve um agravamento do tempo de avaliação do pedido e marcação de consulta, respetivamente, em 15,11% (+4,3 dias) e 4,97% (+16,3 dias), conforme gráfico infra.

Gráfico 42 – Tempo de avaliação do pedido e marcação de consulta (dias)

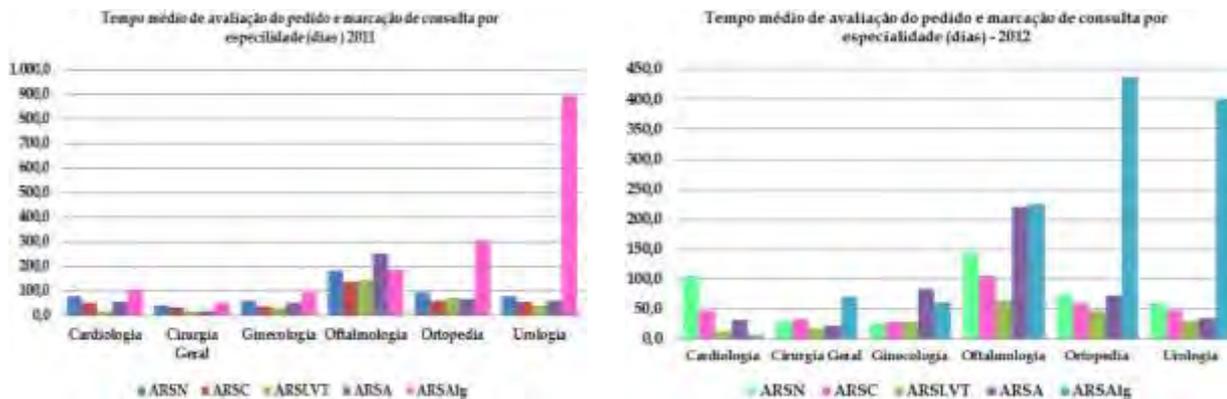


Das seis especialidades selecionadas, verifica-se que são a oftalmologia e a urologia que apresentam tempos médios mais elevados nas cinco regiões de saúde, sendo as especialidades de cardiologia, cirurgia geral e ginecologia as que, na maioria das regiões de saúde, detêm os menores tempos.

²⁰¹ Tempo que medeia entre a entrada dos pedidos na unidade hospitalar e a sua marcação, no universo das consultas realizadas nos anos de 2011 e 2012.



Gráfico 43 – Tempo médio de avaliação do pedido e marcação de consulta por especialidade



Para além da notória incapacidade de resposta atempada das unidades hospitalares aos pedidos de marcação de uma consulta de especialidade, contribuem, igualmente, para o atraso na marcação de consulta, razões de ordem técnica, nomeadamente, falhas na comunicação entre interfaces²⁰², e o facto de existirem “pedidos indeferidos”, cujo principal motivo é a falta de informação clínica bastante para avaliação da prioridade do pedido, tendo como consequência a devolução do mesmo, pelo hospital de referência, à unidade prestadora de cuidados de saúde primários do SNS

Em síntese, a demora na avaliação do pedido e na marcação de consulta pela unidade hospitalar de referência prejudica a continuidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes e prejudica os contribuintes, uma vez que as demoras podem conduzir ao agravamento da doença e dos cuidados agudos, gerando mais custos que, por sua vez fazem aumentar a despesa pública.

Esta demora deve ser drasticamente reduzida, sob pena de o SNS não cumprir a sua função.

Para além disso, os constrangimentos verificados ao funcionamento integral do sistema ALERT P1, que suporta o Programa CTH, não assegura o conhecimento real das necessidades dos utentes nesta área.

Relativamente a esta situação, esclarece o Diretor Executivo do ACES Almada/Seixal que “Com o objetivo de minimizar este problema a Direção Executiva do ACES Almada-Seixal e o Conselho de Administração do HGO, tem vindo a implementar, para áreas específicas (...) consultorias nos CSP por médicos especialistas hospitalares, permitindo com esta estratégia aumentar a acessibilidade, capacitar os médicos de Medicina Geral e Familiar e diminuir a pressão de procura no hospital.”

O Tribunal exprime o seu apreço pela boa prática adotada, face à relevância e às consequentes vantagens desta medida de gestão (dar resposta à procura) tomada pela Direção Executiva do ACES Almada/Seixal em parceria com o Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE.

Também o Diretor Executivo do ACES Porto Ocidental vem referir que “Os tempos de espera (referenciação) para marcação de consulta da especialidade hospitalar é da responsabilidade dos Hospitais e não dos Cuidados de Saúde Primários e por isso não podem ser contratualizados, os restantes tempos de espera para consulta aberta, programada, domiciliária e renovação de prescrição, são objeto de informação afixada obrigatória nas Unidades de Saúde.”

Os atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e a Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, pronunciam-se, igualmente sobre o programa CTH aludindo que “(...) é extremamente positiva e benéfica para os utentes e tem informação relevante para garantir um sistema integrado e universal de registo e de gestão do acesso às primeiras consultas de especialidade hospitalar, sem prejuízo da necessidade de colmatar algumas

²⁰² Não geração de referência nos sistemas locais, quebra de workflow, entre outros. Estas situações ocasionaram a que os pedidos fossem atualizados no sistema em data posterior à data da marcação da consulta, levando assim a que o tempo de resposta seja superior ao real.



lacunas de ordem informática, na medida em que não existe ainda a consistente integração de dados entre as aplicações informáticas envolvidas (dos CSP e dos Hospitais de destino dos pedido, com a plataforma CTH nesta articulação)."

Ora, face ao conteúdo das alegações apresentadas pelos atuais membros do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP e pela Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte, podemos concluir que os mesmos reconhecem as falhas existentes na articulação do sistema, designadamente quanto à falta na integração de dados entre as aplicações informáticas envolvidas.

A este respeito, o Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental²⁰³, apresenta várias propostas entre as quais se destacam, neste âmbito:

- A introdução do conceito de gestor do doente;
- A Criação de sistema nacional de gestão de referências em saúde;
- A Uniformização e centralização de procedimentos administrativos.

7. OBJETIVOS E METAS DO MEMORANDO DE ENTENDIMENTO SOBRE AS CONDICIONALIDADES DA POLÍTICA ECONÓMICA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

No "*Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades da política económica*", assinado em 17 de maio de 2011, entre o Governo de Portugal, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, prevê-se o "*reforço da rede pública de cuidados de saúde primários*".

Em dezembro de 2011, na segunda revisão do memorando de entendimento, destacam-se os seguintes objetivos:

- Os médicos dos centros de saúde teriam de atender mais 20% de utentes;
- Aumentar pelo menos em 20 por cento o número de doentes por médico de família nos centros de saúde e em 10 por cento nas unidades de saúde familiar (USF).
- Aumentar o número de USF modelo B (pagamento consoante a produção) e a transferência de recursos humanos dos hospitais para os cuidados de saúde primários.

De entre as medidas propostas e no que respeita ao desenvolvimento de serviços de cuidados de saúde primários, foram introduzidas, a nível legislativo, algumas medidas, tais como, o aumento do número de USF a constituir no ano de 2013 (69), face ao número fixado para 2012 (56)²⁰⁴, e o aumento do número de utentes a inscrever na lista de um médico (22,58%), passando dos 1550²⁰⁵ para os 1900 utentes²⁰⁶.

Contrariamente ao proposto, o número de USF a transitar de modelo A para modelo B, diminui em 2013 (-15), face a 2012 (35)²⁰⁷. Uma outra medida estatuída, em 2012, foi a do alargamento do processo de contratualização interna às UCSP.

²⁰³ Criado pelo Despacho n.º 9567/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de Julho.

²⁰⁴ Cfr. Despacho n.º 4586-A/2013, publicado no DR, em 1 de abril e Despacho n.º 9999/2012, publicado no DR, em 25 de julho.

²⁰⁵ Cfr. art.º 9º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

²⁰⁶ Cfr. art.º 7º-B, do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro.

²⁰⁷ Cfr. Despacho n.º 4586-A/2013, publicado no DR, em 1 de abril e Despacho n.º 9999/2012, publicado no DR, em 25 de julho.



Quadro 23 – Medidas do Memorando de Entendimento para os Cuidados de Saúde Primários

Âmbito temporal	Medidas	Meta temporal	Execução
Maio/junho 2011	Reforçar os serviços de cuidados de saúde primários, reduzindo as visitas desnecessárias à urgência e à consulta da especialidade, através de: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do n.º de USF com particular enfoque no modelo de remuneração misto (Modelo B); • Certificação de que o novo sistema leva à redução de custos e a uma prestação mais efetiva; • Criar um mecanismo que garanta a presença de médicos de família nas áreas de maior necessidade, levando a uma distribuição mais equitativa dos médicos de família pelo país. 	3º Trimestre de 2011	✓
		3º Trimestre de 2011	✘
		4º Trimestre de 2011	✘
Primeira revisão (setembro 2011)	Sem introdução de novas medidas concretas, mas com reforço das medidas delineadas no memorando.		
Segunda revisão (dezembro 2011)	Além das medidas anteriores, foram introduzidas as seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Transferir recursos humanos dos serviços hospitalares para os cuidados primários e reconsiderar o papel dos enfermeiros e de outras especialidades na prestação de cuidados; • Aumentar em pelo menos 20% o número máximo de utentes por médico de família nos centros de saúde e 10% nas USF. 	1º Trimestre de 2012	✘
			✓
Terceira revisão (março 2012)	Além das medidas anteriores, deve alargar-se a avaliação do desempenho a outras unidades de cuidados primários, nomeadamente às UCSP.	2º Trimestre de 2012	!

Legenda: ✓ - medida legislativa; ! - medida administrativa; ✘ - não cumprimento.

Note-se que as medidas cuja meta de cumprimento prevista se reportava ao ano de 2011, no primeiro semestre de 2012 ainda estavam em curso, não havendo evidência de que todas tenham sido realizadas até ao final desse ano.

Não obstante as medidas legislativas introduzidas no âmbito dos cuidados de saúde primários, e sem prejuízo de o resultado da implementação destas medidas vir a ser confirmado, em sede acompanhamento de recomendações ou em futuras auditorias, mantém-se por cumprir, na íntegra, as medidas propostas face aos compromissos internacionais assumidos nesta área.

8. PERSPETIVAS DE SUSTENTABILIDADE – GANHOS DE EFICIÊNCIA

Recorde-se que o Tribunal de Contas, no seu Relatório de Auditoria n.º 16/2013 - 2.ª S, respeitante à “Auditoria orientada à consolidação de contas e análise à situação económico-financeira do SNS - 2011” alertou para o acentuar da “(...) debilidade da estrutura de financiamento do Serviço Nacional de Saúde, revelado pelo rácio de autonomia financeira (29,7% em 2009, 18,5% em 2010 e 8,5% em 2011)” e que, neste sentido, “É expectável que no futuro sejam necessários novos programas de regularização extraordinária de dívidas ou aumentos do capital estatutário” e que “Os Fundos Próprios do Serviço Nacional de Saúde têm vindo a diminuir devido aos elevados prejuízos anuais registados.”²⁰⁸

Tal como anteriormente já referido, a falta de avaliações sobre os impactos provocados pela reforma dos cuidados primários, sobretudo com evidência quantitativa, impede que se conheçam os custos, as poupanças, os ganhos de saúde para a população, resultantes da atividade das unidades funcionais de

²⁰⁸ A propósito da sustentabilidade do SNS, no citado relatório, o Tribunal recomendou aos Ministros das Finanças e da Saúde que “(...) elaborem “um plano que garanta a sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde à população no médio e longo prazo”.



cuidados primários, quer os impactos que se verifiquem ao nível dos cuidados hospitalares ou até na sustentabilidade do SNS.

Neste sentido, tendo em vista a imprescindível sustentabilidade do SNS e a previsível necessidade de continuar a reduzir as transferências orçamentais para o SNS²⁰⁹, importará salientar que ainda não foram realizados plenamente todos os objetivos propostos pela reforma para os cuidados de saúde primários ou todas as metas pré-estabelecidas no memorando de entendimento (MoU) ou ainda as medidas já traçadas pelo grupo de trabalho para a reforma Hospitalar (2011).

No que respeita à configuração das unidades funcionais concebidas pela reforma, ainda estão por demonstrar os benefícios que a eventual implementação de USF modelo C (na qual se prevê a prestação de serviços públicos por entidades de natureza privada ou dos setores social e cooperativo) trazer para a sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde primários pelo SNS, caso se revelassem mais vantajosas face às atuais modalidades.

A implementação da USF modelo C implicará alteração do modelo de financiamento existente, com a consequente inserção de diferentes graus de partilha de riscos nos contrato programa²¹⁰.

Quanto ao proposto pelo **grupo de trabalho para a reforma Hospitalar (2011)** destaca-se a integração da prestação de cuidados primários com o nível de cuidados hospitalares, designadamente no que respeita a:

- Doentes considerados "não urgentes" atendidos fora das urgências hospitalares;
- Consultas de especialidades hospitalares feitas em centros de saúde;
- Concretizar o princípio de liberdade de escolha do prestador;
- Considerar o nível de satisfação dos utentes na avaliação do desempenho.

Note-se que a **transferência de "falsas" urgências hospitalares para consultas nas unidades funcionais de cuidados primários** permitiria, por hipótese, ter obtido uma poupança potencial na ARSLVT, em 2011, na ordem dos € 104.174.738²¹¹.

No mesmo sentido conclui o estudo divulgado pela IASIST na II Conferência de Benchmarking Clínico sobre o Impacto do Internamento dos Doentes crónicos no SNS, segundo o qual apesar do internamento ter baixado globalmente (2004-2012), a frequência hospitalar de doentes crónicos cujo internamento poderia ter sido evitado com a intervenção dos cuidados de saúde primários subiram 7% neste período. Em 2012, o peso da doença crónica cujo internamento hospitalar podia ter sido prevenido e controlado no centro de saúde corresponde a 18% da casuística de internamento nos hospitais do SNS²¹².

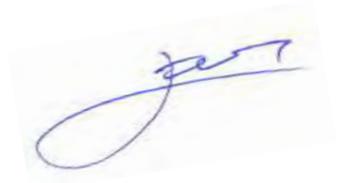
Ainda sobre esta matéria, aguardam-se os resultados fundamentados quantitativamente dos estudos que venham a ser produzidos pelo Grupo de Trabalho, criado pelo Despacho n.º 9567/2013, de 22 de julho, que tem como incumbência definir a "metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde", e apresentar propostas sobre quais os cuidados de saúde hospitalares que poderão vir a ser prestados no contexto dos cuidados de saúde primários ou cuidados continuados integrados, ou, mesmo, mediante acordos, convenções ou protocolos com outras entidades do sistema de saúde.

²⁰⁹ Cfr. Documento de Estratégia Orçamental 2013-2017.

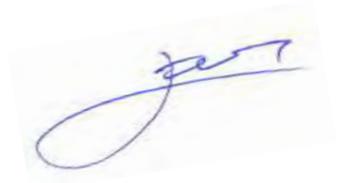
²¹⁰ O ambiente concorrencial cria pressão para baixar custos e melhorar a qualidade tendo em vista conseguir captar a preferência e a escolha do utente uma vez que o princípio da liberdade de escolha do prestador de serviços bem como os copagamentos são atos dos utentes beneficiários que os responsabiliza pelas escolhas que fizerem criando um ambiente mais racional e menos despesista.

²¹¹ Resulta da diferença (€ 36) entre o custo médio da consulta em CSP (€ 57) e o custo médio de consulta de urgência hospitalar (€ 93) multiplicado pelo número de urgências identificadas na ARSLVT em 2011 (2.893.742).

²¹² in www.portaldasauade.pt, dezembro de 2013.



ANEXOS



ANEXO I – MINISTÉRIO DAS FINANÇAS – INFORMAÇÃO DGAEP



GOVERNO DE
PORTUGAL

SECRETÁRIO DE ESTADO
DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

C/c DGAEP

Exma. Senhora
Chefe do Gabinete de S.E.
a Ministra de Estado e das Finanças
Dra. Cristina Sofia Dias

23 JAN. 2014 0087

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Entr. 355	16-01-2014	Nº: ENT.: 408/14 PROC. Nº: 1328/13	20-01-2014

ASSUNTO: Auditoria de resultados ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários (USF).

Encarrega-me S.E. o Secretário de Estado da Administração Pública de enviar a V. Exa. a Informação n.º 263/DRJE/2014, da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público, sobre o assunto mencionado em epigrafe, onde exarou o Despacho n.º 299/2014-SEAP do seguinte teor:

*"Transmita-se ao Gabinete de SExª, a MEF com a minha concordância.
22.1.2014
as) José Maria Leite Martins"*

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

(Cristina Augusto Ribeiro)

/apa



Just



Parecer:

Despacho:

Despacho n.º 295/2014/SEAP

*Concursos
A considerações superiores*

*Prorrogação do Alínea de SEAP a
NEF com a unidade concorrentes.*

22.1.2014

Jose Maria

José Maria Leite Martins
Secretário de Estado da Administração Pública

22.1.2014

*António José Almeida
Diretor de Serviços*

*Concordo com o relatório
respetiva análise e conclusões.
A considerações superiores
17/01/2014
Isabel Figueiredo*

*Concursos
A considerações de SEAP e
Secretários de Estado de
Administração Pública*

Isabel Figueiredo
CHEFE DE DIVISÃO

Informação n.º 283/DGAEP/DRJE

Data: 18.01.2014

17.01.2014
Joana Ramos
Diretora-Geral

Assunto: Auditoria de resultados ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários

Entrada/DGAEP n.º 2351, de 16-01-2014

SEAP/Correio eletrónico de 16-01-2014

Por determinação superior, importa informar sobre as questões colocadas pelo Tribunal de Contas na Mensagem-fax n.º 1/2014-DA VI, endereçada a Sua Excelência a Ministra de Estado e das Finanças e, posteriormente, recebida nesta Direção-Geral, e que abaixo se transcrevem:

Questões:

a. **Quais os requisitos que caracterizam a componente remuneratória para configurar um "prémio de desempenho" ou outra prestação pecuniária de "natureza afim"?**

De acordo com o previsto no artigo 67.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro – lei que, de acordo com o artigo 86.º, tem prevalência sobre quaisquer leis especiais e instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho - as componentes da remuneração dos trabalhadores que



exercem funções ao abrigo de relações jurídicas de emprego público é composta por remuneração base, suplementos remuneratórios e prémios de desempenho.

Apesar dos prémios de desempenho estarem previstos na Lei n.º 12-A/2008, a mesma não os define, regulando, apenas, a sua atribuição (cf. artigos 74.º e 75.º) em conjugação com o SIADAP, regulamentado pela Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro.

Têm em vista o reconhecimento e a distinção dos dirigentes e trabalhadores em funções públicas pelo seu desempenho e pelos resultados obtidos naquela sede, estimulando, no respetivo serviço uma cultura de excelência e qualidade (cf. os artigos 39.º, n.º 1, 37.º, n.º 4, 39.º, n.º 1 e o artigo 52.º da referida Lei n.º 66-B/2007).

Mas a Lei n.º 12-A/2008, igualmente, contempla, no artigo 76.º, "Outros sistemas de recompensa de desempenho" atribuídos aos trabalhadores, designadamente em função de resultados obtidos em equipa ou do desempenho de trabalhadores que se encontrem posicionados na última posição remuneratória da respetiva categoria, sendo criados por lei ou por acordo coletivo de trabalho, conforme a natureza do vínculo do trabalhador, os quais estão conexiados com outros sistemas de desempenho.

Quanto às "prestações pecuniárias de natureza afim", as mesmas consubstanciam acréscimos remuneratórios equiparáveis aos prémios de desempenho, tendo na sua génese abranger outros sistemas de recompensa de desempenho independentemente da sua designação.

Salienta-se que a proibição da prática de atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, onde se incluem os prémios de desempenho e outras prestações pecuniárias de natureza afim, conforme se retira do articulado da norma, visa abranger um universo bastante alargado de destinatários e de entidades.

b. Tendo em conta o disposto nos arts.º 31.º e 33.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, que estipula que a remuneração mensal, devida aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos nas USF modelo B, integra 3 componentes distintas, i) remuneração base, ii) suplementos e iii) compensações pelo desempenho, o que distingue a componente compensações pelo desempenho (incentivos financeiros) de "prémios de desempenho" e/ou de "outras prestações pecuniárias de natureza afim"?

1 - A componente "compensações pelo desempenho", nos termos dos n.ºs 4 dos artigos 31.º e 33.º, integra:

- i) A compensação associada à carteira adicional de serviços, nos termos previstos no n.º 6 do artigo 6.º, quando contratualizada;
- ii) A atribuição de incentivos financeiros.



2 - Com efeito, as USF têm um plano de ação e compromisso assistencial que traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém, entre outros elementos, o compromisso assistencial constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços, sendo aquele compromisso formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o ACES de onde constam determinados elementos e varia em função de determinados elementos (cf. n.ºs 1 a 5 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 297/2007).

Desde que não seja posto em causa o compromisso assistencial constante da carteira básica, as USF podem contratualizar uma carteira adicional de serviços – cujo montante é fixado por via orçamental – a qual consiste na colaboração com outras unidades do ACES, em determinadas áreas de intervenção (cf. n.º 6 do artigo 6.º).

Esta carteira e a consequente compensação financeira global da equipa e a respetiva distribuição pelos profissionais da equipa devem estar discriminadas na carta de compromisso.

3 - Esta compensação [alínea a) dos n.ºs 4 dos artigos 31.º e 33.º] remunera atividades específicas e serviços adicionais, afigurando-se terem natureza próxima do suplemento remuneratório.

4 - Aos incentivos financeiros previstos no artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 297/2007, de acordo com o contemplado no n.º 1 do artigo 3.º da Portaria n.º 301/2008, foi atribuída a natureza de prémios de desempenho.

c. No sistema remuneratório dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, está ou não prevista a atribuição de "prémios de desempenho" ou "outras prestações pecuniárias de natureza afim" (independentemente da conjuntura atual). Se sim, sob que forma?

Conforme referido, os incentivos financeiros, foram qualificados como prémios de desempenho pela Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, e o seu valor máximo está previsto no n.º 3 do artigo 8.º, tendo em conta os critérios mencionados nas alíneas b) e c) do n.º 2 do anexo II da portaria.

d. Caso se entenda que a componente compensação pelo desempenho dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos não se enquadra nos conceitos de "prémios de desempenho" ou de "outras prestações pecuniárias de natureza afim" em que parcela de remuneração se insere nas restantes componentes remuneratórias previstas nos arts. 31.º e 33.º do Decreto-Lei n.º 298/2007: i) remuneração base ou ii) suplementos remuneratórios? Porquê?



Conforme resposta à pergunta b. e respetiva justificação, no entendimento desta Direcção-Geral, a compensação associada à carteira adicional de serviços assume contornos que conduzem à sua qualificação como suplementos; os incentivos financeiros, prémios de desempenho.

e. Tendo em consideração o processo de atribuição de compensações pelo desempenho aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos e o processo específico pelo qual são determinadas, em que é que estas diferem das " outras prestações pecuniárias de natureza afim" sita na LOE?

Como referido, as compensações pelo desempenho, previstas nos já mencionados n.ºs 4 dos artigos 31.º e 33.º do Decreto-Lei n.º 298/2007 assumem, do ponto de vista desta Direcção-Geral, a natureza de suplementos os previstos na alínea a) e os da alínea b), prémios de desempenho.

f. Se os pagamentos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos dos montantes por compensações pelo desempenho atribuídos de acordo com o processo constante nas referidas portarias se conformam com o disposto nas citadas normas da Lei do Orçamento do Estado?

1 – As respostas dadas às diferentes perguntas formuladas pelo Tribunal de Contas tiveram por base o regime constante do Decreto-Lei n.º 297/2007, de 22 de agosto e da Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que regulamentou aquele diploma.

2 – A recém-publicada Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro – que entrou em vigor no dia 31-12-2013 (cf. o artigo 5.º) - procedeu à alteração da Portaria n.º 301/2008, no sentido de, tendo em atenção a experiência colhida pela implementação, regular, em novos termos, os critérios e condições de atribuição dos incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados.

3 – Na versão ora publicada foi alterado o n.º 1 do artigo 3.º (que não constava da versão que foi objeto de negociação) no sentido de prever que " Os incentivos financeiros (...) são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF".

Com esta alteração, deixou de ser atribuída aos incentivos financeiros a natureza de prémio de desempenho.

Afigura-se, contudo, que a distinção entre suplemento remuneratório e prémio de desempenho, como referido na resposta à pergunta b., fundamenta-se essencialmente na circunstância de o suplemento visar remunerar um ónus (ex: trabalho acrescido) enquanto os sistemas de recompensa de desempenho dependem de avaliação de resultados obtidos (ex: de qualidade, eficiência).



Julga-se, contudo, que o Ministério da Saúde, conhecedor da realidade concreta, poderá melhor esclarecer as condições de atribuição dos incentivos em causa.

4 – Quanto à questão suscitada relativa aos médicos, afigura-se que as compensações previstas no n.º 4 do artigo 28.º, tendo em atenção os pressupostos que conduzem à sua atribuição, devem ser considerados suplementos remuneratórios (cf. o artigo 73.º da Lei n.º 12-A/2008), tal como decorre da resposta às perguntas b. e f. .

É o que nos cumpre informar no contexto urgente em que é solicitada a resposta

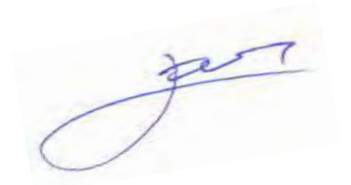
À consideração superior

A técnica superior

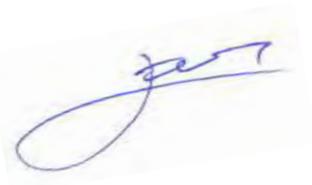
Judite Forte



JF



**ANEXO II –SUSPENSÃO DO PAGAMENTO DE INCENTIVOS FINANCEIROS
ÀS USF**



1. Comunicação de suspensão do pagamento de incentivos financeiros às USF (12/12/2013)

De: Candida Sousa Pereira [mailto:candida.pereira@irs.gov.pt]
Enviada: quinta-feira, 12 de Dezembro de 2013 17:54
Para: castanheira.nunes@arsnorte.min-saude.pt; nui.cernadas@arsnorte.min-saude.pt; Ponciano de Oliveira (ponciano.Oliveira@arsnorte.min-saude.pt); Jose.pedro@arsnorte.min-saude.pt; jtereso@arscentro.min-saude.pt; Fernando Almeida (fernando.almeida@arscentro.min-saude.pt); luiscabral@arscentro.min-saude.pt; augustamota@arscentro.min-saude.pt; jrobalo@arsalentejo.min-saude.pt; marciano.lopes@arsalentejo.min-saude.pt; paulamarques@arsalentejo.min-saude.pt; cunhanibeiro@arsvl.min-saude.pt; luis.pisco@arsvl.min-saude.pt; Pedro Alexandre (CD) (pedro.alexandre@arsvl.min-saude.pt); celia.cravo@arsvl.min-saude.pt; Moura Reis; António Esteves; Miguel Angel Lopes Madeira
Assunto: Suspensão pagamentos incentivos USF
Importância: Alta

Caros Senhores Presidentes, Vice-Presidentes e Vogais

Encarrega-me o Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Dr. Fernando Leal da Costa, de transmitir a V.Exas. que fica suspenso o pagamento de incentivos aos profissionais das Unidades de Saúde Familiar (USF), até ao esclarecimento desta matéria por parte do Ministério das Finanças.

Os meus cumprimentos.

João Nabais
Chefe de Gabinete Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

 GOVERNO DE PORTUGAL | SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 3.^o
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL +351 21 330 50 00 FAX +351 21 330 51 42
www.portugal.gov.pt

2. Comunicação da cessação dos efeitos da suspensão do pagamento de incentivos às USF (02/01/2014)

De: João Manuel Nabais da Teresa [mailto:joao.nabais@irs.gov.pt]
Enviada: quinta-feira, 2 de Janeiro de 2014 19:14
Para: Castanheira Nunes (presidente.arsnorte@gmail.com); jtereso@arscentro.min-saude.pt; cunhanibeiro@arsvl.min-saude.pt; Jose Robalo; mourareis@arsalgarve.min-saude.pt
Cc: Candida Sousa Pereira; Theresa Maria Santos; asaraiva@arsnorte.min-saude.pt; secretariado.ca.helena.vidal@arsvl.min-saude.pt; Clarinda Silva; ccl@arsalgarve.min-saude.pt
Assunto: Suspensão Incentivos USF
Importância: Alta

Caros Senhores Presidentes,

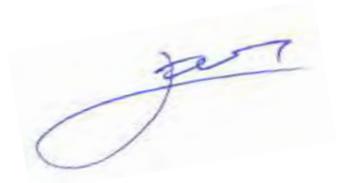
Atentos os esclarecimentos obtidos e atenta a publicação da Portaria 377-A/2013, de 30 de dezembro, encarrega-me o Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de transmitir a V. Exas. que fica sem efeito a suspensão do pagamento dos incentivos aos profissionais das Unidades de Saúde Familiares (USF).

Com os melhores cumprimentos,

João Nabais
Chefe de Gabinete Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

 GOVERNO DE PORTUGAL | SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 3.^o
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL +351 21 330 50 00 FAX +351 21 330 51 42
www.portugal.gov.pt



ANEXO III – NOTAS DE EMOLUMENTOS



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 32/12 – Audit	
		Relatório nº 17/14 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de saúde do Norte, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de saúde do Norte, IP		
		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	30		€ 3.599,70
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	680		€ 60.037,20
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 63.636,90
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 7.709,37

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 32/12 – Audit	
		Relatório nº 17/14 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Centro, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Centro, IP		
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	0		€ 0,00
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	324		€ 28.605,96
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 28.605,96
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 1.960,78

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 32/12 – Audit	
		Relatório nº 17/14 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP		
		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	18		€ 2.159,82
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	704		€ 62.156,16
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 64.315,98
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 6.413,33

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 32/12 – Audit	
		Relatório nº 17/14 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP		
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	0		€ 0,00
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	92		€ 8.122,68
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 8.122,68
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 555,48

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(Pedro Miguel Fonseca)



Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 32/12 – Audit	
		Relatório nº 17/14 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Algarve, IP		
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	0		€ 0,00
- Ações na área da residência oficial	€ 88,29	73		€ 7.681,23
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 7.681,23
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 525,04

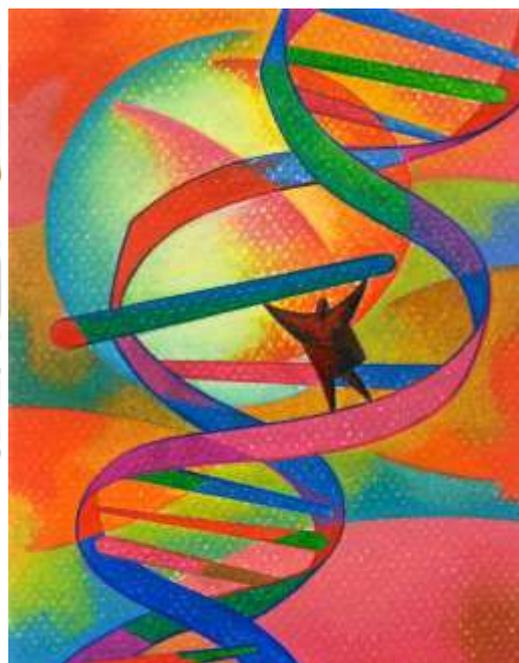
a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

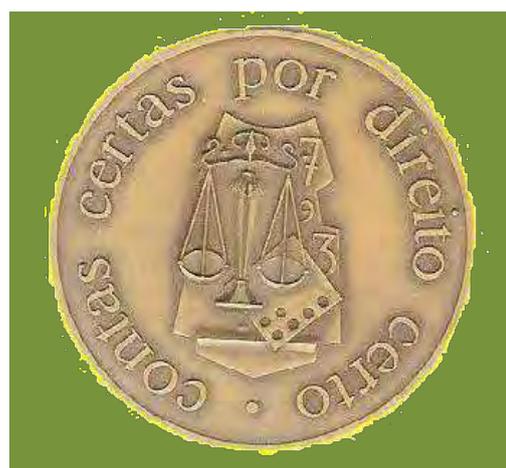
(Pedro Miguel Fonseca)

Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



ajudar o Estado e a sociedade
a gastar melhor



Relatório n.º 17/2014 - 2ª Secção
Processo n.º 32/2012 - AUDIT
Volume III - Alegações



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

ÍNDICE

1. MINISTRA DE ESTADO E DAS FINANÇAS	4
2. MINISTRO DA SAÚDE	9
3. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP	14
4. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP	28
5. VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP	66
6. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP	105
7. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP	144
8. EX-MEMBROS DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP	183
9. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP	207
10. VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP	238
11. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP.....	270
12. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP.....	302
13. EX-MEMBRO DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP	334
14. ATUAIS E EX-MEMBROS DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP E AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE LISBOA NORTE	407
15. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP	439
16. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP	440
17. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP	457
18. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP.....	460
19. EX-MEMBROS DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP.....	484
20. EX-MEMBRO DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP	490
21. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ALMADA/SEIXAL.....	531
22. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PORTO OCIDENTAL	539
23. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ESPINHO/GAIA	547
24. ORDEM DOS ENFERMEIROS	550



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1. MINISTRA DE ESTADO E DAS FINANÇAS



DT. AUR 14 00372

Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas

SUA REFERÊNCIA Ofício n.º 2532	SUA COMUNICAÇÃO DE 25-02-2014	NOSSA REFERÊNCIA Ent n.º 1927/2014 Proc.: 02.01
-----------------------------------	----------------------------------	---

ASSUNTO: Auditoria do Tribunal de Contas ao desempenho das Unidades de Saúde Familiares dos Cuidados de Saúde Primários

Exmo. Senhor,

Encarrega-me S. E. a Ministra de Estado e das Finanças, em resposta ao assunto mencionado em epigrafe, de informar nos seguintes termos:

1. OBJETO

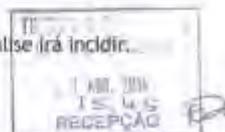
No âmbito da auditoria em epigrafe e em sede de relato para contraditório, foi feita uma recomendação à Sr.ª Ministra de Estado e das Finanças no sentido de "garantir que seja emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do Orçamento de Estado, em especial no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B (médico, enfermeiros e assistentes técnicos)", recomendação que cumpre apreciar.

Donde, e se atentarmos na redação da mesma, esta subdivide-se em duas, a saber:

- Aclaração da norma da Lei do Orçamento de Estado (LOE) no que se refere às componentes remuneratórias que se consideram incluídas nos prémios de desempenho e, logo, vedadas;
- Introdução nessa aclaração de que o pagamento de incentivos financeiros e compensações aos profissionais que exerçam funções nas Unidades de Saúde Familiares (USF) de modelo B configuram prémios de desempenho.

Ou seja, a referida recomendação vai no sentido de tornar a norma em causa uma norma fechada, como também parte desde logo do princípio de que os incentivos financeiros em apreço têm a natureza de prémios de desempenho.

Sendo estes os dois pressupostos, é sobre os mesmos que a nossa análise irá incidir.



Gabinete da Ministra de Estado e das Finanças
Av. Infante D. Henrique, 1, 1149-009 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 881 68 02 FAX + 351 21 881 68 62 EMAIL gpe.mef@mef.gov.pt www.portugal.gov.pt



2. ANÁLISE

Por uma questão de sistematica expositiva e para melhor perceção dos argumentos aduzidos, iremos abordar a aludida recomendação nas duas partes que a constituem e que acima identificámos.

Assim:

a) Aclaração da norma do LOE relativa à proibição de valorizações remuneratórias

Considera o Tribunal de Contas (TC) que esta norma devia ser aclarada no que se refere às componentes dos prémios de desempenho por ela vedados. Ora, é nosso entendimento que se semelhante aclaração fosse introduzida, esta iria, por um lado, trazer sérias distorções na estrutura da própria norma, cujo âmbito de aplicação é bastante mais amplo do que os prémios de desempenho, e, por outro lado, ao transformá-la numa norma rígida, pois seria disso que se trataria, a mesma perderia a sua capacidade de adaptação à diversidade de realidades que pretende abranger.

Por outras palavras, consideramos que o legislador, consciente da máxima doutrinária de que *"a vida é mais imaginativa do que o direito"* e igualmente consciente da panóplia de situações que podem configurar valorizações remuneratórias, as quais quer proibir atento o apertado quadro orçamental que o país atravessa, quis que a norma em causa fosse suficientemente flexível para se adaptar a essas situações tornando-a, pois, uma norma aberta.

Em nossa opinião, fazer o elenco daquelas componentes seria retirar essa virtualidade intrínseca de adaptação à realidade, sendo certo que outras formas poderiam vir a surgir no futuro que, por não estarem elencadas, fugiriam da malha da rede, sendo, portanto, um risco que o legislador, e bem, optou por não correr.

A tanto acresce que, como ficou dito, esta norma pretende proibir todas as valorizações remuneratórias que não se encontrem nas exceções que ela própria prevê. Fechar a norma exclusivamente no que se refere aos prémios de desempenho seria, também como ficou dito, uma distorção da mesma com consequências imprevisíveis ao nível da sua interpretação, dadas as dúvidas que causaria ao intérprete quando a pretendesse entender de forma sistemática ou, indo mais longe, quando precisasse de alcançar aquele que teria sido o espírito do legislador. Essas dúvidas são sempre de evitar.

Deste modo, reforçamos a nossa opinião de que a norma em apreço não carece de aclaração porque contém em si os elementos interpretativos necessários para a sua aplicação, como também o dito aclaramento iria retirar-lhe a necessária flexibilidade de adaptação à realidade presente e futura¹.

¹ Dentro do seu âmbito de aplicação temporal, naturalmente, que, como sabemos, é o do orçamento.



b) Aclaração especificamente no que se refere ao pagamento de incentivos financeiros às USF como configurando prémios de desempenho

Decorrente do que já ficou exposto, refutamos a pretendida aclaração e, pelos motivos que a seguir se detalham, menos ainda concordamos que o seja feito em relação aos pagamentos de incentivos financeiros aos elementos que exercem funções nas USF como configurando prémios de desempenho.

No caso concreto, a nossa refutação assenta agora no facto de não nos revermos na posição do TC quando considera que tais incentivos financeiros são prémios de desempenho. Consideramos antes que estes têm natureza de suplementos não estando, assim, abrangidos pela norma em apreço. Donde, esta nunca poderia ser clarificada no sentido proposto pelo TC dado que se iria introduzir uma componente que a mesma, na sua génese, não abrange, ou seja, suplementos remuneratórios.

Senão, vejamos.

Os prémios de desempenho encontram-se previstos na Lei n.º 12-A/2008, de 27/fev,² LYCR³, na alínea c) do art.º 67º, enquanto componente da remuneração, e nos art.º 74º e seguintes.

É certo que o legislador não nos oferece uma definição de prémio de desempenho, no entanto, ao definir as condições a que o mesmo deve obedecer para que possa ser atribuído, resulta que este está intimamente ligado ao desempenho individual do trabalhador no alcance e, *maxime*, superação, dos objetivos, também estes individuais, que nos termos do SIADAP⁴ foram contratualizados. Estão, assim, dependentes da avaliação individual do trabalhador.

A tanto acresce que nos termos daqueles art.ºs, e também do art.º 7º, não existe obrigatoriedade legal dos mesmos serem atribuídos, independentemente do trabalhador ter a necessária avaliação para a sua eventual perceção, visto que aquela atribuição está dependente, por um lado, da existência de previsão e dotação orçamental com aquele fim e, por outro lado, da decisão do dirigente máximo que, em última instância, pode decidir não atribuir prémios de desempenho.

Ora, os incentivos financeiros e outras compensações que os elementos das USF podem auferir, e ao contrário dos prémios de desempenho, estão intimamente relacionados com a produtividade da equipa em que se inserem e não com o desempenho individual. Esta produtividade é medida através de indicadores associados a uma carteira de serviços extra que, quando verificados, determinam a

² E sucessivas alterações.

³ Lei de vínculos, carreiras e remunerações.

⁴ Sistema Integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



atribuição de um suplemento (não de um prémio), sendo que este resulta diretamente da lei (no caso a Portaria nº 301/2008, de 18 de abril, alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro).

Neste sentido, o art.º 73º da LVCR determina que sejam devidos suplementos remuneratórios, conforme Paulo Veiga e Moura e Cátia Arrimar, "(...) pelas específicas condições em que o trabalho é prestado ou as particularidades da sua prestação (...) que no contexto de uma dada carreira categoria ou cargo, envolve condições de trabalho mais exigentes relativamente aos demais postos de trabalho da mesma carreira, categoria ou cargo (...)".⁸

No mesmo sentido, o Parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República (PGR), de 28/set/2011⁹, citando a dado passo o mesmo autor, afirma que "os suplementos destinam-se a remunerar específicas condições em que o trabalho é prestado ou as particularidades que envolvem a sua execução", traduzindo "a concretização legislativa do direito fundamental à retribuição segundo "a quantidade, natureza e qualidade" do trabalho".

Assim, e ao contrário do que sucede com os prémios de desempenho, os suplementos são devidos como remuneração das específicas condições em que o trabalho é prestado, nomeadamente, quantidade e natureza, face a outros trabalhadores inseridos na mesma carreira, categoria ou cargo. Ora, é exatamente este o enquadramento dos incentivos à produtividade em apreço o que lhes confere, então, a natureza de suplementos.

E não se argumente que a Portaria nº 301/2008, de 18 de abril, entretanto alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30 de dezembro, lhes concedeu a natureza de prémios de desempenho pois cabe aqui descortinar a sua verdadeira natureza, independentemente da denominação que lhe tenha sido dada, favorecendo-se o princípio da substância sobre a forma, princípio basilar da nossa doutrina e jurisprudência.

Determina esta Portaria nos seus art.ºs 2º e 3º, que as equipas multiprofissionais das USF têm acesso a incentivos se cumprirem os 22 indicadores contratualizados para as equipas, isto é, a sua perceção é em função dos resultados destas e não do desempenho individual de cada um dos enfermeiros e/ou pessoal administrativo que as compõe; existe um trabalho conjunto que concorre para um todo que se pretende alcançar.

Nesta sequência, suplementos e prémios têm naturezas diferentes e pelas características de uns e de outros, que acima se expuseram, consideramos que os incentivos em causa têm a natureza de suplementos e não de prémios como pretende o TC.

⁸ Vid. sublinhado nosso, "Comentário à Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro", Coimbra Editora.

⁹ Parecer com o n.º PGRPD0003154.

4



3. CONCLUSÃO

De tudo o que ficou exposto resulta, em síntese, que:

- a) Não se considera pertinente a aclaração da norma inserta no LOE relativa à proibição da valorização remuneratória dado que, se tal ocorresse, esta tornar-se-ia numa norma fechada e perderia a necessária capacidade de adaptação à realidade;
- b) Menos ainda se subscreve essa aclaração em relação à configuração dos incentivos às USF como prémios de desempenho visto que, e ao contrário da tese perfilhada pelo TC, consideramos que os mesmos têm a natureza de suplementos e, portanto, não estão abrangidos por aquela norma.

Com os melhores cumprimentos,

PA Chefe do Gabinete

Cristina Sofia Dias

C/c: SEAP



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

2. MINISTRO DA SAÚDE

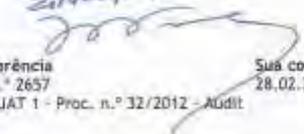
UNICOM 7/01-2403
Data: 01-02-2014

 GOVERNO DE PORTUGAL

Ministério da Saúde

Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro José Fernandes Farinha Tavares
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

*Da entrada
Ao D.G.VI
2014-02-01*



Sua referência
Ofício n.º 2657
DA VI - UAT 1 - Proc. n.º 32/2012 - Audit

Sua comunicação
28.02.2014

Nossa referência
Entrada - 2590/2014
Processo - 57/2014

ASSUNTO: Relato de Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários

Tendo sido notificado nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 13º e nº 3 do artigo 87º 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, vem o Ministério da Saúde manifestar acolhimento na generalidade das Recomendações constantes do relato de auditoria identificado em epigrafe, para o que irá iniciar processo correspondente de revisão e de negociação laboral no âmbito da Rede de Cuidados de Saúde Primários, em especial no que respeita às Unidades de Saúde Familiar (USF) integrantes dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES).

Encarrega-me ainda o Sr. Ministro da Saúde de transmitir que acompanha a argumentação já expendida pelos membros dos Conselhos Diretivos das ARS no que diz respeito à contestação da aplicação de multa em virtude da violação de norma sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como de assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos, não considerando que tenha ocorrido qualquer conduta irregular. Esta posição é aliás acompanhada de igual modo pela Ministra de Estado e das Finanças.

Transmite-se ainda a preocupação quanto ao impacto deste tipo de contingência sobre atos de gestores públicos que prosseguem e se focalizam na execução de medidas necessárias ao cumprimento dos seus objetivos programáticos.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Efetivamente, acresce referir que este Ministério não concorda com as conclusões constantes dos pontos 8.3.4 e 8.3.5, a páginas 64 a 69 do já citado Relatório, pelas razões que de seguida se expõem.

I

1. O Ministério da Saúde não considera procedente o entendimento de que "os membros dos conselhos diretivos das respetivas administrações regionais de saúde, em exercício de funções nas gerências de 2011 e 2012, que autorizaram a despesa com a atribuição de incentivos financeiros (prémios de desempenho) aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (...) em violação do disposto na alínea b), do nº 2, do art.º 24º, da Lei nº 55-A/2010, de 31 de dezembro" podem "(...) incorrer em eventual infração financeira, suscetível de gerar responsabilidade reintegradora e sancionatória".

2. Com efeito, conforme já oportunamente alegado através do ofício com a referência 396/641, Processo 57/2014, que se invoca e aqui se dá por inteiramente reproduzido para todos os efeitos legais, é entendimento deste Ministério que o regime remuneratório estabelecido no Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, quer no que se refere aos médicos, quer no que se refere aos enfermeiros e assistentes técnicos, encontra-se em conformidade com a Lei do Orçamento de Estado (LOE), uma vez que a compensação pelo desempenho prevista assume a natureza de suplemento remuneratório, e não de prémio de desempenho ou outra prestação pecuniária de natureza afim, atualmente vedados pela LOE.

II

3. Conforme argumentação então desenvolvida, a qual não foi considerada nesta versão do relato de auditoria, a compensação pelo desempenho (incentivos financeiros) atribuída aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos inseridos na USF modelo B distingue-se de prémios de desempenho e/ou outras prestações pecuniárias de natureza afim porque decorrem das particulares condições de prestação de trabalho, associadas à carteira adicional de serviços contratualizada.

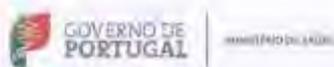
4. Com efeito, a compensação pelo desempenho dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos em análise assume a natureza de suplemento remuneratório, porque decorre das particulares condições de serviço prestado, mais exigentes relativamente aos restantes profissionais de idênticas carreira e categoria inseridos noutras unidades funcionais dos agrupamentos dos centros de saúde, em conformidade com o disposto no nº 1 do artigo 73º da Lei nº 12-A/2008, de 27 de fevereiro, e que prevê o conceito de "suplemento remuneratório".

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1349-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gmo@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Acresce notar que, questionada a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público, no âmbito da elaboração do Balanço Social 2011, estes incentivos passaram a ser contabilizados como suplementos remuneratórios, de acordo com orientação da mesma.

5. Atento o que ficou dito nos pontos anteriores, a compensação pelo desempenho difere das outras prestações pecuniárias de natureza afim na medida da diversa ponderação da avaliação individual dos profissionais e sua dependência da decisão gestionária do dirigente máximo do serviço (existindo verba para o efeito).

Na verdade, a compensação pelo desempenho assume-se como um direito dos profissionais, atento o carácter mais exigente do exercício das funções associado a uma carteira de serviços previamente contratualizada.

6. Face ao exposto, uma vez que a compensação pelo desempenho aqui em apreço assume a natureza de suplemento remuneratório, a sua atribuição aos profissionais nos termos da legislação supra referenciada não se encontra vedada pelas normas da LOE.

Pelo exposto, não sendo um prémio de desempenho ou outra prestação pecuniária de natureza afim nos termos da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, o respetivo pagamento está em conformidade com as citadas normas.

7. Na verdade, não existem razões para considerar que aquilo que se paga aos médicos é diferente, na sua natureza, do que se paga aos enfermeiros e aos assistentes técnicos, sendo o trabalho de todos nas USF interdependente. Os médicos produzem o que lhes é pedido por terem o apoio dos enfermeiros e administrativos e vice-versa.

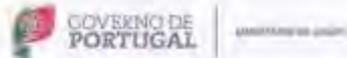
O não pagamento dos suplementos remuneratórios que são contratualmente devidos e que constituem a base conceptual das USF B, levaria à desvirtuação retroativa do modelo e iria causar uma total paralisação dos cuidados primários do SNS, com uma conseqüente convulsão laboral e social.

Sem embargo, o Ministério da Saúde reconhece que o regime merece revisão e atualização ao novo contexto assistencial, pelo que lançou já procedimentos nesse sentido.

- B. Acresce que, no âmbito do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica celebrado entre o Governo Português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Governo deve prosseguir com o reforço dos serviços de



Tribunal de Contas



Acresce notar que, questionada a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público, no âmbito da elaboração do Balanço Social 2011, estes incentivos passaram a ser contabilizados como suplementos remuneratórios, de acordo com orientação da mesma.

5. Atento o que ficou dito nos pontos anteriores, a compensação pelo desempenho difere das outras prestações pecuniárias de natureza afim na medida da diversa ponderação da avaliação individual dos profissionais e sua dependência da decisão gestionária do dirigente máximo do serviço (existindo verba para o efeito).

Na verdade, a compensação pelo desempenho assume-se como um direito dos profissionais, atento o carácter mais exigente do exercício das funções associado a uma carteira de serviços previamente contratualizada.

6. Face ao exposto, uma vez que a compensação pelo desempenho aqui em apreço assume a natureza de suplemento remuneratório, a sua atribuição aos profissionais nos termos da legislação supra referenciada não se encontra vedada pelas normas da LOE.

Pelo exposto, não sendo um prémio de desempenho ou outra prestação pecuniária de natureza afim nos termos da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, o respetivo pagamento está em conformidade com as citadas normas.

7. Na verdade, não existem razões para considerar que aquilo que se paga aos médicos é diferente, na sua natureza, do que se paga aos enfermeiros e aos assistentes técnicos, sendo o trabalho de todos nas USF interdependente. Os médicos produzem o que lhes é pedido por terem o apoio dos enfermeiros e administrativos e vice-versa.

O não pagamento dos suplementos remuneratórios que são contratualmente devidos e que constituem a base conceptual das USF B, levaria à desvirtuação retroativa do modelo e iria causar uma total paralisação dos cuidados primários do SNS, com uma consequente convulsão laboral e social.

Sem embargo, o Ministério da Saúde reconhece que o regime merece revisão e atualização ao novo contexto assistencial, pelo que lançou já procedimentos nesse sentido.

8. Acresce que, no âmbito do Memorando de Entendimento sobre as Condiçionalidades de Política Económica celebrado entre o Governo Português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Governo deve prosseguir com o reforço dos serviços de



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



cuidados de saúde primários, de modo a continuar a redução do recurso desnecessário a consultas de especialidade e às urgências.

A melhoria da coordenação dos cuidados de saúde primários passa pelo aumento do número das Unidades de Saúde Familiares (USF) contratualizadas com Administrações Regionais de Saúde (ARS), continuando a recorrer a uma combinação de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho, assegurando que o novo sistema conduz a uma redução de custos e a uma prestação de cuidados mais eficaz.

9. Por último, informa-se que se prevê para breve o início de um processo negocial, envolvendo os diversos agentes e operadores da rede de cuidados de saúde primários, para atender às recomendações desse Tribunal, com vista tornar o sistema mais eficiente.

Neste contexto, qualquer alteração, de efeitos retroativos, no modelo de pagamento seria um entrave inamovível a qualquer tipo de negociação que conduzisse a redução de custos e aumento de eficácia dos cuidados prestados nas USF.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

(Luís Vitório)

TRC 1 4 14 5958

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 8 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gmd@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

3. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP



S/referência:

N/referência: 40M/2014/DPS (Dir./ACSS)

Exmo. Senhor
Dr. José Carpinteiro
Auditor- Coordenador
Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069 - 045 Lisboa

Assunto: Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários - Proc. N.º 32/2012 - Audit - D A VI - AUT 1

No âmbito da análise da Relata da Auditoria efetuada pelo Tribunal de Contas em relação ao assunto referido em epígrafe, vimos por este meio efetuar as seguintes considerações:

A auditoria efetuada pelo Tribunal de Contas incide sobre um tema muito pertinente, permitindo analisar algumas das alterações registadas nos últimos anos na área dos cuidados de saúde primários em Portugal.

A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde reverte-se de enorme complexidade e tem sido alvo de vários modelos de conceptualização e análise. Desde logo, importa distinguir as funções do sistema de saúde dos seus objetivos. Sendo a prestação de cuidados de saúde primários uma função do sistema de saúde, consideramos que esta mesma auditoria é restritiva quanto ao âmbito da análise a matérias de economia (minimização de custos dos recursos utilizados mantendo a mesma qualidade de serviços) e eficiência (resultado entre os produtos e os recursos utilizados para os produzir), excluindo-se uma avaliação mais complexa, e não abordada, da efetividade (resultado entre os resultados/impacto de um serviço e dos recursos utilizados). Destacamos que para este efeito seria necessário considerar resultados em saúde da intervenção avaliada, algo que não é "mensurado" na presente auditoria. Neste contexto consideramos que, a utilização termo 'desempenho' pode induzir numa interpretação errónea desta relevante auditoria. Por outro lado, mesmo em termos processuais, reitera-se ainda que, a presente auditoria não aborda matérias quanto a qualidade dos cuidados de saúde ou qualidade

[...]



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



percecionada pelos profissionais de saúde e utentes prestados, nem mesmo o impacto que o reforço deste nível de cuidados tem para sustentabilidade fiscal do sistema de saúde...

De um modo geral, as Recomendações apresentadas são pertinentes, apesar de minimizarem aspetos processuais da reorganização dos cuidados de saúde primários que tem vindo a ser realizada no nosso País, desde a área normativa (que envolve negociação sindical entre outras questões), à área das práticas clínicas para a prestação dos cuidados de saúde (com a introdução de novos conceitos de trabalho, de normas clínicas, de inovação), à consolidação da informação dos sistemas informáticos (ao nível dos sistemas de registo administrativo e das aplicações de registo clínico, de amplitude nacional), que inclui interoperabilidade de sistemas e constante integração de novos dados, ou ao impacto que o reforço da organização dos cuidados de saúde primários tem para o Sistema de Saúde como o todo.

Importa ainda referir que a reorganização que tem vindo a ser implementada no âmbito dos cuidados de saúde primários pretendeu reforçar a edificação do referido pilar do Sistema de Saúde, possibilitando o desenvolvimento de uma inovadora estrutura organizacional com autonomia funcional. As características desta nova abordagem pioneira na administração pública permitiu desencadear processos motivacionais e responsabilizantes dos profissionais de saúde que têm merecido o elogio de várias instâncias internacionais nesta área que importa não obliterar.

Com efeito, a reorganização dos cuidados de saúde primários tem permitido alcançar uma significativa mais-valia técnica e científica para benefício dos utentes, levando para os cuidados de saúde primários a uma dinâmica próxima dos serviços hospitalares, com a implementação de princípios de governação clínica, com o estabelecimento de reuniões multidisciplinares periódicas, com discussão de casos clínico, revisões de temas, e análise e discussão de indicadores e resultados. Sem esta nova dinâmica, cremos que o nível dos cuidados de saúde primários estaria em risco de deterioração acentuada em Portugal, contrariando as mais várias recomendações internacionais na área da saúde. Estamos certos que muitos jovens médicos prefeririam seguir uma carreira médica hospitalar, mais estimulante do ponto de vista técnico, investigacional e remuneratório.

A par com esta reorganização, surgiu a contratualização e consequente responsabilização sobre o desempenho e a subjacente prestação de cuidados, que culmina com a assinatura de um

2/14



contrato – a carta de compromisso de cada USF, que, para todos os efeitos deve ser respeitado por ambas as partes.

Para promover a eliminação da cristalização que imperava na área dos cuidados de saúde primários, foi estabelecido um regime de pagamento por desempenho (P4P), em que era estabelecido um vencimento base, muitas vezes inferior ao que até aí era auferido, o qual só seria acrescido caso se alargasse a lista de utentes, ou se executasse determinadas atividades sobre grupos de risco ou vulneráveis – as atividades específicas.

Assim, muitos médicos abandonaram as “confortáveis” 42h com exclusividade, para adotar um salário base de 35 h com exclusividade, e os enfermeiros passaram a ter apenas 35h. Até aí, apenas um terço do pessoal de enfermagem poderia ter horário acrescido (42h), de modo que a base também teria de ser 35h, contudo sem acréscimos mensais fixos, como os médicos, mas sim com um complemento anual. Os administrativos seguiram este caminho, pois apenas tinham horários de 35 h. Para o vencimento ser mensal, os médicos no primeiro ano, recebiam um valor fixo (8 UC), valor esse que no ano seguinte seria estabelecido (*a priori*) de acordo com o desempenho avaliado no final do ano anterior, quer para a lista de utentes, quer para atividades específicas. A estes acresciam complementos de horário, carteiras adicionais, etc. Para os enfermeiros e assistentes o valor (*a posteriori*) seria calculado consoante o grau de concretização das metas contratualizadas para os indicadores financeiros.

Analisando os pontos mais relevantes das Conclusões da Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, efetuada pelo Tribunal de Contas, que teve o âmbito temporal que abrangeu os anos de 2009 a 2012, sem prejuízo de análises pontuais com âmbito temporal mais restrito, importa referir o seguinte:

1.1. – A Evolução dos centros de saúde e a reforma dos cuidados de saúde primários

- A análise de períodos homólogos no que toca ao número de inscritos deve ser cautelosa nas suas conclusões, devido à evolução dos critérios de análise desta temática que tem ocorrido nos últimos anos, aos novos conceitos introduzidos nos sistemas de informação, entre outros fatores que obrigam a que se faça uma análise crítica circunstanciada. O Registo Nacional de Utentes (RNU) vem contribuir para que esta análise seja mais objetiva e rigorosa, com a criação de um registo central, que se prevê que possa estar plenamente implementado a nível nacional até ao final do primeiro semestre deste ano. Por outro lado,



para análise dos utentes sem médico de família, temos de considerar a razão entre dois fatores – o número de inscritos, e o número de Médicos de Família, - que se encontram "ativos" à data das análises realizadas. Assim, importa ter presente que entre dezembro de 2009 e fevereiro de 2014 o saldo entre as saídas e as entradas de médicos de família com lista de utentes nas USF/UCSP é de cerca de menos 286 médicos, o que equivaleria a cerca de mais 500 mil utentes sem MF. Contudo em Dezembro de 2009 existiam cerca de 2.049.632 utentes sem médico e atualmente existem 1.410.799. Ou seja, a proporção dos utentes sem médico em Dezembro de 2009 era de 18,1%, e em Dezembro de 2013 eram de 11%, apesar da redução do número de médicos de família. Esta situação ocorre porque, apesar da dimensão média das listas utentes por modelo de UF se manter mais ou menos estável (com exceção da diminuição de cerca de 50 utentes por médico nas UCSP), houve um aumento do número de USF A e B, e diminuição consequente do número de UCSP.

➤ Dimensão média de lista por tipo de USF:

Nº de Utentes	Dez 2009	Dez 2010	Dez 2011	Dez 2012	Dez 2013
UCSP	1.651	1.618	1.621	1.591	1.591
USF A	1.717	1.725	1.717	1.714	1.728
USF B	1.840	1.840	1.842	1.841	1.834

Contudo, importa neste momento rever o número de utentes por médico, enfermeiro e administrativo face aos desenvolvimentos operados na Administração Pública quanto ao aumento do horário de trabalho semanal das 35h para as 40h. Neste contexto, como já verificado para os médicos de família pertencentes a UCSP, esta Administração Central está empenhada no aumento de utentes por profissional de saúde permitindo uma melhoria do acesso ao médico de família.

- Esta Administração Central considera de enorme relevância que sejam efetuadas avaliações sobre os ganhos em saúde e sobre a racionalização de custos, e que a atribuição de incentivos às USF esteja indexada à eficiência económica alcançada;



1.2. – Análise de Custos: Comparações USF vs UCSP (centros de saúde tradicionais)

A unidade de medida "custos por consulta" é limitada na sua utilidade como medida de eficiência dos cuidados. No contexto dos cuidados de saúde primários, dada a sua natureza horizontal de promotor da saúde e preventor da doença, a cobertura populacional dos serviços é essencial ao sucesso da prestação. Para este efeito importa aferir a acessibilidade e a pro-atividade dos serviços prestados. Não se pode deixar de defender a cobertura dos serviços (taxa de utilização) em detrimento da existência de uma discriminação positiva, que conduz a um conceito de equidade de acesso para iguais necessidades e que, no caso dos cuidados de saúde primários, deverá ter tendência para uma equidade de utilização de serviços de saúde (essencialmente em serviços de tipo preventivo), mediante uma intervenção ativa dos serviços de saúde na comunidade, que vai ao encontro dos utentes (utilizadores) de grupos em risco e possibilitam, assim, um encontro entre a oferta e a procura, que o conceito de equidade exige. Igualmente, ao sobrevalorizarmos a produção de consultas em detrimento da cobertura estariam a "premiar" a pulverização de consultas múltiplas sem qualquer valor acrescentado do ponto de vista clínico ou mesmo a fomentar o estado de doença (necessidade de múltiplas consultas médicas) por contra ponto ao estado de saúde (necessidade de consultas regulares). Importa ainda destacar que, por motivos de natureza burocrático/administrativa, os utentes eram obrigados a recorrer ao seu médico sem qualquer benefício para a sua condição de saúde (e.g., renovação de receituário) e com prejuízo para o utente. Posta esta argumentação, a utilização do número de consultas pode resultar num equívoco grave que penaliza o modelo organizacional adotado (a abordagem clínica das USF tem um forte impacto sobre o número de consultas realizadas), erroneamente confundível com acessibilidade. Assim, invariavelmente recorre-se a indicadores por utilizador, ou a proporções percentuais e taxas por grupos populacionais, mais significativas que os números totais de consultas ou atos;

- Ainda que possamos recorrer a indicadores por utilizador, ou a proporções percentuais e taxas por grupos populacionais, para estabelecer comparações entre Unidades, é necessário ter sempre em conta, pelo menos, duas dimensões:

- 1 – Deve ser considerada a "maturidade" das Unidades Funcionais ao avaliarmos o comportamento destas em termos de custos unitários com medicamentos e MCDT. Ou



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



seja, as práticas e os indicadores assistenciais vão estabilizando a partir do 2º ano de exercício, o que faz com que sejam as USF A mais “jovens” as que apresentam valores significativamente mais baixos nestes custos unitários, como se pode comprovar no quadro seguinte:

	2012			2013		
	Nº de UF	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Despesa MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)	Nº de UF	Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP)	Despesa MCDTs fatur., por utiliz. SNS (p. conv.)
USF-A de 0 a 2 anos	78	104,2529	37,00638	72	89,26839	37,70135
USF-A >= 3 anos	114	150,889	45,46346	136	142,7022	43,36023

2 – Os custos com RH devem ser padronizados para cada carreira, pois o valor índice da base remuneratória é variável ao longo de cada carreira, sendo penalizadas na comparação as USF com mais, por exemplo, assistentes graduados seniores. Partindo do princípio que estes profissionais estariam no SNS em qualquer tipo de unidade, não “agravam” os custos das Unidades *de per se*, mas os custos de todo o SNS. Em nosso entender, corretamente, conforme nota de pé de página n.º 34, verifica-se que foram excluídos os internos destes cálculos, embora na realidade pertençam a esse centro de custos.

- Importa referir que para a racionalização dos custos contribui o trabalho realizado pelas USF (e por várias UCSP) para a racionalização da prescrição, de medicamentos e MCDT, mediante a aplicação de normas clínicas e constante monitorização dos indicadores, sendo tal facto hoje patente através da comparação dos custos por utilizador consoante as tipologias de Unidades Funcionais consideradas.

- Não estamos plenamente seguros que o potencial de diminuição de despesa com medicamentos e MCDT ao nível de todas as UCSP venha a assumir igual dimensão ao das USF, pois nestas Unidades não exista, regra geral, um modelo de funcionamento interno que inclua uma prática regular de reuniões clínicas, com revisão de normas e de artigos científicos, discussão de casos clínicos e de indicadores, fatores que têm impacto na harmonização das práticas clínicas e no aumento da efetividade dos cuidados de saúde prestados;



- A questão colocada sobre a aferição da razoabilidade dos níveis de prescrição é pertinente, sendo importante promover e divulgar o estabelecimento de padrões de referência, focados para determinadas patologias, pelas entidades competentes.

1.3. – Incentivos, Compensações pelo Desempenho e Suplementos nas USF

- O cálculo dos incentivos é efetuado sobre o grau de cumprimento das metas propostas, isto é, sobre os ganhos alcançados. Embora se procure estabelecer patamares cada vez mais aproximados entre si para as metas dos indicadores de eficiência económica (ou outros), é certo que estas são estabelecidas conforme o histórico e o contexto em que as unidades trabalham, existindo um alevado nível de exigência com as USF B, designadamente com as mais maduras e estruturadas.

- Com a utilização para a contratualização com as Unidades Funcionais no ano de 2014 de indicadores de prescrição de medicamentos e MCDT, e não de indicadores que incidam sobre o faturado, estaremos mais próximos da intenção do prescritor na aplicação das normas e da boa prática clínica, isolando efeitos externos que possam ocorrer. Esta é uma evolução há muito reclamada pelos vários intervenientes no âmbito dos cuidados de saúde primários, que em 2014 é possível implementar;

- Quanto ao referido "potencial de melhoria dos regimes remuneratórios dos profissionais", é necessário considerar o ponto de partida dos regimes remuneratórios vigentes na generalidade dos casos. Assim, muitos médicos tinham 42h com exclusividade, os enfermeiros tinham 35h, apenas um terço destes poderiam ter direito a horário alargado, isto é, 42h, e os secretários clínicos tinham 35h. Estava estabelecida para as USF a proporção de 1 médico, para 1 enfermeiro e para ¼ de secretário clínico. Assim, ao se partir da base de 35h para todos os grupos profissionais, estabeleceram-se as regras para que o restante vencimento não dependesse unicamente do cumprimento de horário, mas sim da atividade desenvolvida, calculada de forma diferente para os médicos, com uma base que pudesse ser equiparada às 42 h, sendo para todos a base suplantada mediante a realização da atividade.

- Acompanhamos a necessidade de revisão do atual regime à luz das políticas de saúde e remuneratórias atuais, com um conjunto de medidas de melhoria, mais adequadas e



equitativas, sobretudo perante outros profissionais das mesmas carreiras não abrangidos por este regime. Sublinhamos que a adesão às USF é voluntária, embora balizada por despacho ministerial, e sujeita aceitação de cada elemento por todo o grupo de profissionais, eventualmente a processos de mobilidade interna, mas não diretamente sujeita a colocação por concurso público.

- Algumas das considerações efetuadas nesta Auditoria em relação ao pagamento das atividades específicas necessita de maior cuidado. As atividades são avaliadas no final do ano e determinam as Unidades de Crédito (UC) pagas mensalmente no ano seguinte. Assim, no 1º ano de atividade e até terem um ano completo de atividade, os médicos recebem 8 UC. Apenas após este ano completo de atividade é que são calculadas as UC a receber mensalmente no ano seguinte. Este cálculo só é possível ser efetuado após fechada a avaliação anual, em fevereiro, sendo corrigidas as remunerações nos meses seguintes;

- Sugerimos ainda a revisão dos cálculos referentes ao valor dos acréscimos aos médicos, por quanto existe um máximo de pagamento correspondente a 20 UC, das quais as 6 primeiras são valorizadas pelo fator 1,8. Assim ao acréscimo máximo de 9 UC por suplemento de lista, incluindo o fator de ponderação de 1,8 para as primeiras 6, só poderá acrescentar-se mais 11 UC de atividades específicas;

- A reflexão sobre a base de incidência dos suplementos e das compensações pelo desempenho é pertinente, e enquadra-se nas áreas de melhoria anteriormente corroboradas. O mesmo acontece em relação aos acréscimos remuneratórios pelas funções de orientador de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar e de coordenador da equipa da USF;

- Consideramos sensata a proposta de um modelo menos complexo considerando uma redução da assimetria entre profissionais das mesmas carreiras. Contudo, este modelo organizacional deve manter o seu caráter atrativo face aos demais pela mais adequada prestação de cuidados.

- Importa considerar que embora se possa discutir se os incentivos financeiros atribuídos por compensação pelo desempenho assumem ou não a forma de prémios de desempenho, não se pode esquecer que para se atingir as exigentes metas negociadas nas atividades desempenhadas, é necessária uma dedicação de tempo específico para o seu desempenho.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Assim, nos termos do mencionado Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, a remuneração mensal dos elementos que integram as USF de modelo B, compreende, como acima se disse, a remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho (cfr. n.º 1 do artigo 28.º, n.º 1 do artigo 31.º e n.º 1 do artigo 33.º, respetivamente, para médicos, enfermeiros e assistentes técnicos).

O modelo adotado acompanha a experiência colhida, aquando da aplicação do Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio, diploma que aprovou o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral (RRE), estendendo-o, agora, aos profissionais da equipa nuclear – médicos, enfermeiros e assistentes técnicos.

Este regime remuneratório, associado à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas características, com a contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco e, quando necessário, com o alargamento do período de cobertura assistencial e com a carteira adicional de serviços, obriga ao acompanhamento e controlo dos procedimentos e resultados, distinguindo as diferenças de desempenho por referência a painéis de indicadores, a economias nos custos e a níveis de satisfação dos utilizadores e dos profissionais.

Relativamente à atribuição de incentivos financeiros aos profissionais das USF enquadradas no modelo B, decorre da lei que os incentivos dos médicos são aferidos pela compensação das atividades específicas (pagos mensalmente), enquanto que os dos restantes profissionais - enfermeiros e assistentes técnicos – são integrados na compensação pelo desempenho.

Sendo certo que em resultado das Leis do Orçamento de Estado para 2011, 2012, 2013, bem como 2014, se encontra expressamente vedada a *"Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim"*, não é líquido, salvo o devido respeito por diferente entendimento, que tal limitação abranja, também, a situação que aqui nos ocupa, ou se apenas impede a atribuição de prémios de desempenho, nos termos previstos na Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, a qual não constitui, em termos concretos, um direito do trabalhador, antes dependendo da verificação de dois requisitos cumulativos - existir verba e decisão do dirigente máximo, o que não se verifica no caso das USF, em que a decisão em atribuir o correspondente incentivo não decorre do poder

8/14



discricionário da Administração Pública, antes configurando um direito dos trabalhadores, em resultado da contratualização e do cumprimento dos objetivos contratualizados.

1.4. – Contratualização e desempenho face aos objetivos contratualizados

- Quando se afirma que *“contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, o que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho”*, importa não esquecer que a contratualização com os ACES e com as USF/UCSP tem os seus pressupostos assentes no Plano Nacional de Saúde e nos Planos Regionais e Locais de Saúde e nas boas práticas clínicas que estão em vigor para os vários Programas de Saúde a nível nacional e internacional.
- A introdução de margens de negociação no processo de contratualização tem sido uma preocupação constante desta Administração Central, tendo vindo a ser introduzidas alterações nos últimos anos que vão no sentido de reforçar esta componente negocial (conforme referiremos mais adiante neste documento, quando abordarmos as alterações implementadas para 2014, por exemplo). De facto, e apesar de existirem objetivos e valores de referência a nível nacional, o processo negocial não se encontra inibido, pelo contrário;
- Considerando a juventude das aplicações de registo de clínico e dos indicadores de contratualização nos cuidados de saúde primários, foi tomada a opção de se iniciar o processo de contratualização neste nível de cuidados utilizando essencialmente indicadores de processo, que obrigavam à implementação de registos e à organização preferencial da prestação de cuidados, de acordo com os Programas da Direção Geral da Saúde e as boas práticas clínicas. Com a progressão dos métodos de registo e adequação das aplicações às solicitações, e com a progressão da recolha de informação das bases de dados, torna-se atualmente viável evoluir para indicadores de resultado para 2014, tendo sido construído um histórico referente a 2013, a fim de servir de base ao estabelecimento de metas a contratualizar.
- O processo de contratualização tem vindo a ser realizado em prazos que não são os desejáveis, derivado a vários fatores, de entre os quais se destacam o trabalho de melhoria



muito significativa nos sistemas de informação que foi necessário realizar e que nos permite hoje ter condições para realizar a fase de negociação do processo de contratualização em datas mais adequadas (de acordo com o definido na Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, que alterou a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril);

- Em relação às considerações efetuadas sobre o impacto que a *"faixa de expurgos da lista de utentes inscritos"* tem no processo de contratualização, importa referir que os novos indicadores para contratualização em 2014, publicados no *site* desta Administração Central, assumem o universo mais adequado ao seu perfil, tendo em consideração apenas os inscritos ativos na data em que o indicador incide, isto é, se por exemplo for sobre a gravidez, tem que ter em consideração se a grávida teve uma inscrição ativa no período em análise, considerando os 9 meses de gravidez e o período do puerpério.

- Importa referir que algumas ARS têm contratualizado desde há alguns anos a esta parte com UCSP, de um modo sistemático, e com o mesmo quadro conceptual aplicável às USF, mas sem direito à atribuição de incentivos institucionais;

- Durante o ano de 2014 será realizada a aplicação de um questionário de satisfação de utilizadores, de âmbito nacional, para USF e parte das UCSP, efetuada por uma entidade externa – o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), baseado no questionário europeu EUROEP.

1.6. – Articulação com os Cuidados Hospitalares

- Para além da análise efetuada em relação aos pedidos em triagem nos hospitais, o impacto que a reorganização dos cuidados de saúde primários tem na articulação com os cuidados hospitalares pode ser melhor estudado através da análise de outras áreas da prestação de cuidados de saúde, como sejam o estudo da utilização dos internamentos hospitalares ou dos serviços de urgência, possibilitando-nos assim perceber qual o parâmetro de comportamento verificado, em função do tipo de unidade funcional onde os utentes se encontram a ser acompanhados.



1.7. – Objetivos e metas em curso e perspetivas de sustentabilidade

Embora seja pertinente considerar que as USF modelo C, constituem um desafio que poderá mudar o modelo de gestão das USF, diríamos antes, dos CSP, será todavia imprescindível ter isso em consideração na revisão da legislação vigente, ou seja, do DL n.º 298/2007, e Portarias ou Despachos decorrentes, mas sobretudo realçaríamos que qualquer inovação na gestão dos CSP deveria colocar o enfoque na resolução do problema dos utentes sem médico, alocando USF onde são precisas, caso contrário, para pugnar pela sustentabilidade e competitividade do modelo, ele terá mais facilidade em ser implementado onde estas características serão mais facilmente manifestas, isto é, nos grandes centros ou onde existem mais UF, perpetuando a questão dos utentes sem médico e da desigualdade entre o litoral e o interior, entre as zonas mais populosas, com uma oferta de equipamentos de saúde mais diversificada, e as zonas com menos densidade populacional e menos alternativas para o acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes.

Por último, importa ainda referir que muitas das áreas de melhoria identificadas na presente Auditoria do Tribunal de Contas, e que são referidas nas propostas de Recomendações a esta Administração Central, já se encontram em implementação, nomeadamente no processo de contratualização para 2014, o qual permitiu alterar a estrutura de contratualização interna que até aqui vigorava, implementando o definido na Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, que alterou a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril e reforçar o alinhamento e o compromisso entre os objetivos das ARS, dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem. Para além disso, será ainda possível implementar durante o ano de 2014 a monitorização da satisfação dos utilizadores (algo inédito no processo de contratualização) e operacionalizar o Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento dos ACES (SICA ACES), o qual permitirá harmonizar as práticas inerentes ao processo de contratualização externa e possibilitará criar mecanismos de *benchmarking* e publicitação de informação sobre o desempenho dos ACES.

Outro aspeto implementado no processo de contratualização em 2014 resulta no investimento de disponibilização de informação, permitindo aumentar a componente de negociação informada dos compromissos a assumir para este ano. Assim, o processo de contratualização interna



passou a estar na exclusiva responsabilidade dos ACES, os quais têm autonomia negocial para adequar as metas concretas aos intervalos de melhoria contínua que estão definidos a nível nacional e regional (garantindo um esforço calibrado para melhoria dos resultados alcançados, com um aumento da justiça na avaliação das equipas a nível nacional e da equidade na resposta que é dada a toda a população do continente). Para além disso, foi disponibilizado um amplo manancial de informação sobre os resultados históricos das Equipas e sobre a sua organização em clusters de contexto, que permite adequar os objetivos negociados às condições concretas em que os cuidados são prestados e às características das populações servidas.

Considerando o atual estado de maturidade dos ACES, o ano de 2014 permitirá também um maior enfoque no comportamento económico-financeiro destas entidades, pelo que todas as ARS negociam e acompanham o orçamento-económico dos seus ACES.

De facto, o orçamento dos ACES assume uma estrutura de "orçamento económico" e decorre das condicionantes apresentadas em termos de gestão financeira e da própria natureza do ACES enquanto serviços de saúde com autonomia administrativa. Nos últimos anos, têm vindo a ser desenvolvidos pelas ARS (e pelos ACES), em articulação com a ACSS, várias iniciativas que visam a melhoria da imputação dos custos ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem, de entre as quais se destacam:

- Estabilização de um Plano de Contas Analíticas, que reflita a realidade de cada ARS, de acordo com as circulares emitidas pela ACSS;
- Melhoria do reporte de informação financeira pelas ARS, com um reporte periódico de dados financeiros por centro de resultados, de acordo com a estrutura implementada;
- Alocação de custos ao nível das unidades funcionais, nomeadamente recursos humanos, medicamentos e MCDT's;

Conjugando estas melhorias ao nível da informação económico-financeira com a redução do número de ACES operada no final de 2012, por agregação dos anteriores ACES em estruturas de maior dimensão e mais eficientes, abrangendo grupos de população mais numerosa, cumprindo também, atento o contexto económico atual, o imperativo de adoção de medidas para a racionalização da despesa e otimização dos recursos disponíveis, passam a estar criadas as



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



condições para que todos os ACES negociem com as ARS respetivas um orçamento-económico para o ano de 2014.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Digitally Signed by João Carlos
Carvalho das Neves
DN: CN=João Carlos Carvalho das
Neves, OU=Administração Central do
Sistema de Saúde IP, O=Ministério
da Saúde, C=PT
Reason:
Date: 2014.09.24 10:55:29

(João Carvalho das Neves)

IGTC 25 3^a14 5410 14/14



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

4. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP

Exmo. Senhor Diretor-Geral do
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Porto, de 21 de março de 2014

ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários.

Proc. n.º32/2012 AUDIT

Luís António Castanheira Nunes, notificado pelo Tribunal de Contas, na qualidade de Presidente do atual Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., através de Ofício com a ref.º 2629 ao Proc. n.º32/2012 – Audit, DA VI, para, querendo, se pronunciar, nos termos e para os efeitos do disposto no art. 13.º e 87.º, n.º3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, sobre as alegações convenientes ao conteúdo do Relato de Auditoria, elaborado na sequência de auditoria realizada ao desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, vem apresentar

PRONÚNCIA,

O que faz nos termos e com os fundamentos seguintes:

DATA 24 3 14 5299



I. PRELIMINARES (tempestividade da Pronúncia)

Em tempo, o Signatário requereu, a este douto Tribunal, prorrogação de prazo para efeitos de Pronúncia, em sede de contraditório, por mais dez dias.

O Tribunal veio a conceder a peticionada prorrogação, por 5 dias úteis, ou seja, até 24 de março p.f..

Assim, a presente Pronúncia é tempestiva.

II. DA NATUREZA JURIDICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

Convém, desde logo, delimitar a natureza jurídica da entidade objeto da auditoria a que ora se responde. Assim,

A Administração indireta do Estado integra as entidades públicas, distintas da pessoa coletiva "Estado", dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira que desenvolvem uma atividade administrativa que prossegue fins próprios do Estado; trata-se de administração "do Estado" porque se prosseguem fins próprios deste, e de "administração indireta" porque estes fins são prosseguidos por pessoas coletivas distintas do Estado¹.

A administração indireta do Estado é constituída por organismos dotados de personalidade jurídica e de órgãos e património próprios, sujeitos à superintendência e tutela do Governo, criados para o desenvolvimento de atribuições que, devido à sua especificidade, o Estado entende não dever

¹ Definição contida no sítio da internet da DGAEP (Direção-Geral da Administração e Emprego Público).



prosseguir através de serviços submetidos à direção do Governo, sendo, em regra, dotados de autonomia administrativa e financeira, entre os quais se incluem os institutos públicos cujo regime jurídico foi aprovado pela Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro.²

Cada instituto público está adstrito a um departamento ministerial, (*cf.* artigos 7.º, 41.º e 42.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro) abreviadamente designado por ministério da tutela, cujo ministro pode dirigir orientações, emitir diretivas sobre os objetivos a atingir na gestão e sobre as prioridades a adotar na respetiva prossecução ou solicitar informações aos seus órgãos dirigentes.

No caso concreto da ARS Norte, I.P., a sua Lei Orgânica, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro, confere-lhe, no seu artigo 1.º, n.º 1, a natureza de instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Para o efeito, o n.º 2 do mesmo preceito, estabelece ainda que prossegue as suas atribuições, sob superintendência e tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde. E, por fim, o n.º 3, enquadra o seu regime jurídico, para além do diploma que a cria, e da lei-quadro dos institutos públicos, pelas normas constantes do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e pelas demais normas que lhe sejam aplicáveis.

Posto isto, é a ARS NORTE, I.P., uma instituição dependente do Ministério da Saúde, integrada no Serviço Nacional de Saúde *Cfr.* Base XII, nº 2 da Lei nº 48/90, de 24.08 (Lei de Bases da Saúde), incluída na Administração Indireta do

² Alterada pela Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 200/2006, de 25 de outubro e pelo Decreto-Lei n.º 105/2007, de 3 de abril; Lei n.º 66-B/2012, de 31/12; - Lei n.º 24/2012, de 09/07; - DL n.º 123/2012, de 20/06 - DL n.º 5/2012, de 17/01; - Lei n.º 57/2011, de 28/11; - Resol. da AR n.º 86/2011, de 11/04; - DL n.º 40/2011, de 22/03; - Lei n.º 64-A/2008, de 31/12



Estado, sendo, inequívoca a sua natureza pública, sujeita, portanto, às normas e fiscalização do Estado, através das entidades competentes para o efeito.

III. DO REGIME JURÍDICO DA ORGANIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF) ENQUADRADO NA EVOLUÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) no sistema português de saúde surge na sequência da política de reforma dos cuidados de saúde primários assumida, pelo menos desde o XVII Governo Constitucional, de desenvolvimento de uma matriz organizativa de reconfiguração dos centros de saúde, destinado à obtenção de maiores ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários.

Aos Cuidados de Saúde Primários, por serem o primeiro nível de contacto dos doentes com o sistema de saúde, os sucessivos executivos foram atribuindo o *status* de pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, sendo neste panorama que surgem as USF, enquadradas no contexto conceptualmente mais vasto que são os centros de saúde, constituindo a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

No respaldo dessa política, e inspirado no modelo do regime remuneratório experimental (RRE) estabelecido para os médicos, e previsto no Decreto-Lei n.º 117/2008, de 5 de maio, anteriormente implementado no âmbito da organização dos centros de saúde - e cujas sucessivas avaliações demonstraram ser um modelo a seguir dado revelar ganhos em saúde e aumento da qualidade dos cuidados prestados, com clara satisfação dos utentes -, surgem as USF como unidades elementares da estrutura organizacional dos centros de saúde,



para a prestação de cuidados individuais e familiares dos cuidados de saúde primários.

É com base no objetivo transversal a vários Governos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde primários que o poder político tem vindo a adotar o modelo organizativo do RRE para as USF, ao consolidar e alargar a esta figura o modelo de incentivos, estabelecido para os médicos, aos profissionais das USF.

As USF configuram, assim, um modelo organizacional constituído por equipas multiprofissionais que se contrapõem às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e decisão vertical, existindo e implementando-se um compromisso assistencial nuclear distinguindo-se as unidades pela produtividade e eficiência e satisfação profissional que conseguem obter com os diferentes estatutos organizacionais e processos de gestão dos recursos.

A criação das USF constitui, pois, a evolução mais expressiva dos cuidados de saúde primários em Portugal, sendo que as avaliações feitas a este modelo têm-no considerado como uma mais-valia global, quer ao nível da acessibilidade, cobertura e utilização por haver uma clara melhoria em termos de acesso e utilização, e também de ganhos em saúde, conforme demonstra a sucessiva diminuição de utentes sem médico de família nos agrupamentos de centros de saúde (ACES) que se tem vindo a verificar, nomeadamente na região Norte (de um total de 371.101 utentes sem médico de família em 2010 existem em 2013 190.098 utentes sem médico de família), como consequência também da implementação deste modelo organizativo, alcançando-se, desta forma, um dos principais objetivos subjacentes à criação das USF, o qual se centrou na necessidade de alargar a cobertura efetiva de cuidados de saúde primários a toda a população residente em Portugal e de os tornar mais efetivos no seu



papel de porta de entrada do cidadão doente no SNS. É que no contexto da adesão ao modelo USF foi possível exigir aos médicos de família a aceitação de listas de 1750 utentes, *versus* as antigas de 1550 utentes, o que, mais importante, veio a tornar-se a referência para a prática clínica de medicina geral e familiar exercida fora do ambiente USF.

Esta opção política surge plasmada no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece a organização e funcionamento das USF e prevê a existência de incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional das USF modelo A e modelo B, de incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B e de compensações pelo desempenho a atribuir a médicos em USF modelo B, por atividades específicas realizadas. Com efeito, a motivação da adesão ao modelo A, centra-se, fundamentalmente, na possibilidade de ascender ao modelo B. Não existiriam estas últimas, sem aquelas primeiras, pelo menos na medida impactante em que se implementaram e influenciando decisivamente o sistema. Tal não exclui, também, a necessidade de se rever o modelo num sentido que garanta a perseguição pelas USF da excelência e as afaste do imobilismo.

Tem sido, entre outras, pela implementação das USF, e da possibilidade de as mesmas poderem evoluir no seu modelo, que tem sido possível obter uma maior cobertura assistencial, desde logo pelo facto de se exigir aos elementos da equipa multiprofissional que as integram uma maior cobertura assistencial a um maior número de utentes e, em consequência, se necessário um alargamento do horário de funcionamento das unidades.

As despesas imputáveis às USF resultam assim do número de pessoas cobertas, sendo natural e claro o incentivo que existe em cada uma das USF em alargar a



sua base de cidadãos, para além de se estimular a realização de mais atos através de um incentivo ao aumento da produtividade.

Ressalve-se e destaque-se que este aumento de produtividade não é exclusivamente alcançável através da realização de atos médicos, mas antes como resultado de um verdadeiro trabalho de equipa, em que profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos contribuem em igual medida para o resultado obtido, como verdadeira equipa multiprofissional que são.

Em face do exposto, para além das virtudes que têm sido reconhecidas ao funcionamento das USF, não se nos afigura possível conceber este sistema e modelo organizativo, que tem vindo a ser definido e reiterado pelo legislador, retirando-se-lhe uma parte que lhe está subjacente e é inerente, e que se traduz nos incentivos financeiros atribuídos à equipa como resultado dos objetivos contratualizados e alcançados.

Ou seja, a reforma dos cuidados de saúde primários e o modelo USF permitiu reforçar a cobertura e, portanto, o papel dos cuidados de saúde primários, na referência clínica e prevenção, potenciando-a.

É neste pressuposto que a ARS Norte, IP, enquanto instituto público que integra a administração indireta do Estado, tem pautado a sua atuação de forma absolutamente consentânea com a política dos Governos adotada nesta matéria, sendo que a autorização da ARS em proceder ao pagamento de incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos que integram a equipa multiprofissional das USF modelo B sempre respeitou os designios, autorizações e as orientações que superiormente lhe foram sendo comunicadas e as quais se julgam consentâneas não só com a lei, mas com a própria filosofia que esteve na criação das USF conforme se procurou demonstrar.



Por estes motivos, merecem uma particular referência e refutação, ao nível, técnico, algumas considerações do Relato de Auditoria, incluindo as suas conclusões e recomendações, conforme adiante se passará a expor.

IV. DO CONTEÚDO DO RELATO E SUAS CONCLUSÕES

A) QUANTO À EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DO CSP, E, À ANÁLISE DE CUSTOS

A Reforma dos CSP conduziu a um processo de crescimento, maturação e inovação no funcionamento dos cuidados de saúde, no sentido da flexibilidade organizativa e de gestão, da desburocratização, do trabalho em equipa, da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade, da contratualização e da sustentabilidade, tendo como principal motor de mudança as USF.

As USF são um pilar inovador na prestação de CSP e, nos serviços públicos em Portugal, dão corpo a um modo avançado de organização, baseado em equipas coesas, multiprofissionais, auto-organizadas, agrupadas voluntariamente, para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto bem definido de cidadãos e famílias. Visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados em saúde, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a continuidade destes, com maior eficiência e satisfação dos profissionais e dos utilizadores.



Tribunal de Contas

DESENVOLVIMENTO DA REFORMA DOS CSP NA REGIÃO NORTE



De 2011 para 2012 a população abrangida por USF passou de 50,85% para 54,88% da população da região. Em 2012, as 18 USF que iniciaram atividade geraram um ganho de 38 815 utentes com assistência neste modelo.



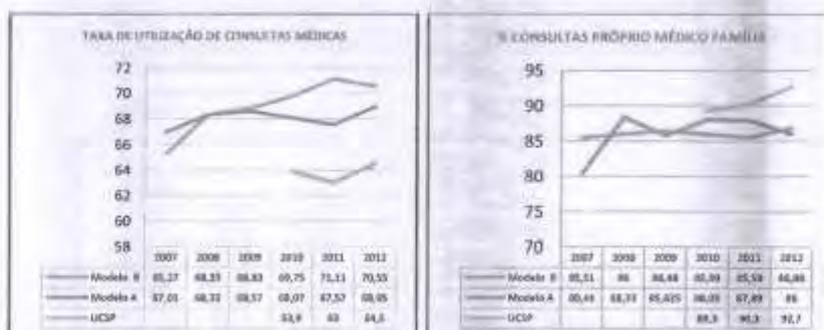
RESULTADOS 2010-2012

É inequívoco que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários está fortemente implantada na Região Norte, sendo a região do país com mais USF em atividade e a primeira a aplicar às UCSP, desde 2010, uma carteira básica de serviços comum, pelo que a análise comparativa apresentada (UCSP/USFA/USFB) reporta-se ao triénio 2010-2012.

• ACESSO

O acesso está associado à ideia de equidade na obtenção dos cuidados de saúde necessários, no que respeita ao momento, local e quantidade adequada.

A contratualização dos indicadores de acesso deve garantir um aumento de resposta na prestação e assegurar a qualidade do serviço prestado, colocando para tal patamares mínimos e máximos de execução.



Ao avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita e monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família, bem como a capacidade de intersubstituição dos mesmos na unidade de saúde nas situações de ausências programadas ou não, verificámos que as USF garantem aos cidadãos, o atendimento



no próprio dia, assegurando a continuidade e integração dos cuidados prestados. A cooperação e solidariedade que é exigida a todos os elementos da equipa permite a concretização dos objetivos de acessibilidade e globalidade no cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional.

O mesmo não se verifica com as UCSP cuja taxa de utilização de consultas é mais baixa e a proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família é demasiado alta (valores que garantem a intersubstituição deverão atingir os 85% de valor máximo) o que nos leva a induzir a falta de capacidade de intersubstituição profissional nestas unidades, reduzindo, por sua vez, a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.

• *DESEMPENHO ASSISTENCIAL*

A análise do desempenho assistencial pretende promover a efetividade dos cuidados prestados, ou seja, potenciar os resultados de determinada intervenção nos indivíduos em particular e na população em geral, redirecionando os esforços da organização.

Todas as pessoas devem saber o que vigiar, quando e com que periodicidade, o que permite a prevenção e diagnóstico precoce de várias patologias. É através das consultas realizadas regularmente ao longo do ciclo de vida que a equipa de saúde controla e avalia o estado de saúde e sugere as medidas mais adequadas para fortalecer o bem-estar do utente/família e a realização das medidas possíveis para prevenir os problemas de saúde, em vez da adoção de uma atitude expectante, em que apenas se procede ao devido tratamento perante o seu eventual aparecimento, com custos elevadíssimos para o utente/família e SNS. Todas as doenças adequadamente prevenidas e precocemente tratadas traduzem-se em custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.



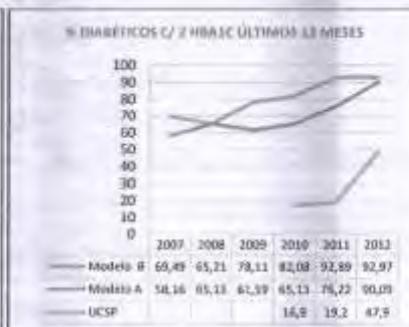
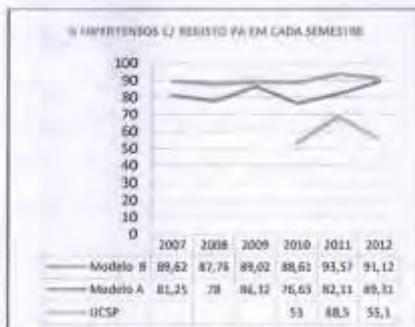
Tribunal de Contas

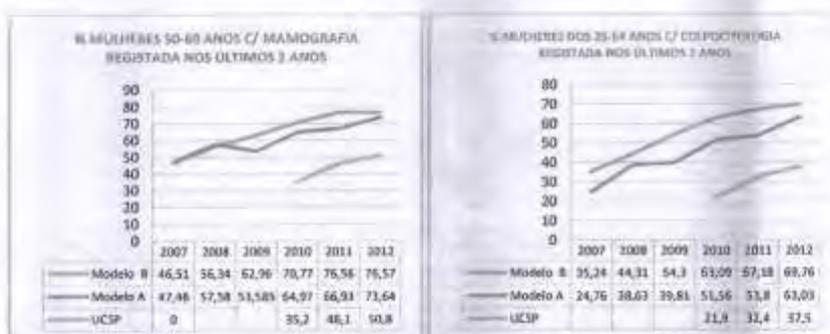
A melhoria da qualidade dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido é uma das áreas de intervenção prioritária do Plano Nacional de Saúde.



Este indicador permite a monitorização do Programa de Vigilância em Saúde Materna, área da vigilância precoce da grávida, realizada por médicos - acesso às consultas. Alcançaram-se valores bem ilustrativos da oferta proativa e programada de cuidados que ocorre nas equipas das USF.

A gestão da doença crónica é um instrumento de qualidade em saúde, promotor da capacidade do doente para cumprir terapêuticas, alterar estilos de vida e comportamentos de risco e aceder aos recursos (Chronic Disease Management, British columbia). Os programas de Gestão da Doença nomeadamente através do apoio à auto-gestão da doença crónica, o aconselhamento motivacional e a decisão e organização dos serviços resultam em maior adesão terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde.





O rastreio e o diagnóstico precoce do cancro aumentam as probabilidades da cura e diminuem as sequelas da doença e dos tratamentos. A vigilância da saúde da mulher na prevenção e diagnóstico precoce através dos rastreios do cancro da mama e do colo do útero, tem sido uma aposta do SNS. O rastreio e a deteção precoce da doença oncológica assumem, pelo seu potencial *life-saving*, uma importância que torna indispensável uma harmonia de práticas.

Nos resultados dos indicadores de desempenho atenuaram-se as diferenças entre modelos organizativos de USF, ainda que o impacto do modelo B se mantenha positivo, as diferenças percentuais nos resultados por vezes não são muito acentuadas. Este dado poderá estar relacionado com o facto de a transição de A para B, em termos de modelo organizativo, exigir um esforço para atingir determinado nível de desempenho e, por outro lado, revela sem dúvida que não é posta em causa a equidade no acesso a cuidados de qualidade, por um modelo em detrimento de outro.

DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

O desempenho económico-financeiro centra-se na eficiência interna e na maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, de forma a garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde. Indica a competência para se



Tribunal de Contas

produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos, administrar os custos, reduzir as perdas e o desperdício.

O crescimento da despesa (investimento) deve traduzir-se em resultados adicionais e proporcionais, existindo tanto mais valor em saúde quanto maiores os resultados obtidos com o mesmo investimento.

A racionalidade na prescrição de medicamentos e MCDT tem sido um objetivo com forte investimento por parte das USF.





DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO 2012



Em síntese, ao avaliar a evolução dos indicadores das USF da Região Norte, no período compreendido entre 2007 e 2012 é de destacar:

- ✓ O aumento no acesso a cuidados médicos e de enfermagem;
- ✓ A melhoria na vigilância da doença crónica;
- ✓ A melhoria da vigilância oncológica;
- ✓ O aumento da precocidade da vigilância das grávidas e dos R/N;
- ✓ Melhor desempenho económico-financeiro

A projecção dos resultados alcançados pelas USF, para a restante população, ajustada pela taxa de utilização, seria que

Os custos com medicamentos reduziriam 32.86 €/utilizador
Os custos com MCDT reduziriam 0.87 €/utilizador

Esta nova gestão pública pode, assim, ser vista como uma influência positiva na administração de saúde do Estado, centrada no cidadão e na micro-eficiência. Uma governação que assegura um elevado grau de participação, transparência, discriminação positiva e responsabilização nas decisões de interesse comum para a saúde dos portugueses.



No que concerne às conclusões do Relatório da Auditoria e atento o anteriormente referido, cumpre, além do mais, tecer alguns comentários às seguintes conclusões:

PONTO 27. "No que se refere ao Incentivo Institucional, a título exemplificativo, constatou-se que as USF que se desviaram (positivamente) da eficiência média são aquelas que não receberam Incentivos. Contrariamente, as USF que assinalaram desvios (negativos) da eficiência média registaram atribuição de incentivos relativamente mais elevados."

O processo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF) em modelo de desenvolvimento organizacional do tipo A e B, finda a fase de avaliação, prevê a atribuição de incentivos institucionais que visam estimular e apoiar o desempenho coletivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos.

O nº 1, do Art.º 38º, do Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto, refere que os incentivos institucionais se traduzem "...na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional".

Assim, nos casos elegíveis de atribuição de incentivos institucionais (as condições e critérios para a atribuição de incentivos são regulados por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, tendo por referência a melhoria de produtividade, da eficiência, da efetividade e da qualidade dos cuidados prestados), a USF realiza um Plano de Aplicação de Incentivos (PAII) que será negociado e aprovado pela ARS em consonância com a estratégia regional da saúde.



PONTO 54. *“A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, o que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho.”*

A referida informação tem vindo a ser promovida e está disponível no sítio da Internet da ARS Norte:

- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/5a%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde>
- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/5a%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/mort%40lidade>
- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/5a%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/morbilid%40des>
- http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Actividades_2012.pdf

PONTO 55. *“O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que por sua vez os transpõem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP).”*

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve contribuir para o objetivo geral do SNS de melhoria da sua performance de gestão e de prestação, de forma a garantir a salvaguarda de elevados níveis de acesso e de qualidade dos cuidados prestados à população. Num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, todos os intervenientes no processo devem



negociar a atividade e os resultados a alcançar considerando as características e necessidades em saúde da população e potenciando a capacidade que os cuidados de saúde primários têm para gerir o estado de saúde dos utentes.

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve basear-se no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde de cada ARS e no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo à avaliação das necessidades em saúde nacionais, regionais e locais e ter como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

Uma das principais componentes da fase de negociação prende-se com a negociação da bateria de indicadores que permitem aferir o desempenho assistencial agregado das Unidades Funcionais que compõem o ACES, assim como os resultados em saúde alcançados para a população. A proposta de meta para cada um dos indicadores a negociar com os ACES considera o valor definido como objetivo para esse indicador no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional); o histórico de resultados do indicador no ACES, na região e a nível nacional; o contexto e os recursos disponíveis no ACES; as boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro. Este processo inicia-se pela solicitação aos ACES, e estes às suas unidades funcionais, das suas propostas, considerando os desideratos anteriores.

PONTO 56. *“As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da avaliação dos fatores geodemográficos. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na*



contratualização, como indicadores de processo, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis."

Fruto de um trabalho evolutivo, a contratualização com os cuidados de saúde primários é um instrumento que está hoje plenamente implementado em Portugal. A ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Hospitais do SNS, tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES, que habilita os prestadores a desenvolver as melhores respostas, capacitando desta forma, o processo de contratualização. Estes indicadores no seu conjunto permitem a caracterização dos ACES, de forma a promover localmente o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte das ARS, procurando garantir o equilíbrio necessário entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos em saúde. Os problemas de saúde encontram-se na génese de alguns indicadores presentes na Contratualização Externa e Interna e representam informação fundamental para a definição das áreas de intervenção prioritária ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem. Face ao exposto, a ACSS, analisa e propõe indicadores (com o contributo dos Departamentos de Contratualização das ARS recolhidos junto das unidades funcionais) para o território nacional aprovados em Portaria, isto é, por decisão última da Tutela.

A Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, alterando a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, apresenta um vasto conjunto de indicadores de contratualização e de monitorização da atividade dos cuidados de saúde personalizados (abrange outras áreas e patologias, como as doença respiratórias e de saúde mental, e reforça o número de indicadores de resultado).



PONTO 59. *“No processo de acompanhamento e avaliação do desempenho, as ARS não estabeleceram ainda rotinas de verificações e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACESS4 e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas.”*

A monitorização e acompanhamento é a fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objetivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado entre as partes.

Todos os ACES e unidades funcionais têm ao seu dispor um sistema de informação (SIARS), que pode ser visto como um enorme repositório de dados, atualizados mensalmente, que recolhe, trata, organiza e partilha informação para suporte à decisão. Também o mim@uf complementa a informação diária da unidade funcional com a informação mensal/anual trabalhada e agregada proveniente do SIARS (constam dados dos utentes, a produção da unidade/ profissional, dados das conferências de faturas, cálculo de indicadores) com disponibilização diária (para dados inseridos em SINUS/SAM/SAPE) e mensal (para dados de faturação). No que concerne aos custos o desempenho dos médicos é monitorizado mensalmente por prescriptor.

Com a disponibilização desta informação pretende-se aumentar a transparência e a partilha de informação com as entidades do SNS, assim como se espera estar a contribuir para a identificação de boas práticas e de alavancas



operacionais de gestão corrente que permitam capturar nos vários ACES o potencial de melhoria identificado.

B) QUANTO AOS INCENTIVOS, COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO E SUPLEMENTOS

C.1 – DA NATUREZA DOS INCENTIVOS

- Conflito de normas LOE versus regime USF

O Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, que institui o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a retribuição a atribuir aos elementos que integram as USF modelo B, estabelece que a sua remuneração contém três componentes, remuneração base, suplementos e compensações por desempenho.

Por sua vez, as LOE para os anos 2011, 2012 e 2013, através das normas contidas nos seus artigos 24.º, n.º2, alínea b), 20.º, n.º1 e 35.º, n.º2 alínea b), respetivamente, que proíbem valorizações remuneratórias, vedam a possibilidade do pagamento de valorizações, nomeadamente dos prémios de desempenho.

Nesta medida,



Importa, desde logo esclarecer que, quando confrontada com estes dispositivos legais, a dúvida residiu em saber se os incentivos pagos ao abrigo do regime jurídico das USF estariam ou não, sob o alcance das normas proibitivas daqueles diplomas orçamentais.

Concluiu que não, porque em abono da verdade não estão. Senão vejamos,

• **Das normas proibitivas contidas na LOE2011, LOE2012 e LOE2013**

O artigo 24.º da LOE2011, bem como dos dispositivos das posteriores LOE que lhe mantiveram o teor, teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20.º, n.º 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explícita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de



disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

• Da natureza jurídica dos incentivos previstos no regime jurídico das USF

A natureza jurídica dos incentivos, vedados por aquela legislação, nada têm a ver com a génese dos incentivos pagos ao abrigo do regime das USF.

Os prémios de desempenho proibidos por aquelas disposições legais, são aqueles que a Direcção-Geral de Administração e Emprego Público definiu, como valorizações que estão na disponibilidade de um ato gestorário do



dirigente máximo dos serviços, mediante a disponibilização e cabimentação orçamental para o efeito,³

Ora, no regime jurídico das USF não é disso que tratamos. De um poder discricionário do dirigente máximo do serviço. Aqui, falamos de um direito decorrente de regime remuneratório específico e diferenciado com natureza compósita.

Esse regime é assim estabelecido, porquanto esses profissionais, embora nas mesmas carreiras de outros profissionais, exercem as suas funções num ambiente mais exigente que os demais. Veja-se, a título meramente exemplificativo, o caso do número de utentes atribuídos a cada médico.

E, não se diga que o mesmo não se aplica a assistentes técnicos e a enfermeiros, pois, sendo certo que é o médico o *pivot* da fixação da carteira de utentes, não é menos verdade que aqueles outros profissionais têm de responder na medida das necessidades daquela carteira maior, em compromisso constante duma carta da unidade.

Veja-se ainda, o regime previsto para as ausências por períodos de duas semanas, em que as obrigações do elemento ausente são asseguradas pelos restantes elementos da equipa, de modo a garantir o resultado do faltoso, sem que este seja, depois, por esse fato, prejudicado⁴.

É pois, inequívoco, que os incentivos são da unidade e não do indivíduo (naturalmente, depois de dividido entre eles), porque o que se pretende, é justamente, garantir uma quantidade de trabalho maior. Isso mesmo decorre

³ Vide FAQ's da DGAEP in <http://www.dgap.gov.pt/>

⁴ Artigo 24.º, n.º f, 2 e 4.



do fato de terem de garantir também horários mais extensos do que os das demais unidades, organizando-se, dentro das normas legais, do modo que mais lhes convier, representando, assim, maior volume de trabalho.

Além de que, o regime prevê, inclusivamente, a contratualização de carteiras adicionais, o que não acontece com as unidades tradicionalmente organizadas.

Em reforço do entendimento preconizado, o despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro de Estado e das Finanças⁵, publicado na vigência das LOE que contemplam as ditas proibições de pagamento, e contextualizado no quadro das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito; considera que o reforço das USF é um elemento imprescindível da política da saúde e de organização dos cuidados de saúde primários que não pode ser abandonado, mas antes reforçado, pelo que, nos termos do regime jurídico estabelecido pelo Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, fixa o número máximo de USF a criar no ano 2012 e autoriza a transição de modelos A para modelos B, que, constituindo um modelo diferenciado de remuneração, pressupõe a realização de despesa o que justifica a necessária intervenção do Ministério das Finanças.

E na verdade, foi mesmo necessária a emissão de declaração cabimento orçamental para informar o processo aos Senhores Ministros da Saúde e das Finanças.

De resto, foi também este, o entendimento da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que, em tempo e no que concerne ao preenchimento do quadro 18 do BS relativo ao ano 2012, veio referir que seria mais correto que os incentivos pagos aos trabalhadores das USF fossem inscritos no Quadro

⁵ Despacho n.º9.999/2012, publicado no D.R., 2ª série, n.º143, de 25 de julho.



18.1 – “outros regimes especiais de proteção no trabalho” e, consequentemente, na coluna suplementos remuneratórios do quadro 18.

O mencionado entendimento foi ainda veiculado pela ACSS, junto do Tribunal de Contas no decurso da presente Auditoria.

De salientar ainda que, no orçamento de cada ano, foi apresentado na memória justificativa um pedido de verbas extra para RH para passagem a USF a modelo B, para o acréscimo remuneratório daí resultante!

Quer-se com isto dizer, que a própria Lei do Orçamento, que proíbe a valorização, é a mesma que autoriza o orçamento da ARSN, que prevê verbas para assegurar os encargos decorrentes da transição entre modelos A e B!

E é por esta sucessão de fatos, enquadrados pela legislação em vigor, que a ARS Norte se viu perante um direito criado a favor dos funcionários das USF modelo B, cujo pagamento era inevitável!

O regime das USF e toda a lógica da prestação de cuidados de saúde enquadra-se hoje na contratualização de cuidados – que aliás, a presente auditoria recomenda que se aprofunde.

A contratualização não é um ato de liberdade gestionária do dirigente máximo da ARS Norte, como também não o é a elaboração do relatório anual de contratualização dos cuidados primários.⁶

⁶Cfr. Preambulo do DL 298/2007 “...Este modelo, semelhante ao implementado pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderado, quanto às suas características, com a contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco...”, bem como no artigo 4.º da Portaria 301/2008, de 18 de abril.



Acresce que, até mesmo os indicadores contratualizados e respectiva metodologia de aplicação, para além de vertidos em Lei são, anualmente, objeto de orientações da Administração Central do Sistema de Saúde, IP., homologados pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Ora, uma vez orçamentada a despesa para o efeito, bem como autorizadas as passagens de USF de modelo A para B - justamente para informar os candidatos sobre as expectativas que devem ter - e, depois disso, elaborado o relatório de contratualização, cria-se a favor dos cumpridores, o direito ao incentivo. E, portanto, a ARS Norte não se pode opor a esse pagamento. Trata-se do direito a uma parte do seu rendimento. Uma parte que compõe a sua remuneração. Daí ser um modelo remuneratório, diferenciado e de natureza compósita.

É isso mesmo veio a ser confirmado pela alteração introduzida no regime pela Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro.

A este propósito, não se pode deixar de manifestar expressa discordância ao entendimento sufragado no Relato da Auditoria de que se trata, somente, de alteração da nomenclatura e que esta não altera a natureza do incentivo!

Entende-se pois, pelo contrário, que foi exatamente a natureza do incentivo, enquanto remuneração compósita, que tornou necessária a alteração da nomenclatura, que se afigurava desadequada, sendo corrigida pela recente Portaria.

que refere " A ARS apura os resultados finais da contratualização que determinam a atribuição de incentivos institucionais e financeiros."



O que nos leva a concluir, que se a Portaria não alterou a natureza do incentivo, adequou a sua nomenclatura àquela natureza jurídica.

V. DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

A responsabilidade financeira tem pressupostos e consequências distintas das outras formas de responsabilidade e é apurada independentemente das outras que possam derivar dos mesmos factos, não recaindo sobre os serviços ou órgãos do Estado, já que é uma responsabilidade pessoal, podendo ser reintegratória ou sancionatória.

Nas palavras de João Ricardo Catarino³, *“Trata-se de uma responsabilidade mais ampla que emerge da violação das leis financeiras, em que a acção ou omissão culposa dos concretos agentes configura sempre uma violação (que pode não ser material) dos interesses financeiros públicos: a Estado e as outras entidades públicas tipificadas serão sempre os lesados pela actividade ilícita dos seus funcionários e agentes e nunca os corresponsáveis da lesão ou causadores da sua actuação.”*

A responsabilidade financeira reintegratória, nos termos do art.59.º da LOPTC está associada à condenação de reposição de verbas, verificando-se nos casos de desaparecimento de valores das entidades públicas, desvio de dinheiros ou valores públicos e pagamentos indevidos, estes considerados como pagamentos ilegais que causaram dano para o erário público.

³ João Ricardo Catarino - Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiro, Almedina 2012, p.372.



Por sua vez, a responsabilidade sancionatória consiste na aplicação de multas nas situações previstas no art.65.º da LOPTC, nas quais se inclui a violação de normas relativas à assunção, autorização ou pagamento de despesas públicas.

Nas palavras de Maria d'Oliveira Martins, «*ambas formas de responsabilidade financeira, reintegratória e sancionatória dependem da verificação de um acto ilícito e culposo do agente*».

*A ilicitude corresponde à "identificação de um facto contrário à lei sem que ocorra uma causa de justificação (que no caso da responsabilidade reintegratória conduz a uma perda patrimonial)"*⁸.

*A culpa corresponde ao estabelecimento de uma "tal relação de meios - fins, incorrendo o agente num juízo de censura, seja por ter pretendido diretamente, necessária ou eventualmente atingir as suas normas violadas (dolo), seja por não ter pretendido pautar-se pelos deveres de cuidado que ao caso cabiam (negligência ou mera culpa)"*⁹.

A responsabilidade financeira pode ser relevada ou reduzida pelo Tribunal quando se verifique negligência, devendo a decisão mencionar os fundamentos justificativos de tal redução ou relevação (art.64.º, n.º2 da LOPTC).

Ainda, nos termos do art.64.º, "O Tribunal de Contas avalia o grau de culpa de harmonia com as circunstâncias do caso, tendo em consideração as competências da carga ou a índole das principais funções de cada responsável, o volume e fundos movimentados, o montante material da lesão dos dinheiros

⁸ Maria d'Oliveira Martins – Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiro, Almedina 2011, p.161

⁹ Maria d'Oliveira Martins APUD Guilherme D'Oliveira Martins – A reforma do Tribunal de Contas em 2006. Lisboa 2006 – p.44

¹⁰ Maria d'Oliveira Martins APUD José F.F.Tavares – Alguns aspectos estruturais das finanças públicas na actualidade. Lisboa 2008 – p.11



ou valores públicos, o grau de acatamento de eventuais recomendações do Tribunal e os meios humanos e materiais existentes no serviço, organismo ou entidade sujeitos à sua jurisdição."

VI. DO MÉRITO DAS IMPUTAÇÕES INDICIÁRIAS DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA AO ORA SIGNATÁRIO, CONSTANTES DO RELATO DE AUDITORIA.

Compulsado o teor do Relato de Auditoria, designadamente os pontos 8.3.4. e 8.3.5. do desenvolvimento "Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos", e cotejadas as conclusões apresentadas, em especial as referentes a "incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos nas USF" – cfr. ponto 52 e 53", com a Grelha constante do documento denominado de Anexo I em que se procede à identificação de "Eventuais Infrações Financeiras", vertidas no quadro do referido Anexo relativas à respondente, resulta do Relato de Auditoria, a imputação Indiciária de responsabilidades aos membros do CD da ARS NORTE, do mandato compreendido entre outubro de 2011 e dezembro de 2012 (adiante referido por "CD 2011/2012"), que o ora Signatário integra, no âmbito dessas matérias.

DO QUADRO DO ANEXO I

*Do alegado indevido **pagamento de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B nos anos 2011 e 2012.***

Como resulta do Relato de Auditoria, constitui facto suscetível de integrar infração financeira o pagamento de incentivos financeiros (prémios de



desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B nos anos 2011 e 2012.

Isto porque,

O aludido pagamento determinou a violação do art.º 24.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º55-A/2010, de 31 de dezembro (LOE para 2011); art.º20.º, n.º1, da Lei n.º64-B/2011, de 30 de dezembro (LOE para 2012) e art.º 35.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE para 2013), podendo fazer incorrer os membros do Conselho Diretivo em infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória p.p. nos termos da alínea b), do n.º1 do art.º 65.º e n.ºs 1, 4,5 e 6 do art.º59.º, ambos da Lei n.º98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei.º48/2006, de 29 de agosto – LOPTC.

Ora, a imputação indiciária de responsabilidade aos membros do CD 2011/2012, assenta, por um lado, no entendimento que os incentivos em causa constituem prémios de desempenho e, por outro, na mera verificação formal do seu pagamento aos profissionais no período compreendido de 2011 a 2012 e nos valores de despesa realizada, não logrando apurar, ou pelo menos levar em consideração, a factualidade subjacente às decisões do CD, que sustentaram aqueles pagamentos, cuja ponderação não determinaria seguramente a imputação de qualquer, ainda que eventual, infração, como adiante se demonstrará.

Senão vejamos,

Não obstante constituir convicção da ARSN de que os incentivos em causa são uma componente da remuneração daqueles profissionais, decorrente de um



Tribunal de Contas

regime remuneratório específico, não consistindo em prémio de desempenho e, portanto, não abrangidos na proibição contida nas normas das Leis de Orçamento em referência, as dúvidas que amplamente foram suscitadas quanto à matéria levaram a que ARSN se rodeasse de amplas cautelas e, no seio da sua tutela tentasse obter os necessários esclarecimentos, como já atrás ficou referido.

Já no decurso da presente auditoria desencadeada pelo douto Tribunal, em finais do passado ano 2013, foram encetadas novas diligências junto da tutela, no sentido de obter orientações quanto ao pagamento dos incentivos reclamados pelos profissionais, o qual, através de comunicação de correio eletrónico remetido pelo Exmo. Chefe de Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde foi suspenso até que fossem emitidos esclarecimentos quanto à matéria pelo Ministério das Finanças.

Sendo que,

Através de comunicação de correio eletrónico do mesmo Gabinete, datada de 02.01.2014, com fundamento nos esclarecimentos obtidos e atenta a publicação da Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, foi transmitido ficar sem efeito a dita suspensão do pagamento dos incentivos aos profissionais das Unidades de Saúde Familiares (USF).

Com efeito,

A referida Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, veio introduzir alterações à já citada Portaria n.º301/2008, de 18 de abril, revendo os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e



profissionais que as integram, bem como introduzir novos indicadores de contratualização e monitorização da atividade das USF, alterando a denominação dos incentivos e confirmando-lhe natureza diversa de prémio de desempenho.

Ainda que entendendo, o que não se concede, que os apontados incentivos configurem prémios de desempenho na aceção conferida pelas LOE, as circunstâncias que rodearam o pagamento efetuado pela ARS NORTE e a sua atuação prudente, afastam, de forma inequívoca, a culpa, podendo, *in extremis*, configurar um mero erro desculpável, não podendo nem devendo ser assacada a responsabilidade financeira de que vêm indiciados os membros do CD.

Já vimos, pois, que nas situações referidas, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD individualmente consideradas por putativas "Infrações Financeiras", decorre de erro de análise vertido no Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, devendo ser expurgada do Relatório Final, sob pena de, em caso contrário, se violar o princípio da proporcionalidade e razoabilidade, respetivamente porque, nada se diz sobre a proporção da "pena" tendo em conta o caso concreto de cada um dos signatário e que, para si, é condição fundamental das imputações efetuadas.

Sem prejuízo, o Signatário não prescindirá de, no âmbito do presente Contraditório, referir alguns elementos adicionais que o Relato de Auditoria não considerou e que objetivamente atestam a exclusão de qualquer responsabilidade dos membros que integraram os sucessivos CD.

Mesmo admitindo, o que não se concede e carece de melhor demonstração, que, nalgum dos casos elencados no Relato de Auditoria, possa ter sido preterida alguma formalidade, trata-se de casos em que não houve nem dolo, nem negligência dos membros dos CD de 2011/2012, pelo que não colhe a



imputação indiciária de responsabilidade sancionatória que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Decorre, pois, com meridiana clareza que o CD atuou – objetivamente e em função das circunstâncias históricas do momento – com toda a diligência, motivado pela preocupação de salvaguarda dos melhores interesses da ARS Norte e da população da Região, em observância e estrito cumprimento do princípio da legalidade e do interesse público.

Não se compreende – e, por isso, os ora Signatário repudiam veementemente – a imputação de responsabilidade sobre a matéria, em que trespassa a ideia, contrariada no plano dos factos pelas referências *supra* evidenciadas, de que os membros do CD 2011/2012, possam ter sido pouco diligentes ou que tivessem atuado com leviandade.

Outrossim, resulta do exposto, que o Relato de Auditoria se revela inteiramente desproporcionado e desadequado em função das circunstâncias concretas em que as decisões foram tomadas, existindo causas significativas que excluem qualquer responsabilidade que possa ser assacada aos signatário membros do CD de 2011/2012.

Ou seja, em suma, se, já à luz do que resulta vertido no desenvolvimento do relato de Auditoria, a única conclusão a retirar seria a de não se poder imputar qualquer responsabilidade aos membros do CA,

À luz dos presentes esclarecimentos e dos elementos de facto demonstrados, essa conclusão torna-se inabalável, ficando plenamente infirmadas as conclusões constantes de fls. 11 e ss., quando se afirma “ *os membros dos conselhos diretivos das respetivas administrações regionais de Saúde, em*



exercício de funções nas gerências de 2011 e 2012, que autorizaram a despesa decorrente da atribuição de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF de modelo B (.....) podem incorrer em eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória”, no que aos membros do CD da respondente, respeita.¹¹

VI- DAS RECOMENDAÇÕES

Reportando-nos às Recomendações dirigidas aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de saúde, é de referir o seguinte:

- a) Ponto i: a ARS Norte concorda e aceita o teor da presente recomendação, sendo que o seu integral cumprimento está dependente da disponibilização atempada da metodologia de contratualização pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), pelo que o cumprimento do prazo indicado pelo Tribunal (31 de dezembro) está condicionado à disponibilização da referida informação;
- b) Ponto ii: a seleção anual de indicadores não pode ser atualmente realizada, visto que, para tal suceder: i) na contratualização interna teria de ser revista a legislação, de forma a eliminar o conceito de indicadores comuns a todas as USF do tecido nacional, os quais são definidos pela ACSS; do mesmo modo, seria necessário eliminar da legislação a definição de contratualização de indicadores por triénio, para permitir os ajustes anuais necessários; 2) na contratualização externa teria de ser alterada a metodologia, concebida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, de forma a eliminar o conceito de eixo nacional de indicadores, o qual define o mesmo conjunto de indicadores a contratualizar a

¹¹ Vide relato da auditoria pág. 23, ponto 53.



nível nacional. A adequação de metas às características locais e às prioridades assistenciais definidas é realizado de acordo com os perfis e planos locais de saúde de cada ACE's.

c) Ponto *iii*: Considera a ARS Norte ser de acolher a presente recomendação, devendo para o efeito solicitar a adequação do sistema de informação atualmente existente;

d) Ponto *iv*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, pese embora o SINUS não ser uma ferramenta apropriada visto ter limitações, nomeadamente no que se reporta à não manutenção de dados históricos relacionados com o número de inscritos e à não disponibilização de informação de forma centralizada mas sim apenas a nível local;

e) Ponto *v*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, tanto mais que já dispõe de um calendário de acompanhamento trimestral e são elaborados relatórios publicados no seu sítio da internet.

f) Ponto *vi*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, representando junto da ACSS a necessidade de emitir orientações nesse sentido, pese embora o impacto desta medida se reflita apenas nos incentivos institucionais que, por definição legal, são afetos a melhorias e investimentos na própria ARS.

g) Ponto *vii*: Concordar e acolher.

h) Ponto *viii*: a atualização da lista de utentes, na perspetiva de eliminação de duplicações e de identificação de não frequentadores, não obstante os processos realizados anteriormente, só recentemente foi possível implementar de forma intensiva e transversal, estando previsto para 2014 um novo ciclo de atualizações. Na perspetiva do cálculo de suplementos e incentivos aos profissionais das USF em



Modelo B, a atualização da lista de utentes sempre foi realizada de acordo com a periodicidade prevista na legislação (cf. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Art. 9.º, N.º 5 e do Despacho do Exmo. Sr. SEAS, de 23 de abril de 2008 sob o título "Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF - Mod. B"). Neste sentido a atualização é realizada trimestralmente no primeiro ano de funcionamento da USF em Modelo B e anualmente nos anos seguintes, com reporte à situação a 31 de dezembro. No caso de ocorrerem atrasos são realizados todos os acertos aplicáveis de forma a repor os valores corretos para cada situação.

VII – DAS CONCLUSÕES

Atenta a factualidade carreada na presente pronúncia e bem assim os argumentos aduzidos pelo ora signatário, está o mesmo em condições de formular as seguintes conclusões:

- A. Os incentivos financeiros decorrentes do regime jurídico das USF não constituem prémios de desempenho e, nessa medida, o seu pagamento não determina qualquer infração, mormente a normas contidas nas Lei do Orçamento;
- B. Não se verifica, pois, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD 2011/2012, pela alegada violação de normas e realização de pagamentos indevidos;
- C. Mesmo que se tivesse verificado alegada violação das *supra* referidas normas das LOE 2011, 2012 e 2013, dadas as circunstâncias em que se verificaram os pagamentos e as cautelas de que se rodeou o CD da ARSNORTE, nunca os seus membros poderiam ter agido com culpa, ou sequer de forma negligente, pelo



que o signatário, no estrito cumprimento do seu dever, agiu como gestor criterioso e ordenado, tendo em vista, exclusivamente, os interesses da ARSNORTE, da população da Região, do Ministério da Saúde e do Estado;

- d. Por último, ainda que admitindo que possa ter sido preterida alguma formalidade, o que não se concede, as infrações apontadas nunca foram praticadas com dolo, nem tão pouco negligência dos membros do CD 2011-2012, pelo que não colhe a imputação indiciária de responsabilidades sancionatórias e reintegratórias que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Nestes termos,

Devem ser consideradas totalmente improcedentes as imputações indiciárias de responsabilidade assacadas aos Signatário, por "eventuais infrações financeiras" identificadas no Relato de Auditoria, rogando-se que as mesmas sejam integralmente eliminadas em sede de Relatório Final.

O signatário,

Luís António Castanheira Nunes
Presidente do Conselho Diretivo

8870 24 3 14 5299



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

5. VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP

Exmo. Senhor Diretor-Geral do
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Porto, de 21 de março de 2014

ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários.

Proc. n.º32/2012 AUDIT

Rui Afonso Mória Pereira Cernadas, notificado pelo Tribunal de Contas, na qualidade de Vogal do atual Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., através de Ofício com a ref.º2644 de 28 de fevereiro de 2014, ao Proc. n.º32/2012 – Audit, DA VI, para, querendo, se pronunciar, nos termos e para os efeitos do disposto no art. 13.º e 87.º, n.º3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, sobre os factos e às matérias do Relato de Auditoria, nomeadamente no que concerne às conclusões e recomendações e ao quadro das eventuais infrações, elaborado na sequência de auditoria realizada ao desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, vem apresentar

PRONÚNCIA,

O que faz nos termos e com os fundamentos seguintes:

BGTC 24 3º14 5300

1



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

670
K

I. PRELIMINARES (tempestividade da Pronúncia)

Em tempo, o Signatário requereu, a este douto Tribunal, prorrogação de prazo para efeitos de Pronúncia, em sede de contraditório, por mais dez dias.

O Tribunal veio a conceder a peticionada prorrogação, por 5 dias úteis, ou seja, até 24 de março p.f..

Assim, a presente Pronúncia é tempestiva.

II. DA NATUREZA JURIDICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

Convém, desde logo, delimitar a natureza jurídica da entidade objeto da auditoria a que ora se responde. Assim,

A **Administração indireta do Estado** integra as entidades públicas, distintas da pessoa coletiva "Estado", dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira que desenvolvem uma atividade administrativa que prossegue fins próprios do Estado; trata-se de administração "do Estado" porque se prosseguem fins próprios deste, e de "administração indireta" porque estes fins são prosseguidos por pessoas coletivas distintas do Estado¹.

¹ Definição contida no sítio da internet da DGAEP (Direção-Geral da Administração e Emprego Público).



Tribunal de Contas

CVT
K

A administração indireta do Estado é constituída por organismos dotados de personalidade jurídica e de órgãos e património próprios, sujeitos a superintendência e tutela do Governo, criados para o desenvolvimento de atribuições que, devido à sua especificidade, o Estado entende não dever prosseguir através de serviços submetidos à direção do Governo, sendo, em regra, dotados de autonomia administrativa e financeira, entre os quais se incluem os institutos públicos cujo regime jurídico foi aprovado pela Lei n.º3/2004, de 15 de janeiro.²

Cada instituto público está adstrito a um departamento ministerial, (cfr. artigos 7.º, 41.º e 42.º da Lei n.º3/2004, de 15 de janeiro) abreviadamente designado por ministério da tutela, cujo ministro pode dirigir orientações, emitir diretivas sobre os objetivos a atingir na gestão e sobre as prioridades a adotar na respetiva prossecução ou solicitar informações aos seus órgãos dirigentes.

No caso concreto da ARS Norte, I.P., a sua Lei Orgânica, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro, confere-lhe, no seu artigo 1.º, n.º 1, a natureza de instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Para o efeito, o n.º 2 do mesmo preceito, estabelece ainda que prossegue as suas atribuições, sob superintendência e tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde. E, por fim, o n.º 3, enquadra o seu regime jurídico, para além do diploma que a cria, e da lei-quadro dos institutos públicos, pelas normas constantes do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e pelas demais normas que lhe sejam aplicáveis.

² Alterada pela Lei n.º51/2005, de 30 de agosto, pelo Decreto – Lei n.º200/2006, de 25 de outubro e pelo Decreto – Lei n.º105/2007, de 3 de abril; Lei n.º 66-B/2012, de 31/12; - Lei n.º 24/2012, de 09/07; - DL n.º 123/2012, de 20/06 - DL n.º 5/2012, de 17/01; - Lei n.º 57/2011, de 28/11; - Resol. da AR n.º 86/2011, de 11/04; - DL n.º 40/2011, de 22/03; - Lei n.º 64-A/2008, de 31/12

3
—



Posto isto, é a ARS NORTE, I.P., uma instituição dependente do Ministério da Saúde, integrada no Serviço Nacional de Saúde *Cfr.* Base XII, nº 2 da Lei nº 48/90, de 24.08 (Lei de Bases da Saúde), incluída na Administração Indireta do Estado, sendo, inequívoca a sua natureza pública, sujeita, portanto, às normas e fiscalização do Estado, através das entidades competentes para o efeito.

III. DO REGIME JURÍDICO DA ORGANIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF) ENQUADRADO NA EVOLUÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) no sistema português de saúde surge na sequência da política de reforma dos cuidados de saúde primários assumida, pelo menos desde o XVII Governo Constitucional, de desenvolvimento de uma matriz organizativa de reconfiguração dos centros de saúde, destinado à obtenção de maiores ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários.

Aos Cuidados de Saúde Primários, por serem o primeiro nível de contacto dos doentes com o sistema de saúde, os sucessivos executivos foram atribuindo o *status* de pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, sendo neste panorama que surgem as USF, enquadradas no contexto conceptualmente mais vasto que são os centros de saúde, constituindo a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

No respaldo dessa política, e inspirado no modelo do regime remuneratório experimental (RRE) estabelecido para os médicos, e previsto no Decreto-Lei nº117/2008, de 5 de maio, anteriormente implementado no âmbito da organização dos centros de saúde - e cujas sucessivas avaliações demonstraram



Tribunal de Contas

677
K

ser um modelo a seguir dado revelar ganhos em saúde e aumento da qualidade dos cuidados prestados, com clara satisfação dos utentes –, surgem as USF como unidades elementares da estrutura organizacional dos centros de saúde, para a prestação de cuidados individuais e familiares dos cuidados de saúde primários.

É com base no objetivo transversal a vários Governos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde primários que o poder político tem vindo a adotar o modelo organizativo do RRE para as USF, ao consolidar e alargar a esta figura o modelo de incentivos, estabelecido para os médicos, aos profissionais das USF.

As USF configuram, assim, um modelo organizacional constituído por equipas multiprofissionais que se contrapõem às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e decisão vertical, existindo e implementando-se um compromisso existencial nuclear distinguindo-se as unidades pela produtividade e eficiência e satisfação profissional que conseguem obter com os diferentes estatutos organizacionais e processos de gestão dos recursos.

A criação das USF constitui, pois, a evolução mais expressiva dos cuidados de saúde primários em Portugal, sendo que as avaliações feitas a este modelo têm-no considerado como uma mais-valia global, quer ao nível da acessibilidade, cobertura e utilização por haver uma clara melhoria em termos de acesso e utilização, e também de ganhos em saúde, conforme demonstra a sucessiva diminuição de utentes sem médico de família nos agrupamentos de centros de saúde (ACES) que se tem vindo a verificar, nomeadamente na região Norte (de um total de 371.101 utentes sem médico de família em 2010 existem em 2013 190.098 utentes sem médico de família), como consequência também da implementação deste modelo organizativo, alcançando-se, desta forma, um

—



dos principais objetivos subjacentes à criação das USF, o qual se centrou na necessidade de alargar a cobertura efetiva de cuidados de saúde primários a toda a população residente em Portugal e de os tornar mais efetivos no seu papel de porta de entrada do cidadão doente no SNS. É que no contexto da adesão ao modelo USF foi possível exigir aos médicos de família a aceitação de listas de 1750 utentes, *versus* as antigas de 1550 utentes, o que, mais importante, veio a tornar-se a referência para a prática clínica de medicina geral e familiar exercida fora do ambiente USF.

Esta opção política surge plasmada no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece a organização e funcionamento das USF e prevê a existência de incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional das USF modelo A e modelo B, de incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B e de compensações pelo desempenho a atribuir a médicos em USF modelo B, por atividades específicas realizadas. Com efeito, a motivação da adesão ao modelo A, centra-se, em fundamentalmente, na possibilidade de ascender ao modelo B. Não existiriam estas últimas, sem aquelas primeiras, pelo menos na medida impactante em que se implementaram e influenciando decisivamente o sistema. Tal não exclui, também, a necessidade de se rever o modelo num sentido que garanta a perseguição pelas USF da excelência e as afaste do imobilismo.

Tem sido, entre outras, pela implementação das USF, e da possibilidade de as mesmas poderem evoluir no seu modelo, que tem sido possível obter uma maior cobertura assistencial, desde logo pelo facto de se exigir aos elementos da equipa multiprofissional que as integram uma maior cobertura assistencial a um maior número de utentes e, em consequência, se necessário um alargamento do horário de funcionamento das unidades.



As despesas imputáveis às USF resultam assim do número de pessoas cobertas, sendo natural e claro o incentivo que existe em cada uma das USF em alargar a sua base de cidadãos, para além de se estimular a realização de mais atos através de um incentivo ao aumento da produtividade.

Ressalve-se e destaque-se que este aumento de produtividade não é exclusivamente alcançável através da realização de atos médicos, mas antes como resultado de um verdadeiro trabalho de equipa, em que profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos contribuem em igual medida para o resultado obtido, como verdadeira equipa multiprofissional que são.

Em face do exposto, para além das virtudes que têm sido reconhecidas ao funcionamento das USF, não se nos afigura possível conceber este sistema e modelo organizativo, que tem vindo a ser definido e reiterado pelo legislador, retirando-se-lhe uma parte que lhe está subjacente e é inerente, e que se traduz nos incentivos financeiros atribuídos à equipa como resultado dos objetivos contratualizados e alcançados.

Assim, a prossecução desta política tem tido, na sua base, o objetivo de melhorar e potenciar o sistema de referência com base nos cuidados de saúde primários. Com efeito, segundo a literatura da economia de saúde, existe evidência de que, entre os determinantes que têm um efeito sobre a despesa global em saúde, no sentido de a limitar no crescimento, está o facto de os sistemas de saúde possuírem sistemas de referência estruturados nos cuidados de saúde primários. A este propósito, Pedro Pita Barros, in *"Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos"*, Almedina, 3ª Edição, destaca os *"efeitos estatisticamente significativos e robustos"* no sentido de se dever privilegiar *"o uso de um sistema de referência baseado nos cuidados de*



7

saúde primários" ao qual se encontra associada uma menor despesa global em saúde.

Ou seja, a reforma dos cuidados de saúde primários e o modelo USF permitiu reforçar a cobertura e, portanto, o papel dos cuidados de saúde primários, na referenciação clínica e prevenção, potenciando-a.

É neste pressuposto que a ARS Norte, IP, enquanto instituto público que integra a administração indireta do Estado, tem pautado a sua atuação de forma absolutamente consentânea com a política dos Governos adotada nesta matéria, sendo que a autorização da ARS em proceder ao pagamento de incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos que integram a equipa multiprofissional das USF modelo B sempre respeitou os desígnios, autorizações e as orientações que superiormente lhe foram sendo comunicadas e as quais se julgam consentâneas não só com a lei, mas com a própria filosofia que esteve na criação das USF conforme se procurou demonstrar.

Por estes motivos, merecem uma particular referência e refutação, ao nível, técnico, algumas considerações do Relato de Auditoria, incluindo as suas conclusões e recomendações, conforme adiante se passará a expor.

IV. DO CONTEÚDO DO RELATO E SUAS CONCLUSÕES

A) QUANTO À EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DO CSP, E, À ANÁLISE DE CUSTOS

A Reforma dos CSP conduziu a um processo de crescimento, maturação e inovação no funcionamento dos cuidados de saúde, no sentido da flexibilidade organizativa e de

8



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

gestão, da desburocratização, do trabalho em equipa, da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade, da contratualização e da sustentabilidade, tendo como principal motor de mudança as USF.

As USF são um pilar inovador na prestação de CSP e, nos serviços públicos em Portugal, dão corpo a um modo avançado de organização, baseado em equipas coesas, multiprofissionais, auto-organizadas, agrupadas voluntariamente, para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto bem definido de cidadãos e famílias. Visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados em saúde, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a continuidade destes, com maior eficiência e satisfação dos profissionais e dos utilizadores.

DESENVOLVIMENTO DA REFORMA DOS CSP NA REGIÃO NORTE





Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



De 2011 para 2012 a população abrangida por USF passou de 50.85% para 54.88% da população da região. Em 2012, as 18 USF que iniciaram atividade geraram um ganho de 38 815 utentes com assistência neste modelo

Criar valor para o cidadão é criar valor para a população, pois melhor saúde individual favorece o desenvolvimento económico e o bem-estar social (Tallin Charter, WHO 2008).

Mais informação, comunicação e transparência, capacita o cidadão para uma decisão que represente mais valor (Yong PL et al, 2009) e potencia a utilização adequada dos recursos.

Mais valor para o doente significa uma relação custo-benefício apropriada que se traduza na recuperação da saúde, na qualidade de vida e de bem-estar (Porter M, Teisberg EO, 2006).

RESULTADOS 2010-2012

É inequívoco que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários está fortemente implantada na Região Norte, sendo a região do país com mais USF em atividade e a primeira a aplicar às UCSP, desde 2010, uma carteira básica de serviços comum, pelo

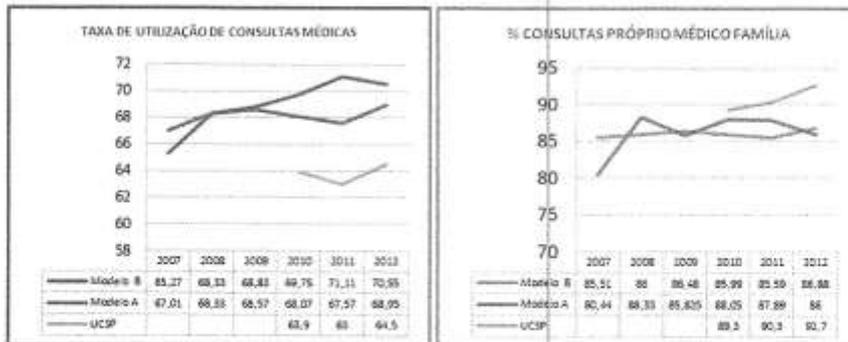


que a análise comparativa apresentada (UCSP/USFA/USFB) reporta-se ao triénio 2010 - 2012.

- **ACESSO**

O acesso está associado à ideia de equidade na obtenção dos cuidados de saúde necessários, no que respeita ao momento, local e quantidade adequada.

A contratualização dos indicadores de acesso deve garantir um aumento de resposta na prestação e assegurar a qualidade do serviço prestado, colocando para tal patamares mínimos e máximos de execução.



Ao avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita e monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família, bem como a capacidade de intersubstituição dos mesmos na unidade de saúde nas situações de ausências programadas ou não, verificámos que as USF garantem aos cidadãos, o atendimento no próprio dia, assegurando a continuidade e integração dos cuidados prestados. A cooperação e solidariedade que é exigida a todos os elementos da equipa permite a concretização dos objetivos de acessibilidade e globalidade no cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional.



O mesmo não se verifica com as UCSP cuja taxa de utilização de consultas é mais baixa e a proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família é demasiado alta (valores que garantem a intersubstituição deverão atingir os 85% de valor máximo) o que nos leva a induzir a falta de capacidade de intersubstituição profissional nestas unidades, reduzindo, por sua vez, a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.

- **DESEMPENHO ASSISTENCIAL**

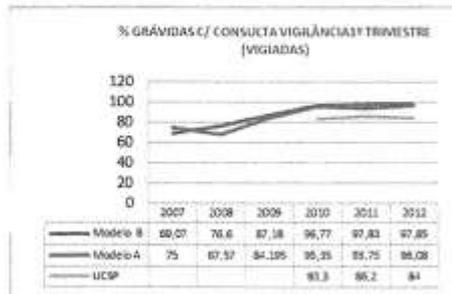
A análise do desempenho assistencial pretende promover a efetividade dos cuidados prestados, ou seja, potenciar os resultados de determinada intervenção nos indivíduos em particular e na população em geral, redirecionando os esforços da organização.

Todas as pessoas devem saber o que vigiar, quando e com que periodicidade, o que permite a prevenção e diagnóstico precoce de várias patologias. É através das consultas realizadas regularmente ao longo do ciclo de vida que a equipa de saúde controla e avalia o estado de saúde e sugere as medidas mais adequadas para fortalecer o bem-estar do utente/família e a realização das medidas possíveis para prevenir os problemas de saúde, em vez da adoção de uma atitude expectante, em que apenas se procede ao devido tratamento perante o seu eventual aparecimento, com custos elevadíssimos para o utente/família e SNS. Todas as doenças adequadamente prevenidas e precocemente tratadas traduzem-se em custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido é uma das áreas de intervenção prioritária do Plano Nacional de Saúde.

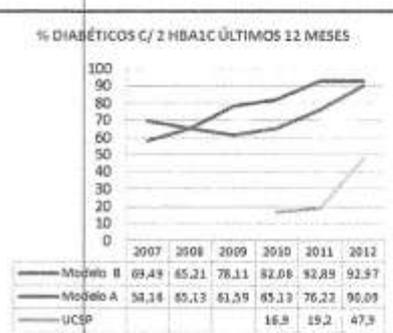
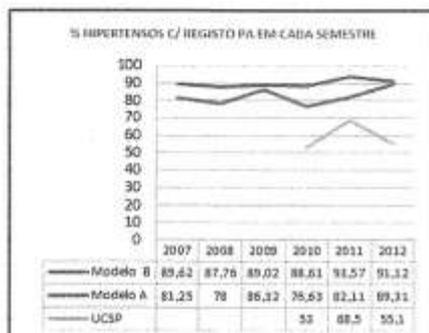


Tribunal de Contas



Este indicador permite a monitorização do Programa de Vigilância em Saúde Materna, área da vigilância precoce da grávida, realizada por médicos - acesso às consultas. Alcançaram-se valores bem ilustrativos da oferta proativa e programada de cuidados que ocorre nas equipas das USF.

A gestão da doença crónica é um instrumento de qualidade em saúde, promotor da capacidade do doente para cumprir terapêuticas, alterar estilos de vida e comportamentos de risco e aceder aos recursos (Chronic Disease Management, British columbia). Os programas de Gestão da Doença nomeadamente através do apoio à auto-gestão da doença crónica, o aconselhamento motivacional e a decisão e organização dos serviços resultam em maior adesão terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde.





O rastreio e o diagnóstico precoce do cancro aumentam as probabilidades da cura e diminuem as sequelas da doença e dos tratamentos. A vigilância da saúde da mulher na prevenção e diagnóstico precoce através dos rastreios do cancro da mama e do colo do útero, tem sido uma aposta do SNS. O rastreio e a deteção precoce da doença oncológica assumem, pelo seu potencial *life-saving*, uma importância que torna indispensável uma harmonia de práticas.

Nos resultados dos indicadores de desempenho atenuaram-se as diferenças entre modelos organizativos de USF, ainda que o impacto do modelo B se mantenha positivo, as diferenças percentuais nos resultados por vezes não são muito acentuadas. Este dado poderá estar relacionado com o facto de a transição de A para B, em termos de modelo organizativo, exigir um esforço para atingir determinado nível de desempenho e, por outro lado, revela sem dúvida que não é posta em causa a equidade no acesso a cuidados de qualidade, por um modelo em detrimento de outro.

DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

O desempenho **económico-financeiro** centra-se na eficiência interna e na maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, de forma a garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde. Indica a competência para se



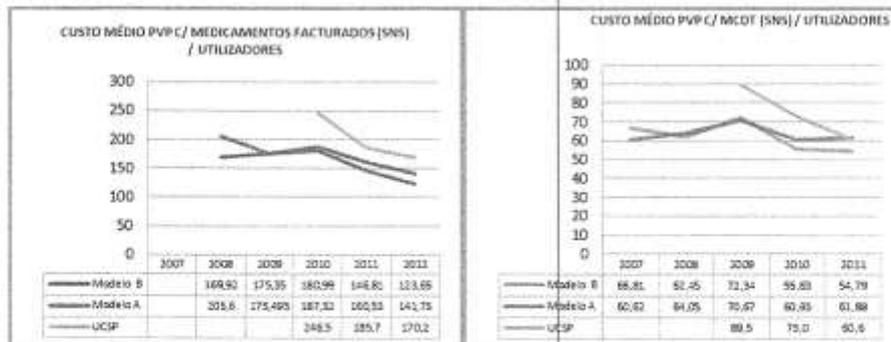
Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos, administrar os custos, reduzir as perdas e o desperdício.

O crescimento da despesa (investimento) deve traduzir-se em resultados adicionais e proporcionais, existindo tanto mais valor em saúde quanto maiores os resultados obtidos com o mesmo investimento.

A racionalidade na prescrição de medicamentos e MCDT tem sido um objetivo com forte investimento por parte das USF.

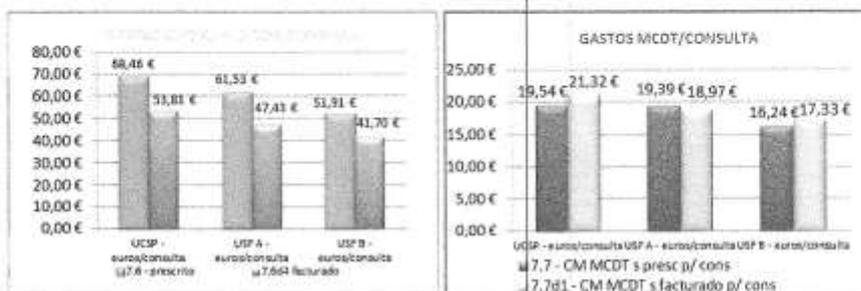




Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO 2012



Em síntese, ao avaliar a evolução dos indicadores das USF da Região Norte, no período compreendido entre 2007 e 2012 é de destacar:

- ✓ O aumento no acesso a cuidados médicos e de enfermagem;
- ✓ A melhoria na vigilância da doença crónica;
- ✓ A melhoria da vigilância oncológica;
- ✓ O aumento da precocidade da vigilância das grávidas e dos R/N;
- ✓ Melhor desempenho económico-financeiro

A projeção dos resultados alcançados pelas USF, para a restante população, ajustada pela taxa de utilização, seria que

Os custos com medicamentos reduziriam 32.86 €/utilizador
Os custos com MCDT reduziriam 0.87 €/utilizador

Esta nova gestão pública pode, assim, ser vista como uma influência positiva na administração de saúde do Estado, centrada no cidadão e na micro-eficiência. Uma governação que assegura um elevado grau de participação, transparência, discriminação positiva e responsabilização nas decisões de interesse comum para a saúde dos portugueses.



Tribunal de Contas

O modelo das USF assenta nos princípios da conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, responsabilidade, articulação, avaliação e gestão participativa.

No que concerne às **conclusões do Relato da Auditoria** e atento o anteriormente referido, cumpre, além do mais, tecer alguns comentários às seguintes conclusões:

PONTO 27. *“No que se refere ao incentivo institucional, a título exemplificativo, constatou-se que as USF que se desviaram (positivamente) da eficiência média são aquelas que não receberam incentivos. Contrariamente, as USF que assinalaram desvios (negativos) da eficiência média registaram atribuição de incentivos relativamente mais elevados.”*

O processo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF) em modelo de desenvolvimento organizacional do tipo A e B, finda a fase de avaliação, prevê a atribuição de incentivos institucionais que visam estimular e apoiar o desempenho coletivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos.

O nº 1, do Art.º 38º, do Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto, refere que os incentivos institucionais se traduzem “...na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional”.

Assim, nos casos elegíveis de atribuição de incentivos institucionais (as condições e critérios para a atribuição de incentivos são regulados por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, tendo por referência a melhoria de produtividade, da eficiência, da efetividade e da



Tribunal de Contas

302

qualidade dos cuidados prestados), a USF realiza um Plano de Aplicação de Incentivos (PAII) que será negociado e aprovado pela ARS em consonância com a estratégia regional da saúde.

PONTO 54. "A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, o que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho."

A referida informação tem vindo a ser promovida e está disponível no sítio da Internet da ARS Norte:

- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde>
- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/morbilidade>
- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/morbilidade>
- http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Atividades_2012.pdf

PONTO 55. "O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que por sua vez os transpõem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP)."



Tribunal de Contas

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve contribuir para o objetivo geral do SNS de melhoria da sua performance de gestão e de prestação, de forma a garantir a salvaguarda de elevados níveis de acesso e de qualidade dos cuidados prestados à população. Num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, todos os intervenientes no processo devem negociar a atividade e os resultados a alcançar considerando as características e necessidades em saúde da população e potenciando a capacidade que os cuidados de saúde primários têm para gerir o estado de saúde dos utentes.

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve basear-se no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde de cada ARS e no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo à avaliação das necessidades em saúde nacionais, regionais e locais e ter como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

Uma das principais componentes da fase de negociação prende-se com a negociação da bateria de indicadores que permitem aferir o desempenho assistencial agregado das Unidades Funcionais que compõem o ACES, assim como os resultados em saúde alcançados para a população. A proposta de meta para cada um dos indicadores a negociar com os ACES considera o valor definido como objetivo para esse indicador no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional); o histórico de resultados do indicador no ACES, na região e a nível nacional; o contexto e os recursos disponíveis no ACES; as boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro. Este processo inicia-se pela solicitação aos ACES, e estes às suas unidades funcionais, das suas propostas, considerando os desideratos anteriores.



Tribunal de Contas

PONTO 56. *“As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na contratualização, como indicadores de processo, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis.”*

Fruto de um trabalho evolutivo, a contratualização com os cuidados de saúde primários é um instrumento que está hoje plenamente implementado em Portugal. A ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Hospitais do SNS, tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES, que habilita os prestadores a desenvolver as melhores respostas, capacitando desta forma, o processo de contratualização. Estes indicadores no seu conjunto permitem a caracterização dos ACES, de forma a promover localmente o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte das ARS, procurando garantir o equilíbrio necessário entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos em saúde. Os problemas de saúde encontram-se na génese de alguns indicadores presentes na Contratualização Externa e Interna e representam informação fundamental para a definição das áreas de intervenção prioritária ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem. Face ao exposto, a ACSS, analisa e propõe indicadores (com o contributo dos Departamentos de Contratualização das ARS recolhidos junto das unidades funcionais) para o território nacional aprovados em Portaria, isto é, por decisão última da Tutela.

A Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, alterando a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, apresenta um vasto conjunto de indicadores de contratualização e de monitorização da atividade dos cuidados de saúde



Tribunal de Contas

personalizados (abrange outras áreas e patologias, como as doença respiratórias e de saúde mental, e reforça o número de indicadores de resultado).

PONTO 59. *“No processo de acompanhamento e avaliação do desempenho, as ARS não estabeleceram ainda rotinas de verificações e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES54 e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas.”*

A monitorização e acompanhamento é a fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objetivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado entre as partes.

Todos os ACES e unidades funcionais têm ao seu dispor um sistema de informação (SIARS), que pode ser visto como um enorme repositório de dados, atualizados mensalmente, que recolhe, trata, organiza e partilha informação para suporte à decisão. Também o mim@uf complementa a informação diária da unidade funcional com a informação mensal/anual trabalhada e agregada proveniente do SIARS (constam dados dos utentes, a produção da unidade/ profissional, dados das conferências de faturas, cálculo de indicadores) com disponibilização diária (para dados inseridos em SINUS/SAM/SAPE) e mensal (para dados de faturação). No que concerne aos custos do desempenho dos médicos é monitorizado mensalmente por prescritor.



Com a disponibilização desta informação pretende-se aumentar a transparência e a partilha de informação com as entidades do SNS, assim como se espera estar a contribuir para a identificação de boas práticas e de alavancas operacionais de gestão corrente que permitam capturar nos vários ACES o potencial de melhoria identificado.

B) QUANTO AOS INCENTIVOS, COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO E SUPLEMENTOS

C.1 – DA NATUREZA DOS INCENTIVOS

- Conflito de normas LOE versus regime USF

O Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, que institui o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a retribuição a atribuir aos elementos que integram as USF modelo B, estabelece que a sua remuneração contem três componentes, remuneração base, suplementos e compensações por desempenho.

Por sua vez, as LOE para os anos 2011, 2012 e 2013, através das normas contidas nos seus artigos 24.º, n.º2, alínea b), 20.º, n.º1 e 35.º, n.º2 alínea b), respetivamente, que proíbem valorizações remuneratórias, vedam a possibilidade do pagamento de valorizações, nomeadamente dos prémios de desempenho.



664
R

Nesta medida,

Importa, desde logo esclarecer que, quando confrontada com estes dispositivos legais, a dúvida residiu em saber se os incentivos pagos ao abrigo do regime jurídico das USF estariam ou não, sob o alcance das normas proibitivas daqueles diplomas orçamentais.

Concluiu que não, porque em abono da verdade não estão. Senão vejamos,

• **Das normas proibitivas contidas na LOE 2011, LOE2012 e LOE2013**

O artigo 24.º da LOE2011, bem como dos dispositivos das posteriores LOE que lhe mantiveram o teor, teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20º, nº 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explícita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008,

f



958

de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afirmativa que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

• **Da natureza jurídica dos incentivos previstos no regime jurídico das USF**

A natureza jurídica dos incentivos, vedados por aquela legislação, nada têm a ver com a génese dos incentivos pagos ao abrigo do regime das USF.

Os prémios de desempenho proibidos por aquelas disposições legais, são aqueles que a Direcção-Geral de Administração e Emprego Público definiu,



Tribunal de Contas

como valorizações que estão na disponibilidade de um ato gestor do dirigente máximo dos serviços, mediante a disponibilização e cabimentação orçamental para o efeito.³

Ora, no regime jurídico das USF não é disso que tratamos. De um poder discricionário do dirigente máximo do serviço. Aqui, falamos de um direito decorrente de regime remuneratório específico e diferenciado com natureza compósita.

Esse regime é assim estabelecido, porquanto esses profissionais, embora nas mesmas carreiras de outros profissionais, exercem as suas funções num ambiente mais exigente que os demais. Veja-se, a título meramente exemplificativo, o caso do número de utentes atribuídos a cada médico.

E, não se diga que o mesmo não se aplica a assistentes técnicos e a enfermeiros, pois, sendo certo que é o médico o *pivot* da fixação da carteira de utentes, não é menos verdade que aqueles outros profissionais têm de responder na medida das necessidades daquela carteira maior, em compromisso constante dum carta da unidade.

Veja-se ainda, o regime previsto para as ausências por períodos de duas semanas, em que as obrigações do elemento ausente são asseguradas pelos restantes elementos da equipa, de modo a garantir o resultado do faltoso, sem que este seja, depois, por esse fato, prejudicado⁴.

É pois, inequívoco, que os incentivos são da unidade e não do indivíduo (naturalmente, depois de dividido entre eles), porque o que se pretende, é

³ Vide FAQ's da DGAEP in <http://www.dgap.gov.pt/>

⁴ Artigo 24.º, n.º 1, 2 e 4.



Tribunal de Contas

justamente, garantir uma quantidade de trabalho maior. Isso mesmo decorre do fato de terem de garantir também horários mais extensos do que os das demais unidades, organizando-se, dentro das normas legais, do modo que mais lhes convier, representando, assim, maior volume de trabalho.

Além de que, o regime prevê, inclusivamente, a contratualização de carteiras adicionais, o que não acontece com as unidades tradicionalmente organizadas.

Em reforço do entendimento preconizado, o despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro de Estado e das Finanças⁵, publicado na vigência das LOE que contemplam as ditas proibições de pagamento, e contextualizado no quadro das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, considera que o reforço das USF é um elemento imprescindível da política da saúde e de organização dos cuidados de saúde primários que não pode ser abandonado, mas antes reforçado, pelo que, nos termos do regime jurídico estabelecido pelo Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, fixa o número máximo de USF a criar no ano 2012 e autoriza a transição de modelos A para modelos B, que, constituindo um modelo diferenciado de remuneração, pressupõe a realização de despesa o que justifica a necessária intervenção do Ministério das Finanças.

E na verdade, foi mesmo necessária a emissão de declaração cabimento orçamental para informar o processo aos Senhores Ministros da Saúde e das Finanças.

De resto, foi também este, o entendimento da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que, em tempo e no que concerne ao preenchimento do quadro 18 do BS relativo ao ano 2012, veio referir que seria mais correto que os incentivos pagos aos trabalhadores das USF fossem inscritos no Quadro

⁵ Despacho n.º9.999/2012, publicado no D.R., 2ª série, n.º143, de 25 de julho.



CS
A

18.1 - "outros regimes especiais de proteção no trabalho" e, consequentemente, na coluna suplementos remuneratórios do quadro 18.

O mencionado entendimento foi ainda veiculado pela ACSS, junto do Tribunal de Contas no decurso da presente Auditoria.

De salientar ainda que, no orçamento de cada ano, foi apresentado na memória justificativa um pedido de verbas extra para RH para passagem a USF a modelo B, para o acréscimo remuneratório daí resultante!

Quer-se com isto dizer, que a própria Lei do Orçamento, que proíbe a valorização, é a mesma que autoriza o orçamento da ARSNORTE, que prevê verbas para assegurar os encargos decorrentes da transição entre modelos A e B!

E é por esta sucessão de fatos, enquadrados pela legislação em vigor, que a ARS Norte se viu perante um direito criado a favor dos funcionários das USF modelo B, cujo pagamento era inevitável!

O regime das USF e toda a lógica da prestação de cuidados de saúde enquadra-se hoje na contratualização de cuidados – que aliás, a presente auditoria recomenda que se aprofunde.

A contratualização não é um ato de liberdade gestionária do dirigente máximo da ARS Norte, como também não o é a elaboração do relatório anual de contratualização dos cuidados primários.⁶

⁶Cfr. Preambulo do DL 298/2007 " ...Este modelo, semelhante ao implementado pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas características, com a contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco..."., bem como no artigo 4.º da Portaria 301/2008, de 18 de abril,



Tribunal de Contas

522
R

Acresce que, até mesmo os indicadores contratualizados e respetiva metodologia de aplicação, para além de vertidos em Lei são, anualmente, objeto de orientações da Administração Central do Sistema de Saúde, IP., homologados pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Ora, uma vez orçamentada a despesa para o efeito, bem como autorizadas as passagens de USF de modelo A para B - justamente para informar os candidatos sobre as expectativas que devem ter - e, depois disso, elaborado o relatório de contratualização, cria-se a favor dos cumpridores, o direito ao incentivo. E, portanto, a ARS Norte não se pode opor a esse pagamento. Trata-se do direito a uma parte do seu rendimento. Uma parte que compõe a sua remuneração. Daí ser um modelo remuneratório, diferenciado e de natureza compósita.

E isso mesmo veio a ser confirmado pela alteração introduzida no regime pela Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro.

A este propósito, não se pode deixar de manifestar expressa discordância ao entendimento sufragado no Relato da Auditoria de que se trata, somente, de alteração da nomenclatura e que esta não altera a natureza do incentivo!

Entende-se pois, pelo contrário, que foi exatamente a natureza do incentivo, enquanto remuneração compósita, que tornou necessária a alteração da nomenclatura, que se afigurava desadequada, sendo corrigida pela recente Portaria.

que refere " A ARS apura os resultados finais da contratualização que determinam a atribuição de incentivos institucionais e financeiros."

—



O que nos leva a concluir, que se a Portaria não alterou a natureza do incentivo, adequou a sua nomenclatura àquela natureza jurídica.

V. DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

A responsabilidade financeira tem pressupostos e consequências distintas das outras formas de responsabilidade e é apurada independentemente das outras que possam derivar dos mesmos factos, não recaindo sobre os serviços ou órgãos do Estado, já que é uma responsabilidade pessoal, podendo ser reintegratória ou sancionatória.

Nas palavras de João Ricardo Catarino⁷, *“Trata-se de uma responsabilidade mais ampla que emerge da violação das leis financeiras, em que a acção ou omissão culposa dos concretos agentes configura sempre uma violação (que pode não ser material) dos interesses financeiros públicos: o Estado e as outras entidades públicas tipificadas serão sempre os lesados pela actividade ilícita dos seus funcionários e agentes e nunca os corresponsáveis da lesão ou causadores da sua actuação.”*

A responsabilidade financeira reintegratória, nos termos do art.59.º da LOPTC está associada à condenação de reposição de verbas, verificando-se nos casos de desaparecimento de valores das entidades públicas, desvio de dinheiros ou valores públicos e pagamentos indevidos, estes considerados como pagamentos ilegais que causaram dano para o erário publico.

⁷ João Ricardo Catarino - Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiros, Almedina 2012, p.372.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Por sua vez, a responsabilidade sancionatória consiste na aplicação de multas nas situações previstas no art.65.º da LOPTC, nas quais se inclui a violação de normas relativas à assunção, autorização ou pagamento de despesas públicas.

Nas palavras de Maria d'Oliveira Martins, «*ambas formas de responsabilidade financeira, reintegratória e sancionatória dependem da verificação de um acto ilícito e culposo do agente*»⁸.

*A ilicitude corresponde à "identificação de um facto contrário à lei sem que ocorra uma causa de justificação (que no caso da responsabilidade reintegratória conduz a uma perda patrimonial)"*⁹.

A culpa corresponde ao estabelecimento de uma "tal relação de meios - fins, incorrendo o agente num juízo de censura, seja por ter pretendido diretamente, necessária ou eventualmente atingir as suas normas violadas (dolo), seja por não ter pretendido pautar-se pelos deveres de cuidado que ao caso cabiam (negligência ou mera culpa)",¹⁰ »

A responsabilidade financeira pode ser relevada ou reduzida pelo Tribunal quando se verifique negligência, devendo a decisão mencionar os fundamentos justificativos de tal redução ou relevação (art.64.º, n.º2 da LOPTC).

Ainda, nos termos do art.64.º, *"O Tribunal de Contas avalia o grau de culpa de harmonia com as circunstâncias do caso, tendo em consideração as competências do cargo ou a índole das principais funções de cada responsável, o volume e fundos movimentados, o montante material da lesão dos dinheiros*

⁸ Maria d'Oliveira Martins – Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiro, Almedina 2011, p.161

⁹ Maria d'Oliveira Martins APUD Guilherme D'Oliveira Martins – A reforma do Tribunal de Contas em 2006. Lisboa 2006 – p.44

¹⁰ Maria d'Oliveira Martins APUD José F.F.Tavares – Alguns aspectos estruturais das finanças públicas na actualidade. Lisboa 2008 – p.11



ou valores públicos, o grau de acatamento de eventuais recomendações do Tribunal e os meios humanos e materiais existentes no serviço, organismo ou entidade sujeitos à sua jurisdição."

VI. DO MÉRITO DAS IMPUTAÇÕES INDICIÁRIAS DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA AO ORA SIGNATÁRIO, CONSTANTES DO RELATO DE AUDITORIA.

Compulsado o teor do Relato de Auditoria, designadamente os **pontos 8.3.4. e 8.3.5. do desenvolvimento "Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos"**, e cotejadas as conclusões apresentadas, em especial as referentes a "incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos nas USF" – cfr. ponto 52 e 53", com a Grelha constante do **documento denominado de Anexo I** em que se procede à identificação de "**Eventuais Infrações Financeiras**", vertidas no quadro do referido Anexo relativas à respondente, resulta do Relato de Auditoria, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD da ARS NORTE, do mandato compreendido entre outubro de 2011 e dezembro de 2012 (adiante referido por "**CD 2011/2012**"), que o ora Signatário integra, no âmbito dessas matérias.

DO QUADRO DO ANEXO I

Do alegado indevido pagamento de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B nos anos 2011 e 2012.

Como resulta do Relato de Auditoria, constitui facto suscetível de integrar infração financeira o pagamento de incentivos financeiros (prémios de



Tribunal de Contas

desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B nos anos 2011 e 2012.

Isto porque,

O aludido pagamento determinou a violação do art.º 24.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º55-A/2010, de 31 de dezembro (LOE para 2011); art.º20.º, n.º1, da Lei n.º64-B/2011, de 30 de dezembro (LOE para 2012) e art.º 35.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE para 2013), podendo fazer incorrer os membros do Conselho Diretivo em infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória p.p. nos termos da alínea b), do n.º1 do art.º 65.º e n.ºs 1, 4,5 e 6 do art.º59.º, ambos da Lei n.º98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lein.º48/2006, de 29 de agosto – LOPTC.

Ora, a imputação indiciária de responsabilidade aos membros do **CD 2011/2012**, assenta, por um lado, no entendimento que os incentivos em causa constituem prémios de desempenho e, por outro, na mera verificação formal do seu pagamento aos profissionais no período compreendido de 2011 a 2012 e nos valores de despesa realizada, não logrando apurar, ou pelo menos levar em consideração, a factualidade subjacente às decisões do CD, que sustentaram aqueles pagamentos, cuj a ponderação não determinaria seguramente a imputação de qualquer, ainda que eventual, infração, como adiante se demonstrará,

Senão vejamos,

Não obstante constituir convicção da ARSN de que os incentivos em causa são uma componente da remuneração daqueles profissionais, decorrente de um



Tribunal de Contas

regime remuneratório específico, não consistindo em prémio de desempenho e, portanto, não abrangidos na proibição contida nas normas das Leis de Orçamento em referência, as dúvidas que amplamente foram suscitadas quanto à matéria levaram a que ARSN se rodeasse de amplas cautelas e, no seio da sua tutela tentasse obter os necessários esclarecimentos, como já atrás ficou referido.

Já no decurso da presente auditoria desencadeada pelo douto Tribunal, em finais do passado ano 2013, foram encetadas novas diligências junto da tutela, no sentido de obter orientações quanto ao pagamento dos incentivos reclamados pelos profissionais, o qual, através de comunicação de correio eletrónico remetido pelo Exmo. Chefe de Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde foi suspenso até que fossem emitidos esclarecimentos quanto à matéria pelo Ministério das Finanças.

Sendo que,

Através de comunicação de correio eletrónico do mesmo Gabinete, datada de 02.01.2014, com fundamento nos esclarecimentos obtidos e atenta a publicação da Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, foi transmitido ficar sem efeito a dita suspensão do pagamento dos incentivos aos profissionais das Unidades de Saúde Familiares (USF).

Com efeito,

A referida Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, veio introduzir alterações à já citada Portaria n.º301/2008, de 18 de abril, revendo os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e



Tribunal de Contas

profissionais que as integram, bem como introduzir novos indicadores de contratualização e monitorização da atividade das USF, alterando a denominação dos incentivos e confirmando-lhe natureza diversa de prémio de desempenho.

Ainda que entendendo, o que não se concede, que os apontados incentivos configurem prémios de desempenho na aceção conferida pelas LOE, as circunstâncias que rodearam o pagamento efetuado pela ARS NORTE e a sua atuação prudente, afastam, de forma inequívoca, a culpa, podendo, *in extremis*, configurar um mero erro desculpável, não podendo nem devendo ser assacada a responsabilidade financeira de que vêm indiciados os membros do CD.

Já vimos, pois, que nas situações referidas, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD individualmente consideradas por putativas "Infrações Financeiras", decorre de erro de análise vertido no Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, devendo ser expurgada do Relatório Final, sob pena de, em caso contrário, se violar o princípio da proporcionalidade e razoabilidade, respetivamente porque, nada se diz sobre a proporção da "pena" tendo em conta o caso concreto do signatário e que, para si, é condição fundamental das imputações efetuadas.

Sem prejuízo, o Signatário não prescindirá de, no âmbito do presente Contraditório, referir alguns elementos adicionais que o Relato de Auditoria não considerou e que objetivamente atestam a exclusão de qualquer responsabilidade dos membros que integraram os sucessivos CD.

Mesmo admitindo, o que não se concede e carece de melhor demonstração, que, nalgum dos casos elencados no Relato de Auditoria, possa ter sido preterida alguma formalidade, trata-se de casos em que não houve nem dolo, nem negligência dos membros dos **CD de 2011/2012**, pelo que não colhe a



Tribunal de Contas

imputação indiciária de responsabilidade sancionatória que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Decorre, pois, com meridiana clareza que o CD atuou – objetivamente e em função das circunstâncias históricas do momento – com toda a diligência, motivado pela preocupação de salvaguarda dos melhores interesses da ARS Norte e da população da Região, em observância e estrito cumprimento do princípio da legalidade e do interesse público.

Não se compreende – e, por isso, o ora Signatário repudia veementemente – a imputação de responsabilidade sobre a matéria, em que trespassa a ideia, contrariada no plano dos factos pelas referências *supra* evidenciadas, de que os membros do CD 2011/2012, possam ter sido pouco diligentes ou que tivessem atuado com leviandade.

Outrossim, resulta do exposto, que o Relato de Auditoria se revela inteiramente desproporcionado e desadequado em função das circunstâncias concretas em que as decisões foram tomadas, existindo causas significativas que excluem qualquer responsabilidade que possa ser assacada ao signatário membro do CD de 2011/2012.

Ou seja, em suma, se, já à luz do que resulta vertido no desenvolvimento do relato de Auditoria, a única conclusão a retirar seria a de não se poder imputar qualquer responsabilidade aos membros do CD.

À luz dos presentes esclarecimentos e dos elementos de facto demonstrados, essa conclusão torna-se inabalável, ficando plenamente infirmadas as conclusões constantes de fls. 11 e ss., quando se afirma “ os membros dos conselhos diretivos das respetivas administrações regionais de Saúde, em exercício de funções nas gerências de 2011e 2012, que autorizaram a despesa



decorrente da atribuição de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF de modelo B (.....) podem incorrer em eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória", no que aos membros do CD da respondente, respeita.¹¹

VI- DAS RECOMENDAÇÕES

Reportando-nos às Recomendações dirigidas aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de saúde, é de referir o seguinte:

- a) Ponto *i*: a ARS Norte concorda e aceita com o teor da presente recomendação, sendo que o seu integral cumprimento está dependente da disponibilização atempada da metodologia de contratualização pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), pelo que o cumprimento do prazo indicado pelo Tribunal (31 de dezembro) está condicionado à disponibilização da referida informação;
- b) Ponto *ii*: a seleção anual de indicadores não pode ser atualmente realizada, visto que, para tal suceder: 1) na contratualização interna teria de ser revista a legislação, de forma a eliminar o conceito de indicadores comuns a todas as USF do tecido nacional, os quais são definidos pela ACSS; do mesmo modo, seria necessário eliminar da legislação a definição de contratualização de indicadores por triénio, para permitir os ajustes anuais necessários; 2) na contratualização externa teria de ser alterada a metodologia, concebida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, de forma a eliminar o conceito de eixo nacional de indicadores, o qual define o mesmo conjunto de indicadores a contratualizar a

¹¹ Vide relato da auditoria pág. 23, ponto 53.



Tribunal de Contas

nível nacional. A adequação de metas às características locais e às prioridades assistenciais definidas é realizado de acordo com os perfis e planos locais de saúde de cada ACE's.

c) Ponto *iii*: Considera a ARS Norte ser de acolher a presente recomendação, devendo para o efeito solicitar a adequação do sistema de informação atualmente existente;

d) Ponto *iv*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, pese embora o SINUS não ser uma ferramenta apropriada visto ter limitações, nomeadamente no que se reporta à não manutenção de dados históricos relacionados com o número de inscritos e à não disponibilização de informação de forma centralizada mas sim apenas a nível local;

e) Ponto *v*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, tanto mais que já dispõe de um calendário de acompanhamento trimestral e são elaborados relatórios publicados no seu sítio da internet.

f) Ponto *vi*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, representando junto da ACSS a necessidade de emitir orientações nesse sentido, pese embora o impacto desta medida se reflita apenas nos incentivos institucionais que, por definição legal, são afetos a melhorias e investimentos na própria ARS.

g) Ponto *vii*: Concordar e acolher.

h) Ponto *viii*: a atualização da lista de utentes, na perspetiva de eliminação de duplicações e de identificação de não frequentadores, não obstante os processos realizados anteriormente, só recentemente foi possível implementar de forma intensiva e transversal, estando previsto para 2014 um novo ciclo de atualizações. Na perspetiva do cálculo de suplementos e incentivos aos profissionais das USF em



Modelo B, a atualização da lista de utentes sempre foi realizada de acordo com a periodicidade prevista na legislação (cf. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Art. 9.º, N.º 5 e do Despacho do Exmo. Sr. SEAS, de 23 de abril de 2008 sob o título "Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF - Mod. B"). Neste sentido a atualização é realizada trimestralmente no primeiro ano de funcionamento da USF em Modelo B e anualmente nos anos seguintes, com reporte à situação a 31 de dezembro. No caso de ocorrerem atrasos são realizados todos os acertos aplicáveis de forma a repor os valores corretos para cada situação.

VII – DAS CONCLUSÕES

Atenta a factualidade carreada na presente pronúncia e bem assim os argumentos aduzidos pelo ora signatário, está o mesmo em condições de formular as seguintes conclusões:

- A. Os incentivos financeiros decorrentes do regime jurídico das USF não constituem prémios de desempenho e, nessa medida, o seu pagamento não determina qualquer infração, mormente a normas contidas nas Lei do Orçamento;
- B. Não se verifica, pois, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD 2011/2012, pela alegada violação de normas e realização de pagamentos indevidos;
- C. Mesmo que se tivesse verificado alegada violação das *supra* referidas normas das LOE 2011, 2012 e 2013, dadas as circunstâncias em que se verificaram os pagamentos e as cautelas de que se rodeou o CD da ARSNORTE, nunca os seus membros poderiam ter agido com culpa, ou sequer de forma negligente, pelo



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

que o signatário, no estrito cumprimento do seu dever, agiu como gestor criterioso e ordenado, tendo em vista, exclusivamente, os interesses da ARSNORTE, da população da Região, do Ministério da Saúde e do Estado;

- D. Por último, ainda que admitindo que possa ter sido preterida alguma formalidade, o que não se concede, as infrações apontadas nunca foram praticadas com dolo, nem tão pouco negligência dos membros do **CD 2011-2012**, pelo que não colhe a imputação indiciária de responsabilidades sancionatórias e reintegratórias que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Nestes termos,

Devem ser consideradas totalmente improcedentes as imputações indiciárias de responsabilidade assacadas ao Signatário, por "eventuais infrações financeiras" identificadas no Relato de Auditoria, rogando-se que as mesmas sejam integralmente eliminadas em sede de Relatório Final.

O signatário,

Rui Afonso Mória Pereira Cernadas
Vice-Presidente do Conselho Diretivo

BGTC 24 3 14 5300



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

6. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP

Exmo. Senhor Diretor-Geral do
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Porto, de 21 de março de 2014

ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários.

Proc. n.º32/2012 AUDIT

Ponciano Manuel Castanheira de Oliveira, notificado pelo Tribunal de Contas, na qualidade de Vogal do atual Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., através de Ofício com a ref.º 2643 ao Proc. n.º32/2012 – Audit, DA VI, para, querendo, se pronunciar, nos termos e para os efeitos do disposto no art. 13.º e 87.º, n.º3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, sobre os factos e às matérias do Relato de Auditoria, nomeadamente no que concerne às conclusões e recomendações e ao quadro das eventuais infrações, elaborado na sequência de auditoria realizada ao desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, vem apresentar

PRONÚNCIA,

O que faz nos termos e com os fundamentos seguintes:

- I. **PRELIMINARES (tempestividade da Pronúncia)**

REG 24 3 14 5297



Em tempo, o Signatário requereu, a este douto Tribunal, prorrogação de prazo para efeitos de Pronúncia, em sede de contraditório, por mais dez dias.

O Tribunal veio a conceder a peticionada prorrogação, por 5 dias úteis, ou seja, até 24 de março p.f..

Assim, a presente Pronúncia é tempestiva.

II. DA NATUREZA JURIDICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

Convém, desde logo, delimitar a natureza jurídica da entidade objeto da auditoria a que ora se responde. Assim,

A **Administração indireta do Estado** integra as entidades públicas, distintas da pessoa coletiva "Estado", dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira que desenvolvem uma atividade administrativa que prossegue fins próprios do Estado; trata-se de administração "do Estado" porque se prosseguem fins próprios deste, e de "administração indireta" porque estes fins são prosseguidos por pessoas coletivas distintas do Estado¹.

A administração indireta do Estado é constituída por organismos dotados de personalidade jurídica e de órgãos e património próprios, sujeitos a superintendência e tutela do Governo, criados para o desenvolvimento de atribuições que, devido à sua especificidade, o Estado entende não dever prosseguir através de serviços submetidos à direção do Governo, sendo, em

¹ Definição contida no sítio da Internet da DGAEP (Direção-Geral da Administração e Emprego Público).



Tribunal de Contas

regra, dotados de autonomia administrativa e financeira, entre os quais se incluem os institutos públicos cujo regime jurídico foi aprovado pela Lei n.º3/2004, de 15 de janeiro.²

Cada instituto público está adstrito a um departamento ministerial, (cfr. artigos 7.º, 41.º e 42.º da Lei n.º3/2004, de 15 de janeiro) abreviadamente designado por ministério da tutela, cujo ministro pode dirigir orientações, emitir diretivas sobre os objetivos a atingir na gestão e sobre as prioridades a adotar na respetiva prossecução ou solicitar informações aos seus órgãos dirigentes.

No caso concreto da ARS Norte, I.P., a sua Lei Orgânica, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro, confere-lhe, no seu artigo 1.º, n.º 1, a natureza de instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Para o efeito, o n.º 2 do mesmo preceito, estabelece ainda que prossegue as suas atribuições, sob superintendência e tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde. E, por fim, o n.º 3, enquadra o seu regime jurídico, para além do diploma que a cria, e da lei-quadro dos institutos públicos, pelas normas constantes do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e pelas demais normas que lhe sejam aplicáveis.

Posto isto, é a ARS NORTE, I.P., uma instituição dependente do Ministério da Saúde, integrada no Serviço Nacional de Saúde Cfr. Base XII, nº 2 da Lei nº 48/90, de 24.08 (Lei de Bases da Saúde), incluída na Administração Indireta do

² Alterada pela Lei n.º51/2005, de 30 de agosto, pelo Decreto – Lei n.º200/2006, de 25 de outubro e pelo Decreto – Lei n.º105/2007, de 3 de abril; Lei n.º 66-B/2012, de 31/12; - Lei n.º 24/2012, de 09/07; - DL n.º 123/2012, de 20/06 - DL n.º 3/2012, de 17/01; - Lei n.º 57/2011, de 28/11; - Resol. da AR n.º 86/2011, de 11/04; - DL n.º 40/2011, de 22/03; - Lei n.º 64-A/2008, de 31/12



Estado, sendo, inequívoca a sua natureza pública, sujeita, portanto, às normas e fiscalização do Estado, através das entidades competentes para o efeito.

III. DO REGIME JURÍDICO DA ORGANIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF) ENQUADRADO NA EVOLUÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) no sistema português de saúde surge na sequência da política de reforma dos cuidados de saúde primários assumida, pelo menos desde o XVII Governo Constitucional, de desenvolvimento de uma matriz organizativa de reconfiguração dos centros de saúde, destinado à obtenção de maiores ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários.

Aos Cuidados de Saúde Primários, por serem o primeiro nível de contacto dos doentes com o sistema de saúde, os sucessivos executivos foram atribuindo o *status* de pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, sendo neste panorama que surgem as USF, enquadradas no contexto conceptualmente mais vasto que são os centros de saúde, constituindo a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

No respaldo dessa política, e inspirado no modelo do regime remuneratório experimental (RRE) estabelecido para os médicos, e previsto no Decreto-Lei n.º117/2008, de 5 de maio, anteriormente implementado no âmbito da organização dos centros de saúde - e cujas sucessivas avaliações demonstraram ser um modelo a seguir dado revelar ganhos em saúde e aumento da qualidade dos cuidados prestados, com clara satisfação dos utentes -, surgem as USF como unidades elementares da estrutura organizacional dos centros de saúde,



para a prestação de cuidados individuais e familiares dos cuidados de saúde primários.

É com base no objetivo transversal a vários Governos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde primários que o poder político tem vindo a adotar o modelo organizativo do RRE para as USF, ao consolidar e alargar a esta figura o modelo de incentivos, estabelecido para os médicos, aos profissionais das USF.

As USF configuram, assim, um modelo organizacional constituído por equipas multiprofissionais que se contrapõem às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e decisão vertical, existindo e implementando-se um compromisso assistencial nuclear distinguindo-se as unidades pela produtividade e eficiência e satisfação profissional que conseguem obter com os diferentes estatutos organizacionais e processos de gestão dos recursos.

A criação das USF constitui, pois, a evolução mais expressiva dos cuidados de saúde primários em Portugal, sendo que as avaliações feitas a este modelo têm-no considerado como uma mais-valia global, quer ao nível da acessibilidade, cobertura e utilização por haver uma clara melhoria em termos de acesso e utilização, e também de ganhos em saúde, conforme demonstra a sucessiva diminuição de utentes sem médico de família nos agrupamentos de centros de saúde (ACES) que se tem vindo a verificar, nomeadamente na região Norte (de um total de 371.101 utentes sem médico de família em 2010 existem em 2013 190.098 utentes sem médico de família), como consequência também da implementação deste modelo organizativo, alcançando-se, desta forma, um dos principais objetivos subjacentes à criação das USF, o qual se centrou na necessidade de alargar a cobertura efetiva de cuidados de saúde primários a toda a população residente em Portugal e de os tornar mais efetivos no seu



papel de porta de entrada do cidadão doente no SNS. É que no contexto da adesão ao modelo USF foi possível exigir aos médicos de família a aceitação de listas de 1750 utentes, *versus* as antigas de 1550 utentes, o que, mais importante, veio a tornar-se a referência para a prática clínica de medicina geral e familiar exercida fora do ambiente USF.

Esta opção política surge plasmada no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece a organização e funcionamento das USF e prevê a existência de incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional das USF modelo A e modelo B, de incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B e de compensações pelo desempenho a atribuir a médicos em USF modelo B, por atividades específicas realizadas. Com efeito, a motivação da adesão ao modelo A, centra-se, fundamentalmente, na possibilidade de ascender ao modelo B. Não existiriam estas últimas, sem aquelas primeiras, pelo menos na medida impactante em que se implementaram e influenciando decisivamente o sistema. Tal não exclui, também, a necessidade de se rever o modelo num sentido que garanta a perseguição pelas USF da excelência e as afaste do imobilismo.

Tem sido, entre outras, pela implementação das USF, e da possibilidade de as mesmas poderem evoluir no seu modelo, que tem sido possível obter uma maior cobertura assistencial, desde logo pelo facto de se exigir aos elementos da equipa multiprofissional que as integram uma maior cobertura assistencial a um maior número de utentes e, em consequência, se necessário um alargamento do horário de funcionamento das unidades.

As despesas imputáveis às USF resultam assim do número de pessoas cobertas, sendo natural e claro o incentivo que existe em cada uma das USF em alargar a



sua base de cidadãos, para além de se estimular a realização de mais atos através de um incentivo ao aumento da produtividade.

Ressalve-se e destaque-se que este aumento de produtividade não é exclusivamente alcançável através da realização de atos médicos, mas antes como resultado de um verdadeiro trabalho de equipa, em que profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos contribuem em igual medida para o resultado obtido, como verdadeira equipa multiprofissional que são.

Em face do exposto, para além das virtudes que têm sido reconhecidas ao funcionamento das USF, não se nos afigura possível conceber este sistema e modelo organizativo, que tem vindo a ser definido e reiterado pelo legislador, retirando-se-lhe uma parte que lhe está subjacente e é inerente, e que se traduz nos incentivos financeiros atribuídos à equipa como resultado dos objetivos contratualizados e alcançados.

Assim, a prossecução desta política tem tido, na sua base, o objetivo de melhorar e potenciar o sistema de referenciação com base nos cuidados de saúde primários. Com efeito, segundo a literatura da economia de saúde, existe evidência de que, entre os determinantes que têm um efeito sobre a despesa global em saúde, no sentido de a limitar no crescimento, está o facto de os sistemas de saúde possuírem sistemas de referenciação estruturados nos cuidados de saúde primários. A este propósito, Pedro Pita Barros, in *"Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos"*, Almedina, 3ª Edição, destaca os *"efeitos estatisticamente significativos e robustos"* no sentido de se dever privilegiar *"o uso de um sistema de referenciação baseado nos cuidados de saúde primários"* ao qual se encontra associada uma menor despesa global em saúde.



Ou seja, a reforma dos cuidados de saúde primários e o modelo USF permitiu reforçar a cobertura e, portanto, o papel dos cuidados de saúde primários, na referência clínica e prevenção, potenciando-a.

É neste pressuposto que a ARS Norte, IP, enquanto instituto público que integra a administração indireta do Estado, tem pautado a sua atuação de forma absolutamente consentânea com a política dos Governos adotada nesta matéria, sendo que a autorização da ARS em proceder ao pagamento de incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos que integram a equipa multiprofissional das USF modelo B sempre respeitou os desígnios, autorizações e as orientações que superiormente lhe foram sendo comunicadas e as quais se julgam consentâneas não só com a lei, mas com a própria filosofia que esteve na criação das USF conforme se procurou demonstrar.

Por estes motivos, merecem uma particular referência e refutação, ao nível, técnico, algumas considerações do Relato de Auditoria, incluindo as suas conclusões e recomendações, conforme adiante se passará a expor.

IV. DO CONTEÚDO DO RELATO E SUAS CONCLUSÕES

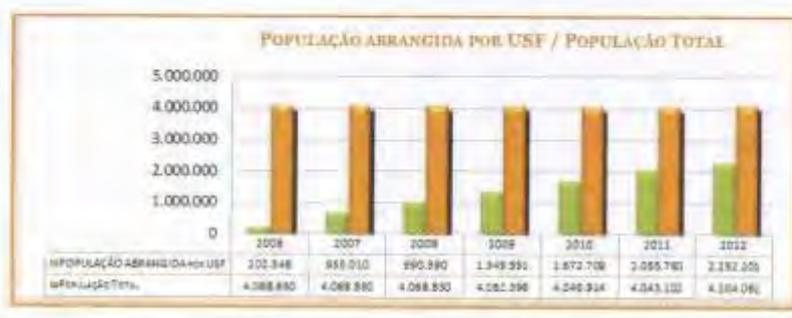
A) QUANTO À EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DO CSP, E, À ANÁLISE DE CUSTOS

A Reforma dos CSP conduziu a um processo de crescimento, maturação e inovação no funcionamento dos cuidados de saúde, no sentido da flexibilidade organizativa e de gestão, da desburocratização, do trabalho em equipa, da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade, da contratualização e da sustentabilidade, tendo como principal motor de mudança as USF.



As USF são um pilar inovador na prestação de CSP e, nos serviços públicos em Portugal, dão corpo a um modo avançado de organização, baseado em equipas coesas, multiprofissionais, auto-organizadas, agrupadas voluntariamente, para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto bem definido de cidadãos e famílias. Visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados em saúde, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a continuidade destes, com maior eficiência e satisfação dos profissionais e dos utilizadores.

DESENVOLVIMENTO DA REFORMA DOS CSP NA REGIÃO NORTE





Tribunal de Contas



De 2011 para 2012 a população abrangida por USF passou de 50.85% para 54.88% da população da região. Em 2012, as 18 USF que iniciaram atividade geraram um ganho de 38 815 utentes com assistência neste modelo

Criar valor para o cidadão é criar valor para a população, pois melhor saúde individual favorece o desenvolvimento económico e o bem-estar social (Tallin Charter, WHO 2008).

Mais informação, comunicação e transparência, capacita o cidadão para uma decisão que represente mais valor (Yong PL et al, 2009) e potencia a utilização adequada dos recursos.

Mais valor para o doente significa uma relação custo-benefício apropriada que se traduza na recuperação da saúde, na qualidade de vida e de bem-estar (Porter M, Teisberg EO, 2006).

RESULTADOS 2010-2012

É inequívoco que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários está fortemente implantada na Região Norte, sendo a região do país com mais USF em atividade e a primeira a aplicar às UCSP, desde 2010, uma carteira básica de serviços comum, pelo



que a análise comparativa apresentada (UCSP/USFA/USFB) reporta-se ao triénio 2010 - 2012.

• ACESSO

O acesso está associado à ideia de equidade na obtenção dos cuidados de saúde necessários, no que respeita ao momento, local e quantidade adequada.

A contratualização dos indicadores de acesso deve garantir um aumento de resposta na prestação e assegurar a qualidade do serviço prestado, colocando para tal patamares mínimos e máximos de execução.



Ao avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita e monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família, bem como a capacidade de intersubstituição dos mesmos na unidade de saúde nas situações de ausências programadas ou não, verificámos que as USF garantem aos cidadãos, o atendimento no próprio dia, assegurando a continuidade e integração dos cuidados prestados. A cooperação e solidariedade que é exigida a todos os elementos da equipa permite a concretização dos objetivos de acessibilidade e globalidade no cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional.



O mesmo não se verifica com as UCSP cuja taxa de utilização de consultas é mais baixa e a proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família é demasiado alta (valores que garantem a intersubstituição deverão atingir os 85% de valor máximo) o que nos leva a induzir a falta de capacidade de intersubstituição profissional nestas unidades, reduzindo, por sua vez, a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.

• DESEMPENHO ASSISTENCIAL

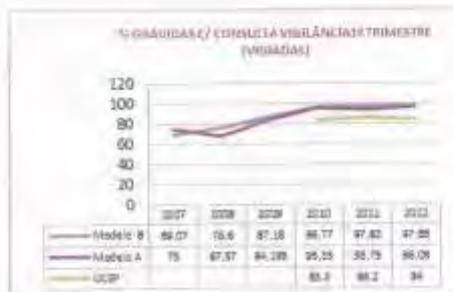
A análise do desempenho assistencial pretende promover a efetividade dos cuidados prestados, ou seja, potenciar os resultados de determinada intervenção nos indivíduos em particular e na população em geral, redirecionando os esforços da organização.

Todas as pessoas devem saber o que vigiar, quando e com que periodicidade, o que permite a prevenção e diagnóstico precoce de várias patologias. É através das consultas realizadas regularmente ao longo do ciclo de vida que a equipa de saúde controla e avalia o estado de saúde e sugere as medidas mais adequadas para fortalecer o bem-estar do utente/família e a realização das medidas possíveis para prevenir os problemas de saúde, em vez da adoção de uma atitude expectante, em que apenas se procede ao devido tratamento perante o seu eventual aparecimento, com custos elevadíssimos para o utente/família e SNS. Todas as doenças adequadamente prevenidas e precocemente tratadas traduzem-se em custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido é uma das áreas de intervenção prioritária do Plano Nacional de Saúde.

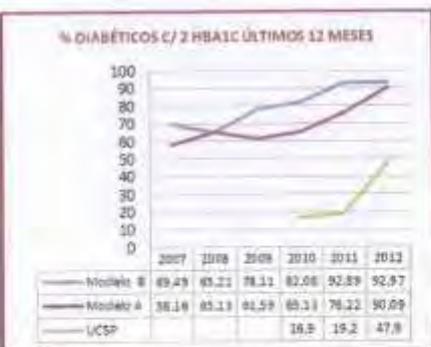


Tribunal de Contas



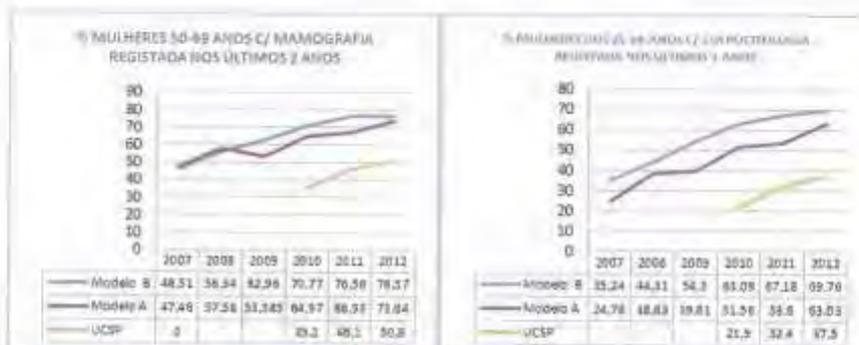
Este indicador permite a monitorização do Programa de Vigilância em Saúde Materna, área da vigilância precoce da grávida, realizada por médicos - acesso às consultas. Alcançaram-se valores bem ilustrativos da oferta proativa e programada de cuidados que ocorre nas equipas das USF.

A gestão da doença crónica é um instrumento de qualidade em saúde, promotor da capacidade do doente para cumprir terapêuticas, alterar estilos de vida e comportamentos de risco e aceder aos recursos (Chronic Disease Management, British columbia). Os programas de Gestão da Doença nomeadamente através do apoio à auto-gestão da doença crónica, o aconselhamento motivacional e a decisão e organização dos serviços resultam em maior adesão terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde.





Tribunal de Contas



O rastreio e o diagnóstico precoce do cancro aumentam as probabilidades da cura e diminuem as sequelas da doença e dos tratamentos. A vigilância da saúde da mulher na prevenção e diagnóstico precoce através dos rastreios do cancro da mama e do colo do útero, tem sido uma aposta do SNS. O rastreio e a deteção precoce da doença oncológica assumem, pelo seu potencial *life-saving*, uma importância que torna indispensável uma harmonia de práticas.

Nos resultados dos indicadores de desempenho atenuaram-se as diferenças entre modelos organizativos de USF, ainda que o impacto do modelo B se mantenha positivo, as diferenças percentuais nos resultados por vezes não são muito acentuadas. Este dado poderá estar relacionado com o facto de a transição de A para B, em termos de modelo organizativo, exigir um esforço para atingir determinado nível de desempenho e, por outro lado, revela sem dúvida que não é posta em causa a equidade no acesso a cuidados de qualidade, por um modelo em detrimento de outro.

DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

O desempenho económico-financeiro centra-se na eficiência interna e na maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, de forma a garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde. Indica a competência para se



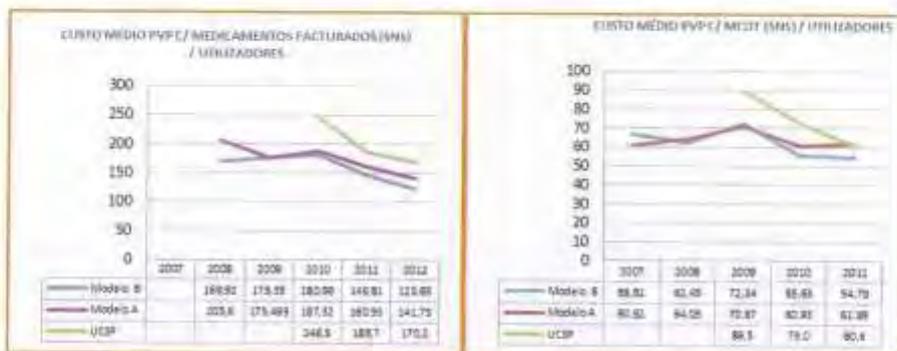
Tribunal de Contas



produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos, administrar os custos, reduzir as perdas e o desperdício.

O crescimento da despesa (investimento) deve traduzir-se em resultados adicionais e proporcionais, existindo tanto mais valor em saúde quanto maiores os resultados obtidos com o mesmo investimento.

A racionalidade na prescrição de medicamentos e MCDT tem sido um objetivo com forte investimento por parte das USF.





Tribunal de Contas



DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO 2012



Em síntese, ao avaliar a evolução dos indicadores das USF da Região Norte, no período compreendido entre 2007 e 2012 é de destacar:

- ✓ O aumento no acesso a cuidados médicos e de enfermagem;
- ✓ A melhoria na vigilância da doença crónica;
- ✓ A melhoria da vigilância oncológica;
- ✓ O aumento da precocidade da vigilância das grávidas e dos R/N;
- ✓ Melhor desempenho económico-financeiro



A projeção dos resultados alcançados pelas USF, para a restante população, ajustada pela taxa de utilização, seria que

Os custos com medicamentos reduziriam	32.86 €/utilizador
Os custos com MCDT reduziriam	0.87 €/utilizador

Esta nova gestão pública pode, assim, ser vista como uma influência positiva na administração de saúde do Estado, centrada no cidadão e na micro-eficiência. Uma governação que assegura um elevado grau de participação, transparência, discriminação positiva e responsabilização nas decisões de interesse comum para a saúde dos portugueses.



Tribunal de Contas

O modelo das USF assenta nos princípios da conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, responsabilidade, articulação, avaliação e gestão participativa.

No que concerne às conclusões do Relato da Auditoria e atento o anteriormente referido, cumpre, além do mais, tecer alguns comentários às seguintes conclusões:

PONTO 27. *“No que se refere ao incentivo institucional, a título exemplificativo, constatou-se que as USF que se desviaram (positivamente) da eficiência média são aquelas que não receberam incentivos. Contrariamente, as USF que assinalaram desvios (negativos) da eficiência média registaram atribuição de incentivos relativamente mais elevados.”*

O processo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF) em modelo de desenvolvimento organizacional do tipo A e B, finda a fase de avaliação, prevê a atribuição de incentivos institucionais que visam estimular e apoiar o desempenho coletivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos.

O nº 1, do Art.º 38º, do Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto, refere que os incentivos institucionais se traduzem “...na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional”.

Assim, nos casos elegíveis de atribuição de incentivos institucionais (as condições e critérios para a atribuição de incentivos são regulados por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, tendo por referência a melhoria de produtividade, da eficiência, da efetividade e da



Tribunal de Contas

qualidade dos cuidados prestados), a USF realiza um Plano de Aplicação de Incentivos (PAII) que será negociado e aprovado pela ARS em consonância com a estratégia regional da saúde.

PONTO 54. "A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, o que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho."

A referida informação tem vindo a ser promovida e está disponível no sítio da Internet da ARS Norte:

- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde>
- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/mort%40idades>
- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/morbilid%40des>
- http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Atividades_2012.pdf

PONTO 55. "O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que por sua vez os transpõem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP)."



O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve contribuir para o objetivo geral do SNS de melhoria da sua performance de gestão e de prestação, de forma a garantir a salvaguarda de elevados níveis de acesso e de qualidade dos cuidados prestados à população. Num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, todos os intervenientes no processo devem negociar a atividade e os resultados a alcançar considerando as características e necessidades em saúde da população e potenciando a capacidade que os cuidados de saúde primários têm para gerir o estado de saúde dos utentes.

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve basear-se no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde de cada ARS e no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo à avaliação das necessidades em saúde nacionais, regionais e locais e ter como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

Uma das principais componentes da fase de negociação prende-se com a negociação da bateria de indicadores que permitem aferir o desempenho assistencial agregado das Unidades Funcionais que compõem o ACES, assim como os resultados em saúde alcançados para a população. A proposta de meta para cada um dos indicadores a negociar com os ACES considera o valor definido como objetivo para esse indicador no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional); o histórico de resultados do indicador no ACES, na região e a nível nacional; o contexto e os recursos disponíveis no ACES; as boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro. Este processo inicia-se pela solicitação aos ACES, e estes às suas unidades funcionais, das suas propostas, considerando os desideratos anteriores.



PONTO 56. *“As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na contratualização, como indicadores de processo, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis.”*

Fruto de um trabalho evolutivo, a contratualização com os cuidados de saúde primários é um instrumento que está hoje plenamente implementado em Portugal. A ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Hospitais do SNS, tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES, que habilita os prestadores a desenvolver as melhores respostas, capacitando desta forma, o processo de contratualização. Estes indicadores no seu conjunto permitem a caracterização dos ACES, de forma a promover localmente o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte das ARS, procurando garantir o equilíbrio necessário entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos em saúde. Os problemas de saúde encontram-se na gênese de alguns indicadores presentes na Contratualização Externa e Interna e representam informação fundamental para a definição das áreas de intervenção prioritária ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem. Face ao exposto, a ACSS, analisa e propõe indicadores (com o contributo dos Departamentos de Contratualização das ARS recolhidos junto das unidades funcionais) para o território nacional aprovados em Portaria, isto é, por decisão última da Tutela.

A Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, alterando a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, apresenta um vasto conjunto de indicadores de contratualização e de monitorização da atividade dos cuidados de saúde



personalizados (abrange outras áreas e patologias, como as doença respiratórias e de saúde mental, e reforça o número de indicadores de resultado).

PONTO 59. "No processo de acompanhamento e avaliação do desempenho, as ARS não estabeleceram ainda rotinas de verificações e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES54 e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas."

A monitorização e acompanhamento é a fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objetivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado entre as partes.

Todos os ACES e unidades funcionais têm ao seu dispor um sistema de informação (SIARS), que pode ser visto como um enorme repositório de dados, atualizados mensalmente, que recolhe, trata, organiza e partilha informação para suporte à decisão. Também o mim@uf complementa a informação diária da unidade funcional com a informação mensal/anual trabalhada e agregada proveniente do SIARS (constam dados dos utentes, a produção da unidade/ profissional, dados das conferências de faturas, cálculo de indicadores) com disponibilização diária (para dados inseridos em SINUS/SAM/SAPE) e mensal (para dados de faturação). No que concerne aos custos o desempenho dos médicos é monitorizado mensalmente por prescritor.



Com a disponibilização desta informação pretende-se aumentar a transparência e a partilha de informação com as entidades do SNS, assim como se espera estar a contribuir para a identificação de boas práticas e de alavancas operacionais de gestão corrente que permitam capturar nos vários ACES o potencial de melhoria identificado.

B) QUANTO AOS INCENTIVOS, COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO E SUPLEMENTOS

C.1 – DA NATUREZA DOS INCENTIVOS

- **Conflito de normas LOE versus regime USF**

O Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, que institui o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a retribuição a atribuir aos elementos que integram as USF modelo B, estabelece que a sua remuneração contem três componentes, remuneração base, suplementos e compensações por desempenho.

Por sua vez, as LOE para os anos 2011, 2012 e 2013, através das normas contidas nos seus artigos 24.º, n.º2, alínea b), 20.º, n.º1 e 35.º, n.º2 alínea b), respetivamente, que proíbem valorizações remuneratórias, vedam a possibilidade do pagamento de valorizações, nomeadamente dos prémios de desempenho.



Nesta medida,

Importa, desde logo esclarecer que, quando confrontada com estes dispositivos legais, a dúvida residiu em saber se os incentivos pagos ao abrigo do regime jurídico das USF estariam ou não, sob o alcance das normas proibitivas daqueles diplomas orçamentais.

Concluiu que não, porque em abono da verdade não estão. Senão vejamos,

• **Das normas proibitivas contidas na LOE 2011, LOE2012 e LOE2013**

O artigo 24.º da LOE2011, bem como dos dispositivos das posteriores LOE que lhe mantiveram o teor, teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20.º, n.º 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explícita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008,



de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afirmativa que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contém em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

• **Da natureza jurídica dos incentivos previstos no regime jurídico das USF**

A natureza jurídica dos incentivos, vedados por aquela legislação, nada têm a ver com a génese dos incentivos pagos ao abrigo do regime das USF.

Os prémios de desempenho proibidos por aquelas disposições legais, são aqueles que a Direcção-Geral de Administração e Emprego Público definiu,



Tribunal de Contas

como valorizações que estão na disponibilidade de um ato gestor do dirigente máximo dos serviços, mediante a disponibilização e cabimentação orçamental para o efeito.³

Ora, no regime jurídico das USF não é disso que tratamos. De um poder discricionário do dirigente máximo do serviço. Aqui, falamos de um direito decorrente de regime remuneratório específico e diferenciado com natureza compósita.

Esse regime é assim estabelecido, porquanto esses profissionais, embora nas mesmas carreiras de outros profissionais, exercem as suas funções num ambiente mais exigente que os demais. Veja-se, a título meramente exemplificativo, o caso do número de utentes atribuídos a cada médico.

E, não se diga que o mesmo não se aplica a assistentes técnicos e a enfermeiros, pois, sendo certo que é o médico o *pivot* da fixação da carteira de utentes, não é menos verdade que aqueles outros profissionais têm de responder na medida das necessidades daquela carteira maior, em compromisso constante duma carta da unidade.

Veja-se ainda, o regime previsto para as ausências por períodos de duas semanas, em que as obrigações do elemento ausente são asseguradas pelos restantes elementos da equipa, de modo a garantir o resultado do faltoso, sem que este seja, depois, por esse fato, prejudicado⁴.

É pois, inequívoco, que os incentivos são da unidade e não do indivíduo (naturalmente, depois de dividido entre eles), porque o que se pretende, é

³ Vide FAQ's da DGAEP in <http://www.dgap.gov.pt/>

⁴ Artigo 24.º, n.º 1, 2 e 4.



Tribunal de Contas

justamente, garantir uma quantidade de trabalho maior. Isso mesmo decorre do fato de terem de garantir também horários mais extensos do que os das demais unidades, organizando-se, dentro das normas legais, do modo que mais lhes convier, representando, assim, maior volume de trabalho.

Além de que, o regime prevê, inclusivamente, a contratualização de carteiras adicionais, o que não acontece com as unidades tradicionalmente organizadas.

Em reforço do entendimento preconizado, o despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro de Estado e das Finanças⁵, publicado na vigência das LOE que contemplam as ditas proibições de pagamento, e contextualizado no quadro das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, considera que o reforço das USF é um elemento imprescindível da política da saúde e de organização dos cuidados de saúde primários que não pode ser abandonado, mas antes reforçado, pelo que, nos termos do regime jurídico estabelecido pelo Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, fixa o número máximo de USF a criar no ano 2012 e autoriza a transição de modelos A para modelos B, que, constituindo um modelo diferenciado de remuneração, pressupõe a realização de despesa o que justifica a necessária intervenção do Ministério das Finanças.

E na verdade, foi mesmo necessária a emissão de declaração cabimento orçamental para informar o processo aos Senhores Ministros da Saúde e das Finanças.

De resto, foi também este, o entendimento da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que, em tempo e no que concerne ao preenchimento do quadro 18 do BS relativo ao ano 2012, veio referir que seria mais correto que os incentivos pagos aos trabalhadores das USF fossem inscritos no Quadro

⁵ Despacho n.º9.999/2012, publicado no D.R., 2ª série, n.º143, de 25 de julho.



18.1 – “outros regimes especiais de proteção no trabalho” e, consequentemente, na coluna suplementos remuneratórios do quadro 18.

O mencionado entendimento foi ainda veiculado pela ACSS, junto do Tribunal de Contas no decurso da presente Auditoria.

De salientar ainda que, no orçamento de cada ano, foi apresentado na memória justificativa um pedido de verbas extra para RH para passagem a USF a modelo B, para o acréscimo remuneratório daí resultante!

Quer-se com isto dizer, que a própria Lei do Orçamento, que proíbe a valorização, é a mesma que autoriza o orçamento da ARSNORTE, que prevê verbas para assegurar os encargos decorrentes da transição entre modelos A e B!

E é por esta sucessão de fatos, enquadrados pela legislação em vigor, que a ARS Norte se viu perante um direito criado a favor dos funcionários das USF modelo B, cujo pagamento era inevitável!

O regime das USF e toda a lógica da prestação de cuidados de saúde enquadra-se hoje na contratualização de cuidados – que aliás, a presente auditoria recomenda que se aprofunde.

A contratualização não é um ato de liberdade gestionária do dirigente máximo da ARS Norte, como também não o é a elaboração do relatório anual de contratualização dos cuidados primários.⁶

⁶Cfr. Preambulo do DL 298/2007 “...Este modelo, semelhante ao implementado pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas características, com a contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco...”, bem como no artigo 4.º da Portaria 301/2008, de 18 de abril,



Tribunal de Contas

Acresce que, até mesmo os indicadores contratualizados e respetiva metodologia de aplicação, para além de vertidos em Lei são, anualmente, objeto de orientações da Administração Central do Sistema de Saúde, IP., homologados pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Ora, uma vez orçamentada a despesa para o efeito, bem como autorizadas as passagens de USF de modelo A para B - justamente para informar os candidatos sobre as expectativas que devem ter - e, depois disso, elaborado o relatório de contratualização, cria-se a favor dos cumpridores, o direito ao incentivo. E, portanto, a ARS Norte não se pode opor a esse pagamento. Trata-se do direito a uma parte do seu rendimento. Uma parte que compõe a sua remuneração. Daí ser um modelo remuneratório, diferenciado e de natureza compósita.

E isso mesmo veio a ser confirmado pela alteração introduzida no regime pela Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro.

A este propósito, não se pode deixar de manifestar expressa discordância ao entendimento sufragado no Relato da Auditoria de que se trata, somente, de alteração da nomenclatura e que esta não altera a natureza do incentivo!

Entende-se pois, pelo contrário, que foi exatamente a natureza do incentivo, enquanto remuneração compósita, que tornou necessária a alteração da nomenclatura, que se afigurava desadequada, sendo corrigida pela recente Portaria.

que refere " A ARS apura os resultados finais da contratualização que determinam a atribuição de incentivos institucionais e financeiros."



O que nos leva a concluir, que se a Portaria não alterou a natureza do incentivo, adequou a sua nomenclatura àquela natureza jurídica.

V. DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

A responsabilidade financeira tem pressupostos e consequências distintas das outras formas de responsabilidade e é apurada independentemente das outras que possam derivar dos mesmos factos, não recaindo sobre os serviços ou órgãos do Estado, já que é uma responsabilidade pessoal, podendo ser reintegratória ou sancionatória.

Nas palavras de João Ricardo Catarino⁷, *“Trata-se de uma responsabilidade mais ampla que emerge da violação das leis financeiras, em que a acção ou omissão culposa dos concretos agentes configura sempre uma violação (que pode não ser material) dos interesses financeiros públicos: o Estado e as outras entidades públicas tipificadas serão sempre os lesados pela actividade ilícita dos seus funcionários e agentes e nunca os corresponsáveis da lesão ou causadores da sua actuação.”*

A responsabilidade financeira reintegratória, nos termos do art.59.º da LOPTC está associada à condenação de reposição de verbas, verificando-se nos casos de desaparecimento de valores das entidades públicas, desvio de dinheiros ou valores públicos e pagamentos indevidos, estes considerados como pagamentos ilegais que causaram dano para o erário público.

⁷ João Ricardo Catarino - Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiro. Almedina 2012, p.372.



Por sua vez, a responsabilidade sancionatória consiste na aplicação de multas nas situações previstas no art.65.º da LOPTC, nas quais se inclui a violação de normas relativas à assunção, autorização ou pagamento de despesas públicas.

Nas palavras de Maria d'Oliveira Martins, «*ambas formas de responsabilidade financeira, reintegratória e sancionatória dependem da verificação de um acto ilícito e culposo do agente*»⁸.

*A ilicitude corresponde à "identificação de um facto contrário à lei sem que ocorra uma causa de justificação (que no caso da responsabilidade reintegratória conduz a uma perda patrimonial)"*⁹.

*A culpa corresponde ao estabelecimento de uma "tal relação de meios - fins, incorrendo o agente num juízo de censura, seja por ter pretendido diretamente, necessária ou eventualmente atingir as suas normas violadas (dolo), seja por não ter pretendido pautar-se pelos deveres de cuidado que ao caso cobiam (negligência ou mera culpa)"*¹⁰ »

A responsabilidade financeira pode ser relevada ou reduzida pelo Tribunal quando se verifique negligência, devendo a decisão mencionar os fundamentos justificativos de tal redução ou relevação (art.64.º, n.º2 da LOPTC).

Ainda, nos termos do art.64.º, "O Tribunal de Contas avalia o grau de culpa de harmonia com as circunstâncias do caso, tendo em consideração as competências do cargo ou a índole das principais funções de cada responsável, o volume e fundos movimentados, o montante material da lesão dos dinheiros

⁸ Maria d'Oliveira Martins – Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiro, Almedina 2011, p.161

⁹ Maria d'Oliveira Martins APUD Guilherme D'Oliveira Martins – A reforma do Tribunal de Contas em 2006. Lisboa 2006 – p.44

¹⁰ Maria d'Oliveira Martins APUD José F.F.Tavares – Alguns aspectos estruturais das finanças públicas na actualidade. Lisboa 2008 – p.11



ou valores públicos, o grau de acatamento de eventuais recomendações do Tribunal e os meios humanos e materiais existentes no serviço, organismo ou entidade sujeitos à sua jurisdição."

VI. DO MÉRITO DAS IMPUTAÇÕES INDICIÁRIAS DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA AO ORA SIGNATÁRIO, CONSTANTES DO RELATO DE AUDITORIA.

Compulsado o teor do Relato de Auditoria, designadamente os pontos 8.3.4. e 8.3.5. do desenvolvimento "Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos", e cotejadas as conclusões apresentadas, em especial as referentes a "Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos nas USF" – cfr. ponto 52 e 53", com a Grelha constante do documento denominado de Anexo I em que se procede à identificação de "Eventuais Infrações Financeiras", vertidas no quadro do referido Anexo relativas à respondente, resulta do Relato de Auditoria, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD da ARS NORTE, do mandato compreendido entre outubro de 2011 e dezembro de 2012 (adiante referido por "CD 2011/2012"), que o ora Signatário integra, no âmbito dessas matérias.

DO QUADRO DO ANEXO I

Do alegado indevido pagamento de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B nos anos 2011 e 2012.

Como resulta do Relato de Auditoria, constitui facto suscetível de integrar infração financeira o pagamento de incentivos financeiros (prémios de



Tribunal de Contas

desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B nos anos 2011 e 2012.

Isto porque,

O aludido pagamento determinou a violação do art.º 24.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º55-A/2010, de 31 de dezembro (LOE para 2011); art.º20.º, n.º1, da Lei n.º64-B/2011, de 30 de dezembro (LOE para 2012) e art.º 35.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE para 2013), podendo fazer incorrer os membros do Conselho Diretivo em infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória p.p. nos termos da alínea b), do n.º1 do art.º 65.º e n.ºs 1, 4,5 e 6 do art.º59.º, ambos da Lei n.º98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º48/2006, de 29 de agosto – LOPTC.

Ora, a imputação indiciária de responsabilidade aos membros do **CD 2011/2012**, assenta, por um lado, no entendimento que os incentivos em causa constituem prémios de desempenho e, por outro, na mera verificação formal do seu pagamento aos profissionais no período compreendido de 2011 a 2012 e nos valores de despesa realizada, não logrando apurar, ou pelo menos levar em consideração, a factualidade subjacente às decisões do CD, que sustentaram aqueles pagamentos, cujá ponderação não determinaria seguramente a imputação de qualquer, ainda que eventual, infração, como adiante se demonstrará,

Senão vejamos,

Não obstante constituir convicção da ARSN de que os incentivos em causa são uma componente da remuneração daqueles profissionais, decorrente de um



Tribunal de Contas



regime remuneratório específico, não consistindo em prêmio de desempenho e, portanto, não abrangidos na proibição contida nas normas das Leis de Orçamento em referência, as dúvidas que amplamente foram suscitadas quanto à matéria levaram a que ARSN se rodeasse de amplas cautelas e, no seio da sua tutela tentasse obter os necessários esclarecimentos, como já atrás ficou referido.

Já no decurso da presente auditoria desencadeada pelo douto Tribunal, em finais do passado ano 2013, foram encetadas novas diligências junto da tutela, no sentido de obter orientações quanto ao pagamento dos incentivos reclamados pelos profissionais, o qual, através de comunicação de correio eletrónico remetido pelo Exmo. Chefe de Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde foi suspenso até que fossem emitidos esclarecimentos quanto à matéria pelo Ministério das Finanças.

Sendo que,

Através de comunicação de correio eletrónico do mesmo Gabinete, datada de 02.01.2014, com fundamento nos esclarecimentos obtidos e atenta a publicação da Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, foi transmitido ficar sem efeito a dita suspensão do pagamento dos incentivos aos profissionais das Unidades de Saúde Familiares (USF).

Com efeito,

A referida Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, veio introduzir alterações à já citada Portaria n.º301/2008, de 18 de abril, revendo os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e



Tribunal de Contas

profissionais que as integram, bem como introduzir novos indicadores de contratualização e monitorização da atividade das USF, alterando a denominação dos incentivos e confirmando-lhe natureza diversa de prémio de desempenho.

Ainda que entendendo, o que não se concede, que os apontados incentivos configurem prémios de desempenho na aceção conferida pelas LOE, as circunstâncias que rodearam o pagamento efetuado pela ARS NORTE e a sua atuação prudente, afastam, de forma inequívoca, a culpa, podendo, *in extremis*, configurar um mero erro desculpável, não podendo nem devendo ser assacada a responsabilidade financeira de que vêm indiciados os membros do CD.

Já vimos, pois, que nas situações referidas, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD individualmente consideradas por putativas "Infrações Financeiras", decorre de erro de análise vertido no Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, devendo ser expurgada do Relatório Final, sob pena de, em caso contrário, se violar o princípio da proporcionalidade e razoabilidade, respetivamente porque, nada se diz sobre a proporção da "pena" tendo em conta o caso concreto de cada um dos signatário e que, para si, é condição fundamental das imputações efetuadas.

Sem prejuízo, os Signatário não prescindirão de, no âmbito do presente Contraditório, referir alguns elementos adicionais que o Relato de Auditoria não considerou e que objetivamente atestam a exclusão de qualquer responsabilidade dos membros que Integraram os sucessivos CD.

Mesmo admitindo, o que não se concede e carece de melhor demonstração, que, nalgum dos casos elencados no Relato de Auditoria, possa ter sido preterida alguma formalidade, trata-se de casos em que não houve nem dolo, nem negligência dos membros dos CD de 2011/2012, pelo que não colhe a



Tribunal de Contas

Imputação indiciária de responsabilidade sancionatória que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Decorre, pois, com meridiana clareza que o CD atuou – objetivamente e em função das circunstâncias históricas do momento – com toda a diligência, motivado pela preocupação de salvaguarda dos melhores interesses da ARS Norte e da população da Região, em observância e estrito cumprimento do princípio da legalidade e do interesse público.

Não se compreende – e, por isso, o ora Signatário repudia veementemente – a imputação de responsabilidade sobre a matéria, em que trespassa a ideia, contrariada no plano dos factos pelas referências *supra* evidenciadas, de que os membros do CD 2011/2012, possam ter sido pouco diligentes ou que tivessem atuado com levandade.

Outrossim, resulta do exposto, que o Relato de Auditoria se revela inteiramente desproporcionado e desadequado em função das circunstâncias concretas em que as decisões foram tomadas, existindo causas significativas que excluem qualquer responsabilidade que possa ser assacada ao signatário membro do CD de 2011/2012.

Ou seja, em suma, se, já à luz do que resulta vertido no desenvolvimento do relato de Auditoria, a única conclusão a retirar seria a de não se poder imputar qualquer responsabilidade aos membros do CA,

À luz dos presentes esclarecimentos e dos elementos de facto demonstrados, essa conclusão torna-se inabalável, ficando plenamente infirmadas as conclusões constantes de fls. 11 e ss., quando se afirma " os membros dos conselhos diretivos das respetivas administrações regionais de Saúde, em exercício de funções nas gerências de 2011e 2012, que autorizaram a despesa



decorrente da atribuição de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF de modelo B (.....) podem incorrer em eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória", no que aos membros do CD da respondente, respeita.¹¹

VI- DAS RECOMENDAÇÕES

Reportando-nos às Recomendações dirigidas aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de saúde, é de referir o seguinte:

- a) Ponto *i*: a ARS Norte concorda e aceita o teor da presente recomendação, sendo que o seu integral cumprimento está dependente da disponibilização atempada da metodologia de contratualização pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), pelo que o cumprimento do prazo indicado pelo Tribunal (31 de dezembro) está condicionado à disponibilização da referida informação;

- b) Ponto *ii*: a seleção anual de indicadores não pode ser atualmente realizada, visto que, para tal suceder: 1) na contratualização interna teria de ser revista a legislação, de forma a eliminar o conceito de indicadores comuns a todas as USF do tecido nacional, os quais são definidos pela ACSS; do mesmo modo, seria necessário eliminar da legislação a definição de contratualização de indicadores por triénio, para permitir os ajustes anuais necessários; 2) na contratualização externa teria de ser alterada a metodologia, concebida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, de forma a eliminar o conceito de eixo nacional de indicadores, o qual define o mesmo conjunto de indicadores a contratualizar a nível nacional. A adequação de metas às características locais e às prioridades

¹¹ Vide relato da auditoria pág. 23, ponto 53.



assistenciais definidas é realizado de acordo com os perfis e planos locais de saúde de cada ACE's.

c) Ponto *iii*: Considera a ARS Norte ser de acolher a presente recomendação, devendo para o efeito solicitar a adequação do sistema de informação atualmente existente;

d) Ponto *iv*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, pese embora o SINUS não ser uma ferramenta apropriada visto ter limitações, nomeadamente no que se reporta à não manutenção de dados históricos relacionados com o número de inscritos e à não disponibilização de informação de forma centralizada mas sim apenas a nível local;

e) Ponto *v*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, tanto mais que já dispõe de um calendário de acompanhamento trimestral e são elaborados relatórios publicados no seu sítio da internet.

f) Ponto *vi*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, representando junto da ACSS a necessidade de emitir orientações nesse sentido, pese embora o impacto desta medida se reflita apenas nos incentivos institucionais que, por definição legal, são afetos a melhorias e investimentos na própria ARS.

g) Ponto *vii*: Concordar e acolher.

h) Ponto *viii*: a atualização da lista de utentes, na perspetiva de eliminação de duplicações e de identificação de não frequentadores, não obstante os processos realizados anteriormente, só recentemente foi possível implementar de forma intensiva e transversal, estando previsto para 2014 um novo ciclo de atualizações. Na perspetiva do cálculo de suplementos e incentivos aos profissionais das USF em Modelo B, a atualização da lista de utentes sempre foi realizada de acordo com a



periodicidade prevista na legislação (cf. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Art. 9.º, N.º 5 e do Despacho do Exmo. Sr. SEAS, de 23 de abril de 2008 sob o título "Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF - Mod. B"). Neste sentido a atualização é realizada trimestralmente no primeiro ano de funcionamento da USF em Modelo B e anualmente nos anos seguintes, com reporte à situação a 31 de dezembro. No caso de ocorrerem atrasos são realizados todos os acertos aplicáveis de forma a repor os valores corretos para cada situação.

VII – DAS CONCLUSÕES

Atenta a factualidade carreada na presente pronúncia e bem assim os argumentos aduzidos pelo ora signatário, está o mesmo em condições de formular as seguintes conclusões:

- A. Os incentivos financeiros decorrentes do regime jurídico das USF não constituem prémios de desempenho e, nessa medida, o seu pagamento não determina qualquer infração, mormente a normas contidas nas Lei do Orçamento;
- B. Não se verifica, pois, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD 2011/2012, pela alegada violação de normas e realização de pagamentos indevidos;
- C. Mesmo que se tivesse verificado alegada violação das *supra* referidas normas das LOE 2011, 2012 e 2013, dadas as circunstâncias em que se verificaram os pagamentos e as cautelas de que se rodeou o CD da ARSNORTE, nunca os seus membros poderiam ter agido com culpa, ou sequer de forma negligente, pelo que o signatário, no estrito cumprimento do seu dever, agiu como gestor



Tribunal de Contas

criteroso e ordenado, tendo em vista, exclusivamente, os interesses da ARSNORTE, da população da Região, do Ministério da Saúde e do Estado;

- D. Por último, ainda que admitindo que possa ter sido preterida alguma formalidade, o que não se concede, as infrações apontadas nunca foram praticadas com dolo, nem tão pouco negligência dos membros do **CD 2011-2012**, pelo que não colhe a imputação indiciária de responsabilidades sancionatórias e reintegratórias que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Nestes termos,

Devem ser consideradas totalmente improcedentes as imputações indiciárias de responsabilidade assacadas aos Signatário, por “eventuais infrações financeiras” identificadas no Relato de Auditoria, rogando-se que as mesmas sejam integralmente eliminadas em sede de Relatório Final.

O signatário,

Ponciano Manuel Castanheira de Oliveira
Vogal do Conselho Diretivo



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

7. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP

166

Exmo. Senhor Diretor-Geral do
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Porto, de 21 de março de 2014

ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários.

Proc. n.º32/2012 AUDIT

José Carlos de Jesus Pedro, notificado pelo Tribunal de Contas, na qualidade de Vogal do atual Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., através de Ofício com a ref.º 2645, de 28 de fevereiro de 2014, ao Proc. n.º32/2012 – Audit, DA VI, para, querendo, se pronunciar, nos termos e para os efeitos do disposto no art. 13.º e 87.º, n.º3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, sobre os factos e às matérias do Relato de Auditoria, nomeadamente no que concerne às conclusões e recomendações e ao quadro das eventuais infrações, elaborado na sequência de auditoria realizada ao desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, vem apresentar

PRONÚNCIA,

O que faz nos termos e com os fundamentos seguintes:

BGTC 24 3*14 5298

1



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

(67)

I. PRELIMINARES (tempestividade da Pronúncia)

Em tempo, o Signatário requereu, a este douto Tribunal, prorrogação de prazo para efeitos de Pronúncia, em sede de contraditório, por mais dez dias.

O Tribunal veio a conceder a peticionada prorrogação, por 5 dias úteis, ou seja, até 24 de março p.f..

Assim, a presente Pronúncia é tempestiva.

II. DA NATUREZA JURIDICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

Convém, desde logo, delimitar a natureza jurídica da entidade objeto da auditoria a que ora se responde. Assim,

A **Administração indireta do Estado** integra as entidades públicas, distintas da pessoa coletiva "Estado", dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira que desenvolvem uma atividade administrativa que prossegue fins próprios do Estado; trata-se de administração "do Estado" porque se prosseguem fins próprios deste, e de "administração indireta" porque estes fins são prosseguidos por pessoas coletivas distintas do Estado¹.

A administração indireta do Estado é constituída por organismos dotados de personalidade jurídica e de órgãos e património próprios, sujeitos a

¹ Definição contida no sítio da internet da DGAEP (Direção-Geral da Administração e Emprego Público).

✍



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

168

superintendência e tutela do Governo, criados para o desenvolvimento de atribuições que, devido à sua especificidade, o Estado entende não dever prosseguir através de serviços submetidos à direção do Governo, sendo, em regra, dotados de autonomia administrativa e financeira, entre os quais se incluem os institutos públicos cujo regime jurídico foi aprovado pela Lei n.º 93/2004, de 15 de janeiro.²

Cada instituto público está adstrito a um departamento ministerial, (*cfr.* artigos 7.º, 41.º e 42.º da Lei n.º 93/2004, de 15 de janeiro) abreviadamente designado por ministério da tutela, cujo ministro pode dirigir orientações, emitir diretivas sobre os objetivos a atingir na gestão e sobre as prioridades a adotar na respetiva prossecução ou solicitar informações aos seus órgãos dirigentes.

No caso concreto da ARS Norte, I.P., a sua Lei Orgânica, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro, confere-lhe, no seu artigo 1.º, n.º 1, a natureza de instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Para o efeito, o n.º 2 do mesmo preceito, estabelece ainda que prossegue as suas atribuições, sob superintendência e tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde. E, por fim, o n.º 3, enquadra o seu regime jurídico, para além do diploma que a cria, e da lei-quadro dos institutos públicos, pelas normas constantes do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e pelas demais normas que lhe sejam aplicáveis.

² Alterada pela Lei n.º 51/2005, de 30 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 200/2006, de 25 de outubro e pelo Decreto-Lei n.º 105/2007, de 3 de abril; Lei n.º 66-B/2012, de 31/12; - Lei n.º 24/2012, de 09/07; - DL n.º 123/2012, de 20/06 - DL n.º 5/2012, de 17/01; - Lei n.º 57/2011, de 28/11; - Resol. da AR n.º 86/2011, de 11/04; - DL n.º 40/2011, de 22/03; - Lei n.º 64-A/2008, de 31/12



(6) A

Posto isto, é a ARS NORTE, I.P., uma instituição dependente do Ministério da Saúde, integrada no Serviço Nacional de Saúde Cfr. Base XII, nº 2 da Lei nº 48/90, de 24.08 (Lei de Bases da Saúde), incluída na Administração Indireta do Estado, sendo, inequívoca a sua natureza pública, sujeita, portanto, às normas e fiscalização do Estado, através das entidades competentes para o efeito.

III. DO REGIME JURÍDICO DA ORGANIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF) ENQUADRADO NA EVOLUÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) no sistema português de saúde surge na sequência da política de reforma dos cuidados de saúde primários assumida, pelo menos desde o XVII Governo Constitucional, de desenvolvimento de uma matriz organizativa de reconfiguração dos centros de saúde, destinado à obtenção de maiores ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários.

Aos Cuidados de Saúde Primários, por serem o primeiro nível de contacto dos doentes com o sistema de saúde, os sucessivos executivos foram atribuindo o *status* de pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, sendo neste panorama que surgem as USF, enquadradas no contexto conceptualmente mais vasto que são os centros de saúde, constituindo a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

No respaldo dessa política, e inspirado no modelo do regime remuneratório experimental (RRE) estabelecido para os médicos, e previsto no Decreto-Lei n.º117/2008, de 5 de maio, anteriormente implementado no âmbito da organização dos centros de saúde - e cujas sucessivas avaliações demonstraram

2



130

ser um modelo a seguir dado revelar ganhos em saúde e aumento da qualidade dos cuidados prestados, com clara satisfação dos utentes –, surgem as USF como unidades elementares da estrutura organizacional dos centros de saúde, para a prestação de cuidados individuais e familiares dos cuidados de saúde primários.

É com base no objetivo transversal a vários Governos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde primários que o poder político tem vindo a adotar o modelo organizativo do RRE para as USF, ao consolidar e alargar a esta figura o modelo de incentivos, estabelecido para os médicos, aos profissionais das USF.

As USF configuram, assim, um modelo organizacional constituído por equipas multiprofissionais que se contrapõem às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e decisão vertical, existindo e implementando-se um compromisso assistencial nuclear distinguindo-se as unidades pela produtividade e eficiência e satisfação profissional que conseguem obter com os diferentes estatutos organizacionais e processos de gestão dos recursos.

A criação das USF constitui, pois, a evolução mais expressiva dos cuidados de saúde primários em Portugal, sendo que as avaliações feitas a este modelo têm-no considerado como uma mais-valia global, quer ao nível da acessibilidade, cobertura e utilização por haver uma clara melhoria em termos de acesso e utilização, e também de ganhos em saúde, conforme demonstra a sucessiva diminuição de utentes sem médico de família nos agrupamentos de centros de saúde (ACES) que se tem vindo a verificar, nomeadamente na região Norte (de um total de 371.101 utentes sem médico de família em 2010 existem em 2013 190.098 utentes sem médico de família), como consequência também da implementação deste modelo organizativo, alcançando-se, desta forma, um

2



Tribunal de Contas

121

dos principais objetivos subjacentes à criação das USF, o qual se centrou na necessidade de alargar a cobertura efetiva de cuidados de saúde primários a toda a população residente em Portugal e de os tornar mais efetivos no seu papel de porta de entrada do cidadão doente no SNS. É que no contexto da adesão ao modelo USF foi possível exigir aos médicos de família a aceitação de listas de 1750 utentes, *versus* as antigas de 1550 utentes, o que, mais importante, veio a tornar-se a referência para a prática clínica de medicina geral e familiar exercida fora do ambiente USF.

Esta opção política surge plasmada no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece a organização e funcionamento das USF e prevê a existência de incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional das USF modelo A e modelo B, de incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B e de compensações pelo desempenho a atribuir a médicos em USF modelo B, por atividades específicas realizadas. Com efeito, a motivação da adesão ao modelo A, centra-se, em fundamentalmente, na possibilidade de ascender ao modelo B. Não existiriam estas últimas, sem aquelas primeiras, pelo menos na medida impactante em que se implementaram e influenciando decisivamente o sistema. Tal não exclui, também, a necessidade de se rever o modelo num sentido que garanta a perseguição pelas USF da excelência e as afaste do imobilismo.

Tem sido, entre outras, pela implementação das USF, e da possibilidade de as mesmas poderem evoluir no seu modelo, que tem sido possível obter uma maior cobertura assistencial, desde logo pelo facto de se exigir aos elementos da equipa multiprofissional que as integram uma maior cobertura assistencial a um maior número de utentes e, em consequência, se necessário um alargamento do horário de funcionamento das unidades.



Tribunal de Contas

126

As despesas imputáveis às USF resultam assim do número de pessoas cobertas, sendo natural e claro o incentivo que existe em cada uma das USF em alargar a sua base de cidadãos, para além de se estimular a realização de mais atos através de um incentivo ao aumento da produtividade.

Ressalve-se e destaque-se que este aumento de produtividade não é exclusivamente alcançável através da realização de atos médicos, mas antes como resultado de um verdadeiro trabalho de equipa, em que profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos contribuem em igual medida para o resultado obtido, como verdadeira equipa multiprofissional que são.

Em face do exposto, para além das virtudes que têm sido reconhecidas ao funcionamento das USF, não se nos afigura possível conceber este sistema e modelo organizativo, que tem vindo a ser definido e reiterado pelo legislador, retirando-se-lhe uma parte que lhe está subjacente e é inerente, e que se traduz nos incentivos financeiros atribuídos à equipa como resultado dos objetivos contratualizados e alcançados.

Assim, a prossecução desta política tem tido, na sua base, o objetivo de melhorar e potenciar o sistema de referência com base nos cuidados de saúde primários. Com efeito, segundo a literatura da economia de saúde, existe evidência de que, entre os determinantes que têm um efeito sobre a despesa global em saúde, no sentido de a limitar no crescimento, está o facto de os sistemas de saúde possuírem sistemas de referência estruturados nos cuidados de saúde primários. A este propósito, Pedro Pita Barros, in *"Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos"*, Almedina, 3ª Edição, destaca os *"efeitos estatisticamente significativos e robustos"* no sentido de se dever privilegiar *"o uso de um sistema de referência baseado nos cuidados de*

7

A



(2) / 2

saúde primários" ao qual se encontra associada uma menor despesa global em saúde.

Ou seja, a reforma dos cuidados de saúde primários e o modelo USF permitiu reforçar a cobertura e, portanto, o papel dos cuidados de saúde primários, na referência clínica e prevenção, potenciando-a.

É neste pressuposto que a ARS Norte, IP, enquanto instituto público que integra a administração indireta do Estado, tem pautado a sua atuação de forma absolutamente consentânea com a política dos Governos adotada nesta matéria, sendo que a autorização da ARS em proceder ao pagamento de incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos que integram a equipa multiprofissional das USF modelo B sempre respeitou os designios, autorizações e as orientações que superiormente lhe foram sendo comunicadas e as quais se julgam consentâneas não só com a lei, mas com a própria filosofia que esteve na criação das USF conforme se procurou demonstrar.

Por estes motivos, merecem uma particular referência e refutação, ao nível, técnico, algumas considerações do Relato de Auditoria, incluindo as suas conclusões e recomendações, conforme adiante se passará a expor.

IV. DO CONTEÚDO DO RELATO E SUAS CONCLUSÕES

A) QUANTO À EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DO CSP, E, À ANÁLISE DE CUSTOS

8

2



Tribunal de Contas

124/F

A Reforma dos CSP conduziu a um processo de crescimento, maturação e inovação no funcionamento dos cuidados de saúde, no sentido da flexibilidade organizativa e de gestão, da desburocratização, do trabalho em equipa, da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade, da contratualização e da sustentabilidade, tendo como principal motor de mudança as USF.

As USF são um pilar inovador na prestação de CSP e, nos serviços públicos em Portugal, dão corpo a um modo avançado de organização, baseado em equipas coesas, multiprofissionais, auto-organizadas, agrupadas voluntariamente, para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto bem definido de cidadãos e famílias. Visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados em saúde, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a continuidade destes, com maior eficiência e satisfação dos profissionais e dos utilizadores.

DESENVOLVIMENTO DA REFORMA DOS CSP NA REGIÃO NORTE

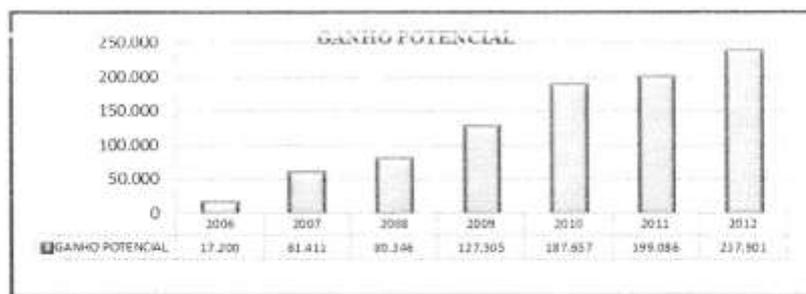
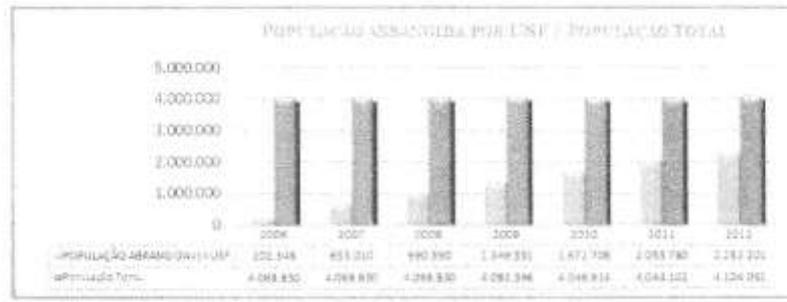




Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

125/4



De 2011 para 2012 a população abrangida por USF passou de 50.85% para 54.88% da população da região. Em 2012, as 18 USF que iniciaram atividade geraram um ganho de 38 815 utentes com assistência neste modelo

Criar valor para o cidadão é criar valor para a população, pois melhor saúde individual favorece o desenvolvimento económico e o bem-estar social (Tallin Charter, WHO 2008).

Mais informação, comunicação e transparência, capacita o cidadão para uma decisão que represente mais valor (Yong PL et al, 2009) e potencia a utilização adequada dos recursos.



Tribunal de Contas

174 AF

Mais valor para o doente significa uma relação custo-benefício apropriada que se traduza na recuperação da saúde, na qualidade de vida e de bem-estar (Porter M, Teisberg EO, 2006).

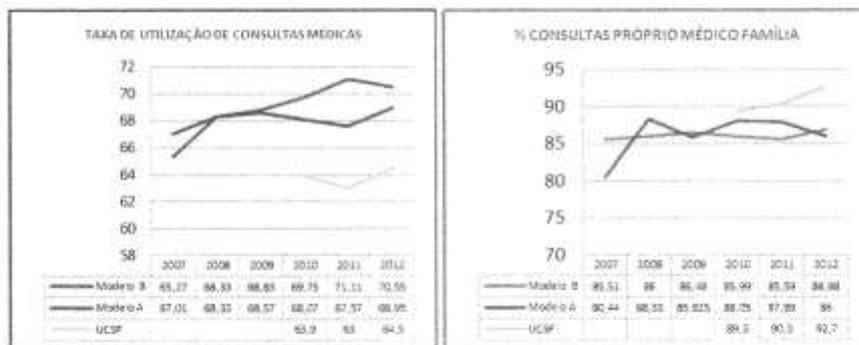
RESULTADOS 2010-2012

É inequívoco que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários está fortemente implantada na Região Norte, sendo a região do país com mais USF em atividade e a primeira a aplicar às UCSP, desde 2010, uma carteira básica de serviços comum, pelo que a análise comparativa apresentada (UCSP/USFA/USFB) reporta-se ao triénio 2010 - 2012.

▪ ACESSO

O acesso está associado à ideia de equidade na obtenção dos cuidados de saúde necessários, no que respeita ao momento, local e quantidade adequada.

A contratualização dos indicadores de acesso deve garantir um aumento de resposta na prestação e assegurar a qualidade do serviço prestado, colocando para tal patamares mínimos e máximos de execução.



Ao avaliar o acesso a consultas médicas pela população inscrita e monitorizar o acesso dos utentes ao seu próprio médico de família, bem como a capacidade de

AF



12/12

intersubstituição dos mesmos na unidade de saúde nas situações de ausências programadas ou não, verificámos que as USF garantem aos cidadãos, o atendimento no próprio dia, assegurando a continuidade e integração dos cuidados prestados. A cooperação e solidariedade que é exigida a todos os elementos da equipa permite a concretização dos objetivos de acessibilidade e globalidade no cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional.

O mesmo não se verifica com as UCSP cuja taxa de utilização de consultas é mais baixa e a proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família é demasiado alta (valores que garantem a intersubstituição deverão atingir os 85% de valor máximo) o que nos leva a induzir a falta de capacidade de intersubstituição profissional nestas unidades, reduzindo, por sua vez, a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde que necessitam.

- **DESEMPENHO ASSISTENCIAL**

A análise do desempenho assistencial pretende promover a efetividade dos cuidados prestados, ou seja, potenciar os resultados de determinada intervenção nos indivíduos em particular e na população em geral, redirecionando os esforços da organização.

Todas as pessoas devem saber o que vigiar, quando e com que periodicidade, o que permite a prevenção e diagnóstico precoce de várias patologias. É através das consultas realizadas regularmente ao longo do ciclo de vida que a equipa de saúde controla e avalia o estado de saúde e sugere as medidas mais adequadas para fortalecer o bem-estar do utente/família e a realização das medidas possíveis para prevenir os problemas de saúde, em vez da adoção de uma atitude expectante, em que apenas se procede ao devido tratamento perante o seu eventual aparecimento, com custos elevadíssimos para o utente/família e SNS. Todas as doenças adequadamente prevenidas e precocemente tratadas traduzem-se em custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.

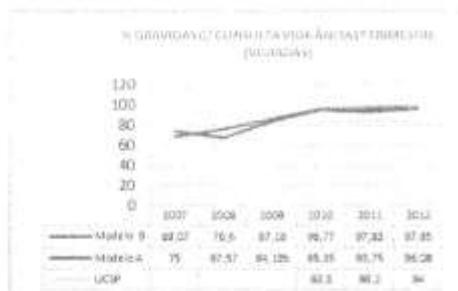
8



Tribunal de Contas

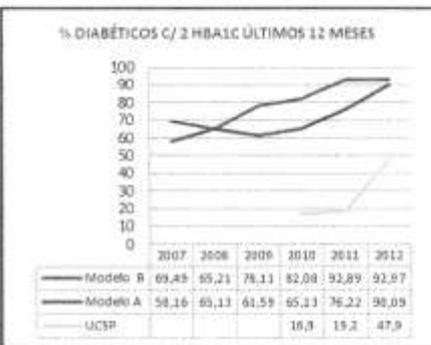
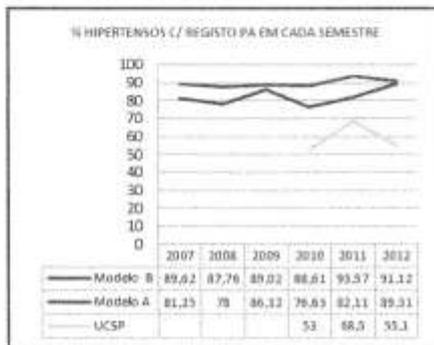
138

A melhoria da qualidade dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido é uma das áreas de intervenção prioritária do Plano Nacional de Saúde.



Este indicador permite a monitorização do Programa de Vigilância em Saúde Materna, área da vigilância precoce da grávida, realizada por médicos - acesso às consultas. Alcançaram-se valores bem ilustrativos da oferta proativa e programada de cuidados que ocorre nas equipas das USF.

A gestão da doença crónica é um instrumento de qualidade em saúde, promotor da capacidade do doente para cumprir terapêuticas, alterar estilos de vida e comportamentos de risco e aceder aos recursos (Chronic Disease Management, British columbia). Os programas de Gestão da Doença nomeadamente através do apoio à auto-gestão da doença crónica, o aconselhamento motivacional e a decisão e organização dos serviços resultam em maior adesão terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde.



13



125



O rastreio e o diagnóstico precoce do cancro aumentam as probabilidades da cura e diminuem as sequelas da doença e dos tratamentos. A vigilância da saúde da mulher na prevenção e diagnóstico precoce através dos rastreios do cancro da mama e do colo do útero, tem sido uma aposta do SNS. O rastreio e a deteção precoce da doença oncológica assumem, pelo seu potencial *life-saving*, uma importância que torna indispensável uma harmonia de práticas.

Nos resultados dos indicadores de desempenho atenuaram-se as diferenças entre modelos organizativos de USF, ainda que o impacto do modelo B se mantenha positivo, as diferenças percentuais nos resultados por vezes não são muito acentuadas. Este dado poderá estar relacionado com o facto de a transição de A para B, em termos de modelo organizativo, exigir um esforço para atingir determinado nível de desempenho e, por outro lado, revela sem dúvida que não é posta em causa a equidade no acesso a cuidados de qualidade, por um modelo em detrimento de outro.

DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

O desempenho **económico-financeiro** centra-se na eficiência interna e na maximização dos resultados obtidos com os recursos utilizados, de forma a garantir a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde. Indica a competência para se



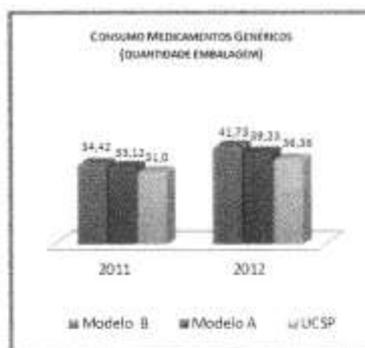
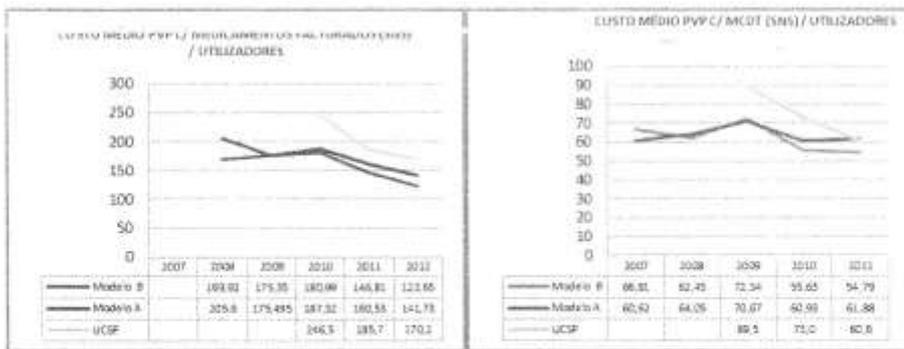
Tribunal de Contas

180

produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos, administrar os custos, reduzir as perdas e o desperdício.

O crescimento da despesa (investimento) deve traduzir-se em resultados adicionais e proporcionais, existindo tanto mais valor em saúde quanto maiores os resultados obtidos com o mesmo investimento.

A racionalidade na prescrição de medicamentos e MCDT tem sido um objetivo com forte investimento por parte das USF.



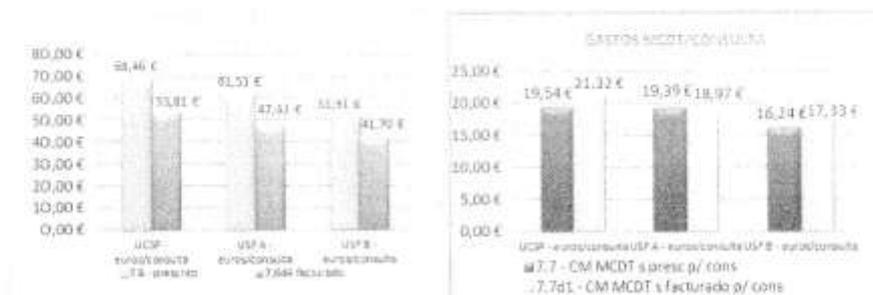
180



Tribunal de Contas

181

DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO 2012



Em síntese, ao avaliar a evolução dos indicadores das USF da Região Norte, no período compreendido entre 2007 e 2012 é de destacar:

- ✓ O aumento no acesso a cuidados médicos e de enfermagem;
- ✓ A melhoria na vigilância da doença crónica;
- ✓ A melhoria da vigilância oncológica;
- ✓ O aumento da precocidade da vigilância das grávidas e dos R/N;
- ✓ Melhor desempenho económico-financeiro

A projeção dos resultados alcançados pelas USF, para a restante população, ajustada pela taxa de utilização, seria que

Os custos com medicamentos reduziriam	32.86 €/utilizador
Os custos com MCDT reduziriam	0.87 €/utilizador

Esta nova gestão pública pode, assim, ser vista como uma influência positiva na administração de saúde do Estado, centrada no cidadão e na micro-eficiência. Uma governação que assegura um elevado grau de participação, transparência, discriminação positiva e responsabilização nas decisões de interesse comum para a saúde dos portugueses.





Tribunal de Contas

182

O modelo das USF assenta nos princípios da conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, responsabilidade, articulação, avaliação e gestão participativa.

No que concerne às conclusões do Relato da Auditoria e atento o anteriormente referido, cumpre, além do mais, tecer alguns comentários às seguintes conclusões:

PONTO 27. *“No que se refere ao incentivo institucional, a título exemplificativo, constatou-se que as USF que se desviaram (positivamente) da eficiência média são aquelas que não receberam incentivos. Contrariamente, as USF que assinalaram desvíos (negativos) da eficiência média registaram atribuição de incentivos relativamente mais elevados.”*

O processo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF) em modelo de desenvolvimento organizacional do tipo A e B, finda a fase de avaliação, prevê a atribuição de incentivos institucionais que visam estimular e apoiar o desempenho coletivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos.

O nº 1, do Art.º 38º, do Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto, refere que os incentivos institucionais se traduzem “...na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional”.

Assim, nos casos elegíveis de atribuição de incentivos institucionais (as condições e critérios para a atribuição de incentivos são regulados por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, tendo por referência a melhoria de produtividade, da eficiência, da efetividade e da

1



Tribunal de Contas

183

qualidade dos cuidados prestados), a USF realiza um Plano de Aplicação de Incentivos (PAII) que será negociado e aprovado pela ARS em consonância com a estratégia regional da saúde.

PONTO 54. *“A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, o que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho.”*

A referida informação tem vindo a ser promovida e está disponível no sítio da Internet da ARS Norte:

- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAdede%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAdede/Perfis%20de%20Sa%C3%BAdede>
- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAdede%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAdede/mort%40lidades>
- <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAdede%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAdede/morbild%40des>
- http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAdede%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Atividades_2012.pdf

PONTO 55. *“O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que por sua vez os transpõem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP).”*

2



184

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve contribuir para o objetivo geral do SNS de melhoria da sua performance de gestão e de prestação, de forma a garantir a salvaguarda de elevados níveis de acesso e de qualidade dos cuidados prestados à população. Num contexto de prestação coordenada dos cuidados de saúde, todos os intervenientes no processo devem negociar a atividade e os resultados a alcançar considerando as características e necessidades em saúde da população e potenciando a capacidade que os cuidados de saúde primários têm para gerir o estado de saúde dos utentes.

O processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve basear-se no Plano Nacional de Saúde, no Plano Regional de Saúde de cada ARS e no Plano Local de Saúde de cada ACES, respondendo à avaliação das necessidades em saúde nacionais, regionais e locais e ter como ponto de referência os compromissos assumidos anualmente pelas ARS em sede de Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR).

Uma das principais componentes da fase de negociação prende-se com a negociação da bateria de indicadores que permitem aferir o desempenho assistencial agregado das Unidades Funcionais que compõem o ACES, assim como os resultados em saúde alcançados para a população. A proposta de meta para cada um dos indicadores a negociar com os ACES considera o valor definido como objetivo para esse indicador no Plano de Atividades do ACES e nos Planos de Saúde (regional e nacional); o histórico de resultados do indicador no ACES, na região e a nível nacional; o contexto e os recursos disponíveis no ACES; as boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, da satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro. Este processo inicia-se pela solicitação aos ACES, e estes às suas unidades funcionais, das suas propostas, considerando os desideratos anteriores.



Tribunal de Contas

163
R

PONTO 56. *"As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na contratualização, como indicadores de processo, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis."*

Fruto de um trabalho evolutivo, a contratualização com os cuidados de saúde primários é um instrumento que está hoje plenamente implementado em Portugal. A ACSS, em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE) e os Hospitais do SNS, tem vindo a recolher e trabalhar um conjunto de informação demográfica e epidemiológica de cada ACES, que habilita os prestadores a desenvolver as melhores respostas, capacitando desta forma, o processo de contratualização. Estes indicadores no seu conjunto permitem a caracterização dos ACES, de forma a promover localmente o planeamento das atividades assistenciais e de prevenção com base nas necessidades em saúde da população por parte das ARS, procurando garantir o equilíbrio necessário entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos em saúde. Os problemas de saúde encontram-se na génese de alguns indicadores presentes na Contratualização Externa e Interna e representam informação fundamental para a definição das áreas de intervenção prioritária ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem. Face ao exposto, a ACSS, analisa e propõe indicadores (com o contributo dos Departamentos de Contratualização das ARS recolhidos junto das unidades funcionais) para o território nacional aprovados em Portaria, isto é, por decisão última da Tutela.

A Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, alterando a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, apresenta um vasto conjunto de indicadores de contratualização e de monitorização da atividade dos cuidados de saúde

3



Tribunal de Contas

186
186

personalizados (abrange outras áreas e patologias, como as doença respiratórias e de saúde mental), e reforça o número de indicadores de resultado).

PONTO 59. *"No processo de acompanhamento e avaliação do desempenho, as ARS não estabeleceram ainda rotinas de verificações e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES54 e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas."*

A monitorização e acompanhamento é a fase em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objetivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se discutem em tempo útil as várias possibilidades de introdução de medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado entre as partes.

Todos os ACES e unidades funcionais têm ao seu dispor um sistema de informação (SIARS), que pode ser visto como um enorme repositório de dados, atualizados mensalmente, que recolhe, trata, organiza e partilha informação para suporte à decisão. Também o mim@uf complementa a informação diária da unidade funcional com a informação mensal/anual trabalhada e agregada proveniente do SIARS (constam dados dos utentes, a produção da unidade/ profissional, dados das conferências de faturas, cálculo de indicadores) com disponibilização diária (para dados inseridos em SINUS/SAM/SAPE) e mensal (para dados de faturação). No que concerne aos custos o desempenho dos médicos é monitorizado mensalmente por prescriptor.

186



187

Com a disponibilização desta informação pretende-se aumentar a transparência e a partilha de informação com as entidades do SNS, assim como se espera estar a contribuir para a identificação de boas práticas e de alavancas operacionais de gestão corrente que permitam capturar nos vários ACES o potencial de melhoria identificado.

B) QUANTO AOS INCENTIVOS, COMPENSAÇÕES PELO DESEMPENHO E SUPLEMENTOS

C.1 – DA NATUREZA DOS INCENTIVOS

- Conflito de normas LOE versus regime USF

O Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, que institui o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a retribuição a atribuir aos elementos que integram as USF modelo B, estabelece que a sua remuneração contem três componentes, remuneração base, suplementos e compensações por desempenho.

Por sua vez, as LOE para os anos 2011, 2012 e 2013, através das normas contidas nos seus artigos 24.º, n.º2, alínea b), 20.º, n.º1 e 35.º, n.º2 alínea b), respetivamente, que proíbem valorizações remuneratórias, vedam a possibilidade do pagamento de valorizações, nomeadamente dos prémios de desempenho.

A



182

Nesta medida,

Importa, desde logo esclarecer que, quando confrontada com estes dispositivos legais, a dúvida residiu em saber se os incentivos pagos ao abrigo do regime jurídico das USF estariam ou não, sob o alcance das normas proibitivas daqueles diplomas orçamentais.

Concluiu que não, porque em abono da verdade não estão. Senão vejamos,

- **Das normas proibitivas contidas na LOE 2011, LOE2012 e LOE2013**

O artigo 24.º da LOE2011, bem como dos dispositivos das posteriores LOE que lhe mantiveram o teor, teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20.º, n.º 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explícita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008,



189
R

de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5,

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afirmativa que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

- **Da natureza jurídica dos incentivos previstos no regime jurídico das USF**

A natureza jurídica dos incentivos, vedados por aquela legislação, nada têm a ver com a génese dos incentivos pagos ao abrigo do regime das USF.

Os prémios de desempenho proibidos por aquelas disposições legais, são aqueles que a Direcção-Geral de Administração e Emprego Público definiu,





150

como valorizações que estão na disponibilidade de um ato gestor do dirigente máximo dos serviços, mediante a disponibilização e cabimentação orçamental para o efeito.³

Ora, no regime jurídico das USF não é disso que tratamos. De um poder discricionário do dirigente máximo do serviço. Aqui, falamos de um direito decorrente de regime remuneratório específico e diferenciado com natureza compósita.

Esse regime é assim estabelecido, porquanto esses profissionais, embora nas mesmas carreiras de outros profissionais, exercem as suas funções num ambiente mais exigente que os demais. Veja-se, a título meramente exemplificativo, o caso do número de utentes atribuídos a cada médico.

E, não se diga que o mesmo não se aplica a assistentes técnicos e a enfermeiros, pois, sendo certo que é o médico o *pivot* da fixação da carteira de utentes, não é menos verdade que aqueles outros profissionais têm de responder na medida das necessidades daquela carteira maior, em compromisso constante duma carta da unidade.

Veja-se ainda, o regime previsto para as ausências por períodos de duas semanas, em que as obrigações do elemento ausente são asseguradas pelos restantes elementos da equipa, de modo a garantir o resultado do faltoso, sem que este seja, depois, por esse fato, prejudicado⁴.

É pois, inequívoco, que os incentivos são da unidade e não do indivíduo (naturalmente, depois de dividido entre eles), porque o que se pretende, é

³ Vide FAQ's da DGAEP in <http://www.dgap.gov.pt/>

⁴ Artigo 24.º, n.º1, 2 e 4.



Tribunal de Contas

158
AC

justamente, garantir uma quantidade de trabalho maior. Isso mesmo decorre do fato de terem de garantir também horários mais extensos do que os das demais unidades, organizando-se, dentro das normas legais, do modo que mais lhes convier, representando, assim, maior volume de trabalho.

Além de que, o regime prevê, inclusivamente, a contratualização de carteiras adicionais, o que não acontece com as unidades tradicionalmente organizadas.

Em reforço do entendimento preconizado, o despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro de Estado e das Finanças³, publicado na vigência das LOF que contemplam as ditas proibições de pagamento, e contextualizado no quadro das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, considera que o reforço das USF é um elemento imprescindível da política da saúde e de organização dos cuidados de saúde primários que não pode ser abandonado, mas antes reforçado, pelo que, nos termos do regime jurídico estabelecido pelo Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, fixa o número máximo de USF a criar no ano 2012 e autoriza a transição de modelos A para modelos B, que, constituindo um modelo diferenciado de remuneração, pressupõe a realização de despesa o que justifica a necessária intervenção do Ministério das Finanças.

E na verdade, foi mesmo necessária a emissão de declaração de cabimento orçamental para informar o processo aos Senhores Ministros da Saúde e das Finanças.

De resto, foi também este, o entendimento da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que, em tempo e no que concerne ao preenchimento do quadro 18 do BS relativo ao ano 2012, veio referir que seria mais correto que os incentivos pagos aos trabalhadores das USF fossem inscritos no Quadro

³ Despacho n.º9.999/2012, publicado no D.R., 2ª série, n.º143, de 25 de julho.

AC



Tribunal de Contas

152

18.1 – “outros regimes especiais de proteção no trabalho” e, consequentemente, na coluna suplementos remuneratórios do quadro 18.

O mencionado entendimento foi ainda veiculado pela ACSS, junto do Tribunal de Contas no decurso da presente Auditoria.

De salientar ainda que, no orçamento de cada ano, foi apresentado na memória justificativa um pedido de verbas extra para RH para passagem a USF a modelo B, para o acréscimo remuneratório daí resultante!

Quer-se com isto dizer, que a própria Lei do Orçamento, que proíbe a valorização, é a mesma que autoriza o orçamento da ARSNORTE, que prevê verbas para assegurar os encargos decorrentes da transição entre modelos A e B!

E é por esta sucessão de fatos, enquadrados pela legislação em vigor, que a ARS Norte se viu perante um direito criado a favor dos funcionários das USF modelo B, cujo pagamento era inevitável!

O regime das USF e toda a lógica da prestação de cuidados de saúde enquadra-se hoje na contratualização de cuidados – que aliás, a presente auditoria recomenda que se aprofunde.

A contratualização não é um ato de liberdade gestionária do dirigente máximo da ARS Norte, como também não o é a elaboração do relatório anual de contratualização dos cuidados primários.⁶

⁶Cfr. Preambulo do DL 298/2007 “...Este modelo, semelhante ao implementado pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas características, com a contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco...”, bem como no artigo 4.º da Portaria 301/2008, de 18 de abril.



Tribunal de Contas

157 INC

Acresce que, até mesmo os indicadores contratualizados e respectiva metodologia de aplicação, para além de vertidos em Lei são, anualmente, objeto de orientações da Administração Central do Sistema de Saúde, IP., homologados pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Ora, uma vez orçamentada a despesa para o efeito, bem como autorizadas as passagens de USF de modelo A para B - justamente para informar os candidatos sobre as expectativas que devem ter - e, depois disso, elaborado o relatório de contratualização, cria-se a favor dos cumpridores, o direito ao incentivo. E, portanto, a ARS Norte não se pode opor a esse pagamento. Trata-se do direito a uma parte do seu rendimento. Uma parte que compõe a sua remuneração. Daí ser um modelo remuneratório, diferenciado e de natureza compósita.

E isso mesmo veio a ser confirmado pela alteração introduzida no regime pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro.

A este propósito, não se pode deixar de manifestar expressa discordância ao entendimento sufragado no Relato da Auditoria de que se trata, somente, de alteração da nomenclatura e que esta não altera a natureza do incentivo!

Entende-se pois, pelo contrário, que foi exatamente a natureza do incentivo, enquanto remuneração compósita, que tornou necessária a alteração da nomenclatura, que se afigurava desadequada, sendo corrigida pela recente Portaria.

que refere " A ARS apura os resultados finais da contratualização que determinam a atribuição de incentivos institucionais e financeiros."



174

O que nos leva a concluir, que se a Portaria não alterou a natureza do incentivo, adequou a sua nomenclatura àquela natureza jurídica.

V. DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

A responsabilidade financeira tem pressupostos e consequências distintas das outras formas de responsabilidade e é apurada independentemente das outras que possam derivar dos mesmos factos, não recaindo sobre os serviços ou órgãos do Estado, já que é uma responsabilidade pessoal, podendo ser reintegratória ou sancionatória.

Nas palavras de João Ricardo Catarino⁷, *“Trata-se de uma responsabilidade mais ampla que emerge da violação das leis financeiras, em que a acção ou omissão culposa dos concretos agentes configura sempre uma violação (que pode não ser material) dos interesses financeiros públicos: o Estado e as outras entidades públicas tipificadas serão sempre os lesados pela actividade ilícita dos seus funcionários e agentes e nunca os corresponsáveis da lesão ou causadores da sua actuação.”*

A responsabilidade financeira reintegratória, nos termos do art.59.º da LOPTC está associada à condenação de reposição de verbas, verificando-se nos casos de desaparecimento de valores das entidades públicas, desvio de dinheiros ou valores públicos e pagamentos indevidos, estes considerados como pagamentos ilegais que causaram dano para o erário público.

⁷ João Ricardo Catarino - Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiros, Almedina 2012, p.372.



Tribunal de Contas

15:4

Por sua vez, a responsabilidade sancionatória consiste na aplicação de multas nas situações previstas no art.65.º da LOPTC, nas quais se inclui a violação de normas relativas à assunção, autorização ou pagamento de despesas públicas.

Nas palavras de Maria d'Oliveira Martins, «ambas formas de responsabilidade financeira, reintegratória e sancionatória dependem da verificação de um acto ilícito e culposo do agente»⁸.

A ilicitude corresponde à "identificação de um facto contrário à lei sem que ocorra uma causa de justificação (que no caso da responsabilidade reintegratória conduz a uma perda patrimonial)"⁹.

A culpa corresponde ao estabelecimento de uma "tal relação de meios - fins, incorrendo o agente num juízo de censura, seja por ter pretendido directamente, necessária ou eventualmente atingir as suas normas violadas (dolo), seja por não ter pretendido pautar-se pelos deveres de cuidado que ao caso cabiam (negligência ou mera culpa)".¹⁰ »

A responsabilidade financeira pode ser relevada ou reduzida pelo Tribunal quando se verifique negligência, devendo a decisão mencionar os fundamentos justificativos de tal redução ou relevação (art.64.º, n.º2 da LOPTC).

Ainda, nos termos do art.64.º, "O Tribunal de Contas avalia o grau de culpa de harmonia com as circunstâncias do caso, tendo em consideração as competências do cargo ou a índole das principais funções de cada responsável, o volume e fundos movimentados, o montante material da lesão dos dinheiros

⁸ Maria d'Oliveira Martins – Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiro, Almedina 2011, p.161

⁹ Maria d'Oliveira Martins APUD Guilherme D'Oliveira Martins – A reforma do Tribunal de Contas em 2006. Lisboa 2006 – p.44

¹⁰ Maria d'Oliveira Martins APUD José F.F.Tavares – Alguns aspectos estruturais das finanças públicas na actualidade. Lisboa 2008 – p.11



196 AC

ou valores públicas; o grau de acatamento de eventuais recomendações do Tribunal e os meios humanos e materiais existentes no serviço, organismo ou entidade sujeitos à sua jurisdição.”

VI. DO MÉRITO DAS IMPUTAÇÕES INDICIÁRIAS DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA AO ORA SIGNATÁRIO, CONSTANTES DO RELATO DE AUDITORIA.

Compulsado o teor do Relato de Auditoria, designadamente os pontos 8.3.4. e 8.3.5. do desenvolvimento “incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos”, e cotejadas as conclusões apresentadas, em especial as referentes a “incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos nas USF” – cfr. ponto 52 e 53”, com a Grelha constante do documento denominado de Anexo I em que se procede à identificação de “Eventuais Infrações Financeiras”, vertidas no quadro do referido Anexo relativas à respondente, resulta do Relato de Auditoria, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD da ARS NORTE, do mandato compreendido entre outubro de 2011 e dezembro de 2012 (adiante referido por “CD 2011/2012”), que o ora Signatário integra, desde 17 de maio de 2012, no âmbito dessas matérias.

DO QUADRO DO ANEXO I

Do alegado indevido pagamento de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B nos anos 2011 e 2012.

Como resulta do Relato de Auditoria, constitui facto suscetível de integrar infração financeira o pagamento de incentivos financeiros (prémios de



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

193

desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B nos anos 2011 e 2012.

Isto porque,

O aludido pagamento determinou a violação do art.º 24.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º55-A/2010, de 31 de dezembro (LOE para 2011); art.º20.º, n.º1, da Lei n.º64-B/2011, de 30 de dezembro (LOE para 2012) e art.º 35.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE para 2013), podendo fazer incorrer os membros do Conselho Diretivo em infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória p.p. nos termos da alínea b), do n.º1 do art.º 65.º e n.ºs 1, 4,5 e 6 do art.º59.º, ambos da Lei n.º98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º48/2006, de 29 de agosto – LOPTC.

Ora, a imputação indiciária de responsabilidade aos membros do **CD 2011/2012**, assenta, por um lado, no entendimento que os incentivos em causa constituem prémios de desempenho e, por outro, na mera verificação formal do seu pagamento aos profissionais no período compreendido de 2011 a 2012 e nos valores de despesa realizada, não logrando apurar, ou pelo menos levar em consideração, a factualidade subjacente às decisões do CD, que sustentaram aqueles pagamentos, cuj a ponderação não determinaria seguramente a imputação de qualquer, ainda que eventual, infração, como adiante se demonstrará,

Senão vejamos,

Não obstante constituir convicção da ARSN de que os incentivos em causa são uma componente da remuneração daqueles profissionais, decorrente de um

1



Tribunal de Contas

198

regime remuneratório específico, não consistindo em prêmio de desempenho e, portanto, não abrangidos na proibição contida nas normas das Leis de Orçamento em referência, as dúvidas que amplamente foram suscitadas quanto à matéria levaram a que ARSN se rodeasse de amplas cautelas e, no seio da sua tutela tentasse obter os necessários esclarecimentos, como já atrás ficou referido.

Já no decurso da presente auditoria desencadeada pelo douto Tribunal, em finais do passado ano 2013, foram encetadas novas diligências junto da tutela, no sentido de obter orientações quanto ao pagamento dos incentivos reclamados pelos profissionais, o qual, através de comunicação de correio eletrónico remetido pelo Exmo. Chefe de Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde foi suspenso até que fossem emitidos esclarecimentos quanto à matéria pelo Ministério das Finanças.

Sendo que,

Através de comunicação de correio eletrónico do mesmo Gabinete, datada de 02.01.2014, com fundamento nos esclarecimentos obtidos e atenta a publicação da Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, foi transmitido ficar sem efeito a dita suspensão do pagamento dos incentivos aos profissionais das Unidades de Saúde Familiares (USF).

Com efeito,

A referida Portaria n.º377-A/2013, de 30 de dezembro, veio introduzir alterações à já citada Portaria n.º301/2008, de 18 de abril, revendo os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e



Tribunal de Contas

185.4

profissionais que as integram, bem como introduzir novos indicadores de contratualização e monitorização da atividade das USF, alterando a denominação dos incentivos e confirmando-lhe natureza diversa de prémio de desempenho.

Ainda que entendendo, o que não se concede, que os apontados incentivos configurem prémios de desempenho na aceção conferida pelas LOE, as circunstâncias que rodearam o pagamento efetuado pela ARS NORTE e a sua atuação prudente, afastam, de forma inequívoca, a culpa, podendo, *in extremis*, configurar um mero erro desculpável, não podendo nem devendo ser assacada a responsabilidade financeira de que vêm indiciados os membros do CD.

Já vimos, pois, que nas situações referidas, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD individualmente consideradas por putativas "Infrações Financeiras", decorre de erro de análise vertido no Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, devendo ser expurgada do Relatório Final, sob pena de, em caso contrário, se violar o princípio da proporcionalidade e razoabilidade, respetivamente porque, nada se diz sobre a proporção da "pena" tendo em conta o caso concreto de cada um dos signatário e que, para si, é condição fundamental das imputações efetuadas.

Sem prejuízo, o Signatário não prescindirá de, no âmbito do presente Contraditório, referir alguns elementos adicionais que o Relato de Auditoria não considerou e que objetivamente atestam a exclusão de qualquer responsabilidade dos membros que integraram os sucessivos CD.

Mesmo admitindo, o que não se concede e carece de melhor demonstração, que, nalgum dos casos elencados no Relato de Auditoria, possa ter sido preterida alguma formalidade, trata-se de casos em que não houve nem dolo, nem negligência dos membros dos **CD de 2011/2012**, pelo que não colhe a

h



Tribunal de Contas

200

imputação indiciária de responsabilidade sancionatória que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Decorre, pois, com meridiana clareza que o CD atuou – objetivamente e em função das circunstâncias históricas do momento – com toda a diligência, motivado pela preocupação de salvaguarda dos melhores interesses da ARS Norte e da população da Região, em observância e estrito cumprimento do princípio da legalidade e do interesse público.

Não se compreende – e, por isso, o ora Signatário repudia veementemente – a imputação de responsabilidade sobre a matéria, em que trespassa a ideia, contrariada no plano dos factos pelas referências *supra* evidenciadas, de que os membros do **CD 2011/2012**, possam ter sido pouco diligentes ou que tivessem atuado com leviandade.

Outrossim, resulta do exposto, que o Relato de Auditoria se revela inteiramente desproporcionado e desadequado em função das circunstâncias concretas em que as decisões foram tomadas, existindo causas significativas que excluem qualquer responsabilidade que possa ser assacada ao signatário membro do **CD de 2011/2012, cujo início de funções se verificou em 17 de maio de 2012.**

Ou seja, em suma, se, já à luz do que resulta vertido no desenvolvimento do relato de Auditoria, a única conclusão a retirar seria a de não se poder imputar qualquer responsabilidade aos membros do CD.

À luz dos presentes esclarecimentos e dos elementos de facto demonstrados, essa conclusão torna-se inabalável, ficando plenamente infirmadas as conclusões constantes de fls. 11 e ss., quando se afirma “ *os membros dos conselhos diretivos das respetivas administrações regionais de Saúde, em exercício de funções nas gerências de 2011e 2012, que autorizaram a despesa*



201

decorrente da atribuição de incentivos financeiros (prêmios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF de modelo B (...) podem incorrer em eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória”, no que aos membros do CD da respondente, respeita.¹¹

VI- DAS RECOMENDAÇÕES

Reportando-nos às Recomendações dirigidas aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de saúde, é de referir o seguinte:

- a) Ponto *i*: a ARS Norte concorda e aceita o teor da presente recomendação, sendo que o seu integral cumprimento está dependente da disponibilização atempada da metodologia de contratualização pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), pelo que o cumprimento do prazo indicado pelo Tribunal (31 de dezembro) está condicionado à disponibilização da referida informação;
- b) Ponto *ii*: a seleção anual de indicadores não pode ser atualmente realizada, visto que, para tal suceder: 1) na contratualização interna teria de ser revista a legislação, de forma a eliminar o conceito de indicadores comuns a todas as USF do tecido nacional, os quais são definidos pela ACSS; do mesmo modo, seria necessário eliminar da legislação a definição de contratualização de indicadores por triénio, para permitir os ajustes anuais necessários; 2) na contratualização externa teria de ser alterada a metodologia, concebida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, de forma a eliminar o conceito de eixo nacional de indicadores, o qual define o mesmo conjunto de indicadores a contratualizar a nível nacional. A adequação de metas às características locais e às prioridades

¹¹ Vide relato da auditoria pág. 23, ponto 53.

2



Tribunal de Contas

202 K

assistenciais definidas é realizado de acordo com os perfis e planos locais de saúde de cada ACE's.

c) Ponto *iii*: Considera a ARS Norte ser de acolher a presente recomendação, devendo para o efeito solicitar a adequação do sistema de informação atualmente existente;

d) Ponto *iv*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, pese embora o SINUS não ser uma ferramenta apropriada visto ter limitações, nomeadamente no que se reporta à não manutenção de dados históricos relacionados com o número de inscritos e à não disponibilização de informação de forma centralizada mas sim apenas a nível local;

e) Ponto *v*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, tanto mais que já dispõe de um calendário de acompanhamento trimestral e são elaborados relatórios publicados no seu sítio da internet.

f) Ponto *vi*: Considera a ARSN ser de acolher a recomendação, representando junto da ACSS a necessidade de emitir orientações nesse sentido, pese embora o impacto desta medida se reflita apenas nos incentivos institucionais que, por definição legal, são afetos a melhorias e investimentos na própria ARS.

g) Ponto *vii*: Concordar e acolher.

h) Ponto *viii*: a atualização da lista de utentes, na perspetiva de eliminação de duplicações e de identificação de não frequentadores, não obstante os processos realizados anteriormente, só recentemente foi possível implementar de forma intensiva e transversal, estando previsto para 2014 um novo ciclo de atualizações. Na perspetiva do cálculo de suplementos e incentivos aos profissionais das USF em Modelo B, a atualização da lista de utentes sempre foi realizada de acordo com a

↓



203 4

periodicidade prevista na legislação (cf. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, Art. 9.º, N.º 5 e do Despacho do Exmo. Sr. SEAS, de 23 de abril de 2008 sob o título "Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF - Mod. B"). Neste sentido a atualização é realizada trimestralmente no primeiro ano de funcionamento da USF em Modelo B e anualmente nos anos seguintes, com reporte à situação a 31 de dezembro. No caso de ocorrerem atrasos são realizados todos os acertos aplicáveis de forma a repor os valores corretos para cada situação.

VII – DAS CONCLUSÕES

Atenta a factualidade carreada na presente pronúncia e bem assim os argumentos aduzidos pelo ora signatário, está o mesmo em condições de formular as seguintes conclusões:

- A. Os incentivos financeiros decorrentes do regime jurídico das USF não constituem prémios de desempenho e, nessa medida, o seu pagamento não determina qualquer infração, mormente a normas contidas nas Lei do Orçamento;
- B. Não se verifica, pois, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD 2011/2012, pela alegada violação de normas e realização de pagamentos indevidos;
- C. Mesmo que se tivesse verificado alegada violação das *supra* referidas normas das LOE 2011, 2012 e 2013, dadas as circunstâncias em que se verificaram os pagamentos e as cautelas de que se rodeou o CD da ARSNORTE, nunca os seus membros poderiam ter agido com culpa, ou sequer de forma negligente, pelo que o signatário, no estrito cumprimento do seu dever, agiu como gestor





Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

24 R

criteroso e ordenado, tendo em vista, exclusivamente, os interesses da ARSNORTE, da população da Região, do Ministério da Saúde e do Estado;

- b. Por último, ainda que admitindo que possa ter sido preterida alguma formalidade, o que não se concede, as infrações apontadas nunca foram praticadas com dolo, nem tão pouco negligência dos membros do CD 2011-2012, pelo que não colhe a imputação indiciária de responsabilidades sancionatórias e reintegratórias que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Nestes termos,

Devem ser consideradas totalmente improcedentes as imputações indiciárias de responsabilidade assacadas ao Signatário, por "eventuais infrações financeiras" identificadas no Relato de Auditoria, rogando-se que as mesmas sejam integralmente eliminadas em sede de Relatório Final.

O signatário,

José Carlos de Jesus Pedro

Vogal do Conselho Diretivo



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

8. EX-MEMBROS DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP

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

Porto, 20 de março de 2014.

ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários.

Proc. n.º 32/2012 AUDIT

Fernando Manuel Ferreira Araújo, António José da Silva Pimenta Marinho, Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso e Luís Carlos Fontoura Porto Gomes, notificados pelo Tribunal de Contas, nas qualidades de Presidente, Vice-Presidente e Vogais, do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., respetivamente, através de Ofícios com as **ref.ºs 2646 de 28/Fev/2014, 2647 de 28/Fev/2014, 2648 de 28/Fev/2014 e 2649 de 28/Fev/2014**, relativas ao **Proc. n.º32/2012 – Audit, DA VI**, para, querendo, se pronunciarem, nos termos e para os efeitos do disposto no art. 13.º e 87.º, n.º3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, sobre os factos e às matérias do Relato de Auditoria, elaborado na sequência de auditoria realizada ao desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, vêm apresentar



PRONÚNCIA,

O que fazem nos termos e com os fundamentos seguintes:

I. PRELIMINARES (tempestividade da Pronúncia)

Em tempo, os Signatários requereram, a este douto Tribunal, prorrogação de prazo para efeitos de Pronúncia, em sede de contraditório, por mais dez dias.

O Tribunal veio a conceder a peticionada prorrogação, por cinco dias úteis, ou seja, até 21 de março p.f., (conforme emails recebidos pelos signatários a 13 de março, remetidos pelo Auditor-Chefe Dr. Paulo Fonseca).

Assim, a presente Pronúncia é tempestiva.

II. DA NATUREZA JURIDICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

Convém, desde logo, delimitar a natureza jurídica da entidade objeto da auditoria a que ora se responde. Assim,

A **Administração indireta do Estado** integra as entidades públicas, distintas da pessoa coletiva "Estado", dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira que desenvolvem uma atividade administrativa que prossegue fins próprios do Estado; trata-se de administração "do Estado" porque se prosseguem fins próprios deste, e de "administração indireta"



porque estes fins são prosseguidos por pessoas coletivas distintas do Estado¹.

A administração indireta do Estado é constituída por organismos dotados de personalidade jurídica e de órgãos e património próprios, sujeitos a superintendência e tutela do Governo, criados para o desenvolvimento de atribuições que, devido à sua especificidade, o Estado entende não dever prosseguir através de serviços submetidos à direção do Governo, sendo, em regra, dotados de autonomia administrativa e financeira, entre os quais se incluem os institutos públicos cujo regime jurídico foi aprovado pela Lei n.º3/2004, de 15 de janeiro, alterada pela Lei n.º51/2005, de 30 de agosto, pelo Decreto – Lei n.º200/2006, de 25 de outubro e pelo Decreto – Lei n.º105/2007, de 3 de abril.

Cada instituto público está adstrito a um departamento ministerial, (cfr. artigos 7.º, 41.º e 42.º da Lei n.º3/2004, de 15 de janeiro) abreviadamente designado por ministério da tutela, cujo ministro pode dirigir orientações, emitir diretivas sobre os objetivos a atingir na gestão e sobre as prioridades a adotar na respetiva prossecução ou solicitar informações aos seus órgãos dirigentes.

No caso concreto da ARS Norte, IP a sua Lei Orgânica, aplicável ao mandato do CD2011, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 222/2007 de 29 de maio, confere-lhe, no seu artigo 1.º, n.º 1, a natureza de instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. Para o efeito, o n.º 2 do mesmo preceito, estabelece ainda que prossegue as suas atribuições, sob superintendência e tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde. E, por fim, o n.º 3, enquadra o seu regime jurídico, para além do diploma que a cria, e da lei-quadro dos institutos públicos, pelas normas constantes do Estatuto do Serviço

¹ Definição contida no sítio da internet da DGAEP (Direção-Geral da Administração e Emprego Público).



Nacional de Saúde e pelas demais normas que lhe sejam aplicáveis.

Posto isto, é a ARS Norte, IP, uma instituição dependente do Ministério da Saúde, integrada no Serviço Nacional de Saúde Cfr. Base XII, nº 2 da Lei nº 48/90, de 24.08 (Lei de Bases da Saúde), incluída na Administração indireta do Estado, sendo, inequívoca a sua natureza pública, sujeita, portanto, às normas e fiscalização do Estado, através das entidades competentes para o efeito.

III. DO REGIME JURÍDICO DA ORGANIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF)

A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) no sistema português de saúde surge na sequência da política de reforma dos cuidados de saúde primários assumida, pelo menos desde o XVII Governo Constitucional, de desenvolvimento de uma matriz organizativa de reconfiguração dos centros de saúde, destinado ao conseguimento de maiores ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários.

Aos cuidados de saúde primários, por serem o primeiro nível de contacto dos doentes com o sistema de saúde, os sucessivos executivos foram atribuindo o *status* de pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, sendo neste panorama que surgem as USF, enquadradas no contexto conceptualmente mais vasto que são os centros de saúde, constituindo a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.



No respaldo dessa política, e inspirado no modelo do regime remuneratório experimental (RRE) estabelecido para os médicos, e previsto no Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, anteriormente implementado na âmbito da organização dos centros de saúde - e cujas sucessivas avaliações demonstraram ser um modelo a seguir conforme se pode ler no sítio da Direcção-Geral da Saúde (<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rre-regime-remuneratorio-experimental-dos-medicos-de-clinica-geral-relatorio-da-comissao-de-acompanhamento-e-avaliacao.aspx>) que refere “O Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral é uma experiência inovadora organizacional em Cuidados de Saúde Primários, instituída pela DL n.º. 117/98 de 17 de Setembro em execução desde 1999. O presente relatório aprofunda a avaliação desta experiência (dados de 2003) e em dados qualitativos relativos a variáveis organizacionais utilizados no desenho desta experiência”.

O relatório conclui pela confirmação da hipótese de base e propõe os seus resultados para futura reorganização dos Centros de Saúde nomeadamente na que respeita à contratualização com equipas multiprofissionais.

O Governo decidiu prorrogar por mais um ano, até fins de 2005, esta experiência inovadora que continuará a ser objecto de acompanhamento e avaliação por esta Direcção-Geral da Saúde através da Comissão de Acompanhamento e Avaliação.”, estabelecendo os critérios para a sua implementação.

Na sequência desta avaliação e dado revelar maior acessibilidade aos cuidados, ganhos em saúde e aumento da qualidade dos cuidados prestados, com clara satisfação dos utentes –, surgem as USF como unidades elementares da



estrutura organizacional dos centros de saúde, para a prestação de cuidados individuais e familiares dos cuidados de saúde primários.

É com base no objetivo transversal a vários Governos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde primários que o poder político tem vindo a adotar o modelo organizativo do RRE para as USF, ao consolidar e alargar a esta figura o modelo de incentivos, estabelecido para os médicos, aos profissionais das USF.

As USF configuram, assim, um modelo organizacional constituído por equipas multiprofissionais, com objetivos comuns e únicos, que se contrapõem às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e decisão vertical, existindo e implementando-se um compromisso assistencial nuclear (carteira básica de serviços) distinguindo-se as unidades pela produtividade, eficiência; satisfação profissional e ganhos em saúde que conseguem obter com os diferentes estatutos organizacionais e processos de gestão dos recursos.

A criação das USF constitui, pois, a evolução mais expressiva dos cuidados de saúde primários em Portugal, sendo que as avaliações feitas a este modelo têm-no considerado como uma mais-valia global, quer ao nível da acessibilidade, cobertura e utilização por haver uma clara melhoria em termos de acesso e utilização, e também de ganhos em saúde. Estes factos podem ser claramente demonstrados:

- a) Com a sucessiva diminuição de utentes sem médico de família nos agrupamentos de centros de saúde (ACeS) que se tem vindo a verificar, nomeadamente na região Norte (de um total de 371.101 utentes sem médico de família em 2010 existem em 2013 190.098 utentes sem



médico de família). Esta evolução, no caso da Região Norte, resulta, essencialmente da aplicação deste modelo organizativo. Desta forma alcançou-se um dos principais objetivos subjacentes à criação das USF, o qual se centrou na necessidade de alargar a cobertura efetiva de cuidados de saúde primários a toda a população residente em Portugal e de os tornar mais efetivos no seu papel de porta de entrada do cidadão doente no SNS. É que no contexto da adesão ao modelo USF a contratualização foi sempre efectuada com o pressuposto de que deveriam ser inscritos pelo menos 1.750 utentes em cada lista dos médicos de família versus as antigas listas de 1.550 utentes, o que, mais importante, veio a tornar-se a referência para a prática clínica de medicina geral e familiar exercida fora do ambiente USF. Efectivamente este pressuposto, serviu de referência para a reorganização levada a cabo. As USF são, neste caso, um bom exemplo de replicação de práticas que não podem deixar de ser tidas em conta na avaliação da evolução da saúde e dos indicadores de saúde nos últimos anos em Portugal;

b) Este entendimento é amplamente reconhecido e partilhado pela Troika através das metas incluídas no memorando de entendimento e que consagram a criação de USF, nomeadamente modelo B, constituindo um dos mecanismos de assegurar o aumento da acessibilidade e a sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde.

Esta opção política surge plasmada no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que estabelece a organização e funcionamento das USF e prevê a existência de incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional



das USF modelo A e modelo B, de incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B e de compensações pelo desempenho a atribuir a médicos em USF modelo B, por atividades específicas realizadas. Com efeito, a motivação da adesão ao modelo A, centra-se, em grande medida, na possibilidade de ascender ao modelo B. Não existiriam estas últimas, sem aquelas primeiras, pelo menos na medida impactante em que se implementaram e influenciando decisivamente o sistema. E é de sublinhar que na ARS Norte, IP não há nenhuma USF que tenha transitado para o Modelo B sem que tenha feito um longo e exigente percurso em Modelo A. Tal não exclui, também, a necessidade de se aperfeiçoar o modelo num sentido que garanta a perseguição pelas USF da excelência e as afaste do imobilismo, mas em que o *burnout* não contribua para o seu desaparecimento.

Tem sido, entre outras, pela implementação das USF, e da possibilidade de as mesmas poderem evoluir no seu modelo, que tem sido possível obter uma maior cobertura assistencial, desde logo pelo facto de se exigir aos elementos da equipa multiprofissional que as integram uma maior cobertura assistencial a um maior número de utentes e, em consequência, se necessário um alargamento do horário de funcionamento das unidades. Aqui não podemos deixar de referir que este modelo permitiu padronizar e relacionar cargas horárias dos profissionais com o número de inscritos. E isto é demasiado importante, pois em muitos casos os enfermeiros e os secretários clínicos aceitaram mais utentes inscritos, evitando-se assim a afectação de mais funcionários à unidade de saúde, com o consequente aumento de custos que teriam sido exigidos, e que não tem sido levado em consideração em muitas das avaliações efectuadas.



À margem disso, as USF traduzem uma melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde à população que abrangem, porquanto possibilitam o alargamento da atividade assistencial no âmbito da prevenção, usualmente marginalizada e com pouco reflexo junto da população, e no campo da referenciação facultam a possibilidade de estreitar as relações entre as unidades dos cuidados de saúde primários e as dos cuidados secundários.

O modelo de prestação de cuidados orientado para a qualidade com suporte no trabalho de equipa multiprofissional, com autonomia e num regime remuneratório diferenciado, segundo os compromissos assumidos e contratualizados, e variáveis segundo a prestação de cuidados a alguns grupos vulneráveis, tem demonstrado comprovadamente, os resultados expectáveis, traduzidos numa maior produtividade e racionalidade técnica, melhoria da qualidade/ganhos em saúde, melhor relação custo e eficiência e com maior satisfação para utentes e profissionais.

De um ponto de vista de organização económica do sector, as USF trouxeram, por um lado, a noção de flexibilidade na organização de trabalho de equipa, permitindo uma melhor capacidade de resposta do SNS às necessidades de saúde da população que é servida, e, por outro, o papel dado à remuneração no desempenho profissional com a definição de pagamentos prospetivos com base nos atos realizados e resultados contratualizados, seguindo-se dessa forma o princípio geral de pagar de acordo com a atividade desenvolvida segundo preços estabelecidos prospetivamente.

As despesas imputáveis às USF resultam assim do número de pessoas cobertas, sendo natural e claro o incentivo que existe em cada uma das USF em alargar



a sua base de cidadãos, para além de se estimular a realização de mais atos através de um incentivo ao aumento da produtividade. Este alargamento de utentes inscritos em cada médico – que obriga à prestação de mais horas de atendimento para cumprimento dos objectivos – também diminui a necessidade de contratação de mais médicos, tendo em conta o número de inscritos que a legislação prevê para a respectiva carga horária.

Ressalve-se e destaque-se que este aumento de produtividade não é exclusivamente alcançável através da realização de atos médicos, mas antes como resultado de um verdadeiro trabalho de equipa, em que profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos contribuem em igual medida para o resultado obtido, como verdadeira equipa multiprofissional que são, sendo que se alguma das partes não garantir a sua quota parte por algum motivo, os resultados ficam automática e garantidamente comprometidos.

Em 2005 os Cuidados de Saúde Primários, do ponto de vista da informatização, estavam sem qualquer estratégia, e sem qualquer informatização, a não ser em alguns centros de saúde e de forma muito básica. A imensa maioria dos profissionais trabalhava com ficheiros de papel. Refira-se ainda que a informação de produtividade e evolução dos indicadores era tratado de formas verdadeiramente artesanais.

Foram as USF – nenhuma USF podia entrar em funcionamento sem um sistema de informatização – que se constituíram como a verdadeira “locomotiva” para a informatização do Cuidados de Saúde Primários. E foram os seus profissionais os primeiros a “exigir” informatização, sistemas de informação credíveis, monitorizações e publicação atempada dos indicadores. Foi por haver USF e



modelos de remuneração diferenciados e relacionados com o desempenho que foram criados sistemas de informação que permitem, com rigor, avaliar o desempenho dos profissionais, estudar a evolução da prestação de cuidados à população e garantir uma contratualização muito mais próxima das melhores práticas.

Em face do exposto, para além das virtudes que têm sido reconhecidas ao funcionamento das USF, não se nos afigura possível conceber este sistema e modelo organizativo, que tem vindo a ser definido, defendido e reiterado pelo legislador e, posteriormente, pela Troika (vide a meta estabelecida no MoU de reforço da aposta em USF modelo B), retirando-se-lhe uma parte que lhe está subjacente e é inerente, que se traduz nos incentivos financeiros atribuídos à equipa como resultado dos objetivos contratualizados e alcançados, e sem a qual provocaria a derrocada de toda a reforma dos cuidados de saúde primários até então implementada com consequências muito negativas a nível social, quer para os profissionais em causa, quer para a população utilizadora do SNS em especial, que veria as suas expectativas e o seu grau de exigência fortemente comprometidos.

É de sublinhar que não se paga (nem se sobrevaloriza) por actos isolados mas por resultados alcançados no âmbito das políticas de saúde prioritárias, definidas pela Administração – seja a ARS, a ACSS ou a DGS).

E as USF não podem deixar de ser entendidas como uma parte da Reforma dos Cuidados de Saúde. Quando se requalificaram os Serviços de Atendimento Permanente (SAP) e se encerraram muitos dos locais durante o período nocturno (onde não tinham utilização), foram *libertados* profissionais para o



atendimento personalizado de utentes, contribuindo ainda para diminuir o número de atendimentos nas urgências hospitalares na região Norte como é facilmente comprovado pela evolução evidenciada nos Relatórios publicados nos sítios da ARSN e da ACSS.

Assim, a prossecução desta política tem tido, na sua base, o objetivo de melhorar e potenciar o sistema de referência com base nos cuidados de saúde primários. Com efeito, segundo a literatura da economia de saúde, existe evidência de que, entre os determinantes que têm um efeito sobre a despesa global em saúde, no sentido de a limitar no crescimento, está o facto de os sistemas de saúde possuírem sistemas de referência estruturados nos cuidados de saúde primários. A este propósito, Pedro Pita Barros, in *"Economia da Saúde, Conceitos e Compartamentos"*, Almedina, 3ª Edição, destaca os *"efeitos estatisticamente significativos e robustos"* no sentido de se dever privilegiar *"o uso de um sistema de referência baseado nos cuidados de saúde primários"* ao qual se encontra associada uma menor despesa global em saúde.

Ou seja, a reforma dos cuidados de saúde primários e o modelo USF permitiu reforçar a cobertura e, portanto, o papel dos cuidados de saúde primários, na referência clínica e prevenção, potenciando-a, como se pode ler nos relatórios divulgados no sítio da ACSS (http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/csp_usf_regiao_norte_eval_2006_2010.pdf), mas também nos Relatórios Anuais do Departamento de Contratualização da ARS Norte (<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios>) e <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/>



[Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/
Ficheiros/Relatorio_Atividades_2012.pdf](#)

É neste pressuposto que a ARS Norte, IP, enquanto instituto público que integra a administração indireta do Estado, tem pautado a sua atuação de forma absolutamente consentânea com a política dos diferentes Governos adotada nesta matéria, sendo que a autorização da ARS em proceder ao pagamento de incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos que integram a equipa multiprofissional das USF modelo B sempre deverá respeitar os designios, autorizações e as orientações que superiormente lhe foram sendo comunicadas e as quais se julgam consentâneas não só com a lei, mas com a própria filosofia e espírito do decisor/legislador que esteve na criação das USF conforme se procurou demonstrar.

IV. DA NATUREZA DOS INCENTIVOS

Conflito de normas LOE versus regime USF

O Decreto – Lei n.º298/2007, de 22 de agosto, que institui o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a retribuição a atribuir aos elementos que integram as USF modelo B, estabelece que a sua remuneração contém três componentes, remuneração base, suplementos e compensações por desempenho.

Por sua vez, a LOE para o ano de 2011, através das normas contidas nos seus artigos 24.º, n.º2, alínea b), que proíbe valorizações remuneratórias, veda a



possibilidade do pagamento de valorizações, nomeadamente dos prémios de desempenho.

Nesta medida,

Importa, desde logo esclarecer que, quando confrontada com estes dispositivos legais, residia a dúvida em saber se os incentivos pagos ao abrigo do regime jurídico das USF estariam ou não, sob o alcance da norma proibitiva daquele diploma orçamental.

Perante o surgimento desta dúvida, com o intuito de cumprimento de todas as disposições legais aplicáveis e adoptando uma gestão baseada no princípio da precaução e prudência, o CD2011 decidiu questionar a Tutela uma vez que ambos os diplomas legais têm base e foram concebidos pelo Governo, para poder agir em conformidade. Assim no dia 1 de Fevereiro de 2011, foi enviado o ofício nº8939 (ver em anexo) para o Exmo. Senhor Chefe de Gabinete do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a solicitar esclarecimentos sobre esta matéria, i.e., a aplicabilidade ou não da LOE a estas remunerações das USF.

Enquanto o CD2011 esteve em funções, ou seja, até ao início de Outubro de 2011, a ARS Norte, IP não obteve qualquer resposta ao ofício enviado.

Por esse motivo o CD2011 decidiu continuar com o processo de avaliação das USF, visto tratar-se de questões referentes ao ano de 2010, não tomando nenhuma decisão no sentido da autorização dos pagamentos em causa, até que obtivesse esclarecimentos superiores sobre a respectiva legalidade.

V. DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA



A responsabilidade financeira tem pressupostos e consequências distintas das outras formas de responsabilidade e é apurada independentemente das outras que possam derivar dos mesmos factos, não recaindo sobre os serviços ou órgãos do Estado, já que é uma responsabilidade pessoal, podendo ser reintegratória ou sancionatória.

Nas palavras de João Ricardo Catarino², *“Trata-se de uma responsabilidade mais ampla que emerge da violação das leis financeiras, em que a acção ou omissão culposa dos concretos agentes configura sempre uma violação (que pode não ser material) dos interesses financeiros públicos: o Estado e as outras entidades públicas tipificadas serão sempre os lesados pela actividade ilícita dos seus funcionários e agentes e nunca os corresponsáveis da lesão ou causadores da sua actuação.”*

A responsabilidade financeira reintegratória, nos termos do art.59.º da LOPTC está associada à condenação de reposição de verbas, verificando-se nos casos de desaparecimento de valores das entidades públicas, desvio de dinheiros ou valores públicos e pagamentos indevidos, estes considerados como pagamentos ilegais que causaram dano para o erário público.

Por sua vez, a responsabilidade sancionatória consiste na aplicação de multas nas situações previstas no art.65.º da LOPTC, nas quais se inclui a violação de normas relativas à assunção, autorização ou pagamento de despesas públicas.

² João Ricardo Catarino - *Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiros*, Almedina 2012, p.372.



Nas palavras de Maria d'Oliveira Martins, «*ambas formas de responsabilidade financeira, reintegratória e sancionatória dependem da verificação de um acto ilícito e culposo do agente*»³.

*A ilicitude corresponde à "identificação de um facto contrário à lei sem que ocorra uma causa de justificação (que no caso da responsabilidade reintegratória conduz a uma perda patrimonial)"*⁴.

*A culpa corresponde ao estabelecimento de uma "tal relação de meios - fins, incorrendo o agente num juízo de censura, seja por ter pretendido diretamente, necessária ou eventualmente atingir as suas normas violadas (dolo), seja por não ter pretendido pautar-se pelos deveres de cuidado que ao caso cabiam (negligência ou mera culpa)"*⁵ »

A responsabilidade financeira pode ser relevada ou reduzida pelo Tribunal quando se verifique negligência, devendo a decisão mencionar os fundamentos justificativos de tal redução ou relevação (art.64.º, n.º2 da LOPTC).

Ainda, nos termos do art.64.º, "O Tribunal de Contas avalia o grau de culpa de harmonia com as circunstâncias do caso, tendo em consideração as competências do cargo ou a índole das principais funções de cada responsável, o volume e fundos movimentados, o montante material da lesão dos dinheiros ou valores públicos, o grau de acatamento de eventuais recomendações do Tribunal e os meios humanos e materiais existentes no serviço, organismo ou

³ Maria d'Oliveira Martins – Lições de Finanças Públicas e Direito Financeiro, Almedina 2011, p.161

⁴ Maria d'Oliveira Martins APUD Guilherme D'Oliveira Martins – A reforma do Tribunal de Contas em 2006. Lisboa 2006 – p.44

⁵ Maria d'Oliveira Martins APUD José F.F.Tavares – Alguns aspectos estruturais das finanças públicas na actualidade. Lisboa 2008 – p.11



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

entidade sujeitos à sua jurisdição."



VI. DO MÉRITO DAS IMPUTAÇÕES INDICIÁRIAS DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA AOS ORA SIGNATÁRIOS, CONSTANTES DO RELATO DE AUDITORIA.

Compulsado o teor do Relato de Auditoria, designadamente os **pontos 8.3.4. e 8.3.5. do desenvolvimento “Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos”**, e cotejadas as conclusões apresentadas, em especial as referentes a “incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos nas USF” – cfr. pontos 52 e 53”, com a Grelha constante do **documento denominado de Anexo I** em que se procede à identificação de “**Eventuais Infrações Financeiras**”, vertidas no quadro do referido Anexo relativas à respondente, resulta, do Relato de Auditoria, a imputação indiciária de responsabilidades, nomeadamente, aos membros do CD da ARS NORTE, do mandato que terminou em início de Outubro de 2011 (adiante referido por “**CD 2011**”), que os ora Signatários integraram, no âmbito dessas matérias.

DO QUADRO DO ANEXO I

Do alegado indevido pagamento de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B no ano de 2011.

Como resulta do Relato de Auditoria, constitui facto suscetível de integrar infração financeira o pagamento de incentivos financeiros (interpretados como prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos (secretários clínicos), integrados nas USF de modelo B no ano de 2011.



Tribunal de Contas

Isto porque,

O aludido pagamento determinou a violação do art.º 24.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º55-A/2010, de 31 de dezembro (LOE para 2011); art.º20.º, n.º1, da Lei n.º64-B/2011, de 30 de dezembro (LOE para 2012) e art.º 35.º, n.º2, alínea b) da Lei n.º66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE para 2013), podendo fazer incorrer os membros do Conselho Diretivo em infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória p.p. nos termos da alínea b), do n.º1 do art.º 65.º e n.ºs 1, 4,5 e 6 do art.º59.º, ambos da Lei n.º98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lein.º48/2006, de 29 de agosto – LOPTC.

Ora, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do **CD 2011**, assenta, por um lado, no entendimento que os incentivos em causa constituem prémios de desempenho e, por outro, na aparente verificação formal do processo do seu pagamento aos profissionais no período referente ao ano de 2011 e nos valores de despesa realizada, não logrando apurar nesta Auditoria, e surpreendentemente, os factos concretos de todo o decurso desse processo de autorização de pagamento e despesa, factos esses que se analisados não determinariam seguramente a imputação de qualquer, ainda que eventual, infração, pelo menos, aos membros do CD 2011, como adiante se demonstrará,

Senão vejamos,



Não obstante constituir convicção da ARS Norte de que os incentivos em causa são uma componente da remuneração daqueles profissionais, cujo direito se constituiu no ano anterior, i.e., 2010, decorrente de um regime remuneratório específico, as dúvidas que amplamente foram suscitadas em relação a qual legislação se deveria aplicar a este caso levaram a que ARS Norte se rodeasse de amplas cautelas e, no seio da sua Tutela, tentasse obter os necessários e obrigatórios esclarecimentos.

Assim, o CD 2011 tomou todas as cautelas que se exigiam e estavam ao seu alcance, colocando a questão em tempo útil para esclarecimento superior junto da tutela (Ofício, em anexo, remetido em 1 de Fevereiro de 2011 ao Exmo. Senhor Chefe de Gabinete do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde), como é referido no Relatório, no âmbito de uma gestão dos interesses financeiros públicos baseada nos princípios da precaução e da prudência com o intuito de evitar sempre uma tomada de decisão que fosse contrária à Lei.

Enquanto se verificou a ausência de resposta, e durante a vigência do mandato do CD 2011, foram tomadas as decisões possíveis e necessárias ao normal funcionamento da instituição, dentro do enquadramento legal em vigor, de forma a permitir dar continuidade à reforma dos CSP e a evitar instabilidades das instituições, com as consequentes repercussões nos cidadãos.

Neste contexto, foi o CD 2011 que, próximo do final do seu mandato, a 8 de Setembro de 2011, deu continuidade ao processo de avaliação do desempenho das USF, com a concordância da proposta preliminar do "Relatório Final da Contratualização de 2010 com as Unidades de Saúde Familiar da Região Norte" e do seu envio para audiência dos interessados de forma a receber os contributos, justificações e correções entendidos como relevantes. A partir daí, quer a concordância da versão final desse Relatório quer a autorização de



pagamento dos incentivos financeiros em 2011, relativos ao ano de 2010, já foram actos gestionários praticados em data posterior a 7 de Outubro pelo CD que sucedeu ao CD 2011 (ver em anexo os documentos internos da ARS Norte que suportaram todas as decisões relacionadas com esta questão).

Neste contexto, considera-se que as circunstâncias que rodearam todo o processo de pagamento efetuado pela ARS Norte, afastam, de forma inequívoca, a culpa, não podendo nem devendo ser assacada a responsabilidade financeira de que vêm indiciados os membros do CD 2011.

Já vimos, pois, que nas situações referidas, a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD 2011 individualmente consideradas por putativas “Infracções Financeiras”, decorre de eventual erro de análise vertido no Relato de Auditoria do Tribunal de Contas, devendo ser expurgada do Relatório Final.

Sem prejuízo, os Signatários não prescindem de, no âmbito do presente Contraditório, referir alguns elementos adicionais (enviados em anexo a este documento) que o Relato de Auditoria não considerou e que objectivamente atestam a exclusão de qualquer responsabilidade dos membros que integraram o CD 2011.

Decorre, pois, com total clareza que o CD 2011 atuou – objetivamente e em função das circunstâncias históricas do momento – com toda a prudência, precaução e diligência, motivado pela preocupação de salvaguarda dos



melhores interesses da ARS Norte e da população da Região, em observância e estrito cumprimento do princípio da legalidade e do interesse público.

Não se compreende – e, por isso, os ora Signatários repudiam veementemente – a imputação de responsabilidade sobre a matéria, em que trespassa a ideia, contrariada no plano dos factos pelas referências *supra* evidenciadas, de que os membros do **CD 2011**, possam ter sido pouco diligentes ou que tivessem atuado com leviandade.

Outrossim, resulta do exposto, que o Relato de Auditoria padece de erros de apreciação e revela-se inteiramente desproporcionado e desadequado em função das circunstâncias concretas em que as decisões foram tomadas, existindo causas significativas que excluem qualquer responsabilidade que possa ser assacada aos signatários membros do **CD 2011**.

Ou seja, em suma, já à luz do que resulta vertido no desenvolvimento do relato de Auditoria, a única conclusão a retirar seria a de não se poder imputar qualquer responsabilidade aos membros do **CD 2011**.

À luz dos presentes esclarecimentos e dos elementos de facto demonstrados, essa conclusão torna-se inabalável, ficando plenamente infirmadas as conclusões constantes de fls. 11 e ss., quando se afirma “ *os membros dos conselhos diretivos das respetivas administrações regionais de Saúde, em exercício de funções nas gerências de 2011 e 2012, que autorizaram a despesa decorrente da atribuição de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF de*



modelo B (.....) podem incorrer em eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória”, no que aos membros do CD da respondente, respeita.⁶

V – CONCLUSÕES

Atenta a factualidade carreada na presente pronúncia e bem assim os argumentos aduzidos pelos ora signatários, estão os mesmos em condições de formular as seguintes conclusões:

- A. Não se verifica a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do **CD 2011**.
- B. Os pagamentos de incentivos financeiros efectuados no ano de 2011, relativos ao trabalho desenvolvido no ano de 2010, nunca foram autorizados durante o mandato do CD 2011 que terminou a 7 de Outubro de 2011, pelo que não colhe a imputação indiciária de responsabilidades sancionatórias e reintegratórias que, a este respeito, lhe são efectuadas.

Nestes termos,

Devem ser consideradas totalmente improcedentes as imputações indiciárias de responsabilidade assacadas aos Signatários, por “eventuais infracções financeiras” identificadas no Relato de Auditoria, rogando-se que as mesmas sejam

⁶ Vide relato da auditoria pág. 23, ponto 53.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Junta: 2 Documentos

Os signatários,

(Fernando Manuel Ferreira Araújo – Presidente do Conselho Diretivo, até 7 de Outubro de 2011)

(António José da Silva Pimenta Marinho – Vice-Presidente do Conselho Diretivo, até 7 de Outubro de 2011)

(Maria Filomena Passos Teixeira Cardoso – Vogal do Conselho Diretivo, até 7 de Outubro de 2011)

(Luís Carlos Fontoura Porto Gomes – Vogal do Conselho Diretivo, até 7 de Outubro de 2011)



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

9. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

000099 14 03-24-16:07

Exmo. Senhor
Dr José António Carpinteiro
M.D. Auditor- Chefe do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage,61
1069-045 Lisboa

Sigla referência
DAVI-UAT1

Data

Número referência
CD/SJC

Data

ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários
Proc nº 32/2012- Aud.

Tendo presente e correspondendo à notificação de V. Ex^a para que, no prazo de 10 dias úteis, prorrogado por mais 5 dias, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao teor do relato da auditoria referenciada em epígrafe, seguem as mesmas em anexo.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Diretivo
da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

(Dr. José Manuel Azinha Tasso)

Anexo: Docs. citados no texto.

0000 25 3 14 5403

COMV

Avenida João Henriques
Apartado 1587 / 2071-051 Coimbra

Tel:351 239 795 500
Fax: 351 239 795 600

Centro de Estudos de Auditoria e Controlo da Saúde
www.auditoriacontrolo.pt



AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Jose Manuel Azenha Tereso, Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro IP, notificado para que, no prazo de 10 dias úteis e, posteriormente, com mais 5 dias de prorrogação de prazo, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao Conteúdo do Relato da Auditoria ora recepcionada, vem apresentar a sua pronúncia, o que faz nos seguintes termos e fundamentos:

Considera a Administração Regional de Saúde do Centro I.P. (ARSC), cujo Conselho Diretivo o signatário integra na qualidade de Presidente, que a gestão dos organismos públicos deve ser auditada numa lógica de prestação de contas, a fim de responsabilizar os seus gestores pelo desempenho visando sempre um processo de melhoria contínua, pautado pelo cumprimento da legalidade e interesse público.

1. Análise do Relato e suas Conclusões

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários iniciou-se pela criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), que se tornaram no motor impulsionador deste processo de reforma. Baseadas num modelo organizativo inovador, constituíram-se como a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, assentes numa equipa multiprofissional, com autonomia funcional, organizativa e técnica, partindo de uma candidatura voluntária dos seus profissionais.

Antes de se iniciar a análise do Relato da Auditoria, considera-se importante esclarecer alguns pontos do glossário (páginas 8 a 10).



Assim:

A consulta domiciliária, para além do referido no Glossário e no âmbito da carteira básica de serviços das USF, compreende um conceito mais abrangente, prevendo ainda a realização de consultas programadas para fins de promoção de saúde e de consultas programadas para a prestação de cuidados a utentes em situação de dependência física e funcional (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro).

O indicador da taxa de utilização global de consultas médicas é formulado pelo número de inscritos com, pelo menos, uma consulta médica (numerador) sobre o número total de inscritos (denominador).

No que respeita a utente ativo e utente passivo, a definição/conceito de um utente ativo/passivo obedece a um critério de utilização/não utilização nos últimos três anos, que não dois.

Assim, e no que respeita ao **Ponto 1** das Conclusões, refere-se que:

Os centros de saúde tradicionais organizam-se por sede e respetivas extensões de saúde, configurando as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) uma das cinco unidades funcionais (UF) previstas na reforma dos cuidados de saúde primários:

- na zona de influência geográfica da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC), a variação de utentes inscritos sem médico de família, entre 2011 e 2012, foi de -11,1% (-11,7%, se se considerar também os utentes inscritos sem médico por opção). Simultaneamente, ocorreu um aumento de 0,3% nos utentes com médico de família atribuído a par com o aumento do número de USF. Os dados mostram que os utentes com médico de família atribuído aumentaram quer nas USF quer a nível global nos ACES da ARSC;



Utentes inscritos	ACa5 (inclui USF)	USF (exclui USF)	ACa5 (inclui USF)	USF (inclui USF)
2011 ¹				
Com Médico de Família	1.477.944	388.910	1.751.484	403.113
Sem Médico de Família	160.889	22	167.999	22
Sem Médico de Família por opção	4.389	0	4.389	0
Total	1.643.222	388.932	1.924.671	403.135
2012 ²				
Com Médico de Família	1.483.511	408.469	1.746.850	422.817
Sem Médico de Família	143.051	7.333 ³	146.385	7.331 ³
Sem Médico de Família por opção	3.676	0	4.384	0
Total	1.630.438	415.700	1.907.299	430.148
Var 11/12				
Com Médico de Família	0,4%	5,0%	0,3%	4,9%
Sem Médico de Família	-13,1%	n.a.	-12,9%	n.a.
Sem Médico de Família por opção	-11,7%	0	-12,5%	0
Total	-0,8%	0,9%	-0,9%	6,7%

1) 2011 inclui 33 USF em ACa5 e 1 USF em US; 2012 inclui 34 USF em ACa5 e 1 USF em US.

2) Os utentes inscritos em USF, sem médico de família atribuído, resultam de situações temporárias de ausência de recursos humanos médicos.

Fonte: SIRS, 2014. Dados da zona de influência geográfica da ARSC, I.P.

- a criação de USF tem como princípio a obtenção de ganho assistencial em que os médicos assumem um rácio de utentes mais elevado garantindo que, mesmo em caso de mobilidade de profissionais médicos, o saldo de utentes inscritos seja positivo. De 2006 a 2013, as candidaturas de USF aprovadas na ARSC previram um ganho assistencial superior a 33.778 utentes¹;
- a saída de profissionais de saúde (nomeadamente médicos) por razões relacionadas com a aposentação tem um forte impacto na capacidade de atribuição de médico de família a utentes. O número de saídas de profissionais não tem sido igualmente compensado por novas entradas de profissionais, designadamente pelo insuficiente número de especialistas recém-formados anualmente;
- têm sido centralmente realizados processos de atualização de inscritos que visam eliminar as duplicações de registos e identificar os utentes não frequentadores (não utilizadores nos últimos três anos). Acresce que a inscrição de utentes não está refém da área de residência, podendo haver outros critérios de inscrição como a aproximação ao local de trabalho.

¹ Fonte: ERA - ARSC, 2014.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



No que respeita ao mencionado no **Ponto 5**, tendo como base os resultados médios obtidos nos indicadores comuns às USF (Modelos A e B) contratualizados, na ARSC, desde 2009 até 2012, observa-se, em média, um melhor desempenho nas USF quando comparado com os resultados da ARSC, onde a maioria das unidades funcionais não configura o modelo USF mas sim centros de saúde com organização tradicional.

Indicador	ARSC				USF			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
3.11 FX	88,4%	73,2%	74,0%	75,4%	84,3%	85,5%	86,4%	86,6%
3.15 FX	88,6%	88,3%	87,8%	86,9%	87,8%	86,0%	87,6%	87,5%
4.18 FX	11,3%	12,8%	11,5%	11,3%	33,8%	31,2%	29,8%	26,87%
4.30 FX	84,5%	99,2%	120,8%	124,5%	158,7%	148,3%	146,6%	140,3%
5.2 FX	11,3%	17,6%	24,2%	29,0%	43,2%	45,9%	48,4%	50,7%
5.1M FX	16,7%	28,5%	43,3%	49,6%	56,0%	66,0%	66,8%	68,8%
5.4M FX	31,5%	34,1%	34,5%	36,1%	73,2%	72,5%		
5.4M 2 FX		46,2%	46,0%	52,8%		82,0%	83,8%	
5.10 1 FX	65,6%	65,4%	67,0%	65,0%	79,3%			
5.10M 1 FX	50,1%	51,8%	53,7%	53,7%		71,7%	77,9%	78,8%
6.1M 1 FX	92,7%	92,0%	92,5%	92,9%	97,2%			
6.1M d1 FX		92,0%	92,5%	93,0%		94,6%	94,9%	95,2%
6.1M 2 FX	87,4%	94,5%	94,3%	98,1%	91,5%			
6.1M d2 FX		95,1%	94,8%	95,9%		96,8%	97,4%	96,7%
6.12 FX	70,3%	74,9%	79,3%	84,5%	96,0%	88,3%	91,3%	93,3%
6.3 FX	78,6%	81,3%	84,8%	87,9%	90,9%			
6.9M FX	78,0%	78,7%	81,2%	83,8%		84,6%	85,9%	87,3%
7.6 d2 FX	232,0%	253,1%	216,5%	196,5%	197,07 €	199,99 €	170,37 €	
7.6 d4 FX		227,34 €	212,35 €	191,63 €				156,14 €
7.7 d1 #%	59,89 €	58,17 €	52,50 €	44,12 €	54,90 €	56,30 €	51,08 €	45,85 €

Fonte: SIARS

Nota: Os resultados das USF apresentam-se de acordo com os indicadores que integraram o processo de contratualização de cada ano e recorrem à informação que suportou o respetivo processo de avaliação. Os resultados da ARSC resultam de consulta ao histórico à data atual.

Por outro lado, refere o **Ponto 11** que “As diferenças nas custos unitárias com medicamentos e MCDT devem ter uma importância relativa em termos da avaliação das unidades funcionais ou da avaliação do sucesso da reforma dos cuidados de saúde primários, dado que os níveis de prescrição tenderão a convergir para um nível adequada, independentemente da unidade funcional em questão. Ao comparar os



*custos unitários, interessa, pois, enfatizar as despesas com pessoal e relativizar as custos com medicamentos e MCDT...**

De acordo com o relatório de 2010 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) "Agrupamentos de Centros de Saúde: análise da atividade realizada em 2010", o custo com medicamentos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), com origem na prescrição das unidades de cuidados de saúde primários, representa um peso de 55% para as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Pelo peso que estas rubricas representam, a sua importância não deverá ser relativizada. Adicionalmente, não se configura previsível uma convergência para níveis adequados da prescrição de medicamentos e de MCDT em todas as unidades funcionais, independentemente do seu modelo de desenvolvimento organizacional, na medida em que estes dependem de variáveis de contexto das unidades prestadoras de cuidados, designadamente da estrutura etária da população inscrita, isto é, da associação existente entre os grupos etários mais envelhecidos e o peso de patologias que, consequentemente, induz maiores níveis de prescrição;

Por sua vez, é referido no **Ponto 28** que *"As metas de desempenho contratualizadas entre as ARS e os ACeS e, por sua vez, entre estes e as USF, na que respeita ao indicador custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador, em 2011, não refletem diretamente, quer a redução do preço unitário médio (PVP) do medicamento nesse ano, quer o custo médio (PVP) com medicamentos por utilizador, atingido no indicador do desempenho de 2010 ou sequer a número de embalagens prescritas nesse mesmo ano"*.

Ora, no que respeita ao indicador *custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador*, as metas de desempenho contratualizadas na ARSC refletiram, em 2011 e em 2012, a redução do preço unitário médio (6% em ambos os anos). Concretamente, o estudo de metas para contratualização, efetuado pela ASRC, para esse indicador foi impactado no ano de 2011 no valor de 10% e no ano de 2012 em 5%;

Quanto ao **Ponto 29**, este indica que *"Esta redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) em 2011, ao não ser considerada na definição ou avaliação das*



metas, fez com que as unidades funcionais fossem premiadas por redução de custos que resultam em parte das negociações do Ministério da Saúde, um fator exógeno às unidades funcionais, e não apenas pelo contributo do mérito e esforço da unidade para o resultado final do indicador de custo média medicamento por utilizador”.

Conforme explicitado no ponto anterior, a ARSC procedeu ao impacto da redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) nas metas a contratualizar, pelo que o cumprimento do indicador por parte das unidades funcionais deveu-se não só ao mérito e esforço das equipas mas também a outras variáveis não previstas como o impacto da crise económica na população. Salienta-se que a ACSS considerou como sendo de 10% o valor estimado de impacto do efeito conjunto da redução administrativa do medicamento e da crise económica, valor impactado no estudo de metas efetuado pela ARSC.

Quanto ao exemplo apresentado no **Ponto 40** salienta-se que a remuneração dos médicos em USF Modelo B está limitada a 20 UC (lista de utentes e atividades específicas).

A nota de rodapé **38** alude a que deve existir um procedimento prévio de confirmação e validação dos dados fornecidos pelas UFS. No entanto, a ARSC realiza as atualizações previstas legalmente e opera os acertos de valores no pagamento de suplementos quando tal se justifica, tendo por base de dados oficiais (Sistema de Informação das ARS – SIARS), e não dependendo da mera informação das USF.

Refere o **Ponto 54** que *“A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, o que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho”.*

O processo de contratualização com os cuidados de saúde primários, na sua vertente externa (entre ARS e ACES) e interna (entre ACES e respetivas unidades funcionais), é implementado a nível nacional de acordo com normas comuns definidas na metodologia de contratualização, publicada anualmente pela ACSS, e enquadradas nos



documentos legais em vigor. A homogeneidade do processo a nível nacional garante a qualidade da sua implementação e a comparabilidade quer a nível das metas contratualizadas quer a nível dos resultados alcançados, em sede de avaliação. Por outro lado, as metas definidas para o processo negocial têm em consideração a realidade regional, no que respeita às necessidades populacionais e à oferta de serviços existente.

A dificuldade existente na implementação de uma contabilidade de custos nos ACES e respetivas unidades funcionais, resultante da falta de consensualização nacional sobre a definição dos centros de custo em cuidados de saúde primários e de normalização de critérios contabilísticos, dificulta a elaboração dos planos anuais e plurianuais previstos tendo por base valores orçamentados. Acresce o fato de os ACES não serem entidades com autonomia financeira e com identificação fiscal própria.

No que respeita ao **Ponto 55**, este indica que *“O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que por sua vez os transpõem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP)”*.

Não obstante o estudo de metas para o processo de contratualização ter sido efetuado pela ARSC em 2011 e 2012, os valores propostos para os indicadores foram alvo de negociação entre as partes intervenientes (ARSC, ACES e USF), não se considerando, em momento algum, ser uma determinação unilateral de qualquer uma das partes. A atitude da ARSC no processo de contratualização pauta-se por princípios de exigência, respeito, transparência e seriedade, não se identificando com posturas impositivas.

Salienta o **Ponto 56** que *“As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficas. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na contratualização, como indicadores de processo, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis”*.



Os indicadores contratualizados com as USF estão definidos em portaria específica. Até ao final de 2013 vigorou a Portaria n.º 301/208, de 18 de abril, não sendo possível a realização de alterações profundas à lista de indicadores em causa sem a revisão da portaria, o que acabou por suceder apenas no final de 2013, através da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro. Não descurando a validade dos indicadores de resultado, importa referir que, na fase inicial de contratualização, foram priorizados indicadores de processo que avaliavam procedimentos-chave para a correta vigilância da população e que, consequentemente, se traduziram em melhores resultados e ganhos em saúde. Acresce que, numa fase inicial de constituição de base de dados e de consolidação de hábitos de registos, é mais complexa a elaboração de indicadores de resultado e a consequente avaliação dos mesmos. Pode afirmar-se que só muito recentemente se começaram a obter dados consolidados de indicadores de construção mais complexa que analisam resultados em saúde.

Refere o **Ponto 57** que “*O processo de contratualização tardia (ou inexistente), prejudicando o ciclo anual de planeamento, execução e avaliação das atividades. Nem todas as ARS efetivaram o processo de contratualização, em 2012, com os ACeS nem, consequentemente, estes com as respetivas unidades funcionais*”.

A eventual realização tardia do processo de contratualização decorre da necessidade de, anualmente, com vista a garantir a uniformização nacional de critérios e procedimentos, se aguardar pela elaboração (atualização) e respetiva aprovação da metodologia aplicável ao ano em curso, a qual é da responsabilidade da ACSS, embora com os contributos das diferentes ARS. Em 2012 não foi implementado na ARSC o processo de contratualização externa com os ACeS, uma vez que nesse ano se observaram dois fatores que, gradativamente, vieram a culminar nessa situação, a saber:

- i) final do período de nomeação de três anos dos diretores executivos dos ACeS, os quais permaneceram em gestão corrente até à nomeação de novas equipas;
- ii) decisão para a redefinição/fusão dos 14 ACeS da ARSC (excluindo Unidades Locais de Saúde – ULS) e consequente nomeação de novas equipas de gestão que, incluindo a



fase de estudo das diversas possibilidades, veio a acontecer apenas em novembro de 2012 (de acordo com um modelo de seis ACES). Os fatores apresentados impediram, cumulativamente, a contratualização externa no ano em questão. Em 2012, contudo, o processo de contratualização interna com as USF foi assegurado pela ARSC em colaboração com os ACES.

Referê o **Ponto 58** que *“ A fragilidade mais significativa do processo de contratualização tem residido na falta de expurgo da lista de utentes inscritos, designadamente quanto aos óbitos, transferências e duplicações. Só por esse efeito haverá transparência no processo de contratualização e nas metas fixadas. Caso contrário, a permanência dessas ocorrências nas listas de utentes inscritos altera os objetivos e as metas a contratualizar, uma vez que não são suportadas numa base de dados credível e fiável”*.

O processo de atualização nacional de listas de utentes (controlo de duplicações de registos, óbitos e não frequentadores) foi tardio, tendo ocorrido apenas no final do primeiro semestre de 2013. Adicionalmente, a alteração da métrica de cálculo dos indicadores de contratualização, definida e publicada pelo ACSS, para ser sensível apenas aos utentes efetivamente inscritos no período de referência, surgiu apenas em 2013. Embora a atualização de listas seja uma questão pertinente que requer atenção, não se considera que tenha fragilizado a contratualização, na medida em que a progressão das metas se realiza, entre outros fatores, considerando o histórico das unidades. Neste sentido, o expurgo de utentes a par com a alteração da métrica da avaliação dos indicadores melhorará os valores dos mesmos mas não elimina os progressos obtidos nos resultados dos ACES e respetivas unidades funcionais.

No **Ponto 59** é indicado que *“ No processo de acompanhamento e avaliação do desempenho, as ARS’s não estabeleceram ainda rotinas de verificação e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas”*.



No período anterior à criação dos ACES, a ARSC sempre procurou promover o devido acompanhamento às USF. A partir da implementação dos ACES e da constituição das suas equipas de gestão, essa responsabilidade passou, naturalmente, para essas estruturas, tendo sido prestado o apoio necessário aos ACES ou diretamente às USF sempre que solicitado. Do mesmo modo, procurou-se, sempre que possível, realizar o acompanhamento regular da contratualização externa, seja através do envio de dados, seja pela análise e discussão de resultados em reuniões promovidas pela ARSC. Contudo, será importante referir que os revezes por que passam os processos de contratualização, nomeadamente atrasos na metodologia e dúvidas quanto à solidez de indicadores e disponibilização de dados atempados, podem também resultar em atrasos consideráveis nos processos de acompanhamento, retirando-lhes, por vezes, a sua periodicidade previsível e desejável.

Na **Ponto 64** é referida que *“ Os indicadores de desempenho económico contratualizados não têm sido aplicados, de forma transversal e homogênea, nas diferentes unidades funcionais, de modo a serem comparáveis entre si”*.

Na ARSC o processo de contratualização interna ocorreu, em 2011 e 2012, apenas com as USF pelo fato de as UCSP estarem ainda em vias de organização e formalização, de acordo com normas definidas pelo Conselho Diretivo da ARSC (e devido à ausência de definição de critérios de implementação de UCSP a nível nacional). Os critérios aplicados na negociação dos indicadores de desempenho económico com as USF foram previamente definidos pela ARSC e aplicados de forma igual na contratualização com todas as unidades, tendo por base a estrutura etária de utentes inscritos de cada ACeS/unidade funcional, redução de custos por conta de racionalidade de prescrição e reduções administrativas do preço dos medicamentos. Acresce que, não obstante o previsto na Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que menciona que os indicadores de eficiência reportam-se aos custos estimados com medicamentos e MCDT prescritos, a prática nacional no processo de contratualização foi sempre a de proceder à negociação destes indicadores numa vertente de faturação e não de prescrição. A única alteração que ocorreu, a partir de 2012, foi ao nível do indicador de eficiência relacionado com medicamentos que, no processo de contratualização, passou a incluir



na sua métrica os utilizadores de todos os subsistemas quando até aí incluía apenas os utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Relativamente ao **Ponto 66**, esclarece-se que a redução calculada pela ACSS no valor de 10,91% foi apenas apresentada aos Departamentos de Contratualização das ARS em setembro de 2012, tendo até esse momento vigorado a redução administrativa de 6% (cf. Portaria n.º 1041-A/2010, de 7 de outubro, Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, Decreto-lei n.º 152/2012, de 12 de julho e Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro). O impacto de reduções adicionais após mais de um ano decorrido desde que os compromissos foram firmados, em fase final de avaliação e de forma unilateral, constitui uma desonestidade para com as partes envolvidas.

No momento em que este valor foi apresentado, a ARSC considerou inapropriada a sua aplicação para o ano de 2011, tendo, não obstante, diligenciado junto da ACSS para que esse efeito fosse acautelado ainda em 2012 nas Cartas de Compromisso já assinadas, sob a forma de adenda. Este apelo já havia sido reforçado pela ARSC para aplicar em 2012, ainda antes de se conhecer o valor final calculado pela ACSS (cf. ofício da ARSC n.º 24255, de 9 de julho de 2012).

Relativamente ao **Capítulo 2 do Relato - Projeto de Recomendações** e no que respeita aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde refere-se que:

- a) **Ponto i**: não obstante o acordo total da ARSC com o prazo limite recomendado (31 de dezembro de cada ano), o início do processo de contratualização, que culmina com a assinatura dos contratos-programa e das cartas de compromisso, depende inteiramente da publicação do documento anual de metodologia de contratualização da responsabilidade da ACSS, pelo que o cumprimento do prazo proposto não depende desta ARS;
- b) **Ponto ii**: a seleção anual de indicadores não pode ser atualmente realizada, visto que, para tal suceder: 1) na contratualização interna teria de ser revista a legislação, de forma a eliminar o conceito de indicadores comuns a todas as USF do tecido



nacional, os quais são definidos pela ACSS; do mesmo modo, seria necessário eliminar da legislação a definição de contratualização de indicadores por triénio, para permitir os ajustes anuais necessários; 2) na contratualização externa teria de ser alterada a metodologia, concebida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, de forma a eliminar o conceito de eixo nacional de indicadores, o qual define o mesmo conjunto de indicadores a contratualizar a nível nacional. A adequação de metas às características locais e às prioridades assistenciais definidas é um procedimento que sempre foi praticado na ARSC, desde que não existam imposições emanadas centralmente;

- c) Ponto *iii*: considera a ARSC extremamente importante o teor desta recomendação, todavia, o conjunto de indicadores passível de ser utilizado no processo de contratualização é atualmente definido pela ACSS. Não está ao alcance da ARSC a criação de indicadores e respetiva inclusão no processo de contratualização. Irá solicitar-se, no entanto, a adequação dos sistemas de informação para a recolha deste dado.
- d) Ponto *iv*: o sistema de informação oficial das ARS's é o SIARS, pelo que a disponibilização e consulta de informação deverá ser efetuada através desta ferramenta informática. O Sistema Administrativo de Registo de Atividade – SINUS não é uma ferramenta apropriada visto ter limitações, nomeadamente a não manutenção de dados históricos relacionados com o número de inscritos e a não disponibilização de informação de forma centralizada mas apenas a nível local;
- e) Ponto *v*: pese embora a recomendação, os prazos são atualmente cumpridos pela ARSC. O processo de contratualização e os documentos legais em vigor preveem prazos definidos para os momentos de negociação, acompanhamento e avaliação dos contratos-programa e das cartas de compromisso, bem como para a elaboração dos respetivos relatórios de avaliação, os quais são cumpridos pela ARSC.
- f) Ponto *vi*: a ARSC reflete as reduções administrativas do preço dos medicamentos nas metas propostas para negociação e não nos resultados obtidos. Qualquer iniciativa de impacto de valores nos indicadores de desempenho económico em sede de avaliação carece de informação oficial e de autorização superior.



Adicionalmente, um procedimento desta natureza necessita de ser previsto no documento de metodologia de contratualização para que todas as partes envolvidas dele tenham prévio conhecimento.

- g) Ponto *vii*: a ARSC concorda e acolhe esta recomendação.
- h) Ponto *viii*: a atualização da lista de utentes, na perspetiva de eliminação de duplicações e de identificação de não frequentadores, não obstante os processos antes realizados, só recentemente foi possível implementar de forma intensiva e transversal, estando previsto para 2014 um novo ciclo de atualizações. Na perspetiva do cálculo de suplementos e incentivos aos profissionais das USF em Modelo B, a atualização da lista de utentes sempre foi realizada de acordo com a periodicidade prevista na legislação (cfr. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, art. 9.º, n.º 5 e Despacho do SEAS, de 23 de abril de 2008, sob o título "Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF - Mod. B"). Neste sentido, a atualização é realizada trimestralmente, no primeiro ano de funcionamento da USF em Modelo B, e anualmente nos anos seguintes, com reporte à situação a 31 de dezembro. No caso de ocorrerem atrasos são realizados todos os acertos aplicáveis de forma a repor os valores corretos para cada situação.

Por fim, e no que respeita às recomendações aos **Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde**, ainda que a estes dirigidas a ARSC concorda e acolhe o seu teor, emitindo orientações para o seu cumprimento, nomeadamente no que respeita aos pontos *i* e *iii*.

2. Das Infrações Financeiras

Após esta análise, cumpre demonstrar a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro.

2.1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF



2.1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro (em que o signatário se inclui), do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22.08 e da Portaria n.º 301/008, de 18.04, considerando que tais pagamentos violam o artigo 24.º da Lei n.º 55-A/2010 e o artigo 20.º da Lei n.º 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a *“proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim”*.

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram inseridas em leis de valor reforçado - no caso, aprovadas pela Assembleia da República - embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161.º, alíneas c) e g), e 198.º, n.º 1 alínea a), todos da CRP.

Orá, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo – apreciando,



casuisticamente, normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam. Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

“Artigo 24.^o

Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;

b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;

1.º)

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20.º, n.º 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo

² Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20.º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei n.º 54-B/2011, de 31 de dezembro.



certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46.º, n.ºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afirm a que se referem o artigo 24.º do OE para 2011 e o artigo 20.º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL n.º 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

2.2. O sistema remuneratório das USF



O DL n.º 397/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"²³ a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28.º a 34.º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

- a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal);
- b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos – a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do n.º 4 do artigo 31.º e b) do n.º 4 do artigo 33.º, do diploma acima referido).

Sucedê que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria n.º 301/2008, de 18.04 cuja artigo 3.º, n.º 1, alterado pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que "os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF", revogando, assim, de modo expresse, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de

²³ A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



Tribunal de Contas



desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

3. Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8.º e 9.º da Portaria n.º 301/2008, de 18.04.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL n.º 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24.º e 20.º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.

Explicita-se:

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *“O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratório.* (ponto 8.3.4 do Relato, pág. 68)” (sublinhados nossos).

E, no ponto n.º 49 das conclusões, pode ler-se que *“ Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e*



pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios”[sublinhados nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho – o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso do médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.



2.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do carácter imperativo do artigo 24.º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu n.º 16, as normas em causa proibem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9.º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL n.º 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrencial entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República⁴.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos

⁴ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24.º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dela fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9.º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *“emitida orientação que esclarece e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pela desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B”* (sublinhados nossos).

É, assim, legítimo concluir que, também para os auditores subscritores do Relato, não é clara a aplicação do artigo 24.º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B – ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relato de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde. Suscitando-se, por isso, legitimamente, a questão de saber como pode a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato



de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

Analise-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

2.4. O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgão e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade – princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.

O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deontica deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.



Tribunal de Contas



À este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual o signatário se pronunciou, parece não ser demais recordar o seguinte:

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

- a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria n.º 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor das normas orçamentais que proibem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;
- b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24.º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde n.º 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2.ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *“apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da*



acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população”.

E o mesmo Despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, “nos termos do n.º 3 da Despacho n.º 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 203, de 22 de outubro de 2007”.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei n.º 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do “Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei n.º 59/2013, de 23.08”, datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt), onde se encontram discriminados os “incentivos financeiros equipa multiprofissional USF”.



É, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

3. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros do conselho diretivo da ARS Centro

1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24.º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá ter como consequência a responsabilidade reintegratória e sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivos das ARS visados, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidez relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio - em caso algum se encontram presentes os restantes



Tribunal de Contas



requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.

A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59.º, n.º 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *"a repar as importâncias abrangidas pela infração"*, explicitando o n.º 4 que constituem pagamentos indevidos os *"pagamentos ilegais que causarem dano para a erária pública, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade"*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31.º e 33.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59.º, n.º 1 e n.º 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61.º, n.º 5 da LOPTC.



Exige o artigo 61.º, n.º 5, da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS visados no Relato de Auditoria evidenciaram, no concreto condicionalismo fáctico adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17.º do Código Penal.

Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho n.º 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2.ª série, n.º 203, de 22.10.2007).

É, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa “*quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável*”, é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira³.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS visados no Relato de Auditoria,

³ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.



ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁶, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam, designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁷, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos n.ºs 1 e 4 do artigo 59.º e do n.º 5 do artigo 61.º da LOPTC.

⁶ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.

⁷ Veja-se, a *contrário sensu*, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS se apressaram a cumprir.



O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

4. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65.º, n.º 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15.º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que o signatário, enquanto membro do órgão diretivo da ARSC, deveria ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando o órgão que integra era destinatário de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento dos dirigentes em causa, em que o signatário se inclui, que, por isso, não pode ser punido a nenhum título.

O Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP

(José Manuel Azenha Tereso)



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

10. VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

008100 14 09-24 16:07

Exmo. Senhor
Dr José António Carpinteiro
M.D. Auditor- Chefe do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage,81
1069-045 Lisboa

Sua referência:
DAV/UAT1

Data:

Sua referência:
CD/GJC

Data:

ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários
Proc nº 32/2012- Aud.

Tendo presente e correspondendo à notificação de V. Ex^{ta} para que, no prazo de 10 dias úteis, prorrogado por mais 5 dias, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao teor do relato da auditoria referenciada em epígrafe, seguem as mesmas em anexo,

Com os melhores cumprimentos.

O Vice-Presidente do Conselho Diretivo
da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

(Dr. Fernando João Ramos Lopes de Almeida)

Anexo: Docs. citados no texto.

DCYC 25 3*14 5404

copy

Telefone: 218 798 600
Fax: 218 792 881

www.tribunaldcontas.pt

22018182210@tribunaldcontas.pt
www.tribunaldcontas.pt



AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Fernando José Ramos Lopes de Almeida, Vice Presidente da ARS Centro IP, notificado para que, no prazo de 10 dias úteis e, posteriormente, com mais 5 dias de prorrogação de prazo, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao conteúdo do Relato da Auditoria ora recepcionada, vem apresentar a sua pronúncia, o que faz nos seguintes termos e fundamentos:

Considera a Administração Regional de Saúde do Centro I.P. (ARSC), cujo Conselho Diretivo o signatário integra, que a gestão dos organismos públicos deve ser auditada numa lógica de prestação de contas, a fim de responsabilizar os seus gestores pelo desempenho visando sempre um processo de melhoria contínua, pautado pelo cumprimento da legalidade e interesse público.

1. Análise do Relato e suas Conclusões

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários iniciou-se pela criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), que se tornaram no motor impulsionador deste processo de reforma. Baseadas num modelo organizativo inovador, constituíram-se como a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, assentes numa equipa multiprofissional, com autonomia funcional, organizativa e técnica, partindo de uma candidatura voluntária dos seus profissionais.

Antes de se iniciar a análise do Relato da Auditoria, considera-se importante esclarecer alguns pontos do glossário (páginas 8 a 10).



Assim:

A consulta domiciliária, para além do referido no Glossário e no âmbito da carteira básica de serviços das USF, compreende um conceito mais abrangente, prevendo ainda a realização de consultas programadas para fins de promoção de saúde e de consultas programadas para a prestação de cuidados a utentes em situação de dependência física e funcional (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro).

O indicador da taxa de utilização global de consultas médicas é formulado pelo número de inscritos com, pelo menos, uma consulta médica (numerador) sobre o número total de inscritos (denominador).

No que respeita a utente ativo e utente passivo, a definição/conceito de um utente ativo/passivo obedece a um critério de utilização/não utilização nos últimos três anos, que não dois.

Assim, e no que respeita ao **Ponto 1** das Conclusões, refere-se que:

Os centros de saúde tradicionais organizam-se por sede e respetivas extensões de saúde, configurando as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) uma das cinco unidades funcionais (UF) previstas na reforma dos cuidados de saúde primários:

- na zona de influência geográfica da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC), a variação de utentes inscritos sem médico de família, entre 2011 e 2012, foi de -11,1% (-11,7%, se se considerar também os utentes inscritos sem médico por opção). Simultaneamente, ocorreu um aumento de 0,3% nos utentes com médico de família atribuído a par com o aumento do número de USF. Os dados mostram que os utentes com médico de família atribuído aumentaram quer nas USF quer a nível global nos ACES da ARSC;



	ACS5	USF	USF	USF
Unidades registadas	(total) (US)	(total) (US)	(total) (US)	(total) (US)
2011 ¹				
Com Médico de Família	1.477.944	388.910	1.751.434	403.113
Sem Médico de Família	160.889	22	167.999	22
Sem Médico de Família por opção	4.389	0	5.239	0
Total	1.643.222	388.932	1.924.672	403.135
2012 ¹				
Com Médico de Família	1.483.511	408.569	1.756.350	422.817
Sem Médico de Família	143.051	7.331 ²	146.365	7.323 ²
Sem Médico de Família por opção	3.670	0	4.584	0
Total	1.630.438	415.700	1.907.299	430.140
Var				
Com Médico de Família	0,4%	5,0%	0,1%	4,9%
Sem Médico de Família	-11,1%	n.a.	-12,9%	n.a.
11/12				
Sem Médico de Família por opção	-11,7%	0	-12,5%	0
Total	-0,8%	6,9%	-0,9%	6,7%

1) 2011 inclui 33 USF em ACS5 e 1 USF em US; 2012 inclui 34 USF em ACS5 e 1 USF em US.
 2) Os utentes inscritos em USF, sem médico de família atribuído, resultam de situações temporárias de cessação de recursos humanos médicos.
 Fonte: SARS, 2014. Dados da zona de influência geográfica da ARSC, IP

- a criação de USF tem como princípio a obtenção de ganho assistencial em que os médicos assumem um rácio de utentes mais elevado garantindo que, mesmo em caso de mobilidade de profissionais médicos, o saldo de utentes inscritos seja positivo. De 2006 a 2013, as candidaturas de USF aprovadas na ARSC previram um ganho assistencial superior a 33.778 utentes¹;
- a saída de profissionais de saúde (nomeadamente médicos) por razões relacionadas com a aposentação tem um forte impacto na capacidade de atribuição de médico de família a utentes. O número de saídas de profissionais não tem sido igualmente compensado por novas entradas de profissionais, designadamente pelo insuficiente número de especialistas recém-formados anualmente;
- têm sido centralmente realizados processos de atualização de inscritos que visam eliminar as duplicações de registos e identificar os utentes não frequentadores (não utilizadores nos últimos três anos). Acresce que a inscrição de utentes não está refém da área de residência, podendo haver outros critérios de inscrição como a aproximação ao local de trabalho.

¹ Fonte: ERA – ARSC, 2014



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



No que respeita ao mencionado no **Ponto 5**, tendo como base os resultados médios obtidos nos indicadores comuns às USF (Modelos A e B) contratualizados, na ARSC, desde 2009 até 2012, observa-se, em média, um melhor desempenho nas USF quando comparado com os resultados da ARSC, onde a maioria das unidades funcionais não configura o modelo USF mas sim centros de saúde com organização tradicional.

Indicador	ARSC				USF			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
3.12 FX	68,4%	73,2%	74,0%	75,4%	84,3%	85,5%	86,4%	88,6%
3.15 FX	88,6%	88,3%	87,8%	86,9%	87,9%	88,0%	87,6%	87,5%
4.18 FX	11,3%	12,8%	11,9%	11,3%	33,9%	31,2%	29,8%	26,67%
4.30 FX	84,5%	99,2%	120,6%	124,5%	158,7%	148,3%	146,6%	140,3%
5.2 FX	11,3%	17,6%	24,2%	22,0%	43,2%	45,9%	48,4%	50,7%
5.1M FX	18,7%	28,5%	43,3%	49,8%	58,0%	66,0%	66,8%	68,8%
6.4M FX	31,5%	34,1%	34,5%	36,1%	73,2%	72,5%		
5.4M 2 FX		46,2%	48,0%	52,8%			81,0%	83,8%
5.10 / FX	65,6%	65,4%	67,0%	65,0%	79,3%			
5.10M / FX	90,1%	91,6%	93,7%	93,7%		73,7%	77,0%	78,8%
6.1M 1 FX	92,7%	92,0%	92,5%	92,9%	97,2%			
6.1M d1 FX		92,0%	92,5%	93,0%		94,6%	94,5%	95,2%
6.1M 2 FX	87,4%	94,5%	94,3%	95,1%	91,5%			
6.1M d2 FX		95,1%	94,8%	95,8%		96,8%	97,4%	98,7%
6.12 FX	70,3%	74,9%	79,3%	84,3%	88,0%	88,3%	89,8%	93,3%
6.8 FX	78,6%	81,3%	84,8%	87,3%	90,6%			
6.9M FX	76,0%	78,7%	81,2%	83,8%		84,6%	85,9%	87,3%
7.6 d1 FX	252,0€	252,1€	216,5€	196,5€	197,0€	199,99€	170,37€	
7.6 d4 FX		227,34€	212,35€	192,83€				156,14€
7.7 d1 FX	59,99€	58,17€	52,50€	44,12€	54,80€	56,30€	51,08€	45,85€

Fonte: SIARS

Nota: Os resultados das USF apresentam-se de acordo com os indicadores que integraram o processo de contratualização de cada ano e recorrem à informação que suportou o respetivo processo de avaliação. Os resultados da ARSC resultam de consulta ao histórico à data atual.

Por outro lado, refere o **Ponto 11** que "As diferenças nas custos unitários com medicamentos e MCDD devem ter uma importância relativa em termos da avaliação das unidades funcionais ou da avaliação do sucesso da reforma dos cuidados de saúde



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



primários, dada que os níveis de prescrição tenderão a convergir para um nível adequada, independentemente da unidade funcional em questão. Ao comparar os custos unitários, interessa, pois, enfatizar as despesas com pessoal e relativizar os custos com medicamentos e MCDT..."

De acordo com o relatório de 2010 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) "Agrupamentos de Centros de Saúde: análise da atividade realizada em 2010", o custo com medicamentos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), com origem na prescrição das unidades de cuidados de saúde primários, representa um peso de 55% para as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Pelo peso que estas rubricas representam, a sua importância não deverá ser relativizada. Adicionalmente, não se configura previsível uma convergência para níveis adequados da prescrição de medicamentos e de MCDT em todas as unidades funcionais, independentemente do seu modelo de desenvolvimento organizacional, na medida em que estes dependem de variáveis de contexto das unidades prestadoras de cuidados, designadamente da estrutura etária da população inscrita, isto é, da associação existente entre os grupos etários mais envelhecidos e o peso de patologias que, conseqüentemente, induz maiores níveis de prescrição;

Por sua vez, é referido no **Ponto 28** que "As metas de desempenho contratualizadas entre as ARS e os ACeS e, por sua vez, entre estes e as USF, no que respeita ao indicador custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador, em 2011, não refletem diretamente, quer a redução do preço unitário médio (PVP) do medicamento nesse ano, quer o custo médio (PVP) com medicamentos por utilizador, atingido no indicador de desempenho de 2010 ou sequer o número de embalagens prescritas nesse mesmo ano".

Ora, no que respeita ao indicador *custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador*, as metas de desempenho contratualizadas na ARSC refletiram, em 2011 e em 2012, a redução do preço unitário médio (6% em ambos os anos). Concretamente, o estudo de metas para contratualização, efetuado pela ASRC, para esse indicador foi impactado no ano de 2011 no valor de 10% e no ano de 2012 em 5%;



Quanto ao **Ponto 29**, este indica que *“Esta redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) em 2011, ao não ser considerada na definição ou avaliação das metas, fez com que as unidades funcionais fossem premiadas por redução de custos que resultam em parte das negociações do Ministério da Saúde, um fator exógeno às unidades funcionais, e não apenas pelo contributo do mérito e esforço da unidade para o resultado final do indicador de custo médio medicamento por utilizador”*.

Conforme explicitado no ponto anterior, a ARSC procedeu ao impacto da redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) nas metas a contratualizar, pelo que o cumprimento do indicador por parte das unidades funcionais deveu-se não só ao mérito e esforço das equipas mas também a outras variáveis não previstas como o impacto da crise económica na população. Saliencia-se que a ACSS considerou como sendo de 10% o valor estimado de impacto do efeito conjunto da redução administrativa do medicamento e da crise económica, valor impactado no estudo de metas efetuado pela ARSC.

Quanto ao exemplo apresentado no **Ponto 40** salienta-se que a remuneração dos médicos em USF Modelo B está limitada a 20 UC (lista de utentes e atividades específicas).

A nota de rodapé **38** alude a que deve existir um procedimento prévio de confirmação e validação dos dados fornecidos pelas UFS. No entanto, a ARSC realiza as atualizações previstas legalmente e opera os acertos de valores no pagamento de suplementos quando tal se justifica, tendo por fonte as base de dados oficiais (Sistema de Informação das ARS – SIARS), e não dependendo da mera informação das USF.

Refere o **Ponto 54** que *“A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, a que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho”*.



Tribunal de Contas



O processo de contratualização com os cuidados de saúde primários, na sua vertente externa (entre ARS e ACES) e interna (entre ACES e respetivas unidades funcionais), é implementado a nível nacional de acordo com normas comuns definidas na metodologia de contratualização, publicada anualmente pela ACSS, e enquadradas nos documentos legais em vigor. A homogeneidade do processo a nível nacional garante a qualidade da sua implementação e a comparabilidade quer a nível das metas contratualizadas quer a nível dos resultados alcançados, em sede de avaliação. Por outro lado, as metas definidas para o processo negocial têm em consideração a realidade regional, no que respeita às necessidades populacionais e à oferta de serviços existente.

A dificuldade existente na implementação de uma contabilidade de custos nos ACES e respetivas unidades funcionais, resultante da falta de consensualização nacional sobre a definição dos centros de custo em cuidados de saúde primários e de normalização de critérios contabilísticos, dificulta a elaboração dos planos anuais e plurianuais previstos tendo por base valores orçamentados. Acresce o fato de os ACES não serem entidades com autonomia financeira e com identificação fiscal própria.

No que respeita ao **Ponto 55**, este indica que *“O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que por sua vez os transpõem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP)”*.

Não obstante o estudo de metas para o processo de contratualização ter sido efetuado pela ARSC em 2011 e 2012, os valores propostos para os indicadores foram alvo de negociação entre as partes intervenientes (ARSC, ACES e USF), não se considerando, em momento algum, ser uma determinação unilateral de qualquer uma das partes. A atitude da ARSC no processo de contratualização pauta-se por princípios de exigência, respeito, transparência e seriedade, não se identificando com posturas impositivas.

Salienta o **Ponto 56** que *“As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização*



das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na contratualização, como indicadores de processo, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis”.

Os indicadores contratualizados com as USF estão definidos em portaria específica. Até ao final de 2013 vigorou a Portaria n.º 301/208, de 18 de abril, não sendo possível a realização de alterações profundas à lista de indicadores em causa sem a revisão da portaria, o que acabou por suceder apenas no final de 2013, através da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro. Não descurando a validade dos indicadores de resultado, importa referir que, na fase inicial de contratualização, foram priorizados indicadores de processo que avaliavam procedimentos-chave para a correta vigilância da população e que, consequentemente, se traduziram em melhores resultados e ganhos em saúde. Acresce que, numa fase inicial de constituição de base de dados e de consolidação de hábitos de registos, é mais complexa a elaboração de indicadores de resultado e a consequente avaliação dos mesmos. Pode afirmar-se que só muito recentemente se começaram a obter dados consolidados de indicadores de construção mais complexa que analisam resultados em saúde.

Refere o **Ponto 57** que *“ O processo de contratualização tardio (ou inexistente), prejudicando o ciclo anual de planeamento, execução e avaliação das atividades. Nem todas as ARS efetivaram o processo de contratualização, em 2012, com os ACeS nem, consequentemente, estes com as respetivas unidades funcionais”.*

A eventual realização tardia do processo de contratualização decorre da necessidade de, anualmente, com vista a garantir a uniformização nacional de critérios e procedimentos, se aguardar pela elaboração (atualização) e respetiva aprovação da metodologia aplicável ao ano em curso, a qual é da responsabilidade da ACSS, embora com os contributos das diferentes ARS. Em 2012 não foi implementado na ARSC o processo de contratualização externa com os ACES, uma vez que nesse ano se observaram dois fatores que, gradativamente, vieram a culminar nessa situação, a saber:



i) final do período de nomeação de três anos dos diretores executivos dos ACES, os quais permaneceram em gestão corrente até à nomeação de novas equipas;

ii) decisão para a redefinição/fusão dos 14 ACES da ARSC (excluindo Unidades Locais de Saúde – ULS) e consequente nomeação de novas equipas de gestão que, incluindo a fase de estudo das diversas possibilidades, veio a acontecer apenas em novembro de 2012 (de acordo com um modelo de seis ACES). Os fatores apresentados impediram, cumulativamente, a contratualização externa no ano em questão. Em 2012, contudo, o processo de contratualização interna com as USF foi assegurado pela ARSC em colaboração com os ACES.

Refere o **Ponto 58** que “ *A fragilidade mais significativa do processo de contratualização tem residido na falta de expurgo da lista de utentes inscritos, designadamente quanto aos óbitos, transferências e duplicações. Só por esse efeito haverá transparência no processo de contratualização e nas metas fixadas. Caso contrário, a permanência dessas ocorrências nas listas de utentes inscritos altera os objetivos e as metas a contratualizar, uma vez que não são suportadas numa base de dados credível e fiável.*”

O processo de atualização nacional de listas de utentes (controlo de duplicações de registos, óbitos e não frequentadores) foi tardio, tendo ocorrido apenas no final do primeiro semestre de 2013. Adicionalmente, a alteração da métrica de cálculo dos indicadores de contratualização, definida e publicada pelo ACSS, para ser sensível apenas aos utentes efetivamente inscritos no período de referência, surgiu apenas em 2013. Embora a atualização de listas seja uma questão pertinente que requer atenção, não se considera que tenha fragilizado a contratualização, na medida em que a progressão das metas se realiza, entre outros fatores, considerando o histórico das unidades. Neste sentido, o expurgo de utentes a par com a alteração da métrica da avaliação dos indicadores melhorará os valores dos mesmos mas não elimina os progressos obtidos nos resultados dos ACES e respetivas unidades funcionais.

No **Ponto 59** é indicado que “ *No processo de acompanhamento e avaliação da*



desempenho, as ARS's não estabeleceram ainda rotinas de verificação e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas".

No período anterior à criação dos ACES, a ARSC sempre procurou promover o devido acompanhamento às USF. A partir da implementação dos ACES e da constituição das suas equipas de gestão, essa responsabilidade passou, naturalmente, para essas estruturas, tendo sido prestado o apoio necessário aos ACES ou diretamente às USF sempre que solicitado. Do mesmo modo, procurou-se, sempre que possível, realizar o acompanhamento regular da contratualização externa, seja através do envio de dados, seja pela análise e discussão de resultados em reuniões promovidas pela ARSC. Contudo, será importante referir que os revezes por que passam os processos de contratualização, nomeadamente atrasos na metodologia e dúvidas quanto à solidez de indicadores e disponibilização de dados atempados, podem também resultar em atrasos consideráveis nos processos de acompanhamento, retirando-lhes, por vezes, a sua periodicidade previsível e desejável.

No **Ponto 64** é referida que *"Os indicadores de desempenho económico contratualizados não têm sido aplicados, de forma transversal e homogênea, nas diferentes unidades funcionais, de modo a serem comparáveis entre si"*.

Na ARSC o processo de contratualização interna ocorreu, em 2011 e 2012, apenas com as USF pelo fato de as UCSP estarem ainda em vias de organização e formalização, de acordo com normas definidas pela Conselho Diretivo da ARSC (e devido à ausência de definição de critérios de implementação de UCSP a nível nacional). Os critérios aplicados na negociação dos indicadores de desempenho económico com as USF foram previamente definidos pela ARSC e aplicados de forma igual na contratualização com todas as unidades, tendo por base a estrutura etária de utentes inscritos de cada ACeS/unidade funcional, redução de custos por conta de racionalidade de prescrição e reduções administrativas do preço dos medicamentos. Acresce que, não obstante o previsto na Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que menciona que os indicadores de



eficiência reportam-se aos custos estimados com medicamentos e MCDT prescritos, a prática nacional no processo de contratualização foi sempre a de proceder à negociação destes indicadores numa vertente de faturação e não de prescrição. A única alteração que ocorreu, a partir de 2012, foi ao nível do indicador de eficiência relacionado com medicamentos que, no processo de contratualização, passou a incluir na sua métrica os utilizadores de todos os subsistemas quando até aí incluía apenas os utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Relativamente ao **Ponto 66**, esclarece-se que a redução calculada pela ACSS no valor de 10,91% foi apenas apresentada aos Departamentos de Contratualização das ARS em setembro de 2012, tendo até esse momento vigorado a redução administrativa de 6% (cf. Portaria n.º 1041-A/2010, de 7 de outubro, Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, Decreto-Lei n.º 152/2012, de 12 de julho e Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro). O impacto de reduções adicionais após mais de um ano decorrido desde que os compromissos foram firmados, em fase final de avaliação e de forma unilateral, constitui uma desonestidade para com as partes envolvidas.

No momento em que este valor foi apresentado, a ARSC considerou inapropriada a sua aplicação para o ano de 2011, tendo, não obstante, diligenciado junto da ACSS para que esse efeito fosse acautelado ainda em 2012 nas Cartas de Compromisso já assinadas, sob a forma de adenda. Este apelo já havia sido reforçado pela ARSC para aplicar em 2012, ainda antes de se conhecer o valor final calculado pela ACSS (cf. ofício da ARSC n.º 24255, de 9 de julho de 2012).

Relativamente ao **Capítulo 2 do Relato - Projeto de Recomendações** e no que respeita aos **Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde** refere-se que:

- a) **Ponto 1:** não obstante o acordo total da ARSC com o prazo limite recomendado (31 de dezembro de cada ano), o início do processo de contratualização, que culmina com a assinatura dos contratos-programa e das cartas de compromisso, depende inteiramente da publicação do documento anual de metodologia de



contratualização da responsabilidade da ACSS, pelo que o cumprimento do prazo proposto não depende desta ARS;

- b) Ponto *ii*: a seleção anual de indicadores não pode ser atualmente realizada, visto que, para tal suceder: 1) na contratualização interna teria de ser revista a legislação, de forma a eliminar o conceito de indicadores comuns a todas as USF do tecido nacional, os quais são definidos pela ACSS; do mesmo modo, seria necessário eliminar da legislação a definição de contratualização de indicadores por triênio, para permitir os ajustes anuais necessários; 2) na contratualização externa teria de ser alterada a metodologia, concebida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, de forma a eliminar o conceito de eixo nacional de indicadores, o qual define o mesmo conjunto de indicadores a contratualizar a nível nacional. A adequação de metas às características locais e às prioridades assistenciais definidas é um procedimento que sempre foi praticado na ARSC, desde que não existam imposições emanadas centralmente;
- c) Ponto *iii*: considera a ARSC extremamente importante o teor desta recomendação, todavia, o conjunto de indicadores passível de ser utilizado no processo de contratualização é atualmente definido pela ACSS. Não está ao alcance da ARSC a criação de indicadores e respetiva inclusão no processo de contratualização. Irá solicitar-se, no entanto, a adequação dos sistemas de informação para a recolha deste dado.
- d) Ponto *iv*: o sistema de informação oficial das ARS's é o SIARS, pelo que a disponibilização e consulta de informação deverá ser efetuada através desta ferramenta informática. O Sistema Administrativo de Registo de Atividade – SINUS não é uma ferramenta apropriada visto ter limitações, nomeadamente a não manutenção de dados históricos relacionados com o número de inscritos e a não disponibilização de informação de forma centralizada mas apenas a nível local;
- e) Ponto *v*: pese embora a recomendação, os prazos são atualmente cumpridos pela ARSC. O processo de contratualização e os documentos legais em vigor preveem prazos definidos para os momentos de negociação, acompanhamento e avaliação



dos contratos-programa e das cartas de compromisso, bem como para a elaboração dos respetivos relatórios de avaliação, os quais são cumpridos pela ARSC,

- f) Ponto vi: a ARSC reflete as reduções administrativas do preço dos medicamentos nas metas propostas para negociação e não nos resultados obtidos. Qualquer iniciativa de impacto de valores nos indicadores de desempenho económico em sede de avaliação carece de informação oficial e de autorização superior. Adicionalmente, um procedimento desta natureza necessita de ser previsto no documento de metodologia de contratualização para que todas as partes envolvidas dele tenham prévio conhecimento.
- g) Ponto vii: a ARSC concorda e acolhe esta recomendação.
- h) Ponto viii: a atualização da lista de utentes, na perspetiva de eliminação de duplicações e de identificação de não frequentadores, não obstante os processos antes realizados, só recentemente foi possível implementar de forma intensiva e transversal, estando previsto para 2014 um novo ciclo de atualizações. Na perspetiva do cálculo de suplementos e incentivos aos profissionais das USF em Modelo B, a atualização da lista de utentes sempre foi realizada de acordo com a periodicidade prevista na legislação (cfr. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, art. 9.º, n.º 5 e Despacho do SEAS, de 23 de abril de 2008, sob o título "Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF - Mod. B"). Neste sentido, a atualização é realizada trimestralmente, no primeiro ano de funcionamento da USF em Modelo B, e anualmente nos anos seguintes, com reporte à situação a 31 de dezembro. No caso de ocorrerem atrasos são realizados todos os acertos aplicáveis de forma a repor os valores corretos para cada situação.

Por fim, e no que respeita às recomendações aos **Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde**, ainda que a estes dirigidas a ARSC concorda e acolhe o seu teor, emitindo orientações para o seu cumprimento, nomeadamente no que respeita aos pontos *i* e *iii*.



2. Das Infrações Financeiras

Após esta análise, cumpre demonstrar a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro.

2.1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

2.1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro (em que o signatário se inclui), do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22.08 e da Portaria n.º 301/008, de 18.04, considerando que tais pagamentos violam o artigo 24.º da Lei n.º 55-A/2010 e o artigo 20.º da Lei n.º 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a "proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim".

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram insertas em leis de valor reforçado - no caso, aprovadas pela Assembleia da República - embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161.º, alíneas c) e g), e 198.º, n.º 1 alínea a), todos da CRP.



Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo – apreciando, casuisticamente, normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam. Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

“Artigo 24.²

Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

- a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;*
 - b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;*
- [...].*

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19.º da Lei do OE

² Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



Tribunal de Contas



para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20.º, n.º 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46.º, n.ºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afirmativa que se referem ao artigo 24.º do OE para 2011 e o artigo 20.º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL n.º 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relatório de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.



Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

2.2. O sistema remuneratório das USF

O DL n.º 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"¹³ a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todaya, aquando da análise dos artigos 28.º a 34.º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

- a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal);
- b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos – a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do n.º 4 do artigo 31.º e b) do n.º 4 do artigo 33.º, do diploma acima referido).

¹³ A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



Sucedeu que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria n.º 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3.º, n.º 1, alterado pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que “as incentivos financeiras regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”, revogando, assim, de modo expresso, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

3. Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8.º e 9.º da Portaria n.º 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL n.º 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24.º e 20.º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.

Explícite-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *“O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com*



características semelhantes a suplemento remuneratório. (ponto 8.3.4 do Relatório, pág. 58)” [sublinhados nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões, pode ler-se que “*Jó quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios*” [sublinhados nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho – o Relatório de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relatório de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.



O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

2.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do caráter imperativo do artigo 24.º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu n.º 16, as normas em causa proibem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9.º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL n.º 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República⁴.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24.º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dela fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9.º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *“emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular na que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho dos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B”* [sublinhados nossos].

⁴ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Tribunal de Contas



Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual o signatário se pronunciou, parece não ser demais recordar o seguinte:

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

- a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria n.º 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor



Tribunal de Contas



das normas orçamentais que proíbem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência:

- b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24.º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde n.º 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2.ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *“apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçada e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população”*.

E o mesmo Despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, *“nos termos do n.º 3 do Despacho n.º 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 203, de 22 de outubro de 2007”*.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das



sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivos das ARS visados, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito:

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidez relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio - em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.

A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59.º, n.º 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *“a repor as importâncias abrangidas pela infração”*, explicitando o n.º 4 que constituem pagamentos indevidos os *“pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade”*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



causa das USF modelo B (cfr. artigos 31.º e 33.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59.º, n.º 1 e n.º 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61.º, n.º 5 da LOPTC.

Exige o artigo 61.º, n.º 5, da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS visados no Relato de Auditoria evidenciaram, no concreto condicionalismo fático adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17.º do Código Penal.

Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos profatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acréscce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho n.º 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2.ª série, n.º 203, de 22.10.2007).

E, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar



cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa "*quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável*", é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁵.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS visados no Relato de Auditoria, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁶, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam,

⁵ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.

⁶ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.



designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁷, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos n.ºs 1 e 4 do artigo 59.º e do n.º 5 do artigo 61.º da LOPTC.

O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

4. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65.º, n.º 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15.º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que o signatário, enquanto membro do órgão diretivo da ARSC, deveria ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando o órgão que integra era destinatário de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos

⁷ Veja-se, a contrario sensu, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS se apressaram a cumprir.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento dos dirigentes em causa, em que o signatário se inclui, que, por isso, não pode ser punido a nenhum título.

O Vice Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP

(Fernando José Ramos Lopes de Almeida)



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

11. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

008101 14 03-24 15:07

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
M.D. Auditor- Chefe do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage,61
1069-045 Lisboa

Sua referência
DAVI-UAT3

Data

Sua referência
CD/GJC

Classe

ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários
Proc n.º 32/2012- Aud.

Tendo presente e correspondendo à notificação de V. Ex.ª para que, no prazo de 10 dias úteis, prorrogado por mais 5 dias, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao teor do relato da auditoria referenciada em epígrafe, seguem as mesmas em anexo.

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal do Conselho Diretivo
da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

(Dr. Luís Manuel Milão Mendes Cabral)

Anexo: Docs. citados no texto.

REGIC 25 3 14 5406

COMN

Alameda das Hortas, 166
Avenida 10071-7007-RES Coimbra

Telefone: 239 136 800
Fax: 239 766 881

trsc@trscnrcs.gov.pt
www.trscnrcs.gov.pt



4

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Luis Manuel Militão Mendes Cabral, Vogal da ARS Centro IP, notificado para que, no prazo de 10 dias úteis e, posteriormente, com mais 5 dias de prorrogação de prazo, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao conteúdo do Relato da Auditoria ora recepcionada, vem apresentar a sua pronúncia, o que faz nos seguintes termos e fundamentos:

Considera a Administração Regional de Saúde do Centro L.P. (ARSC), cujo Conselho Diretivo o signatário integra na qualidade de Vogal, que a gestão dos organismos públicos deve ser auditada numa lógica de prestação de contas, a fim de responsabilizar os seus gestores pelo desempenho visando sempre um processo de melhoria contínua, pautado pelo cumprimento da legalidade e interesse público.

1. Análise do Relato e suas Conclusões

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários iniciou-se pela criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), que se tornaram no motor impulsionador deste processo de reforma. Baseadas num modelo organizativo inovador, constituíram-se como a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, assentes numa equipa multiprofissional, com autonomia funcional, organizativa e técnica, partindo de uma candidatura voluntária dos seus profissionais.

Antes de se iniciar a análise do Relato da Auditoria, considera-se importante esclarecer alguns pontos do glossário (páginas 8 a 10).



Assim:

A consulta domiciliária, para além do referido no Glossário e no âmbito da carteira básica de serviços das USF, compreende um conceito mais abrangente, prevendo ainda a realização de consultas programadas para fins de promoção de saúde e de consultas programadas para a prestação de cuidados a utentes em situação de dependência física e funcional (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro).

O indicador da taxa de utilização global de consultas médicas é formulado pelo número de inscritos com, pelo menos, uma consulta médica (numerador) sobre o número total de inscritos (denominador).

No que respeita a utente ativo e utente passivo, a definição/conceito de um utente ativo/passivo obedece a um critério de utilização/não utilização nos últimos três anos, que não dois.

Assim, e no que respeita ao **Ponto 1** das Conclusões, refere-se que:

Os centros de saúde tradicionais organizam-se por sede e respetivas extensões de saúde, configurando as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) uma das cinco unidades funcionais (UF) previstas na reforma dos cuidados de saúde primários:

- na zona de influência geográfica da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC), a variação de utentes inscritos sem médico de família, entre 2011 e 2012, foi de -11,1% (-11,7%, se se considerar também os utentes inscritos sem médico por opção). Simultaneamente, ocorreu um aumento de 0,3% nos utentes com médico de família atribuído a par com o aumento do número de USF. Os dados mostram que os utentes com médico de família atribuído aumentaram quer nas USF quer a nível global nos ACES da ARSC;



dy

Anos e meses	ACeS		USF		
	(excl. USF)	(excl. USF)	(incl. USF)	(incl. USF)	
2011 ¹	Com Médico de Família	1.477.944	388.910	1.751.434	403.113
	Sem Médico de Família	160.889	22	167.999	22
	Sem Médico de Família por opção	4.389	0	5.239	0
	Total	1.643.222	388.932	1.924.672	403.135
2012 ¹	Com Médico de Família	1.483.511	408.360	1.796.350	412.817
	Sem Médico de Família	141.051	7.331 ²	146.365	7.331 ²
	Sem Médico de Família por opção	3.476	0	4.584	0
	Total	1.628.038	415.700	1.947.299	420.148
Var					
11/12	Com Médico de Família	0,4%	5,0%	-0,3%	-0,9%
	Sem Médico de Família	-13,1%	n.a.	-12,9%	n.a.
	Sem Médico de Família por opção	-11,7%	0	-12,5%	0
	Total	-0,9%	6,9%	-0,9%	6,7%

1) 2011 inclui 33 USF em ACeS e 1 USF em USF; 2012 inclui 34 USF em ACeS e 3 USF em USF.
 2) Os utentes inscritos em USF, sem médico de família atribuído, resultam de situações temporárias de ausência de recursos humanos mobilizados.
 Fonte: SANS, 2014. Dados da zona de influência geográfica da ARSC-IP.

- a criação de USF tem como princípio a obtenção de ganho assistencial em que os médicos assumem um rácio de utentes mais elevado garantindo que, mesmo em caso de mobilidade de profissionais médicos, o saldo de utentes inscritos seja positivo. De 2006 a 2013, as candidaturas de USF aprovadas na ARSC previram um ganho assistencial superior a 33.778 utentes¹;
- a saída de profissionais de saúde (nomeadamente médicos) por razões relacionadas com a aposentação tem um forte impacto na capacidade de atribuição de médico de família a utentes. O número de saídas de profissionais não tem sido igualmente compensado por novas entradas de profissionais, designadamente pelo insuficiente número de especialistas recém-formados anualmente;
- têm sido centralmente realizados processos de atualização de inscritos que visam eliminar as duplicações de registos e identificar os utentes não frequentadores (não utilizadores nos últimos três anos). Acresce que a inscrição de utentes não está refém da área de residência, podendo haver outros critérios de inscrição como a aproximação ao local de trabalho.

¹ Fonte: ERA - ARSC, 2014



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



deq

No que respeita ao mencionado no **Ponto 5**, tendo como base os resultados médios obtidos nos indicadores comuns às USF (Modelos A e B) contratualizados, na ARSC, desde 2009 até 2012, observa-se, em média, um melhor desempenho nas USF quando comparado com os resultados da ARSC, onde a maioria das unidades funcionais não configura o modelo USF mas sim centros de saúde com organização tradicional.

Indicador	ARSC				USF			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
3.12 FX	68,4%	75,2%	74,0%	75,4%	84,3%	85,5%	86,4%	86,6%
3.15 FX	68,6%	68,3%	67,8%	68,9%	67,9%	66,0%	67,6%	67,5%
4.18 FX	11,3%	12,8%	11,5%	11,3%	33,8%	32,2%	29,8%	26,87%
4.30 FX	84,5%	89,2%	120,6%	124,5%	158,7%	148,3%	146,6%	140,3%
5.2 FX	11,3%	17,6%	34,2%	29,0%	43,2%	45,9%	48,4%	50,7%
5.1M FX	16,7%	26,5%	43,3%	49,6%	56,0%	66,0%	66,6%	66,8%
5.4M FX	31,5%	34,1%	34,5%	36,1%	73,2%	72,5%		
5.4M 2 FX		46,2%	48,0%	52,8%			82,0%	83,8%
5.10 1 FX	65,6%	65,4%	67,0%	65,0%	79,3%			
5.10M 1 FX	80,1%	81,8%	81,7%	81,7%		73,7%	77,9%	78,8%
6.1M 1 FX	92,7%	92,0%	92,5%	92,9%	97,2%			
6.1M d1 FX		92,0%	92,5%	93,0%		94,6%	94,3%	95,2%
6.1M 2 FX	87,4%	94,5%	94,3%	95,2%	91,5%			
6.1M d2 FX		95,1%	94,8%	95,8%		98,8%	97,4%	96,7%
6.12 FX	70,3%	74,9%	79,3%	84,5%	86,0%	86,3%	91,3%	83,3%
6.5 FX	76,6%	81,3%	84,8%	87,3%	90,8%			
6.9M FX	78,0%	78,7%	81,2%	81,8%		84,8%	85,9%	87,3%
7.8 d1 FX	252,0€	253,1%	216,5%	196,5%	197,01 €	199,99 €	170,37 €	
7.8 d4 FX		227,34 €	212,35 €	191,83 €				158,14 €
7.7 d1 FX	59,99 €	58,17 €	52,50 €	44,11 €	54,90 €	56,30 €	51,08 €	45,65 €

Fonte: SIARS

Nota: Os resultados das USF apresentaram-se de acordo com os indicadores que integraram o processo de contratualização de cada ano e reconhecem a informação que suportou o respetivo processo de avaliação. Os resultados da ARSC resultam de consulta ao histórico à data atual.

Por outro lado, refere o **Ponto 11** que *“As diferenças nos custos unitários com medicamentos e MCDDT devem ter uma importância relativa em termos da avaliação das unidades funcionais ou da avaliação do sucesso da reforma dos cuidados de saúde*

4



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



9

primários, dada que os níveis de prescrição tenderão a convergir para um nível adequada, independentemente da unidade funcional em questão. Ao comparar as custos unitários, interessa, pois, enfatizar as despesas com pessoal e relativizar os custos com medicamentos e MCDT..."

De acordo com o relatório de 2010 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) "Agrupamentos de Centros de Saúde: análise da atividade realizada em 2010", o custo com medicamentos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), com origem na prescrição das unidades de cuidados de saúde primários, representa um peso de 55% para as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Pelo peso que estas rubricas representam, a sua importância não deverá ser relativizada. Adicionalmente, não se configura previsível uma convergência para níveis adequados da prescrição de medicamentos e de MCDT em todas as unidades funcionais. Independentemente do seu modelo de desenvolvimento organizacional, na medida em que estes dependem de variáveis de contexto das unidades prestadoras de cuidados, designadamente da estrutura etária da população inscrita, isto é, da associação existente entre os grupos etários mais envelhecidos e o peso de patologias que, consequentemente, induz maiores níveis de prescrição;

Por sua vez, é referido no **Ponto 28** que "As metas de desempenho contratualizadas entre as ARS e as ACeS e, por sua vez, entre estes e as USF, no que respeita ao Indicador custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador, em 2011, não refletem diretamente, quer a redução do preço unitário médio (PVP) do medicamento nesse ano, quer o custo médio (PVP) com medicamentos por utilizador, atingido no indicador do desempenho de 2010 ou sequer o número de embalagens prescritas nesse mesmo ano".

Ora, no que respeita ao Indicador *custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador*, as metas de desempenho contratualizadas na ARSC refletiram, em 2011 e em 2012, a redução do preço unitário médio (6% em ambos os anos). Concretamente, o estudo de metas para contratualização, efetuado pela ASRC, para esse indicador foi impactado no ano de 2011 no valor de 10% e no ano de 2012 em 5%;

5



de

Quanto ao **Ponto 29**, este indica que *“Esta redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) em 2011, ao não ser considerada na definição ou avaliação das metas, fez com que as unidades funcionais fossem premiadas por redução de custos que resultam em parte das negociações do Ministério da Saúde, um fator exógeno às unidades funcionais, e não apenas pelo contributo do mérito e esforço da unidade para o resultado final do indicador de custo médio medicamento por utilizador”*.

Conforme explicitado no ponto anterior, a ARSC procedeu ao impacto da redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) nas metas a contratualizar, pelo que o cumprimento do indicador por parte das unidades funcionais deveu-se não só ao mérito e esforço das equipas mas também a outras variáveis não previstas como o impacto da crise económica na população. Salienta-se que a ACSS considerou como sendo de 10% o valor estimado de impacto do efeito conjunto da redução administrativa do medicamento e da crise económica, valor impactado no estudo de metas efetuado pela ARSC.

Quanto ao exemplo apresentado no **Ponto 40** salienta-se que a remuneração dos médicos em USF Modelo B está limitada a 20 UC (lista de utentes e atividades específicas).

A nota de rodapé **38** alude a que deve existir um procedimento prévio de confirmação e validação dos dados fornecidos pelas UFS. No entanto, a ARSC realiza as atualizações previstas legalmente e opera os acertos de valores no pagamento de suplementos quando tal se justifica, tendo por fonte as base de dados oficiais (Sistema de Informação das ARS – SIARS), e não dependendo da mera informação das USF.

Refere o **Ponto 54** que *“A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, o que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho”*.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



dy

O processo de contratualização com os cuidados de saúde primários, na sua vertente externa (entre ARS e ACES) e interna (entre ACES e respetivas unidades funcionais), é implementado a nível nacional de acordo com normas comuns definidas na metodologia de contratualização, publicada anualmente pela ACSS, e enquadradas nos documentos legais em vigor. A homogeneidade do processo a nível nacional garante a qualidade da sua implementação e a comparabilidade quer a nível das metas contratualizadas quer a nível dos resultados alcançados, em sede de avaliação. Por outro lado, as metas definidas para o processo negocial têm em consideração a realidade regional, no que respeita às necessidades populacionais e à oferta de serviços existente.

A dificuldade existente na implementação de uma contabilidade de custos nos ACES e respetivas unidades funcionais, resultante da falta de consensualização nacional sobre a definição dos centros de custo em cuidados de saúde primários e de normalização de critérios contabilísticos, dificulta a elaboração dos planos anuais e plurianuais previstos tendo por base valores orçamentados. Acresce o fato de os ACES não serem entidades com autonomia financeira e com identificação fiscal própria.

No que respeita ao **Ponto 55**, este indica que *“O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACeS), que por sua vez os transmitem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP)”*.

Não obstante o estudo de metas para o processo de contratualização ter sido efetuado pela ARSC em 2011 e 2012, os valores propostos para os indicadores foram alvo de negociação entre as partes intervenientes (ARSC, ACES e USF), não se considerando, em momento algum, ser uma determinação unilateral de qualquer uma das partes. A atitude da ARSC no processo de contratualização pauta-se por princípios de exigência, respeito, transparência e seriedade, não se identificando com posturas impositivas.

Salienta o **Ponto 56** que *“As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização*

7

Unidade Organizativa:
Auditoria de Desempenho

Unidade Organizativa:
Auditoria de Desempenho

Unidade Organizativa:
Auditoria de Desempenho

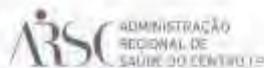


das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na contratualização, como indicadores de processo, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis”.

Os indicadores contratualizados com as USF estão definidos em portaria específica. Até ao final de 2013 vigorou a Portaria n.º 301/208, de 18 de abril, não sendo possível a realização de alterações profundas à lista de indicadores em causa sem a revisão da portaria, o que acabou por suceder apenas no final de 2013, através da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro. Não descurando a validade dos indicadores de resultado, importa referir que, na fase inicial de contratualização, foram priorizados indicadores de processo que avaliavam procedimentos-chave para a correta vigilância da população e que, consequentemente, se traduziram em melhores resultados e ganhos em saúde. Acresce que, numa fase inicial de constituição de base de dados e de consolidação de hábitos de registos, é mais complexa a elaboração de indicadores de resultado e a consequente avaliação dos mesmos. Pode afirmar-se que só muito recentemente se começaram a obter dados consolidados de indicadores de construção mais complexa que analisam resultados em saúde.

Refere o Ponto 57 que “ O processo de contratualização tardia (ou inexistente), prejudicando o ciclo anual de planeamento, execução e avaliação das atividades. Nem todas as ARS efetivaram o processo de contratualização, em 2012, com as ACeS nem, consequentemente, estes com as respetivas unidades funcionais”.

A eventual realização tardia do processo de contratualização decorre da necessidade de, anualmente, com vista a garantir a uniformização nacional de critérios e procedimentos, se aguardar pela elaboração (atualização) e respetiva aprovação da metodologia aplicável ao ano em curso, a qual é da responsabilidade da ACSS, embora com os contributos das diferentes ARS. Em 2012 não foi implementado na ARSC o processo de contratualização externa com os ACES, uma vez que nesse ano se observaram dois fatores que, gradativamente, vieram a culminar nessa situação, a saber:



dy

i) final do período de nomeação de três anos dos diretores executivos dos ACES, os quais permaneceram em gestão corrente até à nomeação de novas equipas;

ii) decisão para a redefinição/fusão dos 14 ACES da ARSC (excluindo Unidades Locais de Saúde – ULS) e consequente nomeação de novas equipas de gestão que, incluindo a fase de estudo das diversas possibilidades, veio a acontecer apenas em novembro de 2012 (de acordo com um modelo de seis ACES). Os fatores apresentados impediram, cumulativamente, a contratualização externa no ano em questão. Em 2012, contudo, o processo de contratualização interna com as USF foi assegurado pela ARSC em colaboração com os ACES.

Refere o **Ponto 58** que *"A fragilidade mais significativa do processo de contratualização tem residido na falta de expurgo da lista de utentes inscritos, designadamente quanto aos óbitos, transferências e duplicações. Só por esse efeito haverá transparência no processo de contratualização e nas metas fixadas. Caso contrário, a permanência dessas ocorrências nas listas de utentes inscritos altera os objetivos e as metas a contratualizar, uma vez que não são suportadas numa base de dados credível e fiável"*.

O processo de atualização nacional de listas de utentes (controlo de duplicações de registos, óbitos e não frequentadores) foi tardio, tendo ocorrido apenas no final do primeiro semestre de 2013. Adicionalmente, a alteração da métrica de cálculo dos indicadores de contratualização, definida e publicada pelo ACSS, para ser sensível apenas aos utentes efetivamente inscritos no período de referência, surgiu apenas em 2013. Embora a atualização de listas seja uma questão pertinente que requer atenção, não se considera que tenha fragilizado a contratualização, na medida em que a progressão das metas se realiza, entre outros fatores, considerando o histórico das unidades. Neste sentido, o expurgo de utentes a par com a alteração da métrica da avaliação dos indicadores melhorará os valores dos mesmos mas não elimina os progressos obtidos nos resultados dos ACES e respetivas unidades funcionais.

No **Ponto 59** é indicado que *"No processo de acompanhamento e avaliação da*



dy

desempenho, as ARS's não estabeleceram ainda rotinas de verificação e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas".

No período anterior à criação dos ACES, a ARSC sempre procurou promover o devido acompanhamento às USF. A partir da implementação dos ACES e da constituição das suas equipas de gestão, essa responsabilidade passou, naturalmente, para essas estruturas, tendo sido prestado o apoio necessário aos ACES ou diretamente às USF sempre que solicitado. Do mesmo modo, procurou-se, sempre que possível, realizar o acompanhamento regular da contratualização externa, seja através do envio de dados, seja pela análise e discussão de resultados em reuniões promovidas pela ARSC. Contudo, será importante referir que os revezes por que passam os processos de contratualização, nomeadamente atrasos na metodologia e dúvidas quanto à solidez de indicadores e disponibilização de dados atempados, podem também resultar em atrasos consideráveis nos processos de acompanhamento, retirando-lhes, por vezes, a sua periodicidade previsível e desejável.

No Ponto 64 é referido que *"Os indicadores de desempenho económico contratualizados não têm sido aplicadas, de forma transversal e homogênea, nas diferentes unidades funcionais, de modo a serem comparáveis entre si"*.

Na ARSC o processo de contratualização interna ocorreu, em 2011 e 2012, apenas com as USF pelo fato de as UCSP estarem ainda em vias de organização e formalização, de acordo com normas definidas pelo Conselho Diretivo da ARSC (e devido à ausência de definição de critérios de implementação de UCSP a nível nacional). Os critérios aplicados na negociação dos indicadores de desempenho económico com as USF foram previamente definidos pela ARSC e aplicados de forma igual na contratualização com todas as unidades, tendo por base a estrutura etária de utentes inscritos de cada ACeS/unidade funcional, redução de custos por conta de racionalidade de prescrição e reduções administrativas do preço dos medicamentos. Acresce que, não obstante o previsto na Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que menciona que os indicadores de



contratualização da responsabilidade da ACSS, pelo que o cumprimento do prazo proposto não depende desta ARS;

- b) Ponto *ii*: a seleção anual de indicadores não pode ser atualmente realizada, visto que, para tal suceder: 1) na contratualização interna teria de ser revista a legislação, de forma a eliminar o conceito de indicadores comuns a todas as USF do tecido nacional, os quais são definidos pela ACSS; do mesmo modo, seria necessário eliminar da legislação a definição de contratualização de indicadores por triénio, para permitir os ajustes anuais necessários; 2) na contratualização externa teria de ser alterada a metodologia, concebida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, de forma a eliminar o conceito de eixo nacional de indicadores, o qual define o mesmo conjunto de indicadores a contratualizar a nível nacional. A adequação de metas às características locais e às prioridades assistenciais definidas é um procedimento que sempre foi praticado na ARSC, desde que não existam imposições emanadas centralmente;
- c) Ponto *iii*: considera a ARSC extremamente importante o teor desta recomendação, todavia, o conjunto de indicadores passível de ser utilizado no processo de contratualização é atualmente definido pela ACSS. Não está ao alcance da ARSC a criação de indicadores e respetiva inclusão no processo de contratualização. Irá solicitar-se, no entanto, a adequação dos sistemas de informação para a recolha deste dado.
- d) Ponto *iv*: o sistema de informação oficial das ARS's é o SIARS, pelo que a disponibilização e consulta de informação deverá ser efetuada através desta ferramenta informática. O Sistema Administrativo de Registo de Atividade – SINUS não é uma ferramenta apropriada visto ter limitações, nomeadamente a não manutenção de dados históricos relacionados com o número de inscritos e a não disponibilização de informação de forma centralizada mas apenas a nível local;
- e) Ponto *v*: pese embora a recomendação, os prazos são atualmente cumpridos pela ARSC. O processo de contratualização e os documentos legais em vigor preveem prazos definidos para os momentos de negociação, acompanhamento e avaliação



dos contratos-programa e das cartas de compromisso, bem como para a elaboração dos respetivos relatórios de avaliação, os quais são cumpridos pela ARSC.

f) Ponto vi: a ARSC reflete as reduções administrativas do preço dos medicamentos nas metas propostas para negociação e não nos resultados obtidos. Qualquer iniciativa de impacto de valores nos indicadores de desempenho económico em sede de avaliação carece de informação oficial e de autorização superior. Adicionalmente, um procedimento desta natureza necessita de ser previsto no documento de metodologia de contratualização para que todas as partes envolvidas dele tenham prévio conhecimento.

g) Ponto vii: a ARSC concorda e acolhe esta recomendação.

h) Ponto viii: a atualização da lista de utentes, na perspetiva de eliminação de duplicações e de identificação de não frequentadores, não obstante os processos antes realizados, só recentemente foi possível implementar de forma intensiva e transversal, estando previsto para 2014 um novo ciclo de atualizações. Na perspetiva do cálculo de suplementos e incentivos aos profissionais das USF em Modelo B, a atualização da lista de utentes sempre foi realizada de acordo com a periodicidade prevista na legislação (cfr. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, art. 9.º, n.º 5 e Despacho do SEAS, de 23 de abril de 2008, sob o título "Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF - Mod. B"). Neste sentido, a atualização é realizada trimestralmente, no primeiro ano de funcionamento da USF em Modelo B, e anualmente nos anos seguintes, com reporte à situação a 31 de dezembro. No caso de ocorrerem atrasos são realizados todos os acertos aplicáveis de forma a repor os valores corretos para cada situação.

Por fim, e no que respeita às recomendações aos **Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde**, ainda que a estes dirigidas a ARSC concorda e acolhe o seu teor, emitindo orientações para o seu cumprimento, nomeadamente no que respeita aos pontos *i* e *iii*.



47

2. Das Infrações Financeiras

Após esta análise, cumpre demonstrar a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro.

2.1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

2.1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro (em que o signatário se inclui), do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22.08 e da Portaria n.º 301/008, de 18.04, considerando que tais pagamentos violam o artigo 24.º da Lei n.º 55-A/2010 e o artigo 20.º da Lei n.º 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a "proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim".

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram inseridas em leis de valor reforçado - no caso, aprovadas pela Assembleia da República - embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161.º, alíneas c) e g), e 198.º, n.º 1 alínea a), todos da CRP.



dy

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo – apreciando, casuisticamente, normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam. Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

“Artigo 24.²

Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias das titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

- a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;*
 - b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;*
- [...].⁴*

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19.º da Lei do OE

⁴ Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



dey

para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20.º, n.º 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46.º, n.ºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24.º do OE para 2011 e o artigo 20.º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – - tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL n.º 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em



dy

equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

2.2. O sistema remuneratório das USF

O DL n.º 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"² a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28.º a 34.º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

- a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal);
- b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos – a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um

² A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se à incrementos que promovem a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



Tribunal de Contas



designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do n.º 4 do artigo 31.º e b) do n.º 4 do artigo 33.º, do diploma acima referido).

Sucede que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria n.º 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3.º, n.º 1, alterado pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que “os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”, revogando, assim, de modo expresso, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

3. Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



dy

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8.º e 9.º da Portaria n.º 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL n.º 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24.º e 20.º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.

Explicita-se.

Nome e Assinatura

Assinatura

Assinatura

19



dey

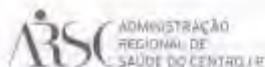
No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *“O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas **permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratória.** (ponto 8.3.4 do Relato, pág. 68)”* [sublinhados nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões, pode ler-se que *“Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios”* [sublinhados nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho – o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base



nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

2.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do carácter imperativo do artigo 24.º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu n.º 16, as normas em causa proibem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9.º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL n.º 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera



Tribunal de Contas



referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República⁴.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24.º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dela fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9.º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *“emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de*

⁴ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual o signatário se pronunciou, parece não ser demais recordar o seguinte:

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

- a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria n.º 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor



Tribunal de Contas



das normas orçamentais que proíbem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;

- b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24.º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde n.º 9999/2012, de 19 de julho (publicado na DR, 2.ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *"apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonada, antes ser reforçada e aprofundada como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população"*

E o mesmo Despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, *"nos termos do n.º 3 do Despacho n.º 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 203, de 22 de outubro de 2007"*.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das



USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei n.º 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do "Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei n.º 59/2013, de 23.08", datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt), onde se encontram discriminados os "incentivos financeiros equipa multiprofissional USF".

É, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

3. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros do conselho diretivo da ARS Centro

1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24.º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá ter como consequência a responsabilidade reintegratória e



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



clh

sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivos das ARS visados, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidez relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio – em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.

A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59.º, n.º 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável "a repar as importâncias abrangidas pela infração", explicitando o n.º 4 que constituem pagamentos indevidos os "pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade".

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indobitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Ch

cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa “*quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável*”, é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁵.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS visados no Relato de Auditoria, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁶, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam,

⁵ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.

⁶ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.



designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁷, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde; não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos n.ºs 1 e 4 do artigo 59.º e do n.º 5 do artigo 61.º da LOPTC.

O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

4. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65.º, n.º 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15.º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que o signatário, enquanto membro do órgão diretivo da ARSC, deveria ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando o órgão que integra era

⁷ Veja-se, *a contrario sensu*, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS se apressaram a cumprir.



Tribunal de Contas

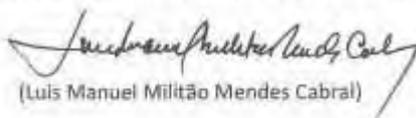
AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



destinatário de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento dos dirigentes em causa, em que o signatário se inclui, que, por isso, não pode ser punido a nenhum título.

O Vogal do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP

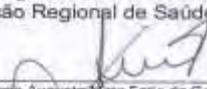

(Luis Manuel Militão Mendes Cabral)



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

12. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP

 GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	 ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.		
008102 14 03-24 16:07	Exmo. Senhor Dr José António Carpinteiro M.D. Auditor- Chefe do Tribunal de Contas Av. Barbosa du Bocage,61 1069-045 Lisboa		
Sua referência DAV-UATI	Data	Sua referência CD/GJC	Data
ASSUNTO: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários Proc nº 32/2012- Aud.			
Tendo presente e correspondendo à notificação de V. Ex ^a para que, no prazo de 10 dias úteis, prorrogado por mais 5 dias, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao teor do relato da auditoria referenciada em epígrafe, seguem as mesmas em anexo.			
Com os melhores cumprimentos.			
A Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.			
 (Dr.ª Maria Augusta Mota Faria da Conceição)			

Anexo: Docs. citados no texto.

CCP/AV

BETC 25 3 14 5405

Alameda José Estanislau
Avenida 4007 | 1601-400 Lisboa

Teléfono: 214 740 800
Fax: 214 740 840

servi@arsc.cds@arscercm.hespa.ips
www.arscercm.hespa.ips



US

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria Augusta Mota Faria da Conceição, Vogal da ARS Centro IP, notificada para que, no prazo de 10 dias úteis e, posteriormente, com mais 5 dias de prorrogação de prazo, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, as alegações que tiver por convenientes referentes ao conteúdo do Relato da Auditoria ora recepcionada, vem apresentar a sua pronúncia, o que faz nos seguintes termos e fundamentos:

Considera a Administração Regional de Saúde do Centro I.P. (ARSC), cujo Conselho Diretivo a signatária integra, que a gestão dos organismos públicos deve ser auditada numa lógica de prestação de contas, a fim de responsabilizar os seus gestores pelo desempenho visando sempre um processo de melhoria contínua, pautado pelo cumprimento da legalidade e interesse público.

1. Análise do Relato e suas Conclusões

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários iniciou-se pela criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), que se tornaram no motor impulsionador deste processo de reforma. Baseadas num modelo organizativo inovador, constituíram-se como a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, assentes numa equipa multiprofissional, com autonomia funcional, organizativa e técnica, partindo de uma candidatura voluntária dos seus profissionais.

Antes de se iniciar a análise do Relato da Auditoria, considera-se importante esclarecer alguns pontos do glossário (páginas 8 a 10).



Tribunal de Contas



21

Assim:

A consulta domiciliária, para além do referido no Glossário e no âmbito da carteira básica de serviços das USF, compreende um conceito mais abrangente, prevendo ainda a realização de consultas programadas para fins de promoção de saúde e de consultas programadas para a prestação de cuidados a utentes em situação de dependência física e funcional (Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro).

O indicador da taxa de utilização global de consultas médicas é formulado pelo número de inscritos com, pelo menos, uma consulta médica (numerador) sobre o número total de inscritos (denominador).

No que respeita a utente ativo e utente passivo, a definição/conceito de um utente ativo/passivo obedece a um critério de utilização/não utilização nos últimos três anos, que não dois.

Assim, e no que respeita ao **Ponto 1** das Conclusões, refere-se que:

Os centros de saúde tradicionais organizam-se por sede e respetivas extensões de saúde, configurando as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) uma das cinco unidades funcionais (UF) previstas na reforma dos cuidados de saúde primários:

- na zona de influência geográfica da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC), a variação de utentes inscritos sem médico de família, entre 2011 e 2012, foi de -11,1% (-11,7%, se se considerar também os utentes inscritos sem médico por opção). Simultaneamente, ocorreu um aumento de 0,3% nos utentes com médico de família atribuído a par com o aumento do número de USF. Os dados mostram que os utentes com médico de família atribuído aumentaram quer nas USF quer a nível global nos ACES da ARSC;



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



15/11

Unidades funcionais	2011		2012	
	MAS (média USF)	USF (média USF)	MAS (média USF)	USF (média USF)
Com Médico de Família	1.477.344	386.930	1.751.434	405.113
Sem Médico de Família	160.808	22	167.999	22
Sem Médico de Família por opção	4.389	0	5.239	0
Total	1.643.222	386.932	1.924.672	405.135
Com Médico de Família	1.482.511	408.969	1.756.250	422.817
Sem Médico de Família	143.051	7.331 ¹	146.385	7.031 ¹
Sem Médico de Família por opção	3.575	0	4.584	0
Total	1.630.438	415.700	1.907.219	430.148
Var. 11/12	0,4%	5,0%	0,3%	4,9%
Com Médico de Família	-11,1%	n.d.	-12,9%	0,0
Sem Médico de Família por opção	-33,7%	0	-12,5%	0
Total	-0,8%	5,9%	-0,9%	6,7%

1) 2011: Inclui 33 USF em ACoE e 1 USF em USF; 2012: Inclui 34 USF em ACoE e 1 USF em USF.
 2) Os utentes inscritos em USF, sem médico de família atribuído, resultam de situações temporárias de ausência de recursos humanos médicos.
 Fonte: SIRS, 2014. Dados da zona de influência geográfica da ARSC, IP.

- a criação de USF tem como princípio a obtenção de ganho assistencial em que os médicos assumem um rácio de utentes mais elevado garantindo que, mesmo em caso de mobilidade de profissionais médicos, o saldo de utentes inscritos seja positivo. De 2006 a 2013, as candidaturas de USF aprovadas na ARSC previram um ganho assistencial superior a 33.778 utentes¹;
- a saída de profissionais de saúde (nomeadamente médicos) por razões relacionadas com a aposentação tem um forte impacto na capacidade de atribuição de médico de família a utentes. O número de saídas de profissionais não tem sido igualmente compensado por novas entradas de profissionais, designadamente pelo insuficiente número de especialistas recém-formados anualmente;
- têm sido centralmente realizados processos de atualização de inscritos que visam eliminar as duplicações de registos e identificar os utentes não frequentadores (não utilizadores nos últimos três anos). Acresce que a inscrição de utentes não está refém da área de residência, podendo haver outros critérios de inscrição como a aproximação ao local de trabalho.

¹ Fonte: ERA - ARSC, 2014.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



97

No que respeita ao mencionado no **Ponto 5**, tendo como base os resultados médios obtidos nos indicadores comuns às USF (Modelos A e B) contratualizados, na ARSC, desde 2009 até 2012, observa-se, em média, um melhor desempenho nas USF quando comparado com os resultados da ARSC, onde a maioria das unidades funcionais não configura o modelo USF mas sim centros de saúde com organização tradicional.

INDICADOR	ARSC				USF			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
3.12 FX	66,4%	73,2%	74,0%	75,4%	84,3%	85,5%	86,4%	86,6%
3.15 FX	88,6%	88,3%	87,8%	86,9%	87,3%	86,0%	87,8%	87,5%
4.18 FX	11,3%	12,6%	11,3%	11,3%	35,8%	31,2%	29,8%	26,87%
4.30 FX	84,5%	99,2%	120,6%	124,5%	138,7%	148,3%	146,6%	140,3%
5.2 FX	31,7%	37,6%	34,2%	29,0%	43,2%	45,9%	48,4%	50,7%
5.1M FX	16,7%	23,5%	43,3%	46,6%	36,0%	66,0%	66,8%	66,8%
5.4M FX	31,5%	34,1%	34,5%	36,1%	73,2%	72,5%		
5.4M 2 FX		46,2%	48,0%	51,8%		82,0%	85,8%	
5.10 / FX	65,6%	69,4%	67,0%	65,0%	79,3%			
5.10M / FX	80,1%	51,8%	83,7%	83,7%	73,7%	77,8%	78,8%	
6.1M 1 FX	92,7%	92,0%	92,5%	92,9%	97,2%			
6.1M d1 FX		92,0%	92,5%	93,0%		94,6%	94,8%	95,2%
6.1M 2 FX	87,4%	94,5%	94,3%	95,1%	91,5%			
6.1M d2 FX		89,1%	94,8%	95,8%		96,8%	97,4%	96,7%
6.12 FX	70,3%	74,8%	79,3%	84,5%	86,0%	88,3%	91,4%	93,3%
6.9 FX	78,8%	81,3%	84,8%	87,3%	90,9%			
6.9M FX	76,0%	78,7%	81,2%	83,8%		84,6%	85,9%	87,3%
7.6 d1 FX	192,0%	253,1%	216,5%	196,5%	197,01 €	199,99 €	170,87 €	
7.6 d4 FX		227,34 €	212,35 €	191,68 €				196,14 €
7.7 d1 FX	59,99 €	58,17 €	52,50 €	44,12 €	54,90 €	56,30 €	51,08 €	45,65 €

Fonte: SIARS

Nota: Os resultados das USF apresentam-se de acordo com os indicadores que integram o processo de contratualização de cada ano e recebem a informação que suportou o respetivo processo de avaliação. Os resultados da ARSC resultam de consulta ao histórico à data atual.

Por outro lado, refere o **Ponto 11** que "As diferenças nos custos unitários com medicamentos e MCDT devem ter uma importância relativa em termos da avaliação das unidades funcionais ou da avaliação do sucesso da reforma dos cuidados de saúde



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



AT

primários, dada que os níveis de prescrição tenderão a convergir para um nível adequada, independentemente da unidade funcional em questão. Ao comparar os custos unitários, interessa, pois, enfatizar as despesas com pessoal e relativizar as custos com medicamentos e MCDT..."

De acordo com o relatório de 2010 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) "Agrupamentos de Centros de Saúde: análise da atividade realizada em 2010", o custo com medicamentos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), com origem na prescrição das unidades de cuidados de saúde primários, representa um peso de 55% para as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Pelo peso que estas rubricas representam, a sua importância não deverá ser relativizada. Adicionalmente, não se configura previsível uma convergência para níveis adequados da prescrição de medicamentos e de MCDT em todas as unidades funcionais, independentemente do seu modelo de desenvolvimento organizacional, na medida em que estes dependem de variáveis de contexto das unidades prestadoras de cuidados, designadamente da estrutura etária da população inscrita, isto é, da associação existente entre os grupos etários mais envelhecidos e o peso de patologias que, conseqüentemente, induz maiores níveis de prescrição;

Por sua vez, é referido no **Ponto 28** que "As metas de desempenho contratualizadas entre as ARS e os ACeS e, por sua vez, entre estes e as USF, no que respeita ao indicador custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador, em 2011, não refletem diretamente, quer a redução do preço unitário médio (PVP) do medicamento nesse ano, quer o custo médio (PVP) com medicamentos por utilizador, atingida no indicador do desempenho de 2010 ou sequer o número de embalagens prescritas nesse mesmo ano".

Ora, no que respeita ao indicador *custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador*, as metas de desempenho contratualizadas na ARSC refletiram, em 2011 e em 2012, a redução do preço unitário médio (6% em ambos os anos). Concretamente, o estudo de metas para contratualização, efetuado pela ARSC, para esse indicador foi impactado no ano de 2011 no valor de 10% e no ano de 2012 em 5%;



Tribunal de Contas



5/11

Quanto ao **Ponto 29**, este indica que *"Esta redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) em 2011, ao não ser considerada na definição ou avaliação das metas, fez com que as unidades funcionais fossem premiadas por redução de custos que resultam em parte das negociações do Ministério da Saúde, um fator exógeno às unidades funcionais, e não apenas pela contributo do mérito e esforço da unidade para o resultado final do indicador de custo médio medicamento por utilizador"*.

Conforme explicitado no ponto anterior, a ARSC procedeu ao impacto da redução do preço unitário médio do medicamento (PVP) nas metas a contratualizar, pelo que o cumprimento do indicador por parte das unidades funcionais deveu-se não só ao mérito e esforço das equipas mas também a outras variáveis não previstas como o impacto da crise económica na população. Sallienta-se que a ACSS considerou como sendo de 10% o valor estimado de impacto do efeito conjunto da redução administrativa do medicamento e da crise económica, valor impactado no estudo de metas efetuado pela ARSC.

Quanto ao exemplo apresentado no **Ponto 40** salienta-se que a remuneração dos médicos em USF Modelo B está limitada a 20 UC (lista de utentes e atividades específicas).

A nota de rodapé **38** alude a que deve existir um procedimento prévio de confirmação e validação dos dados fornecidos pelas UFS. No entanto, a ARSC realiza as atualizações previstas legalmente e opera os acertos de valores no pagamento de suplementos quando tal se justifica, tendo por fonte as base de dados oficiais (Sistema de Informação das ARS – SIARS), e não dependendo da mera informação das USF.

Refere o **Ponto 54** que *"A contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada a priori por um estudo regional das necessidades em saúde e dos níveis de oferta precisa de serviços públicos, nem da elaboração de orçamentos (anuais/plurianuais) específicos, o que retira racionalidade à contratualização em função do desempenho"*.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



O processo de contratualização com os cuidados de saúde primários, na sua vertente externa (entre ARS e ACES) e interna (entre ACES e respetivas unidades funcionais), é implementado a nível nacional de acordo com normas comuns definidas na metodologia de contratualização, publicada anualmente pela ACSS, e enquadradas nos documentos legais em vigor. A homogeneidade do processo a nível nacional garante a qualidade da sua implementação e a comparabilidade quer a nível das metas contratualizadas quer a nível dos resultados alcançados, em sede de avaliação. Por outro lado, as metas definidas para o processo negocial têm em consideração a realidade regional, no que respeita às necessidades populacionais e à oferta de serviços existente.

A dificuldade existente na implementação de uma contabilidade de custos nos ACES e respetivas unidades funcionais, resultante da falta de consensualização nacional sobre a definição dos centros de custo em cuidados de saúde primários e de normalização de critérios contabilísticos, dificulta a elaboração dos planos anuais e plurianuais previstos tendo por base valores orçamentados. Acresce o fato de os ACES não serem entidades com autonomia financeira e com identificação fiscal própria.

No que respeita ao **Ponto 55**, este indica que *“O estabelecimento dos objetivos resulta mais de uma determinação unilateral pelas ARS, do que da negociação entre partes, designadamente com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), que por sua vez os transpõem para a contratualização com as unidades funcionais (USF e UCSP)”*.

Não obstante o estudo de metas para o processo de contratualização ter sido efetuado pela ARSC em 2011 e 2012, os valores propostos para os indicadores foram alvo de negociação entre as partes intervenientes (ARSC, ACES e USF), não se considerando, em momento algum, ser uma determinação unilateral de qualquer uma das partes. A atitude da ARSC no processo de contratualização pauta-se por princípios de exigência, respeito, transparência e seriedade, não se identificando com posturas impositivas.

Salienta o **Ponto 56** que *“As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização*



das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantêm, ainda, na contratualização, como indicadores de processo, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis”.

Os indicadores contratualizados com as USF estão definidos em portaria específica. Até ao final de 2013 vigorou a Portaria n.º 301/208, de 18 de abril, não sendo possível a realização de alterações profundas à lista de indicadores em causa sem a revisão da portaria, o que acabou por suceder apenas no final de 2013, através da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro. Não descurando a validade dos indicadores de resultado, importa referir que, na fase inicial de contratualização, foram priorizados indicadores de processo que avaliavam procedimentos-chave para a correta vigilância da população e que, conseqüentemente, se traduziram em melhores resultados e ganhos em saúde. Acresce que, numa fase inicial de constituição de base de dados e de consolidação de hábitos de registos, é mais complexa a elaboração de indicadores de resultado e a conseqüente avaliação dos mesmos. Pode afirmar-se que só muito recentemente se começaram a obter dados consolidados de indicadores de construção mais complexa que analisam resultados em saúde.

Refere o **Ponto 57** que “*O processo de contratualização tardio (ou inexistente), prejudicando o ciclo anual de planeamento, execução e avaliação das atividades. Nem todas as ARS efetivaram o processo de contratualização, em 2012, com os ACeS nem, conseqüentemente, estes com as respetivas unidades funcionais”.*

A eventual realização tardia do processo de contratualização decorre da necessidade de, anualmente, com vista a garantir a uniformização nacional de critérios e procedimentos, se aguardar pela elaboração (atualização) e respetiva aprovação da metodologia aplicável ao ano em curso, a qual é da responsabilidade da ACSS, embora com os contributos das diferentes ARS. Em 2012 não foi implementado na ARSC o processo de contratualização externa com os ACES, uma vez que nesse ano se observaram dois fatores que, gradativamente, vieram a culminar nessa situação, a saber:

Assinado e validado por:
[Assinatura]

Assinado e validado por:
[Assinatura]

Assinado e validado por:
[Assinatura]

8



OK

i) final do período de nomeação de três anos dos diretores executivos dos ACES, os quais permaneceram em gestão corrente até à nomeação de novas equipas;

ii) decisão para a redefinição/fusão dos 14 ACES da ARSC (excluindo Unidades Locais de Saúde – ULS) e consequente nomeação de novas equipas de gestão que, incluindo a fase de estudo das diversas possibilidades, veio a acontecer apenas em novembro de 2012 (de acordo com um modelo de seis ACES). Os fatores apresentados impediram, cumulativamente, a contratualização externa no ano em questão. Em 2012, contudo, o processo de contratualização interna com as USF foi assegurado pela ARSC em colaboração com os ACES.

Refere o **Ponto 58** que “ *A fragilidade mais significativa do processo de contratualização tem residido na falta de expurgo da lista de utentes inscritos, designadamente quanto aos óbitos, transferências e duplicações. Só por esse efeito haverá transparência no processo de contratualização e nas metas fixadas. Caso contrário, a permanência dessas ocorrências nas listas de utentes inscritos altera os objetivos e as metas a contratualizar, uma vez que não são suportadas numa base de dados credível e fiável*”.

O processo de atualização nacional de listas de utentes (controlo de duplicações de registos, óbitos e não frequentadores) foi tardio, tendo ocorrido apenas no final do primeiro semestre de 2013. Adicionalmente, a alteração da métrica de cálculo dos indicadores de contratualização, definida e publicada pelo ACSS, para ser sensível apenas aos utentes efetivamente inscritos no período de referência, surgiu apenas em 2013. Embora a atualização de listas seja uma questão pertinente que requer atenção, não se considera que tenha fragilizado a contratualização, na medida em que a progressão das metas se realiza, entre outros fatores, considerando o histórico das unidades. Neste sentido, o expurgo de utentes a par com a alteração da métrica de avaliação dos indicadores melhorará os valores dos mesmos mas não elimina os progressos obtidos nos resultados dos ACES e respetivas unidades funcionais.

No **Ponto 59** é indicado que “ *No processo de acompanhamento e avaliação do*



desempenho, as ARS's não estabeleceram ainda rotinas de verificação e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas".

No período anterior à criação dos ACES, a ARSC sempre procurou promover o devido acompanhamento às USF. A partir da implementação dos ACES e da constituição das suas equipas de gestão, essa responsabilidade passou, naturalmente, para essas estruturas, tendo sido prestado o apoio necessário aos ACES ou diretamente às USF sempre que solicitado. Do mesmo modo, procurou-se, sempre que possível, realizar o acompanhamento regular da contratualização externa, seja através do envio de dados, seja pela análise e discussão de resultados em reuniões promovidas pela ARSC. Contudo, será importante referir que os revezes por que passam os processos de contratualização, nomeadamente atrasos na metodologia e dúvidas quanto à solidez de indicadores e disponibilização de dados atempados, podem também resultar em atrasos consideráveis nos processos de acompanhamento, retirando-lhes, por vezes, a sua periodicidade previsível e desejável.

No **Ponto 64** é referido que *" Os indicadores de desempenho económico contratualizados não têm sido aplicados, de forma transversal e homogénea, nas diferentes unidades funcionais, de modo a serem comparáveis entre si"*.

Na ARSC o processo de contratualização interna ocorreu, em 2011 e 2012, apenas com as USF pelo fato de as UCSP estarem ainda em vias de organização e formalização, de acordo com normas definidas pelo Conselho Diretivo da ARSC (e devido à ausência de definição de critérios de implementação de UCSP a nível nacional). Os critérios aplicados na negociação dos indicadores de desempenho económico com as USF foram previamente definidos pela ARSC e aplicados de forma igual na contratualização com todas as unidades, tendo por base a estrutura etária de utentes inscritos de cada ACES/unidade funcional, redução de custos por conta de racionalidade de prescrição e reduções administrativas do preço dos medicamentos. Acresce que, não obstante o previsto na Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que menciona que os indicadores de



et

eficiência reportam-se aos custos estimados com medicamentos e MCDT prescritos, a prática nacional no processo de contratualização foi sempre a de proceder à negociação destes indicadores numa vertente de faturação e não de prescrição. A única alteração que ocorreu, a partir de 2012, foi ao nível do indicador de eficiência relacionado com medicamentos que, no processo de contratualização, passou a incluir na sua métrica os utilizadores de todos os subsistemas quando até aí incluía apenas os utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Relativamente ao **Ponto 66**, esclarece-se que a redução calculada pela ACSS no valor de 10,91% foi apenas apresentada aos Departamentos de Contratualização das ARS em setembro de 2012, tendo até esse momento vigorado a redução administrativa de 6% (cf. Portaria n.º 1041-A/2010, de 7 de outubro, Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, Decreto-lei n.º 152/2012, de 12 de julho e Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro). O impacto de reduções adicionais após mais de um ano decorrido desde que os compromissos foram firmados, em fase final de avaliação e de forma unilateral, constitui uma desonestidade para com as partes envolvidas.

No momento em que este valor foi apresentado, a ARSC considerou inapropriada a sua aplicação para o ano de 2011, tendo, não obstante, diligenciado junto da ACSS para que esse efeito fosse acautelado ainda em 2012 nas Cartas de Compromisso já assinadas, sob a forma de adenda. Este apelo já havia sido reforçado pela ARSC para aplicar em 2012, ainda antes de se conhecer o valor final calculado pela ACSS (cf. ofício da ARSC n.º 24255, de 9 de julho de 2012).

Relativamente ao **Capítulo 2 do Relato - Projeto de Recomendações** e no que respeita aos **Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde** refere-se que:

- a) **Ponto 1:** não obstante o acordo total da ARSC com o prazo limite recomendado (31 de dezembro de cada ano), o início do processo de contratualização, que culmina com a assinatura dos contratos-programa e das cartas de compromisso, depende inteiramente da publicação do documento anual de metodologia de



eh

- contratualização da responsabilidade da ACSS, pelo que o cumprimento do prazo proposto não depende desta ARS;
- b) Ponto ii: a seleção anual de indicadores não pode ser atualmente realizada, visto que, para tal suceder: 1) na contratualização interna teria de ser revista a legislação, de forma a eliminar o conceito de Indicadores comuns a todas as USF do tecido nacional, os quais são definidos pela ACSS; do mesmo modo, seria necessário eliminar da legislação a definição de contratualização de indicadores por triénio, para permitir os ajustes anuais necessários; 2) na contratualização externa teria de ser alterada a metodologia, concebida pela ACSS e aprovada pelo Ministério da Saúde, de forma a eliminar o conceito de eixo nacional de indicadores, o qual define o mesmo conjunto de indicadores a contratualizar a nível nacional. A adequação de metas às características locais e às prioridades assistenciais definidas é um procedimento que sempre foi praticado na ARSC, desde que não existam imposições emanadas centralmente;
- c) Ponto iii: considera a ARSC extremamente importante o teor desta recomendação, todavia, o conjunto de indicadores passível de ser utilizado no processo de contratualização é atualmente definido pela ACSS. Não está ao alcance da ARSC a criação de indicadores e respetiva inclusão no processo de contratualização. Irá solicitar-se, no entanto, a adequação dos sistemas de informação para a recolha deste dado.
- d) Ponto iv: o sistema de informação oficial das ARS's é o SIARS, pelo que a disponibilização e consulta de informação deverá ser efetuada através desta ferramenta informática. O Sistema Administrativo de Registo de Atividade – SINUS não é uma ferramenta apropriada visto ter limitações, nomeadamente a não manutenção de dados históricos relacionados com o número de inscritos e a não disponibilização de informação de forma centralizada mas apenas a nível local;
- e) Ponto v: pese embora a recomendação, os prazos são atualmente cumpridos pela ARSC. O processo de contratualização e os documentos legais em vigor preveem prazos definidos para os momentos de negociação, acompanhamento e avaliação



Tribunal de Contas



sk

dos contratos-programa e das cartas de compromisso, bem como para a elaboração dos respetivos relatórios de avaliação, os quais são cumpridos pela ARSC.

- f) Ponto vi: a ARSC reflete as reduções administrativas do preço dos medicamentos nas metas propostas para negociação e não nos resultados obtidos. Qualquer iniciativa de impacto de valores nos indicadores de desempenho económico em sede de avaliação carece de informação oficial e de autorização superior. Adicionalmente, um procedimento desta natureza necessita de ser previsto no documento de metodologia de contratualização para que todas as partes envolvidas dele tenham prévio conhecimento.
- g) Ponto vii: a ARSC concorda e acolhe esta recomendação.
- h) Ponto viii: a atualização da lista de utentes, na perspectiva de eliminação de duplicações e de identificação de não frequentadores, não obstante os processos antes realizados, só recentemente foi possível implementar de forma intensiva e transversal, estando previsto para 2014 um novo ciclo de atualizações. Na perspectiva do cálculo de suplementos e incentivos aos profissionais das USF em Modelo B, a atualização da lista de utentes sempre foi realizada de acordo com a periodicidade prevista na legislação (cfr. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, art. 9.º, n.º 5 e Despacho do SEAS, de 23 de abril de 2008, sob o título "Normas para cálculo das remunerações dos profissionais das USF - Mod. B"). Neste sentido, a atualização é realizada trimestralmente, no primeiro ano de funcionamento da USF em Modelo B, e anualmente nos anos seguintes, com reporte à situação a 31 de dezembro. No caso de ocorrerem atrasos são realizados todos os acertos aplicáveis de forma a repor os valores corretos para cada situação.

Por fim, e no que respeita às recomendações aos **Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde**, ainda que a estes dirigidas a ARSC concorda e acolhe o seu teor, emitindo orientações para o seu cumprimento, nomeadamente no que respeita aos pontos i e iii.



et

2. Das Infrações Financeiras

Após esta análise, cumpre demonstrar a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro.

2.1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

2.1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro (em que a signatária se inclui), do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneraram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22.08 e da Portaria n.º 301/008, de 18.04, considerando que tais pagamentos violam o artigo 24.º da Lei n.º 55-A/2010 e o artigo 20.º da Lei n.º 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a *"proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente os resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza ofim"*.

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram inseridas em leis de valor reforçado - no caso, aprovadas pela Assembleia da República - embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161.º, alíneas c) e g), e 198.º, n.º 1 alínea a), todos da CRP.



sk

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo – apreciando, casuisticamente, normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam. Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

Artigo 24.^o

Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consistam em valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.^o

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;

b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;

[...].²

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19.º da Lei do OE

² Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



Tribunal de Contas



ds

para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20.º, n.º 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74.º e 75.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46.º, n.ºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24.º do OE para 2011 e o artigo 20.º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – - tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL n.º 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.



Orá, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados Incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

2.2. O sistema remuneratório das USF

O DL n.º 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"² a atribuir a todos os elementos que as constituem:

Todavia, aquando da análise dos artigos 28.º a 34.º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

- a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal];
- b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços - e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos - a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do n.º 4 do artigo 31.º e b) do n.º 4 do artigo 33.º, do diploma acima referido).

² A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



Tribunal de Contas



st

Sucedeu que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria n.º 301/2008, de 18.04 cuja artigo 3.º, n.º 1, alterado pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que *“os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”*, revogando, assim, de modo expresso, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

3. Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



et

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8.º e 9.º da Portaria n.º 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL n.º 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24.º e 20.º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.

Explícite-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *"O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com*

19

SECRETARIA GERAL DO TRIBUNAL DE CONTAS

DEPARTAMENTO DE AUDITÓRIA

UNIDADE DE AUDITÓRIA DE SAÚDE



157

características semelhantes a suplementa remuneratória. (ponto 8.3.4 do Relato, pág. 68)" [sublinhadas nossas].

E, no ponto n.º 49 das conclusões, pode ler-se que *" Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementas remuneratórios"*[sublinhadas nossas].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho – o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

20



O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

2.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do caráter imperativo do artigo 24.º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu nº 16, as normas em causa proíbem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19.º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9.º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL n.º 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



ed

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República⁴.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24.º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dela fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9.º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *“emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular na que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B”* (sublinhados nossos).

⁴ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161.º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



26

É, assim, legítimo concluir que, também para os auditores subscritores do Relato, não é clara a aplicação do artigo 24.º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B – ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relato de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde. Suscitando-se, por isso, legitimamente, a questão de saber como pode a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

Analise-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

2.4. O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgãos e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade – princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.

O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deontica deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



uh

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual o signatário se pronunciou, parece não ser demais recordar o seguinte:

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

- a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria n.º 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor



JK

das normas orçamentais que proíbem a pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;

- b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24.º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde n.º 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2.ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *"apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população"*.

E o mesmo Despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, *"nos termos do n.º 3 do Despacho n.º 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 203, de 22 de outubro de 2007"*.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das



ok

USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei n.º 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do "Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei n.º 59/2013, de 23.08", datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt), onde se encontram discriminados os "incentivos financeiros equipa multiprofissional USF".

É, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

3. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros do conselho diretivo da ARS Centro

I. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24.º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá ter como consequência a responsabilidade reintegratória e



8

sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivos das ARS visados, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidade relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio - em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.

A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59.º, n.º 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *"a repor as importâncias abrangidas pela infração"*, explicitando o n.º 4 que constituem pagamentos indevidos os *"pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade"*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em



Tribunal de Contas



2

causa das USF modelo B (cfr. artigos 31.º e 33.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59.º, n.º 1 e n.º 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61.º, n.º 5 da LOPTC.

Exige o artigo 61.º, n.º 5, da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS visados no Relato de Auditoria evidenciaram, no concreto condicionalismo fáctico adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17.º do Código Penal.

Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho n.º 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2.ª série, n.º 203, de 22.10.2007).

É, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar



cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa "*quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável*", é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁵.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS visados no Relato de Auditoria, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁶, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam,

⁵ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.

⁶ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento dos dirigentes em causa, em que a signatária se inclui, que, por isso, não pode ser punida a nenhum título.

A Vogal do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP

(Maria Augusta Mota Faria da Conceição)



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

13. EX-MEMBRO DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP

Exmo. Senhor

Dr. José António Carpinteiro

Auditor Coordenador do Tribunal de Contas

Assunto: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários.

Relativamente ao assunto em epígrafe e de acordo com o solicitado por V. Exa. remeto documento contendo as alegações relativas à auditoria – DA VI/Processo nº 32/2012.

Com os melhores cumprimentos

João Pedro Travassos de Carvalho Pimentel



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Exmo. Senhor

Auditor – Chefe

D. José António Carpinteiro

João Pedro Travassos de Carvalho Pimentel, que exerceu as funções de Presidente da ARS Centro IP, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2011 a 7 de outubro de 2011, tendo sido notificado para apresentar alegações na Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários Processo nº 32/2012-AUDIT, e tendo em consideração que de acordo com o documento anexo, e que aqui se dá como integralmente reproduzido, a autorização de pagamento dos incentivos financeiros do ano de 2010 foram autorizados em 2 de dezembro de 2011 pelo novo Conselho Diretivo da ARS Centro IP, que iniciou funções em 8 de outubro de 2011, e verificando-se que não autorizou qualquer pagamento nos anos auditados, considera que não pode ser objeto de qualquer sanção quer reintegratória quer sancionatória.

Porém, e caso assim não se entenda e sem prejuízo, sempre cumpre demonstrar a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis nº 55-A/2010, de 31 de Dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro

1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relatório de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro, do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneraram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22.08 e da Portaria nº 301/008, de 18.04.



Tribunal de Contas

considerando que tais pagamentos violam o artigo 24º da Lei nº 55-A/2010 e o artigo 20º da Lei nº 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a "proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim".

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram inseridas em leis de valor reforçado – no caso, aprovadas pela Assembleia da República –, embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161º, alíneas c) e g), e 198º, nº 1 alínea a), todos da CRP.

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo –, apreciando casuisticamente normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam.

Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

¹ Artigo 24º

² Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



Proibição de valorizações remuneratórias:

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias das titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º

7 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes das seguintes actos:

- a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;*
 - b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;*
- [...]*

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20º, nº 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os



Trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relatório de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

1.2. O sistema remuneratório das USF

O DL 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"² a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28º a 34º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

² A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se à incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime de USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e à carteira de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal);

b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos –, a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do nº 4 do artigo 31º e b) do nº 4 do artigo 33º, do diploma acima referido).

Sucedem que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria nº 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3º, nº 1, alterado pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que *“os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”*, revogando, assim, de modo expresso, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

3. Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.



Tribunal de Contas

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8º e 9º da Portaria nº 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL nº 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24º e 20º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.



Explícite-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *“O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratória. (ponto 8/3.4 do relato, pág. 68)”* [sublinhados nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões pode ler-se que *“ Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, na entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações da tipo suplementos remuneratórios”* [sublinhados nossos].

Qu seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho –, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da



prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

1.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do carácter imperativo do artigo 24º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu nº 16, as normas em causa proibem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.



Tribunal de Contas

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República⁵.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dele fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *"emitida orientação que esclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em articulação que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B"* (sublinhados nossos).

E, assim, legítima concluir que, também para os auditores subscritores do Relato, não é clara a aplicação do artigo 24º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B – ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relato de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos

⁵ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Ministros das Finanças e da Saúde. Suscitando-se, por isso, legitimamente a questão de saber como pode a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

Analise-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

1.4. O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgão e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade – princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.

O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deóntica (deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de



Tribunal de Contas

Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atendo o teor do documento relativamente ao qual os signatários se pronunciam, parece não ser demais recordar o seguinte:

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a setle para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

- a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria nº 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor das normas orçamentais que proibem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;
- b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde nº 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *"apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da*



Tribunal de Contas

acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população”.

E o mesmo despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, “nos termos do nº 3 do Despacho nº 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 203, de 22 de outubro de 2007”.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei nº 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei nº 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do “Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei nº 59/2013, de 23.08”, datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt) , onde se encontram discriminados os “incentivos financeiros equipa multiprofissional USF”.

É, pois, patente, não apenas que o Relatório de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a



uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

3. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros do conselho diretivo da ARS Centro

1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada Incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá como consequência a responsabilidade reintegratória e sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivo da ARS subscritores da presente pronúncia, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidade relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio –, em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.



A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59º, nº 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *"a reparar as importâncias abrangidas pela infração"*, explicitando o nº 4 que constituem pagamentos indevidos os *"pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que correspondam contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade"*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31º e 33º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59º, nº 1 e nº 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61º, nº 5 da LOPTC.

Exige o artigo 61º, nº 5 da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS subscritores da presente pronúncia evidenciaram, no concreto condicionamento fáctico adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17º do Código Penal.



Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho nº 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2ª série, nº 203, de 22.10.2007).

É, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa "*quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável*", é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁴.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS subscritores do presente documento de pronúncia, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a

⁴ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.



possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁵, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam, designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁶, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos n.ºs 1 e 4 do artigo 59.º e do n.º 5 do artigo 61.º da LOPTC.

O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

3. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65.º, n.º 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos,

⁵ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito à suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, ainda, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.

⁶ Veja-se, *o contrario sensu*, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS signatárias de apressaram a cumprir.



Tribunal de Contas

bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que os titulares dos órgãos diretivos das ARS aqui em causa deveriam ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando eram destinatários de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento do dirigente em causa que, por isso, não pode ser punido a nenhum título.

João Pedro Travassos de Carvalho Pimentel



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

PARECER	DELIBERAÇÃO
<p>De acordo com o exposto, incluindo a proposta, na presente informação.</p> <p>A consideração do P.D. <i>MF</i></p> <p>29/11/11</p>	<p>Considerando o teor da Informação Técnica n.º 341/DERHAG/2011, deliberada determinamos as DERHAGs que remeta as suas ALEs em função do processo os mapas em anexo, com uma especial atenção de atenção para a referida no 2.º parágrafo da Informação em anexo, a necessidade de garantir a execução dos meios no caso de verificação relativa ao 2.º caso em que profissionais a respeito de práticas punitivas de construção o cumprimento do incentivo apresentado.</p>

Informação Técnica n.º 341/DERHAG/2011 2.12.11

ASSUNTO: USF-AN - PAGAMENTO INCENTIVOS FINANCEIROS 2010

Dr. José Manuel António Trindade
 Director do A.R.S. do Centro I.P.
 Dr. Fernando José Lopes de Almeida
 Dr. Luís Manuel Nunes Mendes Castro

Como questão prévia, não posso deixar de referir que só agora este departamento teve conhecimento do Relatório de Avaliação 2010 – Contratualização com Unidades de Saúde Familiar, homologado pelo Conselho Directivo em 6 de Outubro p.p. pelo que o não cumprimento do prazo da entrega dos Incentivos, a que se refere o artigo 3.º da Portaria n.º 301/2006, de 18 de Abril, não é da responsabilidade deste departamento.

De acordo com a tabela 10, do referido Relatório de Avaliação foram identificadas, por USF, os profissionais que conquistaram o incentivo financeiro, tendo sido elaborados os mapas em anexo, que servirão como documento de apoio aos diversos serviços processadores que, antes de proceder ao pagamento dos Incentivos, deverão verificar se relativamente a cada um dos profissionais não existem situações que possam condicionar o valor do incentivo apresentado.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



ASSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, S

Em face do exposto, propõe-se que sejam enviados aos ACES os mapas, supra referidos, no sentido de serem pagos os incentivos financeiros, com a maior brevidade possível.

Mais se propões que a USF-AN seja informada em conformidade.

À consideração de V. Exa.

2011-11-28

A Técnica Superior

Isabel Reis

Isabel Reis



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO L.P.

Nota 3/11/12

INFORMAÇÃO
 PARECER

N.º 3734

DATA: 2012-10-25

Para: Conselho Directivo da ARSC, IP

Departamento de Planeamento e Contratualização – Cuidados de Saúde

De: Primários (DPC-CSP)

PARECER FINAL:

*Comendo,
Submito ao CD da ARSC, IP a aprovação dos Incentivos Financeiros às USF Mod. B relativos a 2011, com os fundamentos expostos.*

DESPACHO: Acusado a respeito, capitular de incentivo financeiros às USF Modelo B, do valor total de 356.763€, atenta a informação estatística obtida do DGEG da base de dados de Cobertura Nacional para este período, com o efeito de incentivos aceites que se revelam necessários efetuar um

ALEXANDRE
Diretor do Departamento

ASSUNTO: USF Modelo B - Atribuição de Incentivos Financeiros 2011

INFORMAÇÃO/PARECER:

*recomendo de acordo com que continuo as formalizações que integram as USF's da Base de dados J.ª de Sousa, em relação ao processo de contratação que cura resulta-se ao DRH, com conhecimento ao DGEG e DPC.
25.10.2012*

De acordo com o que foi comunicado pela ACSS em reunião ocorrida em Lisboa (09.10.2012) com os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (DCARS), a avaliação dos indicadores relevantes para atribuição dos Incentivos Financeiros de 2011 aos profissionais das USF em Modelo B a subsequente processamento nos respetivos vencimentos não poderá ficar refém da conclusão do Relatório de Avaliação de 2011, o qual se encontra com um atraso significativo e aguardar orientações do Ministério da Saúde relativamente à avaliação do indicador de eficiência 7,6 d1 (custo de medicamentos por utilizador).

Na sequência desta orientação a ACSS informou, via correio eletrónico (mensagens anexas de dia 22.10.2012), que a avaliação para a atribuição dos incentivos financeiros deverá ser concluída até final de Outubro de forma a garantir que o respetivo pagamento aos profissionais seja incluído no processamento dos vencimentos de Novembro/2012.

Atendendo que o Departamento de Recursos Humanos (DRH) da ARS do Centro já se encontra em processo de cálculo dos vencimentos de Novembro/2012 e que, por razões técnicas, necessita que lhe seja facultada com a maior brevidade possível a informação pertinente para a inclusão dos incentivos financeiros nessa cálculo, bem como a respetiva autorização para pagamento, o DPC-CSP elaborou a avaliação dos indicadores relevantes para a atribuição dos incentivos financeiros (gráficos e quadros anexos) das 13 USF com Modelo de Desenvolvimento Organizacional B em análise.

Contudo, em termos de atribuição dos incentivos, deve tomar-se em consideração o seguinte:

Conselho Directivo
da A.R.S. do Centro, L.P.
[Signature]
Direção Regional de Saúde
Primária
[Signature]
Dr. Fernando Aguiar, Diretor de Saúde
Vice-Presidente
[Signature]
Dr. Luís Manuel Martins, Diretor Geral
Vice
[Signature]
Dr. António Augusto Mota
Vogal

Av. Casal do Monte
Avenida 1467 | 3771-629 Coimbra

Teléfono: 239 709 200
Fax: 239 709 881

www.arscentral.pt
www.drcscentral.pt



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



- Para a maioria das USF (11) os resultados obtidos devem ser considerados definitivos, uma vez que estas atingem o valor máximo do incentivo, pelo que as alterações que vierem a ocorrer por parte do processo de contraditório não irão influenciar o montante atribuído;
- Para as USF da Berrinça e João Semana, o nível de cumprimento apurado garante a obtenção de 50% do incentivo financeiro, estando no entanto a decorrer até ao final do dia 28 de Outubro o processo de contraditório que poderá vir a alterar para 100% o valor do incentivo.

Em virtude do exposto, o DPC-GSP sugere que o pagamento de incentivos financeiros seja efetuado de acordo com os valores apresentados, sem prejuízo de serem realizadas as devidas correções nos vencimentos de Dezembro dos profissionais das USF da Berrinça e João Semana, caso se verifiquem alterações resultantes do processo de contraditório ainda em curso.

Finalmente, os valores por profissional, sendo genéricos para regimes de trabalho a tempo completo, consideram-se corretos de acordo com o nível de incentivo conquistado e com o tempo de atividade da USF em Modelo B, devendo o DRH realizar as diligências necessárias para a identificação dos profissionais abrangidos pelos incentivos e de entre estes adequar o valor em função do regime do horário de trabalho.

À consideração superior

Luis Guerra

Patrícia Antunes

Assessoria Jurídica

Assessoria Jurídica

Assessoria Jurídica



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, L

INFORMAÇÃO

PARECER

N.º 3628

DATA: 2013-11-07

Para: Conselho Diretivo

Departamento de Planeamento e Contratualização – Cuidados de Saúde
De: Primários

<p>PARER FINAL:</p> <p><i>Concordo.</i></p> <p><i>Referir a esse que o presente documento é complementar, a fim parte, do R.A. 2012, a nome do presidente do Conselho de Administração.</i></p> <p><i>M.A.</i> 27.11.13</p> <p>MALBÍCIO ALEXANDRE Presidente do Conselho de Administração</p>	<p>DESPACHO: <i>Quere deliberação o relatório, homologação, se o mesmo dos incentivos institucionais e financeiros a atribuir às USF relativos aos resultados de 2012, autorizando-se o pagamento dos incentivos financeiros aos profissionais das USF Modelo B.</i></p>
---	--

ASSUNTO: Avaliação USF 2012 – Incentivos institucionais e financeiros

No âmbito do processo de avaliação do desempenho das Unidades de Saúde Familiar (USF), envia-se para apreciação e homologação os resultados que determinam a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF relativos a 2012.

A informação em causa considera-se definitiva e constitui parte do "Relatório de Avaliação 2012 – Contratualização com Unidades de Saúde Familiar", o qual se encontra em fase final de elaboração.

Os quadros anexos respeitam somente às USF que conquistaram incentivos institucionais e/ou financeiros, não abrangendo a totalidade do universo de unidades em análise no ano de 2012 (32 USF: 18 em Modelo A e 14 em Modelo B).

No que respeita aos incentivos financeiros, os valores por profissional, sendo genéricos para regime de trabalho a tempo completo, consideram-se corretos de acordo com o nível de incentivo conquistado e com o tempo de atividade da USF em Modelo B, devendo o DRH realizar as diligências necessárias para a identificação dos profissionais abrangidos pelos incentivos financeiros e de entre estes adequar o valor em função do regime de trabalho.

A consideração superior,

L G
Luís Guerra
(Técnico Superior)

Pa M
Patrícia Antunes
(Técnico Superior)

INFORMAÇÃO/PARECER:

identificação, que seja feita antes, de se ao pagamento de incentivos financeiros que realize as diligências necessárias para a identificação dos profissionais abrangidos pelos incentivos financeiros e de entre estes adequar o valor em função do regime de trabalho.

7.11.2013

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, L.P.

[Signature]
Dr. José Manuel António Pereira
Presidente

[Signature]
Dr. Fernando Luís Lopes de Almeida
Vice-Presidente

[Signature]
Dr. José Manuel António Pereira
Vice-Presidente

[Signature]
Dr. José Manuel António Pereira
Vice-Presidente

Telefone: 226 700 000
Fax: 226 700 001

Telefone: 226 700 000
Fax: 226 700 001

www.trc.pt
www.arsc.pt



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpioteiro
Auditor-Coordenador
do Tribunal de Contas

Coimbra, 21 de março de 2014

**Assunto: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários
DA VI – Proc. Nº 32/2012 – Audit**

Regina Helena Lopes Dias Bento, notificada, na qualidade de ex-Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP, no exercício de 1 de Janeiro a 07 de Outubro de 2011, vem apresentar, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º, nº 3 da Lei nº 98/97 de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, as suas alegações referentes ao relato da auditoria supra identificada.

Com os melhores cumprimentos,


(Regina Dias Bento)



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Exmo. Senhor

Auditor – Coordenador do
Tribunal de Contas

Dr. José António Carpinheiro

Regina Helena Lopes Dias Bento, que exerceu as funções de Vogal da ARS Centro IP, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2011 e 7 de outubro de 2011, tendo sido notificada para apresentar alegações na Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários Processo nº 32/2012-AUDIT, e tendo em consideração que de acordo com o documento anexo, e que aqui se dá como integralmente reproduzido, a autorização do pagamento dos incentivos financeiros do ano de 2010 foram autorizados em 2 de dezembro de 2011 pelo novo Conselho Diretivo da ARS Centro IP, que iniciou funções em 8 de outubro de 2011, e verificando-se que não autorizou qualquer pagamento nos anos auditados, considera que não pode ser objeto de qualquer sanção quer reintegratória quer sancionatória.

Porém, e caso assim não se entenda e sem prejuízo, sempre cumpre demonstrar a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis nº 55-A/2010, de 31 de Dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro

1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro, do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei nº 208/2007, de 22.08 e da Portaria nº 301/008, de 18.04, considerando que tais pagamentos violam o artigo 24º da Lei nº 55-A/2010 e o artigo 20º da Lei nº 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a *proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações*



Tribunal de Contas

B

*remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim*¹.

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram inseridas em leis de valor reforçado – no caso, aprovadas pela Assembleia da República –, embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161º, alíneas c) e g), e 198º, nº 1 alínea a), todos da CRP.

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo –, apreciando casuisticamente normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam.

Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

Artigo 24º

Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes atos:

a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;

b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;

¹ Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



Tribunal de Contas

1.11

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20º, nº 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEPE), e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relatório de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas



B

orçamentais não contém em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

1.2. O sistema remuneratório das USF

O DL 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"² a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28º a 34º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

- a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal;
- b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos –, a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do nº 4 do artigo 31º e b) do nº 4 do artigo 33º, do diploma acima referido).

Sucedem que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria nº 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3º, nº 1, alterado pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que "os *incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são*

² A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



Tribunal de Contas

B

atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF, revogando, assim, de modo expresso, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

3. Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8º e 9º da Portaria nº 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do



Tribunal de Contas

desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL n.º 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24.º e 20.º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.

Explicita-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *"O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratório.* (ponto 8.3.4 do relato, pág. 68)" [sublinhados nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões pode ler-se que *"Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios"*[sublinhados nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho –, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do



pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

1.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do carácter imperativo do artigo 24º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu nº 16, as normas em causa proibem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recenter o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que



Tribunal de Contas

B

consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República³.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dele fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *“emitida orientação que aclere e **determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B**”* [sublinhados nossos].

É, assim, legítimo concluir que, também para os auditores subscritores do Relato, não é clara a aplicação do artigo 24º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B – ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relato de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde.

³ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Tribunal de Contas

B

Suscitando-se, por isso, legitimamente a questão de saber como pode a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

Analise-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

1.4. O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgão e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade – princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.

O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deóntica deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual os signatários se pronunciam, parece não ser demais recordar o seguinte.



Tribunal de Contas

8

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria nº 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor das normas orçamentais que proíbem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;

b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantêm em vigor o artigo 24º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde nº 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *"apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população"*.

E o mesmo despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, *"nos termos do nº 3 do Despacho nº 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 203, de 22 de outubro de 2007"*.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei nº 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de



Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei nº 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do "Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei nº 59/2013, de 23.08", datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt) , onde se encontram discriminados os "incentivos financeiros equipa multiprofissional USF".

É, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

3. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros do conselho diretivo da ARS Centro

1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá como consequência a responsabilidade reintegratória e sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivo da ARS subscritores da presente pronúncia, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.



Tribunal de Contas

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de dolo.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer factualidade suscetível de integrar o concesso da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidade relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relatório de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio –, em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.

A este propósito, importa começar por alentar no que dispõe o artigo 59º, nº 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *“à reparação das importâncias abrangidas pela infração”*, explicitando o nº 4 que constituem pagamentos indevidos os *“pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade”*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31º e 33º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de



Tribunal de Contas

incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto impropriedade totalmente a eventualidade afirmada no Relatório de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59º, nº 1 a nº 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61º, nº 5 da LOPTC.

Exige o artigo 61º, nº 5 da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS subscritores da presente pronúncia evidenciaram, no concreto condicionalismo fáctico adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17º do Código Penal.

Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho nº 24101/2007, de 09.10 (publicado no DR, 2ª série, nº 203, de 22.10.2007).

É, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa *"quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável"*, é manifesto a não



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁴.

Orá, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS subscritores do presente documento de pronúncia, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Orá, mais uma vez faremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁵, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam, designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁶, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para afectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos n.ºs 1 e 4 do artigo 59.º e do n.º 5 do artigo 61.º da LOPTC.

⁴ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar-se e quando se trate de proibições de condutas cuja licitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discursiva e controvertida.

⁵ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.

⁶ Veja-se, a contrario sensu, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS sinalitárias de apressaram a cumprir.



Tribunal de Contas

O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

3. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65º, nº 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd artigo 15º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que os titulares dos órgãos diretivos das ARS aqui em causa deveriam ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando eram destinatários de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento da dirigente em causa que, por isso, não podem ser punida a nenhum título.


Regina Helena Lopes Dias Bento



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Exmo. Senhor

Auditor – Chefe

Dr. José António Carpinheiro

Joaquim Gomes da Silva, que exerceu as funções de Vogal da ARS Centro IP, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2011 e 7 de outubro de 2011, tendo sido notificada para apresentar alegações na Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários Processo nº 32/2012-AUDIT, e tendo em consideração que de acordo com o documento anexo, e que aqui se dá como integralmente reproduzido, a autorização de pagamento dos incentivos financeiros do ano de 2010 foram autorizados em 2 de dezembro de 2011 pelo novo Conselho Diretivo da ARS Centro IP, que iniciou funções em 8 de outubro de 2011, e verificando-se que não autorizou qualquer pagamento nos anos auditados, considera que não pode ser objeto de qualquer sanção quer reintegratória quer sancionatória.

Porém, e caso assim não se entenda e sem prejuízo, sempre cumpre demonstrar a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis nº 55-A/2010, de 31 de Dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro

1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro, do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22.08 e da Portaria nº 301/008, de 18.04,



Tribunal de Contas

considerando que tais pagamentos violam o artigo 24º da Lei nº 55-A/2010 e o artigo 20º da Lei nº 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a *"proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim"*;

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram inseridas em leis de valor reforçado – no caso, aprovadas pela Assembleia da República –, embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161º, alíneas c) e g), e 198º, nº 1 alínea a), todos da CRP.

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *subjudice*, a Assembleia da República e o Governo –, apreciando casuisticamente normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam.

Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

"Artigo 24º"

¹ Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;

b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;

[...]

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20º, nº 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance — nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada — a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Du seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os



trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações — tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL n.º 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

1.2. O sistema remuneratório das USF

O DL 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de “incentivos”² a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28.º a 34.º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

² A expressão “incentivos” aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal);

b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos –, a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do nº 4 do artigo 31º e b) do nº 4 do artigo 33º, do diploma acima referido).

Sucedo que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria nº 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3º, nº 1, alterado pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que *“os Incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”*, revogando, assim, de modo expresso, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

3. Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.



No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8º e 9º da Portaria nº 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL nº 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24º e 20º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.



Explicita-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *"O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas **permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes à suplemento remuneratória.*** (ponto 8.3.4 do relato, pág. 68)" [sublinhados nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões pode ler-se que *"Já quanto às **compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios**"*[sublinhados nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho –, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso do médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da



prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

1.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do carácter imperativo do artigo 24º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu nº 16, as normas em causa proibem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.



Tribunal de Contas

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República³.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dele fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relatório de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *“emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B”* [sublinhados nossos].

É, assim, legítimo concluir que, também para os auditores subscritores do Relatório, não é clara a aplicação do artigo 24º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B – ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relatório de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12. dos

³ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Ministros das Finanças e da Saúde. Suscitando-se, por isso, legitimamente a questão de saber como pôde a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

Analise-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

1.4. O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgão e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade – princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.

O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deontica deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de



Tribunal de Contas

Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

À este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual os signatários se pronunciam, parece não ser demais recordar o seguinte:

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

- a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria nº 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor das normas orçamentais que proibem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;
- b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantêm em vigor o artigo 24º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde nº 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *"apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçada e aprofundada como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da*



acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população”.

E o mesmo despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, “nos termos do nº 3 do Despacho nº 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado na *Diária da República*, 2ª série, nº 203, de 22 de outubro de 2007”.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei nº 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei nº 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do “Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei nº 59/2013, de 23.08”, datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt), onde se encontram discriminados os “*Incentivos financeiros equipa multiprofissional USF*”.

E, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenéuticos, como, em consequência, não procedeu a



uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se tiram em seguida:

3. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros do conselho diretivo da ARS Centro

1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada Incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24.º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá como consequência a responsabilidade reintegratória e sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivo da ARS subscritores da presente pronúncia, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidade relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio –, em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.



Tribunal de Contas

A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59º, nº 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *"a repar as importâncias abrangidas pela infração"*, explicitando o nº 4 que constituem pagamentos indevidos os *"pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade"*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31º e 33º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59º, nº 1 e nº 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61º, nº 5 da LOPTC.

Exige o artigo 61º, nº 5 da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS subscritores da presente pronúncia evidenciaram, no concreto condicionalismo fático adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17º do Código Penal.



Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho nº 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2ª série, nº 203, de 22.10.2007).

É, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa "*quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável*", é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁴.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS subscritores do presente documento de pronúncia, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a

⁴ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar-se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.



possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *subjudice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁵, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam, designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁶, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos nºs 1 e 4 do artigo 59º e do nº 5 do artigo 61º da LOPTC.

O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

3. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65º, nº 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos,

⁵A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do GE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.

⁶Veja-se, a *contraria sensu*, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS signatárias de apressaram a cumprir.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que os titulares dos órgãos diretivos das ARS aqui em causa deveriam ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando eram destinatários de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento do dirigente em causa que, por isso, não podem ser punido a nenhum título.

Joaquim Gomes da Silva



Exmo. Senhor

Auditor – Chefe

Dr Jose António Carpinteiro

Mario Rui Fernandes Pinto Ferrelra, que exerceu as funções de Vogal da ARS Centro IP; no período compreendido entre 1 de janeiro de 2011 e 7 de outubro de 2011, tendo sido notificado para apresentar alegações na Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários Processo nº 32/2012-AUDIT, e tendo em consideração que de acordo com o documento anexo, e que aqui se dá como integralmente reproduzido, a autorização de pagamento dos incentivos financeiros do ano de 2010 foram autorizados em 2 de dezembro de 2011 pelo novo Conselho Diretivo da ARS Centro IP, que iniciou funções em 8 de outubro de 2011, e verificando-se que não autorizou qualquer pagamento nos anos auditados, considera que não pode ser objeto de qualquer sanção quer reintegratória quer sancionatória.

Porém, e caso assim não se entenda e sem prejuízo, sempre cumpre demonstrar a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis nº 55-A/2010, de 31 de Dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro

1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro, do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22.08 e da Portaria nº 301/008, de 18.04,



Tribunal de Contas

considerando que tais pagamentos violam o artigo 24^o da Lei nº 55-A/2010 e o artigo 20^o da Lei nº 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a “proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim”.

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram insertas em leis de valor reforçado – no caso, aprovadas pela Assembleia da República –, embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161^o, alíneas c) e g), e 198^o, nº 1 alínea a), todos da CRP.

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo –, apreciando casuisticamente normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam.

Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

“Artigo 24^o

¹ Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20^o da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

- a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;*
- b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim; [...].*

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20º, nº 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os



trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

1.2. O sistema remuneratório das USF

O DL 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"² a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28º a 34º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

² A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



Tribunal de Contas

a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal);

b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos –, a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do nº 4 do artigo 31º e b) do nº 4 do artigo 33º, do diploma acima referido).

Sucede que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria nº 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3º, nº 1, alterado pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que *“os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”*, revogando, assim, de modo expresso, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

3. Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.



Tribunal de Contas

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8º e 9º da Portaria nº 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL nº 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24º e 20º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.



Explicita-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *“O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratória.* (ponto 8.3.4 do relato, pág. 68)” [sublinhados nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões pode ler-se que *“ Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, na entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios”*[sublinhados nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho –, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da



prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

1.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do carácter imperativo do artigo 24º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu nº 16, as normas em causa proibem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.



Tribunal de Contas

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República³.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dele fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *"emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B"* (sublinhados nossos).

É, assim, legítimo concluir que, também para os auditores subscritores do Relato, não é clara a aplicação do artigo 24º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B – ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relato de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos

³ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Ministros das Finanças e da Saúde. Suscitando-se, por isso, legitimamente a questão de saber como pode a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

Analise-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

1.4. O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgão e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade – princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.

O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deóntica deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de



Tribunal de Contas

Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual os signatários se pronunciam, parece não ser demais recordar o seguinte.

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria nº 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor das normas orçamentais que proibem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;

b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde nº 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *“apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçada e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da*



Tribunal de Contas

acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população".

E o mesmo despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, "nos termos do nº 3 do Despacho nº 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 203, de 22 de outubro de 2007".

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei nº 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei nº 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do "Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei nº 59/2013, de 23.08", datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt), onde se encontram discriminados os "incentivos financeiros equipa multiprofissional USF".

É, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a



uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

3. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros do conselho diretivo da ARS Centro

1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá como consequência a responsabilidade reintegratória e sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivo da ARS subscritores da presente pronúncia, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidade relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mera benefício de raciocínio –, em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.



A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59º, nº 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *“a repor as importâncias abrangidas pela infração”*, explicitando o nº 4 que constituem pagamentos indevidos os *“pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade”*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31º e 33º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59º, nº 1 e nº 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61º, nº 5 da LOPTC.

Exige o artigo 61º, nº 5 da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS subscritores da presente pronúncia evidenciaram, no concreto condicionalismo fáctico adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17º do Código Penal.



Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho nº 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2ª série, nº 203, de 22.10.2007).

É, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa *“quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável”*, é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁴.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS subscritores do presente documento de pronúncia, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a

⁴ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.



possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁵, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam, designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁶, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos n.ºs 1 e 4 do artigo 59.º e do n.º 5 do artigo 61.º da LOPTC.

O mesmo se afirme quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

3. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65.º, n.º 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos,

⁵ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.

⁶ Veja-se, *a contrario sensu*, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS signatárias de apressaram a cumprir.



bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que os titulares dos órgãos diretivos das ARS aqui em causa deveriam ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando eram destinatários de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento do dirigente em causa que, por isso, não pode ser punido a nenhum título.

Mário Rui Fernandes Pinto Ferreira



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

14. ATUAIS E EX-MEMBROS DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP E AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE LISBOA NORTE

Exmo, Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Dr. José Tavares
Av. Barbosa Du Bocage, 61
1169-045 Lisboa

Joh
M
F

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Fax 203/2014 DAVI	2014-03-13	6057 / CD - SEC / 2014	24-03-2014

Assunto Relato de Auditoria nº. 32/2012-AUDIT ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários

Notificadas para se pronunciar, nos termos e para os efeitos dos artigos 13º e 87, nº 3 da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, bem como pela Lei nº 35/2007, de 13 de agosto, pela Lei nº 3-B/2010, de 28 de abril, pela Lei nº 61/2011, de 07 de dezembro e pela Lei nº 02/2012, de 06 de janeiro, vem a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo apresentar a sua pronúncia, o que faz nos seguintes termos e fundamentos.

1. A importância dos atos do sistema de controlo financeiro

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) pretende sublinhar, a título preliminar, a relevância que atribui aos Relatos de Auditoria do Tribunal de Contas, enquanto entidade com competência para apreciação da legalidade e regularidade da boa gestão financeira no âmbito do princípio de cooperação com as entidades públicas, e enquadrador das ações inseridas num sistema de controlo financeiro.

As Auditorias assim realizadas constituem um modo de acompanhamento da gestão efectuada pelos órgãos dirigentes das entidades públicas, no sentido de lhes permitir a promoção, nos serviços que dirigem, da introdução de melhoramentos e adequações com vista a corresponder e a cumprir, de modo sistemático

TRIBUNAL DE CONTAS
Av. Estados Unidos da América, 25-27, 1749-016 Lisboa
Tel. +351 218 474 800 | Fax. +351 218 490 703
geral@arslyvt.mio-saude.pt | www.arslyvt.mio-saude.pt

RECEÇÃO *5530*



e pleno, àquela que é a interpretação normativa feita por esse órgão jurisdicional, sempre que se encontrem verificados os pressupostos para tal.

É, pois, nesse sentido, que a ARSLVT considera da maior utilidade apresentar os esclarecimentos à factualidade constante do Relato de Auditoria, que se discriminam de seguida.

2. Esclarecimentos à factualidade constante do Relato de Auditoria sujeito ao princípio do contraditório

2.1. No âmbito da definição conceptual que subjaz à análise constante do Relato de Auditoria, interessa suscitar a revisão dos conceitos ali utilizados (Glossário, pág. 10) para *utente ativo* e *utente passivo*, uma vez que o conceito de *utente ativo* atualmente adotado, a nível nacional, no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários, é o de um utente que recebeu cuidados médicos prestados pela unidade, pelo menos, uma vez durante os últimos três anos.

Atendendo a que foi considerado um referencial de dois anos no âmbito da apreciação levada a efeito, considera-se ser de proceder ao ajustamento da análise e respectivas conclusões, em conformidade com a noção operativa em vigor.

2.2. No que especificamente às metodologias e procedimentos agora em causa diz respeito, o Relato de Auditoria refere que "*do total de unidades analisadas, 38% representavam USF (49 USF em 2011 e 57 em 2012) as quais representavam 18% do total nacional de USF em atividade em 2011 e em 2012*" (cfr. pág. 33, nota 84). Sucede, porém, que importa garantir que as unidades selecionadas tiveram, pelo menos, um ano completo de atividade em cada um dos modelos organizativos analisados, bem como, no caso das UCSP da ARSLVT, que a leitura dos indicadores corresponde à atividade realizada apenas a utentes com médico de família, para que seja possível inferir algumas comparações.

Ainda assim, contrariamente ao observado nas USF, os profissionais das UCSP (Médicos, Enfermeiros e Assistentes técnicos), para além de darem resposta aos utentes inscritos em listas de médicos, têm ainda que dar resposta à toda a população inscrita que não tem médico de família atribuído - motivo pelo qual as suas listas não se encontram, na maioria das situações, carregadas com 1.900 utentes, conforme previsto no Decreto-Lei n.º266-D/2012, de 31 de dezembro. Acresce que apenas os médicos que optaram pelo regime de trabalho de 40 horas semanais são obrigados a ter inscritos 1900 utentes, o mesmo não sucedendo com os restantes.



Tribunal de Contas

Assim, e a título de exemplo, apresenta-se um *print* do SIARS¹, com identificação dos resultados dos indicadores das UCSP que são objeto de contratualização e avaliação por parte da ARSLVT (analisando apenas a componente com médico de família, de modo a que se possam “comparar” os indicadores contratualizados).

Handwritten notes:
m
JL
M
F
/

Unidade Funcional Subordinada	Mês	2011 (1)						
		Dezembro						
		Médico de Família (SM)	Com Médico Família		Com Médico Família			
		Médico (INDICADOR DE DESEMPENHO) E VALOR DE UNIDADES CONTRATUALIZADAS (E, EM QNTD)						
3.12.FA	Percent. de consultas realizadas pelo MF	10100	10	9,547	9,28	11,204	31,424	89,10
3.13.FA	Taxa de afluência por dia de consultas	10200	2,120	9,700	21,77	8,289	14,992	43,33
4.10.FA	Taxa visit. domic. médicos por 1.000 inscritos	10200	14	2,738	1,44	41	14,992	4,23
4.20.FA	Taxa visit. domic. enfermeiros por 1.000 inscritos	15400	434	3,758	14,57	1,488	14,992	98,99
5.2.FA	Percent. mulheres (25-54) A. o. cobest.	10500	185	1,829	8,19	491	5,891	12,48
5.40.2.FA	Percent. DM o 1.º episódio por semestre	10800	1	12	7,89	34	173	3,08
6.10.1.FA	Percent. de crianças com HIV atualizado - 2 anos	10800	59	21	33,15	111	121	35,78
6.10.01.FA	Percent. crianças com HIV atualizado - 2 anos (1)	10800	59	21	33,15	111	121	35,78
6.12.FA	Percent. primeiras consultas até 20 dias	10900	21	181	28,78	22	59	28,83
6.90.FA	Percent. prim. consult. gravid. 1º trim.	11000	23	27	32,16	28	23	81,85
6.10.2.FA	Percent. de crianças com HIV atualizado - 5 anos	11100	53	57	35,88	111	120	32,58
6.10.02.FA	Percent. crianças com HIV atualizado - 5 anos (1)	11100	53	57	35,88	111	120	32,58
6.10.FA	Percent. mulheres (25-70) A. o. menor. 2 anos	11200	82	1,209	2,11	275	1,907	13,84
6.100.1.FA	Percent. de Agendamentos com PA em cada semestre	11300	10	64	77,20	339	859	92,32
7.1.FA	Despesa medic. prescritas por ulco. (PVP)	11400	319.747	2,129	153,82	2.069.289	1.380	719,78
7.6.01.FA	Despesa medic. fabricadas por ulco. de SIB (PVP)	11410	162.298	1.397	35,41	1.143.230	5.571	289,14
7.7.FA	Despesa NG27a prescrit. por ulco. (c. conv.)	11500	169.844	2.128	74,81	528.780	8.286	81,88
7.7.01.FA	Costo NG27a fabric. por ulco. SIB (c. conv.)	11510	0	1.981	8,89	137.878	1.072	46,93

2.3. Por sua vez, no que diz respeito ao desenvolvimento da reforma dos cuidados de saúde primários, o Relatório de Auditoria conclui, a partir da análise do *Quadro 1 – Aplicação de fundos – 2009 – 2012* (pág. 39), pelo “desinvestimento” na área dos cuidados de saúde primários.

No entanto, importa esclarecer que o referido quadro não é esclarecedor, uma vez que apenas desagrega a despesa em ARS – Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e ULS e Outros. Ora, na componente “Cuidados Hospitalares e ULS” estão incluídos também os fundos dos cuidados primários que foram transferidos para as ULS. Por isso, sem a apreciação detalhada dos fundos assim alocados e transferidos para as ULS, não é possível proceder a uma análise comparativa rigorosa equivalente aos vários anos em causa.

2.4. No que concerne a temática da comparação da análise de custos entre as USF e as UCSP, e como se mencionou acima, torna-se imprescindível garantir a efetiva comparação entre as diversas tipologias de unidades, tendo em consideração o período de, pelo menos, um ano completo de atividade e, no caso das UCSP, tomar em linha de conta apenas os utentes com médico de família.

¹ Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde.



Por sua vez, no capítulo "7.1.1. Custos Unitários Totais – USF vs. UCSP" pode ler-se que *"a prescrição de medicamentos e de MCDT constitui um dos motivos para as deslocações dos utentes às unidades de cuidados de saúde primários, até porque muitos poderão apenas utilizá-los para essa função, recorrendo à medicina privada para o acompanhamento do seu estado de saúde"* (pág. 42, nota 112). No entanto, mesmo que possa ocorrer o que aí se menciona, tem de tomar-se em atenção que as unidades de cuidados de saúde primários estão impedidas, de acordo com o Despacho n.º 10430/2011, de prescrever MCDT solicitados por outras entidades, sejam elas estabelecimentos hospitalares integrados no SNS, unidades convencionadas de hemodiálise, hospitais privados ou médicos no exercício de medicina privada.

O mesmo se refira no que diz respeito à menção, feita no capítulo 7.1.2. "Custos com medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT) por consulta – USF vs UCSP", de que *"na presente análise foram excluídas as USF que ao longo do ano transitaram de modelo A para modelo B"*, porquanto não se encontra qualquer apreciação relativamente à exclusão de UCSP com transição para USF – o que não poderia ter também sido deixado de ser tomado em linha de conta no capítulo 7.2 "Evolução dos custos com medicamentos e MCDT no triénio 2010/2012", esclarecendo se foi retirado o efeito da transição de algumas UCSP, ou parte dos médicos, para USF.

2.5. Na sequência da análise do capítulo 8.1 do Relato de Auditoria, relativo a "Incentivos", é feita referência aos Indicadores de eficiência económica contratualizados, referindo-se que *"Por regra o indicador abrange medicamentos prescritos, no entanto, relativamente a algumas unidades funcionais em 2011 foi contratualizado o custo medicamento faturado (divergente do medicamento prescrito sobretudo em razão do volume correspondente aos atrasos nos procedimentos de conferência de faturas) e em especial no ano de 2012 foi contratualizado o custo medicamento faturado para a maioria das unidades funcionais mas apenas em dezembro de 2012, situação que demonstra falta de clareza, rigor e de homogeneidade no processo de contratualização"* (nota 138).

No entanto, a ARSLVT entende ser importante sublinhar que, apesar de a Portaria n.º301/2008, de 18 de abril, identificar como indicadores de eficiência os custos estimados para medicamentos prescritos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos, sempre foram objeto de contratualização e avaliação os custos médios com medicamentos e MCDT faturados. Na verdade, a única alteração ocorrida em 2012 ficou a dever-se à adaptação do indicador de medicamentos ao novo regime de relacionamento financeiro entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os subsistemas públicos, passando o mesmo a considerar a totalidade da despesa e a totalidade dos utilizadores - e não apenas utilizadores SNS, como anteriormente considerado. Assim, importa clarificar que, nos anos de 2010 e 2011 (fonte SIARS), foi contratualizado e avaliado o indicador "7.6d1 – Custo médio medicamentos faturados (PVP)", por utilizador



Tribunal de Contas

SNS; e, no ano de 2012, o Indicador "7.6d4 – Custo médio medicamentos faturados (PVP)", por utilizador.
Relativamente aos MCDT, não ocorreu nenhuma alteração do indicador, tendo no triénio em análise sido contratualizado e analisado sempre o Indicador "7.7d1 – Custo médio MCDT faturados (SNS), por utilizador SNS – contrariamente ao referido na página 52, em que se toma como indicador "7.7d1 – Custo médio de MCDT (PVP) por utilizador".

Ainda no que respeita à "análise das metas de desempenho contratualizadas pelas ARS junto dos ACES e subsequentemente entre estes e as unidades funcionais, no que respeita ao indicador custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador, em 2011" é referido que as metas não refletem directamente, nem a redução do preço unitário médio PVP do medicamento em 2011, nem o custo médio (PVP) com medicamento por utilizador atingido no indicador do desempenho de 2010, ou sequer o número de embalagens prescritas em 2010.

Sobre este facto cumpre esclarecer que, aquando do processo de contratualização, não se encontrava estimado o impacto que as medidas legislativas teriam como efeito na redução dos preços dos medicamentos, motivo pelo qual se considerou a aplicação de tal efeito na fase de avaliação de resultados.

Relativamente ao facto das metas não refletirem "o custo médio (PVP) com medicamento por utilizador atingido no indicador do desempenho de 2010 ou sequer o n.º de embalagens prescritas em 2010", no documento regional, elaborado pelo Departamento de Contratualização², foram dadas orientações claras para que o indicador incorporasse uma redução de pelo menos 5% face aos custos estimados do ano anterior, entenda-se 2010" (cfr. *print infra*).

² "Orientações à Contratualização Cuidados Saúde Primários 2011 - Contratualização Interna das Cartas de Compromisso com USF/UCSP e Contratualização Externa dos Contratos-Programa com ACES de Outubro de 2010"



5. PRESSUPOSTOS DE NEGOCIAÇÃO – INDICADORES RELACIONADOS COM CUSTOS UNITÁRIOS E ORÇAMENTO ECONÓMICO PARA OS ACES

As variações percentuais a adoptar para os indicadores económicos dos ACES devem ser igualmente adoptadas para as reuniões de contractualização interna entre ACES e Unidades Funcionais, para que todas as unidades contribuam para a sustentabilidade económica do SNS uma vez que o orçamento global dos ACES estará inequivocamente dependente da dotação orçamental atribuída à ARSLVT para o ano 2011.

Considerando o estabelecido no art. 2º da Portaria nº 1041-A/2010 de 7 de Outubro com efeitos a partir de 15 Outubro, e os demais diplomas que alteram os regimes de comparticipação dos medicamentos, com destaque para o Dec. Lei nº 106-A/2010, de 1

Artigo 2.º

Dedução ao PVP

1 – Ao PVP máximo autorizado dos medicamentos comparticipados, incluindo os PVP resultantes das reduções gerais e excecionais, é aplicada uma dedução nos termos dos anexos seguintes.

2 – A dedução é efectuada em condições comerciais que permitam que os referidos medicamentos sejam dispensados pela farmácia de officina ao utente a um preço inferior a 5% do PVP máximo autorizado, mantendo-se inalterados os limites máximos de comercialização fixados no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de Março, na sua redacção actual.

Página 5 de 7

Departamento de Contractualização

de Outubro, o indicador relativo ao custo médio de medicamentos facturados por utilizador (PVP) deverá ser obrigatoriamente revisto para valor inferior ao executado no 2010.

Neste sentido, o Custo médio de medicamentos facturados por utilizador, a negociar com os ACES e por inerência com as Unidades Funcionais deverá ser pelo menos 5% inferior aos valores estimados para 2010. Casos existam situações de excepção a este pressuposto deverão as mesmas ser cabalmente esclarecidas em sede de negociação dos Contratos Programa e constar em acta para efeitos de acompanhamento e avaliação, caso os motivos invocados não se concretizem.

De notar que para além do efeito da redução dos preços, existem ainda margens para uma racionalização da prescrição clínica, subsistindo grandes discrepâncias nos custos médios entre ACES, que deverão ser evidenciados nas reuniões de contractualização com cada ACES. Nomeadamente:

- A necessidade de incrementar a prescrição de medicamentos genéricos
- a identificação do TOP 20 de médicos prescritores/facturadores na ARSLVT e TOP 10 de cada ACES (montante em euros e por utente utilizador)
- a identificação dos medicamentos mais prescritos/facturados na ARSLVT e TOP 10 de cada ACES (montante em euros)
- a identificação de medicamentos de prescrição em 2ª linha, em montante e volume (embalagens, se possível) de utilização frequente]

2.6. Já no que concerne o capítulo 8.2 relativo aos "Incentivos Institucionais e Financeiros", face à afirmação "Por outro lado, algumas USF apresentam os custos mais eficientes e sem atribuição de incentivos cuja não atribuição está relacionada, em parte, com o grau (falta) de maturidade da unidade. Estas situações revelam um paradoxo entre o desempenho e a atribuição de incentivos de gestão", importa esclarecer que



Tribunal de Contas

existem duas metodologias de avaliação, e que as mesmas têm sido abordadas nos relatórios de avaliação anuais elaborados por esta ARS. Trata-se de uma avaliação dos resultados da contratualização consubstanciada na análise do cumprimento das metas dos indicadores, e, por outro lado, de uma avaliação global do desempenho dos ACES ou Unidades Funcionais.

As duas análises em questão são susceptíveis de conduzir a conclusões distintas porquanto a primeira tem subjacente medir o desvio face à meta contratualizada, e, a segunda, visa medir ou comparar o valor real apurado no final do ano face a outras unidades equiparadas.

Daqui resulta, pois, que a avaliação da contratualização é diferente da avaliação desempenho, na medida em que uma unidade com um valor baixo pode esforçar-se para atingir uma meta (que terá um grau de dificuldade substancial face ao ponto de partida) que, ainda que alcançado no final do ano, será um valor baixo numa avaliação desempenho comparada entre unidades.

O objetivo da metodologia de contratualização, enquanto modelo de gestão por objetivos, é promover melhores cuidados de saúde à população, através da seleção de indicadores que se reconhecem como instrumento de trabalho para alcançar essa melhoria. Assim, a atribuição de incentivos poderá ser efetuada às unidades que, ainda que não tenham atingido os melhores ou os mais adequados resultados no final do ano, seja em indicadores de atividade assistencial ou de eficiência, mais se distinguiram ou se esforçaram para os alcançar.

No âmbito de uma avaliação de desempenho, aos resultados alcançados, independentemente da contratualização realizada, a ARSLVT elaborou, em janeiro de 2012, um estudo baseado nos resultados finais de 2010 das USF modelos A e B, medidos pelos indicadores contratualizados³, cruzado com os custos unitários apurados por utente utilizador (medicamentos, MCDT e custos com pessoal), tendo por objetivo identificar a relação entre o desempenho e a eficiência.

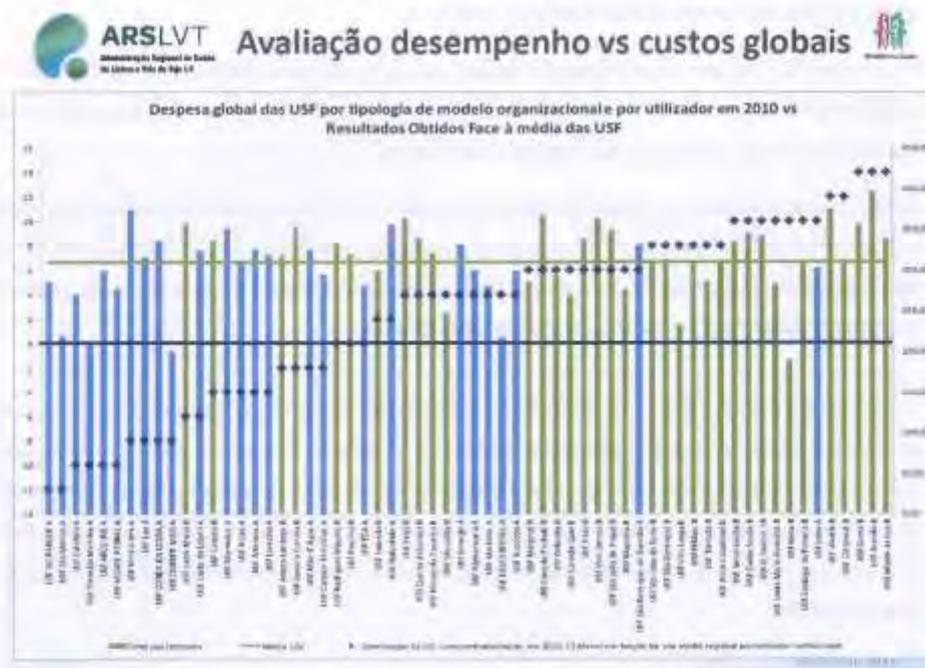
Importa fazer notar que são as USF *outliers* que devem ser alvo de atenção em qualquer modelo de análise, porque o que se intitua como "*custos mais eficientes*", poderá corresponder a USF que não prestam os cuidados de saúde necessários à população, porque esses cuidados implicam inevitavelmente custos. O *print* seguinte identifica a conclusão do estudo efectuado por esta ARS, em que as barras identificam os

³ Que, ainda assim, são uma parte da realidade, porque existem inúmeras atividades realizadas nos cuidados de saúde primários, que não são objeto de contratualização, porque o modelo apenas estabelece indicadores considerados prioritários para análise.



Tribunal de Contas

custos por utilizador em cada USF da Região, as cores das barras o modelo A (azul) e o modelo B (verde), e os pontos ordenados correspondem à avaliação do desempenho nos indicadores (do pior ao melhor).



Algumas das conclusões do estudo à data foram:

- Um ótimo desempenho não corresponde necessariamente a um custo por utilizador elevado;
- Uma predominância das USF Modelo B com uma avaliação de desempenho da atividade assistencial acima das médias regionais;
- Identificam-se algumas exceções, quer de USF Modelos A com resultados acima da média, quer de USF Modelo B com desempenhos abaixo da média.

Finalmente, ainda neste capítulo, para apuramento do "grau (falta) de maturidade da unidade", a ARSLVT efetuou em 2011 a análise comparativa entre USF modelo A e B, que se anexa (Anexo 1), tendo-se concluído, à data, que a maturidade das USF pode não estar diretamente relacionada com os resultados obtidos e com o melhor nível de desempenho e eficiência das USF modelo B; antes, resultar do próprio modelo organizacional, dotado de maior autonomia e do modelo retributivo associado.



Tribunal de Contas

2.7. No capítulo 9.1 relativo a "Processo e Contratualização" é referido que a "contratualização de cuidados de saúde primários não tem sido suportada por um estudo regional das necessidades em saúde e da oferta adequada de serviços públicos".

No que diz respeito a este aspeto, a ARSLVT elucida que, pelo contrário, aplica esta metodologia desde o ano de 2010 (apenas com um interregno no ano de 2012⁴), ainda que de um modo limitado, nos orçamentos económicos e, posteriormente em 2013 e 2014, também na definição das metas relativas aos indicadores de medicamentos e MCDT. Significa isto que o Departamento de Contratualização desta ARS tem procedido à aplicação de estudos que ajustem as necessidades em saúde da população da área de abrangência de cada ACES.

Refira-se que no ano de 2010, com base num estudo desenvolvido pelo Dr. Paulo Boto⁵, foi aplicado aos orçamentos económicos dos ACES uma componente de 5% do ajustamento pelo risco (na altura assim designado, correspondendo à idade e à mortalidade) e de 95% dos custos históricos. No ano seguinte, em 2011, manteve-se a componente de 5% de ajustamento para o risco, tendo-se introduzido adicionalmente 5% para a capitação (população residente em 2009), com os custos históricos a representar 90%. Por sua vez, para o ano de 2013, com base no estudo do Índice de Necessidades em Saúde (INS)⁶, os orçamentos económicos, bem como as metas para os indicadores de eficiência dos ACES, incorporaram uma componente de 75% de histórico e de 25% de ajustamento pelo INS, com cenário de evolução para anos seguintes, conforme documento em anexo (Anexo 2) Já para o ano 2014, o orçamento económico foi estabelecido tendo em consideração 60% do histórico e 40% de ajustamento pelo INS.

Por outro lado, importa clarificar que para maior adequação dos indicadores às reais necessidades e especificidades de cada Região e ACES, a partir de uma lista de indicadores pré-estabelecidos, são escolhidos pelas ARS quatro indicadores regionais para aproximação às necessidades de saúde regionais, e dois indicadores locais que os Diretores Executivos escolhem em função das necessidades percecionadas para o seu ACES.

Quer os indicadores regionais, quer os indicadores locais são sempre escolhidos a partir de uma listagem pré-definida, com vista a garantir uma uniformização de leitura nos sistemas de informação disponíveis nos cuidados de saúde primários. Há que ter em linha de conta que os indicadores da contratualização externa estão estabelecidas no documento nacional elaborado pela ACSS e os indicadores da contratualização

⁴ No ano 2012, não houve contratualização com as Direções Executivas dos ACES, por se aguardar sucessivamente a respetiva reorganização com a nomeação de novos Diretores Executivos.

⁵ Proposta de Modelo de Financiamento dos ACES da ARSLVT para 2010, dezembro 2009.

⁶ Estudo de base regional desenvolvido na ARSLVT.



Tribunal de Contas

interna são aprovados por Portaria. Assim, no período a que respeita o presente relatório, todas as unidades funcionais contratualizaram sempre a mesma bateria de indicadores.

Decorrente da publicação da Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de Dezembro, a bateria de indicadores das unidades funcionais foi alargada, mas manteve-se, por um lado, a obrigatoriedade de contratualizar um conjunto de indicadores de índole nacional, e as restantes componentes (regional e local) a partir de uma listagem publicada em Portaria.

Quanto à alegação de que *“as ARS não têm procedido à revisão [...] das metas fixadas”*, convém salientar que as alterações de utentes nunca assumem expressão tão significativa que não possam ser acomodadas nas margens para a atribuição de incentivos previstos pela metodologia. No modelo de avaliação estão, desde o início, previstas margens para atingir as metas estabelecidas, e que não colocam em causa o cumprimento ou a execução das unidades – já que imponderáveis ou justificações existirão sempre para que não se atinja plenamente determinado valor -, mas o modelo comporta desvios aceitáveis.

De todo o modo, importa deixar claro que seria totalmente inoperacional a exigibilidade de um conjunto de sucessivas renegociações de metas anuais em função dos fluxos permanentes de entrada e saída de utentes dos ACES, que, sobretudo, podem nem sequer ter efeitos diretos em todos os indicadores contratualizados, nos termos acima explicitados.

Neste sentido, sobre a múltipla referência constante do Relato de Auditoria à não atualização das listas de utentes inscritos (ou falta de expurgo da lista de utentes inscritos), cumpre referir que a ARSLVT foi, no ano de 2012, a precursora do processo de expurgo das listas de inscritos não frequentadores, efetuado de forma pioneira em 9 dos 22 ACES da Região (ACES Lisboa Oriental, Lisboa Norte, Lisboa Central, Cascais, Oeiras, Cacém-Queluz, Amadora, Oeste Norte e Oeste Sul), classificando como não frequentadores os utentes inscritos sem qualquer contacto com os CSP nos últimos 3 anos.

Este processo foi implementado de forma faseada ao longo do ano de 2012 nos 9 agrupamentos referidos, pelo que, não estando previsto nas regras de cálculo dos indicadores de contratualização qualquer ajustamento de resultados por via deste processo⁷, houve a necessidade, aquando do processo de avaliação final dos resultados, de definição de critérios de correção deste efeito, solicitando-se a sua implementação nos sistemas de informação, conforme se refere no relatório de avaliação da contratualização em Cuidados de Saúde Primários – Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), do ano de 2012. Se esta abordagem não tivesse sido considerada na ARSLVT, porque a metodologia nacional não tinha este pressuposto previsto, a saída e entrada de utentes nas listas dos médicos de família

⁷ Os critérios de cálculos dos indicadores determinavam, até final de 2012, a inclusão nos denominadores dos indicadores, de todos os utentes inscritos em pelo menos 1 dia do período em análise, pelo que não sendo sensíveis às limpezas efetuadas, inflacionavam os respetivos denominadores por via da substituição de utentes não frequentadores por utentes frequentadores.



Tribunal de Contas

teria tido um impacto negativo ou positivo (em função do indicador analisado) nos indicadores contratualizados - facto que a ARSLVT procurou corrigir na avaliação e que não seria possível efetuar no decorrer do acompanhamento.

No que diz respeito à apreciação do Relato de Auditoria relativamente ao facto de se iniciar "(...) o processo pela contratualização externa (ARS→ACES), e não pela contratualização Interna (ACES→UF", de onde decorreria ter-se "dificult[ado], se não mesmo inviabiliz[ado], o ajustamento das metas", a ARSLVT explicita que, contrariamente, nos anos em análise no Relato em apreço, a situação foi a inversa.

De facto, e conforme previsto na metodologia de contratualização nacional, em primeiro lugar foi efetuada a contratualização interna, para depois ser realizada a externa, de onde resultou a revisão de algumas metas estabelecidas internamente.

Para o ano de 2014, a contratualização com os cuidados de saúde primários iniciou-se com a contratualização externa estando a decorrer a contratualização interna, em cumprimento do calendário estabelecido para o corrente ano - metodologia que se tem por mais adequada, na medida em que permite incorporar as metas discutidas e estabelecidas no âmbito do QUAR das ARS.

No que diz respeito à alegação de que "(...) o processo de contratualização nos CSP é compartimentado, sendo evidente a falta de integração com os diferentes níveis de cuidados de saúde. Não se encontram refletidas, nos indicadores contratualizados, as situações relacionadas com o tempo de espera (acesso e referência) para marcação de consulta da especialidade, os episódios de urgência hospitalar (evitáveis) e a articulação com os cuidados continuados", verifica-se que o processo para as unidades funcionais assenta num modelo e em indicadores definidos em Portaria.

Já no que concerne a tempestividade da contratualização com os cuidados de saúde primários, importa referir que, nas reuniões de negociação realizadas pela ARSLVT, foram sempre cumpridos os prazos estipulados na metodologia nacional estabelecida pela ACSS.

2.8. No que respeita ao acompanhamento dos contratos programa com os ACES (cfr. capítulo 9.2 relativo a "Desempenho", em especial pág. 72), face aos objetivos contratualizados a ARSLVT sempre procedeu com regularidade, sem prejuízo de não poder ser esquecido o facto de, nos anos de 2010 e de 2011, a celeridade da conferência de faturas de medicamentos e de MCDT não ser a mesma que hoje em dia existe, ocorrendo, à data, desfasamentos entre 3 a 5 meses face ao período em análise.

Refira-se, por exemplo, que no ano de 2010 foram efetuadas, em setembro, reuniões presenciais com 6 ACES selecionados em função dos seus resultados, e enviada por mail aos 22 ACES uma apresentação e

Handwritten notes and signatures in the right margin.



comentários, onde foram expostas as preocupações no cumprimento dos objetivos contratualizados, onde se pode ler:

"Exmo. (a) Sr(a). Director(a) Executivo(a):

Para efeitos de acompanhamento dos indicadores contratualizados no âmbito do Contrato-Programa 2010 com os ACES, o Departamento de Contratualização procedeu no passado dia 15 Setembro à extração dos dados relativos ao 1º semestre de 2010 constantes no SIARS.

Os dados apurados constam da apresentação que se remete em anexo para análise de V. Exa, principalmente no que respeita aos desvios face ao contratualizado para 2010 e face ao período homólogo de 2009.

Sugerimos que analisem a ponta situação das vossas unidades no que respeita aos mesmos indicadores, nomeadamente os desvios das unidades com cartas de compromisso assinadas, para que em conjunta com os respectivos Coordenadores sejam identificadas medidas que permitam melhorar os desempenhos apresentados quer em 2010 quer para 2011.

De notar que no âmbito do "Plano de Contenção dos níveis de Despesa", ontem remetido pela Conselho Directivo da ARSLVT, consta na medida 44 "Realizar uma monitorização efectiva da prescrição de medicamentos e MCDT ao nível dos ACES" que está directamente relacionado com os indicadores económico financeiros prevista no Contrato Programa 2010 dos ACES.

Assim, considerando que a ARSLVT (ACES) deveria reduzir a despesa em Medicamentos e MCDT em cerca de 3% no ano 2010/2009, deverá V. Exa. concentrar esforços junto das unidades funcionais para colmatar os desvios apresentados nos dados de acompanhamento do 1º semestre.

Para apoiar o ACES no acompanhamento do Contrato Programa 2010 consequentemente no acompanhamento interno dos mesmos indicadores por unidade funcional, identificamos o local no SIARS onde os dados devem ser consultados com regularidade (de momento a última informação validada reporta a Junho 2010):

Indicadores agregados do ACES

Indicadores>Relatórios Compartilhados>2 – INDICADORES MISSÃO>OFICIAIS>Indicadores ACES> Relatário de Indicadores do ACES no Período em Análise

Indicadores do ACES desagregados por USF/Extensão

Indicadores>Relatórios Compartilhados>2 – INDICADORES MISSÃO>OFICIAIS>Indicadores USF/ Extensão> Relatário de Indicadores no Período em Análise".



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Por sua vez, em 2011 foram elaboradas apresentações trimestrais e enviadas para todos os Diretores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos dos ACES, tendo sido realizadas 8 reuniões de acompanhamento semestral com 8 ACES, apenas durante o mês de setembro. A título de exemplo, transcreve-se um dos ofícios de remessa dos elementos de acompanhamento de um desses trimestres:

"Exm^o Sr. Director Executivo

Vimos por este meio enviar os elementos do Acompanhamento do 3^o Trimestre de 2011, compilados no ficheiro "Acompanhamento 2011 - 3^o TRIMESTRE - ACES 09", em anexo.

Indicadores contratualizados

De acordo com os valores obtidos nos sistemas de informação, ainda não é possível fazer um acompanhamento efectivo dos valores dos indicadores que dependem da conferência de facturas:

- Medicamentos: 7.6 d1 CM medica/ facturados (PVP), p/ utilizar SNS (do ano de 2011 apenas até ao mês Agosto está disponível)*
- MCDT: 7.7 d1 CM MCDT s facturados p/ utilizador SNS (do ano de 2011 apenas até ao mês Junho está disponível)*
- 7.6 d3 - % consumo (quantidade) medicamentos genéricos (do ano de 2011 apenas até ao mês Agosto está disponível)*
- Quinolonas (do ano de 2011 apenas até ao mês Agosto está disponível)*

Assim, optou-se por, colocar na coluna do 3^o Trimestre do mapa anexo os valores referentes aos meses de conferência de facturas, tendo-se também adoptado uma notação diferente nos gráficos dos respectivos indicadores (a vermelha).

Para os indicadores "Percentagem de diabéticos com 2 HbA1C nos últimos 12 meses, um em cada semestre" e "Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre" optou-se por manter os dados do 1^o e 2^o trimestre com os valores acumulados desde o início do ano, sendo que os valores do 3^o Trimestre já reflectem o valor do indicador assinalada com a ponta e respectivo valor atingido na final de Setembro.

Os valores referentes ao indicador "Percentagem de consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em ambulatório" foram recalculados, pois foi detectado uma incorrecção no seu cálculo quando do acompanhamento do 1^o Semestre, ao estar a considerar as quinolonas no total de todos os medicamentos anti-infecciosos e não apenas no total dos antibióticos como é devido.

Adicionalmente e para melhor compreensão deste indicador envia-se, em anexo, um Ficheiro "Quinolonas ACES 09" com o número de embalagens por cada mês e acumulado (fundo Cinzentos) desde Janeiro à Agosto de 2011.



Os valores da vacinação foram obtidos no SIARS (dado que a SINUS Vacinação não permite ainda agregar a informação por ACES).

Das indicadores de índole nacional, que tem origem nos GDH hospitalares, continuamos a dispor apenas dos dados referentes ao 1º Trimestre, fornecidos pela ACSS.

Orçamento Económico

Os valores constantes nos gráficos, em anexo, são provenientes do SIARS (Medicamentos até AGOSTO, MCDT até JUNHO) e DGAG. Algumas rubricas de Outros estão ainda sujeitas a conferência, sendo por isso consideradas os montantes entrados, nomeadamente as rubricas de Bombeiros e Oxigenoterapia”.

Em 2012, como acima referido, ocorreu apenas a contratualização interna entre as unidades e o ACES, pelo que a ARSLVT disponibilizou apresentações de acompanhamento com carácter trimestral, para que as unidades, através das reuniões de acompanhamento da contratualização interna, identificassem a respetiva situação face ao ACES. A título de exemplo transcreve-se um dos emails remetidos:

“Exma.(a) Sr.(a) Diretor(a) Executivo(a),

No âmbito do acompanhamento da atividade dos Cuidados de Saúde Primários, junta se remete uma breve análise, comparativa com o período homólogo, das principais indicadores de monitorização da atividade do ACES e das suas Unidades Funcionais e detalhe por local de prescrição no que respeita à vertente da despesa com medicamentos e MCDT.

A apresentação está organizada em 9 pontos, nomeadamente:

- 1. Indicadores de caracterização do ACES. No qual se efetua uma caracterização geral da população do ACES, nomeadamente o seu n.º de residentes, inscritos, utilizadores e unidades ponderadas, por tipologia de unidades;*
- 2. Recursos Humanos do ACES. No qual se apresenta o n.º de profissionais do ACES para as suas principais categorias profissionais, Médicos, Enfermeiros e Administrativos;*
- 3. Indicadores de Contratualização. No qual se apresentam os resultados dos indicadores normalmente contratualizados com os ACES, na sua vertente Nacional, Regional e Local, assinalando-se os desvios positivos e negativos face ao período homólogo;*
- 4. Indicadores de Produção e Rácios Económico Financeiros. No qual se resume a produção do ACES, em número de consultas, e a despesa gerada em termos de medicamentos e MCDT, assinalando-se os principais desvios face ao período homólogo;*



5. **Indicadores Nacionais por Unidade Funcional.** No qual se apresentam os resultados de cada uma das Unidades Funcionais da ACES para os Indicadores normalmente contratualizados com as ACES, assinalando-se os seus desvios face ao período homólogo;
6. **Indicadores de Contratualização com Unidades Funcionais.** No qual se apresentam os resultados dos indicadores contratualizados com as Unidades Funcionais, assinalando-se os desvios face ao período homólogo e as principais variações em termos de % de execução do indicador face ao contratualizado. De notar que apenas apresentam dados para período homólogo as Unidades que contratualizaram os respetivos indicadores no ano de 2011;
7. **Detalhe dos Custos com Medicamentos por Local.**
8. **Detalhe dos Custos com MCDT por Local**
9. **Detalhe das Consultas por Local**

Todos os dados recolhidos tem identificação do período a que se reportam, sendo que a informação de produção se reporta à atividade acumulada ao mês de agosto de 2012, enquanto que a informação de custos e consumos de medicamentos e MCDT se reporta a dados acumulados ao mês de julho, uma vez que tem origem na conferência de faturas, que à data tem disponíveis esses valores. A comparação é sempre realizada face ao respetivo período homólogo.

Recordamos que o objetivo regional para 2012 seria obter uma redução da despesa de cerca de 9% para medicamentos e MCDT, quer na perspetiva dos indicadores contratualizados com as unidades, quer no montante global de despesa dos ACES/ARSLVT, conforme prevista no documento "Orientações à contratualização dos cuidados saúde primários ARSLVT 2012".

A propósito do exercício do contraditório relativamente à factualidade constante do Relatório de Auditoria a que ora se procede, ali se menciona que "Os resultados da verificação do cumprimento de objetivos contratualizados nos ACES auditados, revelam que a execução dos indicadores de acesso ficaram, na sua maioria, aquém do contratualizado, enquanto os indicadores de desempenho económico foram cumpridos e até superados, em 2011 e 2012." (cfr. pág. 72).

Ora, sublinhe-se de novo que a contratualização, nos moldes em que se encontra definida, prevê uma margem de cumprimento para as metas dos indicadores, pelo que as metas negociadas englobam sempre essa margem de modo a que, em termos práticos, se pontua no indicador quando efetivamente se verifica uma melhoria no resultado do mesmo.

Repare-se que, com as margens estabelecidas para as unidades funcionais que pontuam a partir de 80% do cumprimento do valor do objetivo, facilmente poderão pontuar (para efeitos de incentivos) com um valor bastante inferior ao valor obtido no ano anterior. Neste sentido a negociação tende a incrementar o valor a estabelecer como meta, numa tentativa de aproximar a atribuição de pontuação do indicador a uma subida efetiva do valor obtido - o que, em indicadores com níveis de cumprimento muito elevado, se torna uma tarefa difícil.



Em suma, a análise das metas contratualizadas e alcançadas deverá, enquanto esta metodologia de margens se mantiver, ter estes factos em consideração na perspetiva de melhorar os resultados alcançados, para satisfação dos cuidados de saúde da população. Conclui-se, portanto, que o objetivo de crescimento real dos indicadores tem vindo a ser cumprido ao longo do período em análise.

2.9. No Quadro 20 – Taxa de execução dos indicadores contratualizados – USF, os indicadores económicos da USF Monte da Caparica, referentes ao ano de 2012, surgem como não contratualizados (n.c).

Contudo, a ARSLVT tem evidência, consubstanciada em Carta de Compromisso devidamente homologada pelo Conselho Diretivo, de contratualização desses indicadores, nomeadamente 147€ para o indicador “custo médio de medicamentos por utilizador” e 58,3€ no indicador de “custo médio MCDT por utilizador”. Acresce o facto dos valores apresentados no Relato em apreço para esse mesmo ano não coincidirem com os valores identificados no relatório de avaliação da ARSLVT, a saber: 132€ para o custo médio medicamentos por utilizador e 60,30€ para custo médio de MCDT por utilizador.

No que diz respeito à ressalva assinalada com [*] nos Quadros 20 e 21⁹, remete-se para o que foi acima dito a propósito do capítulo 8.1, relativo aos “Incentivos”.

No âmbito da análise do “Gráfico 19 - % execução dos indicadores de acesso – USF”, o Relato de Auditoria conclui o seguinte: “Das indicadores contratualizados com as USF auditadas, verifica-se, em 2011, uma ligeira diminuição da taxa de execução, face a 2010, do indicador % de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família, em todas as USF, não obstante em três, das quatro unidades, a execução ser superior a 100%, nesse ano.”

Sucedo, porém, que a leitura do indicador “% de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família” é um pouco mais complexa do que o habitual, uma vez que a obtenção de 100% neste indicador não corresponde a um bom resultado, contrariamente ao que parece ter sido o entendimento propugnado. O valor ótimo, em teoria, para este indicador situa-se entre 80% a 85%, porquanto não é desejável que um utente só tenha consulta se o seu médico de família estiver presente (100%); no entanto, não é igualmente desejável que, cada vez que necessite de uma consulta na unidade de saúde, a mesma seja efetuada por profissional diferente (ter um valor abaixo de 70%). Esta apreciação é considerada da maior relevância na

⁹ Onde se lê “Em 2010 e 2011 foram contratualizados os indicadores de eficiência económica tendo por base medicamentos e MCDT prescritos por utilizador. Em 2012, foram contratualizados os mesmos indicadores mas tendo por base valores faturados” –



Tribunal de Contas

medida em que o objetivo do indicador é medir a intersubstituição dos profissionais, garantindo o acesso por parte do utente a consultas médicas.

2.10. A criação de USF esteve sempre ao longo dos anos dependente, em primeiro lugar, do interesse dos profissionais (em particular dos médicos de medicina geral e familiar) em integrarem um novo modelo organizacional de prestação de cuidados de saúde, modelo voluntário, para em seguida se empreender um processo de integração de outros recursos humanos de forma a constituir as equipas das USF (necessidade de mobilizar enfermeiros e assistentes técnicos face à inexistência de profissionais em número suficiente). Em paralelo, era também necessário disponibilizar instalações físicas e equipamento clínico e administrativo para a prestação de cuidados por parte das equipas em função das especificidades estabelecidas, pelo que o cumprimento dos prazos previstos no Despacho Normativo nº 5/2011, não era operativo em função das múltiplas circunstâncias.

No Anexo II do Relato de Auditoria (pág. 8) consta que se “Verificou[-]se, ainda, em dois processos, a ausência do despacho de homologação”.

Ora, tal afirmação não corresponde integralmente à realidade, na medida em que a USF Pinhal de Frades foi objecto de despacho de homologação, que se anexa (Anexo 3), cabendo complementarmente referir que a mesma se dividiu em duas unidades funcionais, tendo, por isso, sido reavaliada em novo parecer técnico em 2009.

Por sua vez, não tendo originariamente sido encontrado o despacho inicial de homologação da USF Prior Velho, o actual conselho diretivo da ARSLVT procedeu a uma homologação ratificação em 18.04.2012, assim que foi necessário efetivar a contratualização com a USF (Anexo 4).

2.11. No que respeita aos Pedidos inscritos na plataforma ALERT P1, o aumento verificado na Região de Lisboa e Vale do Tejo entre 2011 e 2012 (mencionado na página 84 do Relatório) decorre, em parte, da divulgação da Circular Normativa nº 02/2012 que determina que “É superiormente determinada a adoção da referênciação para primeira consulta via ALERT P1. O recurso a suporte papel apenas poderá ocorrer em situações excecionais (...)”.

Já no que respeita aos pedidos em triagem na plataforma ALERT P1, para proceder a uma análise dos dados associados às referênciações via ALERT P1 torna-se imprescindível conhecer o circuito do Programa CTH,



nomeadamente as suas particularidades de ordem informática, sob pena de se extraírem conclusões incorrectas ou distorcidas.

Assim, esclarece-se que, para que um pedido passe ao estado “Em triagem” é necessário que o sistema informático do Hospital tenha articulação efetiva com o ALERT P1. O que poderia parecer simples, tem-se revelado complexo a nível informático e de parametrização dos diferentes sistemas de informação, designadamente por existirem anomalias nessa articulação;

O gráfico 30 (cfr. pág. 85) sob o título “Tempo de avaliação do pedido e marcação de consulta” e o subtítulo “Tempo de resposta até à realização da consulta”, analisa – contrariamente ao que certamente se pretendia - aspetos completamente distintos. Considerando que o tempo médio de resposta nas consultas realizadas referentes a pedidos concluídos pela ARSLVT, em 2012, foi de 106,6 dias (dados ADW-CTH extraídos em 24/01/2013), assume-se que o gráfico incidirá sobre o tempo médio de avaliação do pedido.

Atualmente, é entendimento desta ARS que o indicador “Consultas realizadas dentro e fora do tempo adequada” traduz a realidade de forma mais fiável do que o indicador “Tempo de avaliação do pedido e marcação de consulta”, na medida em que incide exclusivamente sobre consultas realizadas, ou seja, pedidos que foram efetivamente rececionados (e visualizados) pelos hospitais e que tiveram o seu seguimento.

Em suma, a existência do programa CTH é extremamente positiva e benéfica para os utentes e tem informação relevante para *garantir um sistema integrado e universal de registo e de gestão do acesso às primeiras consultas de especialidade hospitalar, sem prejuízo da necessidade de colmatar algumas lacunas de ordem informática, na medida em que não existe ainda a consistente integração de dados entre as aplicações informáticas envolvidas (dos CSP e dos Hospitais de destino dos pedidos, com a plataforma CTH nesta articulação).*

3. Sobre a manifesta Improcedência das Imputadas violações das Leis nº 55-A/2010, de 31 de Dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro

3.1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

Os auditores subscritores do Relatório de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22.08 e da Portaria nº 301/008, de 18.04, considerando que tais pagamentos violam o artigo 24º da Lei nº 55-A/2010 e o artigo 20º da Lei nº 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a *"proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim"*.

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram inseridas em leis de valor reforçado – no caso, aprovadas pela Assembleia da República –, embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrencial com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161º, alíneas c) e g), e 198º, nº 1 alínea a), todos da CRP.

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo –, apreciando casuisticamente normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam.

Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

"Artigo 24º^s

Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

^s Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



2. — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outras acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes das seguintes actas:

- a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;
 - b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;
- [...].

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20º, nº 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.



Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

3.2. O sistema remuneratório das USF

O DL 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"¹⁰ a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28º a 34º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

- a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal;
- b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos -, a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do nº 4 do artigo 31º e b) do nº 4 do artigo 33º, do diploma acima referido).

¹⁰ A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



Tribunal de Contas

Sucedee que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria nº 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3º, nº 1, alterado pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que *“os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”,* revogando, assim, de modo expresso, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8º e 9º da Portaria nº 301/2008, de 18.04.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Por outro lado, também não se trata da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não está em causa a atribuição de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL nº 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24º e 20º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.

Explicita-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *"O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratório.* (ponto 8.3.4 do relato, pág. 68)" [sublinhados nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões pode ler-se que *" Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios"*[sublinhados nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho -, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

23/32



Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer desses pagamentos visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

3.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do caráter imperativo do artigo 24º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu nº 16, as normas em causa proíbem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.



Tribunal de Contas

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República¹¹.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dele fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *"emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular na que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B"* [sublinhados nossos].

É, assim, legítimo concluir que, também para os auditores subscritores do Relato, não é clara a aplicação do artigo 24º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B – ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relato de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde. Suscitando-se, por isso, legitimamente a questão de saber como pode a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

¹¹ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria da competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Analisar-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

3.4. O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgão e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade – princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.

O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deóntica deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual os signatários se pronunciam, parece não ser demais recordar o seguinte.

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares do órgão diretivo da ARSLVT cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:



Tribunal de Contas

a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria nº 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor das normas orçamentais que proíbem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;

b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde nº 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *“apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população”*.

E o mesmo despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, *“nos termos do nº 3 do Despacho nº 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 203, de 22 de outubro de 2007”*.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei nº 35/2012, de 15.02 e tal como já sucedia nos termos do Decreto-lei nº 219/2007, de 29 de maio, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei nº 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do “Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei nº 59/2013, de 23.08”, datado de 19.12.2013, disponível em



www.dgapep.pt), onde se encontram discriminados os "incentivos financeiros equipa multiprofissional USF".

É, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

4. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira reintegratória dos membros do conselho diretivo da ARSLVT

4.1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá ter como consequência a responsabilidade reintegratória e sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivo da ARS subscritores da presente pronúncia, tal como pode ler-se a páginas 23, 69 e 89 do Relato sob pronúncia.

4.2. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidade relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

4.3. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio -, em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.

A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59º, nº 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável "a repor as importâncias abrangidas pela infração", explicitando o nº 4 que constituem pagamentos indevidos os "pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que correspondo



Tribunal de Contas

contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade".

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ocorrendo necessariamente dano para o erário público, e ainda que aqueles correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31º e 33º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde, inexistindo qualquer dano para o erário público.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59º, nº 1 e nº 4 da LOPTC.

4.4. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61º, nº 5 da LOPTC.

Exige o artigo 61º, nº 5 da LOPTC apurar e decidir se os membros do Conselho Diretivo da ARSLVT subscritores da presente pronúncia evidenciaram, no concreto condicionalismo fático adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17º do Código Penal.

Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho nº 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2ª série, nº 203, de 22.10.2007).

Com
Yok
M
P
P
P



Tribunal de Contas

É, pois, evidente que os titulares do órgão diretivo da ARSLVT atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa "*quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável*", é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira¹².

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS subscritores do presente documento de pronúncia, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares do órgão diretivo da ARSLVT como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas¹³, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam, designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido¹⁴, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias da ARSLVT.

¹² A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.

¹³ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.

¹⁴ Veja-se, a contrario sensu, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar à ARSLVT que suspenda o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, a ARS signatária de apressou a cumprir.



Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos nºs 1 e 4 do artigo 59º e do nº 5 do artigo 61º da LOPTC.

O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

5. Sobre a Responsabilidade financeira sancionatória: ainda o erro sobre os pressupostos

Nos termos do artigo 65º, nº 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que os titulares dos órgãos diretivos das ARS aqui em causa deveriam ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando eram destinatários de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento dos dirigentes em causa que, por isso, não podem ser punidos a nenhum título.

6. Conclusão

É, pois, na sequência do que *supra* se expôs que os signatários se pronunciam em sede de contraditório institucional, porquanto é seu entendimento não se encontrarem preenchidos todos os direitos de defesa para exercício do contraditório pessoal e, como tal, não ser admissível a sua pronúncia sobre a imputação coletiva dos pagamentos realizados, a que se procede no volume II-Anexos do Relato de Auditoria, independentemente do princípio de solidariedade consagrado entre os membros do conselho diretivo.

Handwritten notes and signatures in the right margin.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A exigência da apreciação da culpa determina, sob pena de clamorosa inconstitucionalidade, a imputação individual de factos e a apreciação concreta e individualizada do dano e da culpa - tudo o que não ocorre no Relato de Auditoria a que ora se responde.

A título de conclusão, os signatários sublinham que os Planos de Atividades, os Relatórios e Contas e as atas das deliberações proferidas constituem, ao invés do que vem alegado pelo Relato de Auditoria, a demonstração integral e objetiva da prossecução estrita do princípio da legalidade que conforma a atuação administrativa, na prossecução do interesse público dos utentes, nos termos em que compete a este instituto público assegurar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo,

Luis Cunha Ribeiro

O Vice-Presidente,

Luis Pisco

O Vogal,

Pedro Alexandre

O ex-Presidente do Conselho Diretivo,

Rui Portugal

O ex-Vice-Presidente,

Luis Anastácio Afonso

O ex-Vogal,

Casimiro Ramos

A Diretora Executiva do ACES Lisboa Norte

Manuela Peleteiro

DGTC 24 3 14 5352

32/32



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

15. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP

Exmo Senhor Auditor-Coordenador Dr. José António Carpinteiro

Maria do Carmo Costa da Silva Carvalho, notificada no processo nº 32/2012- Audit, vem apresentar a sua pronúncia, nos seguintes termos:

1. A signatária foi nomeada no cargo de vogal do conselho directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, IP), pelo Despacho nº 17047/2011, tendo-lhe sido afecto apenas o pelouro da área financeira, portanto não na área de recursos humanos ou do desempenho dos cuidados de saúde primários.
2. A natureza das funções que desempenhava – funções executivas e decisórias – na ARSLVT implicava que, naturalmente, assumisse colegialmente as propostas dos serviços, que de resto detinham a competência material para a prática dos actos, após a respectiva análise e informação.
3. Acresce, nos casos em apreço, que o volume de remunerações pagas pela ARSLVT, a de maior dimensão do país, sempre impossibilitaria uma confirmação casulistica por parte da vogal do Conselho Directivo responsável pela área financeira.
4. Por último, refira-se que a signatária solicitou a exoneração do seu cargo, pelo que, desde meados junho de 2013 já não se encontra na ARSLVT, não tendo portanto acesso a qualquer informação, o que impede maiores detalhes na presente resposta. Assim, e em conclusão, considera a signatária que não lhe poderá ser assacada responsabilidade pelos factos enumerados na "Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários 2011-2012", atendendo às suas funções e responsabilidades no Conselho Directivo da ARSLVT.

Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 21 de Março de 2014



REG 21 3 14 5243



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

16. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, IP



Exmo. Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Dr. José Tavares

ASSUNTO: Processo nº.32/2012 – Audit/ Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários
Alegações da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

Na sequência da notificação do Tribunal de Contas/ Direcção-Geral, com o registo nº.2626, de 28/02/2014, que deu entrada nesta ARS sob o registo ENT-ARSA/2014/2928, de 03/03/2014, no âmbito da auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários, desenvolvida sob o processo nº.32/2012/Audit., "(...) nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13ª e 87ª, 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, as alegações que tiver por convenientes referentes ao conteúdo do relato de auditoria, de que se junta cópia.", vem a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., não obstante o facto de não ter procedido ao pagamento de incentivos aos profissionais das USF modelo B, - enfermeiros e assistentes técnicos -, nos anos de 2011 e 2012, na esteira do princípio da boa colaboração, sustentada por princípios e convicções, não pode deixar de apresentar as suas alegações, nos termos e fundamentos seguintes:

1. Sobre a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis nº 55-A/2010, de 31 de Dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro
 - 1.1. As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF
 - 1.1.1. As normas das Leis do Orçamento de Estado

Um processo é favorável ao cidadão quando a sua finalidade é a sua satisfação.

GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ARSA - ALentejo

1
Lugar de Santa Cruz, 171,
1000-084 Lisboa
Tel. 210 010 770 Fax 210 010 730 800
E-mail: arsa@arsa.alentejo.gov.pt



Tribunal de Contas

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro, do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das Unidades de Saúde Familiar modelo B, nos termos do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22.08 e da Portaria nº 301/2008, de 18.04, considerando que tais pagamentos violam o artigo 24º da Lei nº 55-A/2010 e o artigo 20º da Lei nº 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a *“proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim”*.

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram insertas em leis de valor reforçado – no caso, aprovadas pela Assembleia da República -, embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.

Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161º, alíneas c) e g), e 198º, nº 1 alínea a), todos da CRP.

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo -, apreciando casuisticamente normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que,



7

metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam.

Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

“Artigo 24^o

Proibição de valorizações remuneratórias

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

a) Alterações de posicionamento remuneratória, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;

b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim;

[...]”.

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20º, nº 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual,

¹ Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim a que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.

Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

1.2. O sistema remuneratório das USF

O DL 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de “incentivos”² a atribuir a todos os elementos que as constituem.

² A expressão “incentivos” aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



Todavia, aquando da análise dos artigos 28º a 34º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

- a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal);
- b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos -, a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do nº 4 do artigo 31º e b) do nº 4 do artigo 33º, do diploma acima referido).

Sucedem que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria nº 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3º, nº 1, alterado pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que *“os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”*, revogando, assim, de modo expresse, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas



Tribunal de Contas

aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional – como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8º e 9º da Portaria nº 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL nº 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão



Tribunal de Contas

normativa dos artigos 24º e 20º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relato de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.

Explicita-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *“O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratório. (ponto 8.3.4 do relato, pág. 68)”* [sublinhados nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões pode ler-se que *“ Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios”* [sublinhados nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os casos remuneram o desempenho -, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de



profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

1.3. A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do caráter imperativo do artigo 24º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu nº 16, as normas em causa probem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de saúde



Tribunal de Contas

nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE – não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrencial entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República³.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dele fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *“emitida orientação que aclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em*

³ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.

M



prêmios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B" [sublinhados nossos].

É, assim, legítimo concluir que, também para os auditores subscritores do Relato, não é clara a aplicação do artigo 24º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B – ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relato de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde. Suscitando-se, por isso, legitimamente a questão de saber como pode a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

Analisar-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

1.4. O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgão e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade – princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.

O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deontica deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.



Tribunal de Contas

JK

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual os signatários se pronunciam, parece não ser demais recordar o seguinte.

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:

a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria nº 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor das normas orçamentais que proíbem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;



Tribunal de Contas

b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde nº 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *“apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população”*.

E o mesmo despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, *“nos termos do nº 3 do Despacho nº 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 203, de 22 de outubro de 2007”*.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei nº 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).

d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei nº 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre



aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do “Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a Informação reportada nos termos da Lei nº 59/2013, de 23.08”, datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt), onde se encontram discriminados os “incentivos financeiros equipa multiprofissional USF”.

É, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

2. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros dos conselhos directivos das administrações regionais de saúde

1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.

O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá como consequência a responsabilidade reintegratória e sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivo da ARS, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer facticidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidade relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como



Tribunal de Contas

se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse – o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio -, em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.

A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59º, nº 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *“a repor as importâncias abrangidas pela infração”*, explicitando o nº 4 que constituem pagamentos indevidos os *“pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade”*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àquelas em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31º e 33º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59º, nº 1 e nº 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61º, nº 5 da LOPTC.

M



Tribunal de Contas

Exige o artigo 61º, nº 5 da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS subscritores da presente pronúncia evidenciaram, no concreto condicionalismo fáctico adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17º do Código Penal.

Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.

Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho nº 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2ª série, nº 203, de 22.10.2007).

É, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa "*quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável*", é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁴.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a possibilidade do

⁴ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.



resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁵, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam, designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁶, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efectivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos n.ºs 1 e 4 do artigo 59.º e do n.º 5 do artigo 61.º da LOPTC.

O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

3. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65.º, n.º 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência – o que não sucedeu no caso em apreço.

⁵ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE, incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.

⁶ Veja-se, *a contrario sensu*, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS signatárias de apressaram a cumprir.



Tribunal de Contas

Na verdade, integra o conceito de negligência – consciente e inconsciente – a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que os titulares dos órgãos diretivos das ARS aqui em causa deveriam ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando eram destinatários de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento dos dirigentes em causa que, por isso, não podem ser punidos a nenhum título.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Diretivo,

José Marques Robalo
Presidente do Conselho Diretivo



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

17. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP

289807405
570314 003619

 ARS algarve
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.
Administração da Saúde

Exmos. Senhores
Tribunal de Contas
Direção-Geral
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

V/ Referência:
DAVJ-DA7 J
Proc.º nº 52/2012-AudIt

Sua Comunicação:
03.03.2014

Nossa Referência:
GJC
Reg.º/ A.R.
Fax nº 138

ASSUNTO: AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Na sequência da notificação para que, no prazo de 10 dias úteis, apresente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13º e 87º, n.º 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, as alegações que tiver por convenientes referentes ao conteúdo do relato da auditoria ora recepcionada, porquanto cumpre dizer o seguinte:

O ora alegante João Manoel da Silva Moura dos Reis foi designado, em regime de comissão de serviço, por um período de cinco anos, renovável por igual período, para exercer o cargo de presidente do conselho diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., através do Despacho n.º 13877-C/2013, de 30 de Outubro, de S. Excelência O Ministro de Saúde, data a partir da qual passou a exercer as funções correspondentes.

A presente auditoria do Tribunal de Contas tem por objetivo avaliar a organização e o desempenho das unidades funcionais prestadoras de cuidados primários, no contexto da reforma empreendida neste nível de prestação de cuidados de saúde, nos últimos cinco anos, tendo em conta o desempenho económico-financeiro, operacional, bem como, os regimes de incentivos, compensações e suplementos, sendo certo que o seu âmbito temporal abrangeu os anos de 2009 a 2012, sem prejuízo de análises pontuais

Largo do Carmo, 3 - 8000 - 145 Faro Telf: 289889900 - Fax: 289807405
Email: cd@arsalgarve.min-saude.pt



com âmbito temporal mais restrito, período temporal este em que o signatário ainda não exercia as funções de Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve IP, pelo que não se pode pronunciar sobre a factualidade e os indicadores nela constantes.

No entanto, considerando os resultados da mesma e, atenta o projecto de recomendações que é efectuado aos Conselhos Directivos da ARS's, nomeadamente:

i. *Aprovar, até 31 de dezembro de cada ano, os contratos-programa com os ACES e por consequência a aprovação dos planos de ação e das cartas de compromisso com as USF, assegurando às entidades prestadoras os instrumentos de gestão, oportunamente, necessários à concretização dos objetivos.*

ii. *Proceder à revisão e ajustamento, anual, de indicadores e metas a contratualizar, por forma a adequá-los às prioridades assistenciais definidas e à evolução decorrente de alterações de fatores demográficos e epidemiológicos das populações.*

iii. *Ponderar, no processo de contratualização, a inclusão de um indicador de mensuração do tempo de espera entre a data de marcação de consulta e a data da sua realização.*

iv. *Prover pela criação de uma funcionalidade eletrónica, designadamente no Sistema Administrativo de Registo de Atividade – SINUS, que possibilite guardar o registo da data do pedido de marcação de consulta e da sua realização, salvaguardando desse modo o histórico desta informação.*

v. *Aprovar um plano de ação calendarizado, de acompanhamento, fiscalização e avaliação da execução dos contratos-programa e das cartas de compromisso e elaborar relatórios que comprovem o cumprimento das metas estabelecidas.*

vi. *Fazer refletir na revisão e correção dos incentivos institucionais o impacto da redução do efeito preço dos medicamentos nos resultados do indicador de eficiência económica: Custo médio de medicamentos (PVP) por utilizador.*

vii. *Promover, através do sítio na Internet dos ACES, a divulgação de informação de caráter útil para o cidadão/utente sobre a oferta dos cuidados de saúde das unidades funcionais, nomeadamente, nas áreas de promoção e prevenção.*

viii. *Proceder à atualização da lista de utentes, por médico, com periodicidade regular, por forma a evitar a atribuição de incentivos ou suplementos remuneratórios aos profissionais inseridos em USF modelo B, em função de uma lista de utentes de dimensão diversa.*



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

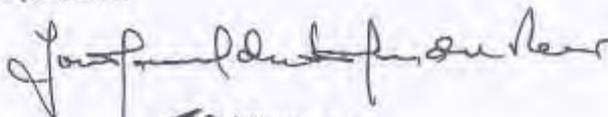
289807405

Ora, a este propósito vai o signatário levar as recomendações do Tribunal de Contas a deliberação do C.D. da ARS Algarve IP, por forma a que possam ser aprovadas e devidamente implementadas.

Quanto às recomendações efectuadas na presente Auditoria, pelo Tribunal de Contas aos Diretores Executivos dos ACES, vamos, também, levá-las a reunião do C.D. da ARS Algarve IP, propondo que sejam adoptadas como determinações desta ARS Algarve, e no âmbito do n/ poder de direcção, fazê-las executar pelos senhores Diretores Executivos dos ACES do Algarve, a saber:

- i. *Prover, em sede de contratualização interna, pelo ajustamento das metas e indicadores às reais necessidades da população e pela redução dos custos de gestão das unidades funcionais.*
- ii. *Estabelecer regras de imputação dos custos a fim de as unidades funcionais poderem vir a operar como centros de produção e de custos.*
- iii. *Promover a divulgação pública, pelos meios adequados, no sítio dos Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES na Internet, de informação sobre o tempo de espera para obtenção de consulta dos utentes inscritos nas respetivas unidades funcionais.*

Com os melhores cumprimentos,



Dr. João Moura Reis
Presidente do Conselho Diretivo
da ARS Algarve, I.P.

BCTC 18 3º14 4963

Largo do Carmo, 3 - 8000 - 145 Faro Telf. 289889900 - Fax: 289807405
Email: cd@arsalgarve.min-saude.pt



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

18. VOGAL DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP

		MIGUEL LOPES MADEIRA	
		Exm.º Senhor Director-Geral do Tribunal de Contas Av. Barbosa du Bocage, 61 1069-045 Lisboa	
V/ Referência 2652 DA VI Proc. n.º 32/2012 - Audit	Sua Comunicação 2014.02.28	Nossa Referência GJC REGISTADO C/ AR	
ASSUNTO: AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - PROC. N.º32/2012 - AUDIT			
<p>Miguel Angel Lopes Madeira, na qualidade de Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, I.P., notificado pelo Tribunal de Contas por ofício com a referência supra identificada, vem muito respeitosamente, nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13º e 87º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, apresentar as suas ALEGAÇÕES, relativamente ao salientado no Relato de Auditoria, elaborado na sequência de auditoria realizada ao desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários,</p> <p>O que faz nos termos e com os fundamentos seguintes:</p> <p>1. A importância dos atos do sistema de controlo financeiro</p> <p>Importará, em primeiro lugar, salientar a importância que a ARS do Algarve, IP, atribui às ações de auditoria levadas a cabo pelo Tribunal de Contas enquanto "<i>órgão supremo de fiscalização da legalidade das despesas públicas e de julgamento das contas que a lei mandar submeter-lhe</i>" (art.º 214º da CRP), o qual, através dos seus pareceres,</p>			
Largo do Carmo, 3 - 5000-148 Faro emof@arsalgarve.mic-saude.pt		Telf: 289889900 - Fax: 289807405 @www.arsalgarve.mic-saude.pt	
			

Página 1



instruções e recomendações incita a uma gestão mais eficaz e mais eficiente dos recursos públicos, garantido a conformidade do exercício da atividade de administração daqueles recursos com a ordem jurídica.

Os relatos de auditoria do Tribunal de Contas são, assim, considerados pela ARS do Algarve, I.P., instrumentos fundamentais de auxílio e acompanhamento da actividade gestonária, permitindo identificar os aspetos a melhorar, tendo em vista a prossecução dos seus objetivos.

É nesse sentido que se considera da maior pertinência apresentar os esclarecimentos à factualidade constante do Relato de Auditoria e que se especificam de seguida.

2. No âmbito das Conclusões do Relato tecem-se as seguintes considerações quanto aos pontos infra indicados

Conclusão 32. (1.3. Incentivos, Compensações pelo Desempenho e suplementos nas USF)

O Relato de Auditoria refere, na página 18, que «O regime remuneratório dos profissionais das USF de modelo B, conjuga várias componentes remuneratórias, que associam o ordenado base da carreira e da categoria, remunerações complementares fixas (...). A todas estas componentes tem acrescido a realização de horas extraordinárias²⁶, realizadas, fora do compromisso assistencial da USF, isto é, maioritariamente, no atendimento²⁷ a utentes sem médico de família e nos serviços de atendimento permanente (SAP), do respetivo agrupamento de centros de saúde (ACES), e também, na prestação de cuidados de saúde adicionais no abrigo da carteira adicional de serviços contratualizada com a ARS²⁸». Importa esclarecer que esta é uma realidade justificada pela existência de um número elevado de utentes sem médico de família na região - presentemente perfazem cerca de 140.087 (excluindo os utentes sem médico de família por opção), o que representa 31% do total de inscritos ativos - designadamente de cidadãos que pertencem a grupos de risco (crianças, idosos, grávidas), aos quais é essencial



garantir a prestação de cuidados, o que só pode ser assegurado através da prestação de trabalho extraordinário dos médicos disponíveis para o efeito.

Conclusão 56 (1.4. Contratualização e Desempenho face aos objetivos contratualizados)

Na sua página 23, o Relato de Auditoria refere que «As ARS não têm procedido à revisão dos indicadores contratualizados nem das metas fixadas para os mesmos, em função da atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos⁵⁰. Esta situação é sintomática da tipologia de indicadores que se mantém, ainda, na contratualização, como indicadores de processo⁵¹, que predominam face à escassez de indicadores de resultados e que são permeáveis a serem facilmente atingíveis.» Importa clarificar que, para maior adequação dos indicadores às reais necessidades e especificidades de cada região e Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), a partir de uma lista de indicadores pré-estabelecidos, são escolhidos pelas ARS quatro indicadores regionais para aproximação às necessidades de saúde regionais e dois indicadores locais, que os Diretores Executivos escolhem, em função das necessidades percecionadas para o seu ACES. Quer os indicadores regionais, quer os indicadores locais, são sempre escolhidos a partir de listagem pré-definida, com vista a garantir uma uniformização de leitura nos sistemas de informação disponíveis nos cuidados de saúde primários. Os indicadores de contratualização externa estão estabelecidos no documento nacional elaborado pela ACSS e os indicadores de contratualização interna são aprovados por Portaria. Assim, no período a que respeita o presente relatório, todas as unidades funcionais contratualizaram sempre a mesma bateria de indicadores, independentemente do grau de desempenho ou dos valores já alcançados. Decorrente da publicação da portaria n.º 377-A/2013, de 30 de dezembro, a bateria de indicadores das unidades funcionais foi alargada, mas manteve-se, por um lado, a obrigatoriedade de contratualizar um conjunto de indicadores de índole nacional, e as restantes componentes (regional e local) a partir de uma listagem publicada em Portaria.



3. No âmbito da Parte III (Desenvolvimento da Auditoria) do Relato oferece-nos tecer os seguintes comentários

Ponto 6.2 (Desenvolvimentos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários)

A partir do *Quadro 1 - Aplicação de fundos - 2009 - 2012*, constante na pág. 39, conclui-se pelo “desinvestimento” na área dos cuidados de saúde primários. A este propósito, e ainda que a região do Algarve não tenha Unidade Local de Saúde (ULS), é nosso entendimento que o referido quadro não é esclarecedor porquanto apenas desagrega a despesa em “ARS - Cuidados de Saúde Primários”, “Cuidados Hospitalares e ULS” e “Outros”. Ora, com a constituição das ULS, verificou-se uma transferência orçamental das ARS para as ULS precisamente para financiar a componente dos CSP transferida para as mesmas. Assim, na componente “Cuidados Hospitalares e ULS” estão incluídos também os fundos dos cuidados primários que foram transferidos para as ULS, que não se encontram detalhados com a possibilidade de efetuar uma análise comparativa equivalente aos anos em causa.

Ponto 7.1. [Custos com medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT) por consulta]

Ainda que no capítulo 7.1.2. seja referido “que na presente análise foram excluídas as USF que ao longo do ano transitaram de modelo A para modelo B”, nada é referido quanto à exclusão de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com transição para Unidades de Saúde Familiar (USF).

Ponto 7.2 (Evolução dos Custos com Medicamentos e MCDT no Tríenio 2010/2012)

No capítulo 7.2, importará igualmente esclarecer se foi retirado o efeito da transição de algumas UCSP, ou parte dos médicos, para USF.

Ponto 8.1. (Incentivos)

Página 4



No ponto 8.1. é feita referência aos indicadores de eficiência económica contratualizados, referindo-se na nota 138 (páginas 51 e 52) que *“Por regra o indicador abrange medicamentos prescritos, no entanto, relativamente a algumas unidades funcionais em 2011 foi contratualizado o custo medicamento faturado (divergente do medicamento prescrito sobretudo em razão do volume correspondente aos atrasos nos procedimentos de conferência de faturas) e em especial no ano de 2012 foi contratualizado o custo medicamento faturado para a maioria das unidades funcionais mas apenas em dezembro de 2012, situação que demonstra falta de clareza, rigor e de homogeneidade no processo de contratualização”*. Sobre este ponto há que esclarecer que, apesar da Portaria n.º301/2008 de 18 de abril identificar como indicadores de eficiência os custos estimados para medicamentos prescritos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos, sempre foram objeto de contratualização e avaliação os custos médios com medicamentos e MCDT faturados. Na verdade, a única alteração ocorrida em 2012 ficou a dever-se à adaptação do indicador de medicamentos ao novo regime de relacionamento financeiro entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os subsistemas públicos, passando o mesmo a considerar a totalidade da despesa e a totalidade dos utilizadores, não apenas utilizadores SNS, como anteriormente considerado. Assim, importa clarificar que nos anos de 2010 e 2011 (fonte SIARS), foi contratualizado e avaliado o Indicador “7.6d1 – Custo médio medicamentos faturados (PVP)”, por utilizador SNS, e no ano 2012 o Indicador “7.6d4 – Custo médio medicamentos faturados (PVP)”, por utilizador. Relativamente aos MCDT, não ocorreu nenhuma alteração do indicador, tendo no triénio em análise sido contratualizado e analisado sempre o indicador “7.7d1 – Custo médio MCDT faturados (SNS)”, por utilizador SNS, ao contrário do referido na página 52, em que se toma como indicador “7.7d1 – Custo médio de MCDT (PVP) por utilizador”.

Ponto 9.1 (Processo de Contratualização)

O relatório refere que *“(…) o processo de contratualização nos CSP é compartimentado, sendo evidente a falta de integração com os diferentes níveis de cuidados de saúde. Não se encontram refletidas, nos indicadores contratualizados, as situações relacionadas com o tempo de espera (acesso e referenciação) para marcação de consulta do especialidade, os*



episódios de urgência hospitalar (evitáveis) e a articulação com os cuidados continuados”.
Importa referir que o processo para as unidades funcionais assenta num modelo e em indicadores definidos em Portaria.

4. Sobre a manifesta improcedência das imputadas violações das Leis nº 55-A/2010, de 31 de dezembro e 64-B/2011, de 30 de dezembro

4.1 As Leis do Orçamento de Estado para os anos 2011 e 2012 e o sistema remuneratório das USF

4.1.1 As normas das Leis do Orçamento de Estado

Os auditores subscritores do Relato de Auditoria ao qual se responde sustentam que os diversos membros dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro, do Algarve e do Norte podem incorrer em responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, na medida em que procederam ao pagamento dos incentivos financeiros que remuneraram o pessoal de enfermagem e os assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22.08 e da Portaria nº 301/008, de 18.04, considerando que tais pagamentos violam o disposto na alínea a) do n.º 2 do artigo 24º da Lei nº 55-A/2010 e o n.º 1 do artigo 20º da Lei nº 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012 que determinam a *“proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente as resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim”*.

Não lhes assiste, contudo, razão por diversas ordens de fatores.

Em primeiro lugar, importa ter em consideração que as normas em causa se encontram insertas em leis de valor reforçado - no caso, aprovadas pela Assembleia da República-, embora se reportem a matérias do domínio da competência concorrential com o Governo.



Esta apreciação decorre da conjugação dos artigos 161º, alíneas c) e g), e 198º, n.º 1 alínea a), todos da CRP.

Ora, este enquadramento torna-se imprescindível para a obtenção de uma correta perceção, desde logo, das eventuais questões relativas à hierarquia das normas suscitadas ou colocadas em causa na abordagem desenvolvida.

Na verdade, uma análise que, como a efetuada, desconsidera em absoluto o âmbito das competências legislativas constitucionalmente definidas para cada órgão de soberania – no caso *sub judice*, a Assembleia da República e o Governo –, apreciando casuisticamente normas da Lei do Orçamento de Estado (OE) sem apurar, nem a regulação normativa constante desta Lei na sua globalidade, como se verá adiante, nem sequer a qualificação das matérias para efeitos de definição da competência legislativa, estaria condenada *ab initio* a sucumbir perante o detalhe e o rigor que, metodologicamente, não podem ser descurados e que a relevância das matérias em causa sempre adicionalmente exigiriam.

Assim, atente-se no que, no essencial e aqui em causa, dispõem as normas dos OE em apreço:

Artigo 24º

Proibição de valorizações remuneratórias

1 – É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

2 – O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

a) Alterações de posicionamento remuneratório, progressões, promoções, nomeações ou graduações em categoria ou posto superiores aos detidos;

b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim; [...]"

Conforme resulta do confronto da norma que parcialmente acima se reproduz, o legislador teve por objetivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que

¹ Esta redação foi mantida em vigor pelo artigo 20º da Lei do OE para 2012, aprovada pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de dezembro.



inviabilizassem o escopo de redução da despesa com pessoal ou, melhor dizendo, limitar a criação de novas metodologias que permitissem compensar os trabalhadores da perda remuneratória a que se encontravam sujeitos pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011 (e, posteriormente, por força da manutenção em vigor destas disposições pelo artigo 20º, nº 1 da Lei do OE para 2012).

Por esse motivo, a norma explicita um conjunto de atos cuja prática fica proibida.

Do mesmo modo, a norma em causa proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, sendo certo que tal proibição não tem por alcance – nem poderia tê-lo nos moldes em que se encontra formulada – a revogação de um regime remuneratório específico.

Na verdade, como, aliás, esclarece a Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27.02 (LVCR), os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objeto, nomeadamente nos termos do artigo 46º, nºs 3 a 5 da LVCR.

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afirmativa que se referem o artigo 24º do OE para 2011 e o artigo 20º do OE para 2012 são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos. Nesse sentido, aliás, contribuem todas as referências que nas normas orçamentais em análise são feitas relativamente ao sistema de atribuição de pontos para efeito de reposicionamento remuneratório, alteração de escalão, promoções e graduações – tudo matérias totalmente estranhas aos incentivos financeiros consagrados no DL nº 298/2007, de 22.08.



Contrariamente ao equívoco em que resulta a análise levada a efeito no Relato de Auditoria, não existe qualquer proibição orçamental de, por lei, e dentro dos limites orçamentais previstos, serem criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa e, por maioria de razão, as normas orçamentais não contêm em si a revogação, ainda que tácita, de sistemas remuneratórios específicos.

Ora, é precisamente essa a situação que ocorre no modelo remuneratório das USF e, em particular, nos designados incentivos financeiros que integram a remuneração dos profissionais das carreiras de enfermagem e de assistente técnico, como se demonstrará em seguida.

4.1.2 O sistema remuneratório das USF

O DL 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos"³ a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28º a 34º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

- a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a atividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respetivo pagamento mensal);

³ A expressão "incentivos" aqui utilizada é de carácter genérico, não jurídico, referindo-se a incrementos que promovam a adesão dos trabalhadores ao regime da USF, com vista à prossecução dos fins visados com a sua criação.



b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços - e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos -, a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do nº 4 do artigo 31º e b) do nº 4 do artigo 33º, do diploma acima referido).

Sucedeu que a regulação destes incentivos financeiros - repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais - é feita inicialmente pela Portaria nº 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3º, nº 1, alterado pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que *"os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF"*, revogando, assim, de modo expresse, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

Ou seja, existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das atividades que integram, objetivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria



Tribunal de Contas

profissional, enfermeiro ou administrativo) - de onde resulta que o seu pagamento seja efetuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação - que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado.

Nada do que até agora se afirmou pode permitir concluir pela qualificação dos incentivos financeiros como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

Desde logo, porque os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3), o que não é compatível com um incentivo coletivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma equipa, de acordo com a sua categoria profissional - como ocorre com os incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B, nos termos dos artigos 8º e 9º da Portaria nº 301/2008, de 18.04.

Ou seja, não se trata igualmente da atribuição de prémios de desempenho para os efeitos do habitualmente designado SIADAP 1, porquanto não se trata de um prémio decorrente do desempenho de todo um serviço da Administração Pública, mas antes de um conjunto de profissionais pertencentes a uma mesma categoria, dentro de um determinado serviço.

É, pois, evidente, que o DL nº 297/2007, de 22.08 cuida da atribuição de incentivos financeiros a duas categorias profissionais, não integrando aqueles a previsão normativa dos artigos 24º e 20º dos OE, respetivamente, para 2011 e para 2012, porquanto estes visam proibir a atribuição dos prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, a não ser assim considerado, resultaria da interpretação levada a efeito pelo Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas o estabelecimento de



uma situação de desigualdade injustificada na definição do regime global de incentivos remuneratórios entre categorias profissionais que, percebendo compensações pelo desempenho, são pagos de modo distinto.

Explicita-se.

No relato de Auditoria, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *"O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de atividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratório. (ponto 8.3.4 do relato, pág. 68)"* [realces nossos].

E, no ponto n.º 49 das conclusões pode ler-se que *"já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de atividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios"* [realces nossos].

Ou seja, sem prejuízo de não ter encontrado uma distinção operativa no que toca à finalidade e à natureza das compensações pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais - que em ambos os casos remuneram o desempenho -, o Relato de Auditoria estabelece a natureza daquelas prestações tomando por base as diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação, mais ou menos direta, aos resultados da atividade da equipa de profissionais de cada uma das categorias em causa, que encontra o fundamento para a qualificação do pagamento pelo desempenho ocorrer a



título suplemento (no caso dos médicos) ou de prémio (no caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos).

Por outras palavras, de acordo com a interpretação constante do Relato de Auditoria a que ora se responde, e que se encontra na base de uma eventual imputação aos membros dos órgãos diretivos de responsabilidade financeira sancionatória e reintegratória, a distinção entre aqueles dois tipos de remuneração faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não tomando em conta a natureza da prestação paga – o que, reconheça-se, seria certamente mais adequado na prossecução do princípio da igualdade, porquanto qualquer dessas remunerações visa remunerar o desempenho dos profissionais.

O Relato de Auditoria não cuidou de analisar com detalhe a relação jurídica que se estabelece entre as normas em causa, designadamente não tomando em consideração a coerência sistemática do ordenamento jurídico – como se continuará a demonstrar em seguida.

4.2 A relação de especialidade incorporada nas Leis do Orçamento de Estado

Sem prejuízo do caráter imperativo do artigo 24º da Lei do OE para 2011, estabelecido pelo seu nº 16, as normas em causa proibem, como se demonstrou, valorizações remuneratórias através de atos, a praticar no futuro, que visassem ultrapassar ou retirar os efeitos pretendidos pela redução remuneratória imposta pelo artigo 19º da Lei do OE para 2011. Esta é, aliás, a única interpretação conforme com o artigo 9º do Código Civil que impõe ao intérprete tomar em linha de conta a unidade do sistema jurídico, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada – o que apenas permite reconstituir o pensamento legislativo no sentido que agora se propugna.

Na verdade, a não aceitação da manutenção da vigência do DL 297/2007, de 22.08, que contém um modelo que tem por objetivo recentrar o sistema português de



Tribunal de Contas

saúde nos cuidados de saúde primários, aumentando a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às populações, potenciando os ganhos em saúde e em eficiência, constituiria uma alteração tão significativa do modelo que se encontrava em implementação, e que constava dos vários Programas do Governo, que sempre teria de ter sido objeto de menção expressa na Lei do OE - não bastando uma mera referência a proibição a prémios de desempenho para afastar aquilo que consubstancia um modelo organizativo de cuidados de saúde primários com um sistema remuneratório distinto do geralmente estabelecido.

O sistema remuneratório das USF constitui um sistema especial, criado por lei anterior, em matéria cuja competência é, repita-se, concorrential entre os dois órgãos de soberania, Governo e Assembleia da República³.

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

Daqui resulta, pois, que não apenas essa relação de especialidade não foi afastada pelo artigo 24º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dele fazendo parte integrante.

Como se afirmou inicialmente, e como bem ensina o já citado artigo 9º do Código Civil, a interpretação normativa não pode cingir-se à letra da lei, muito menos a uma sua análise imediatista e perfunctória, até porque a mesma norma impõe que o intérprete acolha o princípio sabedor de que o legislador consagrou as soluções mais acertadas.

³ Veja-se que o DL 297/2007, de 22.08 é aprovado nos termos do artigo 161º, alínea c) da CRP, ou seja, em matéria de competência legislativa não reservada à Assembleia da República.



Deve, aliás, sublinhar-se que o próprio Relato de Auditoria propõe uma recomendação à Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *"emitida orientação que esclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B"* [sublinhados nossos].

É, assim, legítimo concluir que, também para os auditores subscritores do Relato, não é clara a aplicação do artigo 24º da Lei do OE para 2011 ao sistema remuneratório das USF modelo B - ainda que não pareça compaginável esta recomendação com o que vem disposto no ponto 48 do Relato de Auditoria, Vol. I, nos termos do qual é totalmente desconsiderada a qualificação remuneratória dos incentivos financeiros operada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde. Suscitando-se, por isso, legitimamente a questão de saber como pode a Senhora Ministra das Finanças determinar o que vem recomendado quando o Relato de Auditoria não aceita, *ab initio*, a qualificação subscrita por esse membro do Governo em Portaria publicada e em vigor.

Análise-se, de todo o modo, em seguida, as expressões hermenêuticas da solução orçamental que, não se alcança como, escaparam ao Relato de Auditoria do Tribunal de Contas.

4.3 O significado do princípio da legalidade e o bloco de legalidade

O comando legal de obediência à Lei e ao direito significa uma total conformidade não só com as leis e princípios jurídicos que disciplinam especificamente uma certa conduta da Administração Pública, e dos seus órgão e agentes, mas também aqueles que constituem todo o ordenamento jurídico ou, o designado por Hauriou, bloco de legalidade - princípio aceite unanimemente, desde há muito, por jurisprudência e doutrina.



O bloco de legalidade, a que toda a atividade administrativa deontica deve obediência conformativa, inclui, quer os princípios e regras constitucionais, internacionais e legais, quer regulamentos, contratos e atos administrativos constitutivos de direitos, quer ainda outros comportamentos administrativos unilaterais, suscetíveis de consolidar situações jurídicas de particulares.

Ora, como é sabido, a invalidade que resulta para os atos administrativos da ausência de conformidade com o ordenamento jurídico, abrange não apenas o respetivo objeto, mas igualmente os seus pressupostos.

Por isso, a desconsideração das diversas vinculações impostas pelo ordenamento jurídico na apreciação da invalidade dos atos autorizadores dos pagamentos retributivos legalmente previstos aos enfermeiros e assistentes técnicos das USF modelo B aqui em causa, nos termos em que foi levada a efeito pelo Relato de Auditoria, determinou um erro manifesto na apreciação sobre a legalidade e nas conclusões subsequentes.

A este propósito, e atento o teor do documento relativamente ao qual os signatários se pronunciam, parece não ser demais recordar o seguinte:

A vinculação dos órgãos da Administração Pública à prossecução do princípio da legalidade significa, para os respetivos titulares, que os mesmos não podem recusar-se ao cumprimento de normas legais, ainda que possam sobre elas não ter certezas de conformidade legal.

Não sendo esta a sede para a análise nem do sistema constitucional, nem do sistema administrativo português, a verdade é que, perante o que vem afirmado tem de sublinhar-se que os titulares dos órgãos diretivos das diversas Administrações Regionais de Saúde cumpriram as normas legais em vigor, conformadas e confirmadas por atos administrativos e orientações, como se demonstrará.

Assim, basta atentar nos seguintes aspetos essenciais:



a) O regime jurídico das USF encontra-se definido por Decreto-Lei e regulamentado pela Portaria nº 301/2008, de 18.04, alterada pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, ambas emitidas pelos Ministros das Finanças e da Saúde – a última das quais, muito tempo após a aprovação e entrada em vigor das normas orçamentais que proíbem o pagamento de prémios de desempenho, mas ainda durante a sua vigência;

b) Na vigência das normas do OE de 2012, que mantém em vigor o artigo 24º do OE de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde nº 9999/2012, de 19 de julho (publicado no DR, 2ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *"apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde à população"*.

E o mesmo despacho, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, *"nos termos do nº 3 do Despacho nº 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de outubro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 203, de 22 de outubro de 2007"*.

c) Em terceiro lugar, importa sublinhar que a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que tem por missão, nos termos do Decreto-Lei nº 35/2012, de 15.02, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, procedeu à fixação, em cada um dos anos em causa, do volume de incentivos a atribuir às USF modelo B, para cada Administração Regional de Saúde (cfr. Manual de Metodologia de Contratualização, disponível em www.acss.min-saude.pt).



d) Acresce que também a Direção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

e) Finalmente, deve igualmente referir-se que os citados incentivos financeiros se encontram a ser reportados à DGAEP como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei nº 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do "Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei nº 59/2013, de 23.08", datado de 19.12.2013, disponível em www.dgaep.pt), onde se encontram discriminados os "incentivos financeiros equipa multiprofissional LSF".

É, pois, patente, não apenas que o Relato de Auditoria desconsiderou um conjunto significativo de elementos hermenêuticos, como, em consequência, não procedeu a uma correta interpretação das normas e da subsunção dos factos que a elas pretende subsumir.

De onde resultam as conclusões que se retiram em seguida.

5. Do erro sobre os pressupostos de direito: sobre responsabilidade financeira dos membros do Conselho Diretivo da ARS do Algarve, I.P.

1. Concluiu o Relato de Auditoria ao Desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários que a componente remuneratória designada incentivos financeiros paga enquanto compensação pelo desempenho às equipas das categorias profissionais enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, configura uma valorização remuneratória, proibida nos termos do disposto no artigo 24º da Lei do Orçamento de Estado para 2011 e ainda em vigor.



O pagamento indevido desta componente remuneratória, tal como enunciada pelo Relato de Auditoria, poderá ter como consequência a responsabilidade reintegratória e sancionatória dos membros dos Conselhos Diretivo da ARS subscritores da presente pronúncia, tal como pode ler-se a páginas 23 e 69 do Relato sob pronúncia.

2. Sobre a responsabilidade financeira reintegratória: o erro sobre (todos) os pressupostos de direito.

2.1. O primeiro deles, acima profusamente explicitado, reporta-se à inexistência de qualquer factualidade suscetível de integrar o conceito da prática de ato ilícito, porquanto o mesmo assentaria, no caso concreto, sobre um juízo de invalidade relativo aos pagamentos de incentivos financeiros aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B que, como se demonstrou, não constitui violação das normas orçamentais invocadas pelo Relato de Auditoria.

2.2. Todavia, ainda que assim se não entendesse - o que se faz, sem conceder, e a mero benefício de raciocínio -, em caso algum se encontram presentes os restantes requisitos exigidos para o preenchimento dos pressupostos de responsabilidade financeira, desde logo, reintegratória.

A este propósito, importa começar por atentar no que dispõe o artigo 59º, nº 1 da LOPTC que no caso de pagamentos indevidos, determina que o Tribunal de Contas pode condenar o responsável *"a repor as importâncias abrangidas pela infração"*, explicitando o nº 4 que constituem pagamentos indevidos os *"pagamentos ilegais que causarem dano para o erário público, incluindo aqueles a que corresponda contraprestação efetiva que não seja adequada ou proporcional à prossecução das atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade"*.

Entendeu, pois, o legislador consagrar responsabilidade financeira reintegratória, não para todas as situações em que ocorram pagamentos indevidos, mas somente relativamente àqueles em que, ainda que correspondam a uma contraprestação efetiva, esta não seja adequada ou



proporcional às atribuições da entidade em causa ou aos usos normais de determinada atividade.

Ora, no caso em apreço, os pagamentos resultaram de uma indubitável contraprestação efetiva, (até porque) integrada na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31º e 33º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto) e adequada à prossecução das atribuições da ARS (artigo 3º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de maio, diploma aplicável à data das Leis do OE para 2011 e 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

Também quanto a este pressuposto improcede totalmente a eventualidade afirmada no Relato de Auditoria, sendo evidente o não preenchimento do tipo de infração prevista no artigo 59º, nº 1 e nº 4 da LOPTC.

2.3. Finalmente, importa aferir do preenchimento do requisito subjetivo da culpa, atento o disposto no artigo 61º, nº 5 da LOPTC.

Exige o artigo 61º, nº 5 da LOPTC apurar e decidir se os membros dos Conselhos Diretivos das ARS subscritores da presente pronúncia evidenciaram, no concreto condicionalismo fáctico adquirido no presente Relatório, uma conduta suscetível de censura, nos termos do artigo 17º do Código Penal.

Atenta a factualidade descrita supra, designadamente o conjunto de normas e atos administrativos prolatados pelos membros do Governo que tutelam as Finanças e a Saúde, no âmbito da vigência das Leis do OE para 2011 e 2012, bem como a própria aprovação dos montantes envolvidos nos mapas anexos àquelas leis aprovadas pela Assembleia da República, não poderiam os titulares dos órgãos em causa entender senão ter atuado no mais rigoroso cumprimento da legalidade.



Acresce que foram sendo sistematicamente dadas orientações pela ACSS sobre as metodologias de contratualização, incluindo sobre os incentivos a pagar, mantendo-se, sem qualquer alteração, orientação distinta ou revogação, o que dispõe o Despacho nº 24101/2007, de 08.10 (publicado no DR, 2ª série, nº 203, de 22.10.2007).

É, pois, evidente que os titulares dos órgãos diretivos das ARS atuaram de boa-fé e, mais do que isso, no integral cumprimento do calendário de contratualização definido anualmente pela ACSS, no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos, designadamente os financeiros.

Não existindo quaisquer dúvidas sobre o facto de apenas agir com culpa "quem atuar com a consciência da ilicitude do facto, se o erro não lhe for censurável", é manifesto o não preenchimento deste pressuposto de verificação obrigatória para aferição da responsabilidade financeira⁴.

Ora, sendo certo que não é possível imputar qualquer comportamento doloso a nenhum dos membros dos conselhos diretivos das ARS subscritores do presente documento de pronúncia, ainda assim cabe demonstrar que a mesma conclusão não pode deixar de ocorrer apreciada a factualidade sob a perspetiva da negligência.

De facto, ocorre negligência consciente quando o agente representa a possibilidade do facto ilícito como consequência da sua conduta imprudente, mas age convencido que esse facto não ocorrerá como consequência da sua conduta. O agente prevê a possibilidade do resultado, mas reage desfavoravelmente ao mesmo, atuando tão só por confiança de que não ocorrerá.

Ora, mais uma vez teremos de concluir que nem sequer é comportável perante a factualidade *sub judice* a qualificação do comportamento dos titulares dos

⁴ A jurisprudência tem unanimemente entendido que a censurabilidade é de afastar-se e quando se trate de proibições de condutas cuja ilicitude material ainda não esteja devidamente sedimentada na consciência ético-social ou quando a concreta questão se revele discutível e controvertida.



órgãos diretivos das ARS como negligente, porquanto, nos termos das disposições legais já citadas e das orientações emanadas⁵, não só não era admissível ou sequer ponderável que os pagamentos em causa poderiam violar as normas orçamentais, como, bem ao inverso, era evidente para todos a legalidade dos atos que praticavam, designadamente na medida em que os pagamentos em causa eram consequência das orientações expressas da ACSS nesse sentido⁶, confirmadas por despachos conjuntos dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde, não constituindo meras decisões discricionárias de cada uma das ARS.

Conclui-se, assim, que da factualidade devidamente apreciada, bem como do regime jurídico em vigor, não se verifica nenhum dos pressupostos para efetivação de responsabilidade financeira reintegratória, para efeitos dos n.ºs 1 e 4 do artigo 59.º e do n.º 5 do artigo 61.º da LOPTC.

O mesmo se afirma quanto à negligência, pois decorre de tudo quanto se afirmou acima que não era possível, no quadro regulamentar e legal existente, qualquer outro entendimento por parte dos titulares dos órgãos dirigentes em causa.

6. Responsabilidade financeira sancionatória

Nos termos do artigo 65.º, n.º 1 alínea b) o Tribunal de Contas pode decidir aplicar multas em virtude da violação de normas sobre a elaboração ou execução dos orçamentos, bem como da assunção, autorização e pagamento de despesas públicas ou compromissos.

⁵ A própria ACSS, nas orientações que divulgou nas metodologias de contratualização para os cuidados de saúde primários aprovadas para cada um dos anos em causa, e publicadas na sua página eletrónica oficial, nunca considerou que o sistema de remuneração, incluindo incentivos financeiros, fosse sujeito a suspensão, com base na Lei do OE. Incluindo, aliás, tal como previsto no enquadramento legal, um calendário de contratualização/avaliação no qual se estipulam as datas e prazos a cumprir para realizar cada um dos passos que culminam na atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF modelo B.

⁶ Veja-se, *o contrario sensu*, o email de 10.12.2013 do CD da ACSS, nos termos do qual esta entidade vem comunicar às ARS que suspendam o pagamento dos incentivos financeiros às USF, até indicação posterior – o que, de imediato, as ARS signatárias de apressaram a cumprir.



Como é evidente, tal aplicação depende da imputação aos agentes de atos, pelo menos a título de negligência - o que não sucedeu no caso em apreço.

Na verdade, integra o conceito de negligência - consciente e inconsciente - a atuação sem o cuidado a que, segundo as circunstâncias, alguém se encontra obrigado e de que é capaz, (vd. artigo 15º do Código Penal).

Ora, não é possível, em caso algum, sustentar com verdade que os titulares dos órgãos diretivos das ARS aqui em causa deveriam ter-se recusado ao pagamento dos incentivos financeiros devidos nos termos da lei, quando eram destinatários de orientações expressas da ACSS, e de atos administrativos e normativos dos membros do Governo responsáveis pelas pastas das Finanças e da Saúde, para além da aprovação dos mesmos nos orçamentos do Ministério da Saúde, bem como das comunicações e inscrições remetidas à DGO e à DGAEP.

Conclui-se, pois, que nada ocorreu de censurável no comportamento dos dirigentes em causa que, por isso, não podem ser punidos a nenhum título.

7. Conclusões

Por tudo o que atrás se expôs, podemos em síntese concluir o seguinte:

Não se verifica a imputação indiciária de responsabilidades aos membros do CD 2011/2012, pela violação disposto na alínea a) do n.º 2 do artigo 24º da Lei nº 55-A/2010 e o n.º 1 do artigo 20º da Lei nº 64-B/2011, respetivamente das Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012.

Mesmo que assim não se entenda, o que não se concede, a alegada violação das supra referidas Leis do Orçamento de Estado para 2011 e para 2012, dadas as circunstâncias em que se verificaram os pagamentos, os membros do Conselho Diretivo da ARS do Algarve nunca poderiam ter agido com culpa, porquanto os signatários, no estrito cumprimento do seu dever, de forma diligente, agiram de



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

boa-fé e como gestores criteriosos e ordenados e no estrito cumprimento da lei e do interesse público;

Os valores alegadamente indevidamente pagos que aqui estão em causa, não revestem materialidade, não são de molde a constituir qualquer infração financeira suscetível de responsabilizar financeiramente os signatários, tendo de ser outra a conclusão final do relato da auditoria.

Por último, ainda que admitindo que possa ter sido preterida alguma formalidade, o que não se concede, as infrações apontadas nunca foram praticadas com dolo, nem tão pouco negligência dos membros do CD 2011-2012, pelo que não colhe a imputação indiciária de responsabilidades sancionatórias e reintegratórias que, a este respeito, lhe são efetuadas.

Ou seja, os membros do CD 2011-2012 sempre agiram de boa-fé e pautaram os seus procedimentos dentro da mais estrita legalidade que escrupulosamente cumprem, não lhes sendo exigível, face a todo o enquadramento subjacente, uma atuação diferente, sendo de considerar que agiram com a diligência que lhes era devida, não lhes sendo imputável qualquer responsabilidade ou sanção pecuniária.

Termos em que devem ser consideradas totalmente improcedentes, por não provadas, as imputações indiciárias de responsabilidade imputadas aos Signatários, por "eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória", identificadas no Relato de Auditoria.

Com os melhores cumprimentos,


Miguel Angel Lopes Madeira
Vogal do Conselho Diretivo

06/06 25 3 14 5398



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

19. EX-MEMBROS DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP

Exmo. Senhor:

Dr. José António Carpinteiro
Auditor Coordenador do Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61

1069 – 045 Lisboa

Assunto: Proc. N.º 32/2012 – Audit – Auditoria ao desempenho das unidades funcionais de Cuidados de Saúde Primários

Faro, 14 de Março de 2014

A presente comunicação visa apresentar a pronúncia dos signatários – enquanto membros do Conselho Directivo da ARS Algarve I.P., no período de 1 de Janeiro a 20 de Outubro de 2011 – sobre as conclusões da auditoria mencionada em epígrafe, mais especificamente sobre as conclusões relativas à legalidade do pagamento de incentivos financeiros a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF de modelo B, (n.º 55 das conclusões) e da eventual infracção financeira, susceptível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória, em que incorreram os membros dos Conselhos Directivos das ARS que autorizaram a despesa (n.º 56 das conclusões).

Sobre estas matérias apresentam-se no Relatório as seguintes conclusões:

“.....”

46. Para além da redução remuneratória, a LOE (2011, 2012 e 2013) proíbe as valorizações remuneratórias, por forma a impedir o aumento da remuneração (impedindo a inversão do efeito do disposto no art.º 19º da referida Lei) e, consequentemente, o aumento da despesa com pessoal. Assim, prevê o art.º 24º da LOE para 2011 a proibição de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias, designadamente os resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim.

47. No caso dos incentivos financeiros atribuídos por compensação pelo desempenho e pagos a enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, os mesmos configuram, na sua essência, autênticos prémios de desempenho⁴⁴, abrangendo o sentido e o alcance que o legislador na LOE pretendeu com a proibição de valorização e de outros acréscimos remuneratórios, onde se inclui a atribuição de prémios de desempenho, prevista na alínea b), do n.º 2, do art.º 24.º da LOE.

52. Não obstante a proibição aludida, em 2011 e 2012, foram pagos aos profissionais das USF modelo B, pela respetiva ARS, incentivos financeiros a enfermeiros, que totalizaram o montante de € 4.161.629, e a assistentes técnicos o montante de € 1.068.778, acrescendo os montantes que, previsivelmente, terão sido pagos por cada ARS durante o exercício de 2013.



Tribunal de Contas

53. Nestes termos, os membros dos conselhos diretivos das respetivas Administrações Regionais de Saúde, em exercício de funções nas gerências de 2011 e 2012, que autorizaram a despesa decorrente da atribuição de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF de modelo B49, de acordo com o previsto no n.º 4, dos art.ºs 31.º e 33.º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, podem incorrer em eventual infração financeira, suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória p.p. nos termos dos n.ºs 1, 4, 5 e 6 do art.º 59.º, e da alínea b), do n.º 1, do art.º 65.º, ambos da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto – LOPTC. ”

Analisadas as conclusões acima transcritas referentes à questão dos incentivos financeiros atribuídos por compensação pelo desempenho e pagos a enfermeiros e assistentes técnicos integrados em USF modelo B, e os respetivos fundamentos apresentados nos pontos 8.3.3 e 8.3.4 do relato, constata-se que a decisão sobre a legalidade do pagamento da referida compensação é determinada pela tipificação desta parcela remuneratória (prémio de desempenho ou complemento) e pelo entendimento de que tal pagamento consubstancia ou não uma valorização remuneratória proibida pelas LOE de 2011, 2012 e 2103.

Conclui-se no relatório que a compensação pelo desempenho paga aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF modelo B, assume a natureza de prémio de desempenho, em tudo similares aos prémios de desempenho decorrentes da aplicação do SIADAP e, nesta medida, traduzem-se numa valorização proibida pelas LOE acima mencionadas.

Ora, analisados os fundamentos de tal conclusão, não podemos deixar de manifestar a nossa discordância sobre tal decisão, porquanto:

Os referidos incentivos financeiros constituem uma parcela que faz parte integrante da componente variável da remuneração dos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, cujo regime remuneratório foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

De acordo com este regime remuneratório específico, a remuneração dos profissionais inseridos em USF, integra as seguintes componentes: **remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho** (ver n.º 1, dos artigos 28.º, 31.º e 33.º, todo do diploma acima citado), sendo estas duas últimas parcelas de natureza variável.

Ora, a componente relativa à compensação pelo desempenho integra diversas parcelas, algumas das quais não estão condicionadas ao resultado de um processo de avaliação do desempenho da USF (não existe qualquer abono em função do desempenho individual), como se pode concluir numa análise mais detalhada desta parcela remuneratória.

Vejamos:

- **Médicos** (n.º 4, art.º 28.º) – A **compensação pelo desempenho** integra: a) a compensação associada ao desenvolvimento das actividades específicas, previsto no artigo 29.º; b) a compensação associada à carteira adicional de serviços, nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 6.º, quando contratualizada. Assim, conclui-se que esta



Tribunal de Contas

compensação não representa um prémio decorrente do grau de cumprimento de determinadas metas ou objectivos previamente estabelecidos para os profissionais ou grupo profissional, mas, antes, a remuneração pela prestação de determinado tipo de cuidados de maior exigência ou adicionais à carteira de serviços tipo.

- * **Enfermeiros e pessoal administrativo** (n.ºs 4, dos art.º 31.º e 33.º, respectivamente) - A **compensação pelo desempenho** integra: a) a compensação associada à carteira adicional de serviços nos termos do previsto no n.º 6 do artigo 6.º, quando contratualizada; b) A atribuição de incentivos financeiros previstos no artigo 38.º Das parcelas que integram esta componente, apenas a última decorre da avaliação dos resultados atingidos pela USF, ou seja por toda a equipa multidisciplinar e não pelo profissional ou grupo de profissional.

No caso da compensação pelo desempenho dos médicos, a remuneração é paga de forma regular, com uma periodicidade mensal e, no caso da componente a que se refere a al. a), do citado n.º 4 do art.º 28.º é considerada para efeitos de aposentação.

Os Incentivos Financeiros aos enfermeiros e pessoal administrativo, são pagos anualmente e em função dos resultados da avaliação do desempenho da USF.

No relato, analisando a compensação pelo desempenho paga ao pessoal médico, conclui-se: *“O modo de cálculo e de atribuição da compensação pelo desempenho associada ao desenvolvimento de actividades específicas permite inferir que a mesma revela características de prémio de desempenho, mas na forma como é processada e paga aproxima-se de uma componente remuneratória com características semelhantes a suplemento remuneratório.* (ponto 8.3.4. do relato, pág. 68).”

E, no ponto n.º 49 das conclusões *“ Já quanto às compensações pelo desempenho atribuídas aos médicos, associadas ao desenvolvimento de actividades específicas, embora o seu modo de cálculo e de atribuição revele características de prémios de desempenho, no entanto, considerando a forma de processamento e pagamento, aproximam-se mais de remunerações do tipo suplementos remuneratórios”.*

Ou seja, não sendo possível efectuar uma distinção clara, quanto à sua finalidade e natureza, entre as componente da remuneração relativa à compensação pelo desempenho paga aos profissionais médicos e aos restantes profissionais – que em ambos os caso remuneram o desempenho – determina-se a sua natureza com base nas diferenças processuais inerentes ao seu processamento e pagamento.

Deste modo, é na diferença entre a periodicidade do pagamento (mensal ou anual) e na sua associação mais ou menos directa aos resultados da actividade dos profissionais que se fundamenta a qualificação do pagamento pelo desempenho como suplementos (no caso do médicos) ou prémio (no caso dos médicos e enfermeiros).



Tribunal de Contas

Du seja, a diferenciação faz-se com base nas características do processo administrativo que conduz à determinação do montante e ao pagamento da remuneração, e não na sua substância, porque, na realidade, em ambos os casos o que se pretende remunerar é o desempenho.

Assim, a remuneração questionada, que no entendimento desse Tribunal de Contas será abrangida pelo disposto no art.º 24.º da Lei do OE, refere-se apenas a um parcela da compensação pelo desempenho paga aos enfermeiros e assistentes técnicos, na medida em que é determinada em função da avaliação dos resultados atingidos pela equipa profissional da USF, face aos objectivos contratualizados, o que lhe conferirá uma natureza de prémio pecuniário abrangido pela referida norma legal.

Tal não é o nosso entendimento, uma vez que pelas razões anteriormente expostas, a compensação pelo desempenho é uma componente remuneratória variável que não assume uma natureza excepcional e, independente das diferentes formas de cálculo e critérios de atribuição, a sua natureza é idêntica para os diversos grupos profissionais.

No que respeita ao facto de ser designada como prémio e de o seu montante ter por base um determinado nível de desempenho, consideramos que tal não é suficiente para a enquadrar no espírito do disposto no art.º 24.º da Lei do OE, dado que:

- A mencionada norma legal vem proibir a prática de actos que *se traduzam numa valorização remuneratória, designadamente os resultantes da atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim*, ou seja em alterações ao posicionamento remuneratório, bem como o pagamento de prémios ou prestações pecuniárias, que representem um acréscimo às remunerações legalmente definidas para a carreira e categoria em que o profissional se posiciona, o que não é aplicável aos incentivos financeiros, na medida em que tais incentivos fazem parte integrante da própria remuneração e não são um acréscimo desta;
- No caso em apreço, a compensação pelo desempenho (onde se enquadram os incentivos financeiros) não representa um acréscimo à remuneração legalmente estabelecida, com um carácter de excepcionalidade, dependente de disposições normativas casuísticas e da disponibilidade orçamental, mas, antes, representa uma parcela variável da remuneração prevista no regime remuneratório especial das USF, sendo certo que o próprio regime remuneratório está concebido para incentivar as equipas multiprofissionais a atingir um elevado nível de desempenho em todas as USF, sem quaisquer limitações administrativas ou de quotas, o que, no limite, cumprindo-se com os objectivos contratualizados, conduzirá à atribuição generalizada de incentivos financeiros a todos os profissionais integrados em USF modelos B;
- De outro modo, o pagamento de uma componente remuneratória variável, enquanto compensação pelo desempenho, não assume as características de um prémio de natureza excepcional e pontual, com o qual se pretende premiar um desempenho de excelência - características fundamental dos prémios de desempenho - traduzido



numa superação dos objectivos individuais acordados (como é o caso do SIADAP), mas, antes, num suplemento característico de um sistema remuneratório que integra uma componente variável, cujo pagamento integral implica tão só um cumprimento integral dos compromissos assumidos pelas equipas;

- Na realidade, com a maturidade organizacional das unidades e o desenvolvimento das competências dos seus profissionais, o grau de cumprimento dos objectivos contratualizados terá tendência, naturalmente, para ser cada vez mais elevado e, consequentemente o pagamento dos incentivos financeiros cada vez generalizado, ao contrário do que acontece com os típicos prémios ao desempenho decorrentes da aplicação do SIADAP, que terão sempre um carácter excepcional;
- De facto, esta parcela remuneratória não funciona como um acréscimo contingente e excepcional à remuneração normal, como será o caso dos mencionados prémios de desempenho atribuídos no âmbito do SIADAP, mas, antes, mais como um incentivo negativo, que se traduz num desconto na remuneração pelo não cumprimento das metas negociadas;
- Os prémios de desempenho atribuídos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, integrados nas USF modelo B, também não são enquadráveis na categoria de prémios de desempenho previstos na Lei 12-A/2008, na medida em que não assumem características essenciais aí estabelecidas, designadamente a sua atribuição ser individual e em função de uma avaliação também individual do desempenho, tal como acontece com os prémios decorrentes da aplicação do SIADAP.

Por outro lado, não se pode ignorar que:

- A supressão dos incentivos financeiros pagos aos grupos profissionais de enfermagem e aos assistentes técnicos, representaria, em matéria de remuneração, uma alteração ao "contrato" inicial de adesão voluntária a este modelo organizativo de prestação de cuidados, que iria pôr em causa a equidade da remuneração entre os diversos grupos profissionais que integram as USF modelo B (tal suspensão de pagamentos não se aplicaria aos médicos), e em última análise, o funcionamento da própria equipa multidisciplinar;
- O regime remuneratório especial legalmente aprovado para as USF modelo B constitui, entre outros, um factor decisivo de motivação dos profissionais para se organizarem em USF e promoverem uma melhoria contínua da qualidade e das condições de acessibilidade aos cuidados de saúde;
- A prossecução e aprofundamento da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, através do aumento do n.º de USF, nomeadamente no modelo B, é um objectivo estratégico do governo e uma das medidas constantes do memorando acordado com a tripla;



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

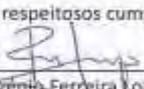
- Os encargos com este tipo de remunerações desde sempre que têm sido incluídos nos orçamentos anuais e mereceram aprovação dos membros do governo competentes;
- A metodologia de contratualização para os Cuidados de saúde Primários, anualmente aprovada pelo Secretário de Estado da Saúde, sempre tem estabelecido as métricas de avaliação do desempenho para efeitos de atribuição de incentivos às USF modelo B e respectivas regras de pagamento.

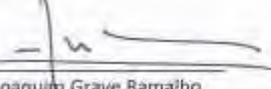
Em síntese, em nosso entender, os mencionados Incentivos Financeiros constituem uma componente da remuneração dos profissionais que integram as USF modelo B, estabelecida no regime remuneratório especial legalmente instituído para este universo de profissionais, e não constituem um prémio de desempenho que se traduza numa valorização remuneratória na acepção do art.º 24.º da lei do OE. Este entendimento é reforçado pelo disposto no Despacho n.º 24 101/2007, de 22 de Outubro, Anexo, n.º 2, alínea b, subalínea ii), onde se diz expressamente que as unidades modelo B se caracterizam por "um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho, definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto".

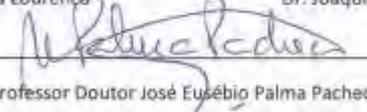
Por fim, se as LOE para 2011 e anos seguintes, se limitam a proibir a as valorizações remuneratórias, a partir do ano de 2011, sem contudo revogarem ou suspenderem, de forma genérica, os complementos e suplementos remuneratórios, previstos nos regimes remuneratórios especiais que se encontravam em vigor à data da entrada em vigor da referida Lei, não se entenderia, agora, que à luz da mesma Lei, se aplicasse um entendimento diferente a uma componente remuneratória de um regime remuneratório especial em particular.

No que respeita ao ponto 53 das conclusões, relativo "*à eventual infração financeira, suscetível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória dos membros dos conselhos diretivos das respetivas Administrações Regionais de Saúde, em exercício de funções nas gerências de 2011 e 2012, que autorizaram a despesa decorrente da atribuição de incentivos financeiros (prémios de desempenho) a profissionais de enfermagem e assistentes técnicos, inseridos em USF de modelo B...*", não entendem os signatários quais os motivos que levaram à sua notificação, dado que, pela leitura do Anexo I – Eventuais Financeiras, constata-se que, no período em análise, não foi por eles autorizada qualquer despesa ou pagamento a título de incentivos financeiros atribuídos aos profissionais de enfermagem e assistentes técnicos.

Com os mais respeitosos cumprimentos,


Dr. Rui Eugénio Ferreira Lourenço


Dr. Joaquim Grave Ramalho


Professor Doutor José Eusébio Palma Pacheco

BGT 18 3 14 4980

6



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

20. EX-MEMBRO DO CONSELHO DIRETIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, IP

Exmo. Senhor Director Geral do
Tribunal de Contas

Faro, 27 de Março de 2014.

Assunto: Processo n.º 32/2012 Audit.

Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários.

V/ Ref. DA VI – V/ Ofício de 5 de Março de 2014 – 2885

Ana Maria Simões Alferes Costa, aposentada, residente em Rua Alfredo Sousa Barão, n.º 21, Galvã, 8005-021 Faro, notificada pelo Tribunal de Contas, na qualidade de Vogal do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde – Algarve, pelo Ofício 2885, de 5 de Março de 2014, com a Ref.º DA VI, para, querendo, se pronunciar sobre os factos e as matérias do Relato de Auditoria elaborado na sequência da Auditoria realizada ao desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, vem apresentar

PRONÚNCIA

O que faz nos termos e com os seguintes fundamentos,

A - Apreciação Global – Análise do Modelo:

1.º

Verificadas que foram a ineficiência, a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde pelos cidadãos, as barreiras burocráticas, o baixo nível de satisfação

1/36
Alicia



Tribunal de Contas

quer dos profissionais dos serviços de saúde, quer dos utilizadores destes serviços.

2.º

Tendo sido assumido pelos responsáveis políticos que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem ser o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde e como tal, um dos principais pilares de sustentabilidade social, económica e financeira do Serviço Nacional de saúde (SNS),

3.º

Vem a reforma dos CSP iniciada em 2005, concretizar-se no terreno em 2006 com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), formadas por equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos), cuja actividade se baseia na definição de um plano de acção aprovado e contratualizado com as Administrações Regionais de Saúde.

4.º

Pretendeu-se, assim, aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a quantidade e qualidade da prestação dos mesmos, melhorando a satisfação dos utentes.

5.º

Melhorou-se as condições de trabalho dos profissionais, a sua organização e a compensação do exercício das funções pelas boas práticas, leia-se novo e específico regime de remuneração, o que veio aumentar a motivação e a satisfação dos profissionais.

6.º

Apostou-se na melhoria da eficiência e na contenção de custos.

7.º

Direccionaram-se, assim, os objectivos para uma melhoria da prevenção da doença e da promoção da saúde, com a consequente obtenção de Ganhos em Saúde.

2/36
CAR



quer dos profissionais dos serviços de saúde, quer dos utilizadores destes serviços.

2.º

Tendo sido assumido pelos responsáveis políticos que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem ser o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde e como tal, um dos principais pilares de sustentabilidade social, económica e financeira do Serviço Nacional de saúde (SNS),

3.º

Vem a reforma dos CSP iniciada em 2005, concretizar-se no terreno em 2006 com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), formadas por equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos), cuja actividade se baseia na definição de um plano de acção aprovado e contratualizado com as Administrações Regionais de Saúde.

4.º

Pretendeu-se, assim, aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a quantidade e qualidade da prestação dos mesmos, melhorando a satisfação dos utentes.

5.º

Melhorou-se as condições de trabalho dos profissionais, a sua organização e a compensação do exercício das funções pelas boas práticas, leia-se novo e específico regime de remuneração, o que veio aumentar a motivação e a satisfação dos profissionais.

6.º

Apostou-se na melhoria da eficiência e na contenção de custos.

7.º

Direccionaram-se, assim, os objectivos para uma melhoria da prevenção da doença e da promoção da saúde, com a consequente obtenção de Ganhos em Saúde.

2/36
CARL



8.º

Velo, assim, este modelo inovador em termos de organização e remuneração, trazer benefícios quer para os profissionais, quer para os utentes.

9.º

A obtenção de Ganhos em Saúde só é verificável ao fim de alguns anos, e as intervenções dos profissionais para obter estes resultados, salvo melhor opinião, são difíceis de medir,

10.º

Uma vez que as equipas de CSP desenvolvem não apenas cuidados terapêuticos, mas também preventivos a diversos grupos vulneráveis e de risco (dos quais se dão como exemplo – os hipertensos, os diabéticos, as grávidas, entre outros), sendo que o benefício de tais actividades não é avaliável no curto prazo.

11.º

Reconhecemos, no entanto, que haverá ainda muito a fazer no que respeita aos modelos de governação clínica, de contratualização, aos sistemas de informação, bem como à articulação com os cuidados hospitalares.

12.º

Refere-se nas Conclusões da Auditoria em apreço (ponto 1.1), que não se verificou uma diminuição do número de utentes sem médico de família atribuído, com a implementação das USF.

13.º

Ora, salvo melhor opinião, no que à Região do Algarve diz respeito, não concordamos com semelhante conclusão, pois entendemos que não nos é possível relacionar directa e inequivocamente aquelas realidades,

14.º

E isto porque, se é verdade que ao criar-se uma USF, o número de utentes por médico deveria aumentar na razão de 250 utentes, actualmente 400 utentes,

2/26



Tribunal de Contas

15.º

Não é menos verdade que, na realidade muitos médicos dos Centros de Saúde (CS) já tinham mais de 1500 utentes inscritos.

16.º

O que por si só, se não for levado em linha de conta desvirtua, aquela conclusão.

17.º

Refira-se, ainda, que o fundamento da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários não é apenas a eliminação de utentes sem médico de família, mas também o aumento de Ganhos em Saúde.

Por outro lado,

18.º

Não podemos deixar de registar que, a existência de utentes sem médico de família, nos parece uma consequência de diversos factores,

19.º

Que, particularmente na região do Algarve, insista-se, haverá a salientar o facto de há vários anos o número de médicos de família ser deficitário, realidade que provoca como que uma reacção em cadeia: falta de formadores de internato – falta de internos da especialidade – falta de novos especialistas = a mais utentes sem médico de família.

20.º

Tendo-se assistido, ainda, nos últimos anos a um crescente número de aposentações, bem como ao regresso aos seus países de origem de médicos estrangeiros que fizeram a sua formação na região e nela continuaram a trabalhar, mas que por variados motivos (refira-se a insatisfação), rescindiram os seus contratos.

21.º

Refira-se, também, a importância da actualização dos ficheiros clínicos e a melhoria dos sistemas de comunicação informática.

4/10/06
[Assinatura]



Tribunal de Contas

22.º

Aponta, igualmente, o Relato da Auditoria no seu ponto 1,1 das Conclusões, para a questão das assimetrias e iniquidades.

23.º

No entanto, de acordo com o documento em análise, reconhece-se que é diferente um doente ser atendido numa Unidade de Cuidados de saúde Primários (UCSP) ou numa USF de modelo A ou B, reconhecendo-se também que para os profissionais é diferente trabalhar num ou noutro modelo.

24.º

Poderemos considerar, então, que o modelo das USF tem benefícios, havendo no entanto algumas modificações a fazer, nomeadamente as apontadas nas recomendações do referido Relato, com as quais no essencial se concorda.

25.º

Considerando-se as mesmas relevantes na prossecução da reforma dos CSP e, de facto, atingir um nível de prestação de cuidados que permita a continuidade de um Serviço Nacional de saúde (SNS) sustentável.

B – Das Alegadas Irregularidades Financeiras Imputadas à ora Exponente:

1) DAS QUESTÕES PRÉVIAS:

*** Da Oportunidade da Presente Pronúncia:**

26.º

No Ofício supra mencionado, conferiu esse Douto Tribunal 10 dias úteis para a ora Exponente exercer o seu direito ao contraditório.

27.º

Tendo em conta, que a ora Exponente foi notificada do teor daquele Ofício em 7 de Março de 2014, o respectivo prazo terminaria no passado dia 21 de Março de 2014.

5/06
[Handwritten signature]



Tribunal de Contas

28.º

Sucede que em tempo, a ora Exponente por mail de 12 de Março de 2014, requereu, entre outras coisas, a prorrogação do prazo para apresentar a presente Pronúncia,

29.º

O que veio a ser parcialmente defendido por mail de 13 de Março de 2014,

30.º

Peio que, na presente data, está a ora Exponente em prazo para se pronunciar porquanto o prazo – prorrogado em 5 dias úteis – apenas terminará no próximo dia 28 de Março de 2014.

* Das Vicissitudes da "Acusação":

31.º

Estando em causa a imputação de factos puníveis com infracções à ora Exponente, salvo o devido respeito e melhor opinião, serão aplicáveis à "acusação" as mesmas regras e princípios aplicáveis às acusações criminais e contra ordenacionais.

32.º

Assim, não será irrelevante recordar o teor do Artigo 283.º do Código do Processo Penal (aplicável aos processos de contra ordenação ex vi Artigo 41.º do Regime Geral das Contra Ordenações) segundo o qual:

"3 - A acusação contém, sob pena de nulidade:

- a) *As indicações tendentes à identificação do arguido;*
- b) *A narração, ainda que sintética, dos factos que fundamentam a aplicação ao arguido de uma pena ou de uma medida de segurança, incluindo, se possível, o lugar, o tempo e a motivação da sua prática, o grau de participação que o agente neles teve e quaisquer circunstâncias relevantes para a determinação da sanção que lhe deve ser aplicada;*
- c) *A indicação das disposições legais aplicáveis;*

6/36
ACE



Tribunal de Contas

d) O rol com o máximo de 20 testemunhas, com a respectiva identificação, discriminando-se as que só devam depor sobre os aspectos referidos no artigo 128.º, n.º 2, as quais não podem exceder o número de cinco;

e) A indicação dos peritos e consultores técnicos a serem ouvidos em julgamento, com a respectiva identificação;

f) **A indicação de outras provas a produzir ou a requerer;**

g) **A data e assinatura.** (negrito e sublinhado da nossa autoria)

33.º

Ora, salvo o devido respeito e melhor opinião, a acusação imputada à ora Exponente – Relatório da Auditoria – não respeita o supra referido normativo legal, sendo por conseguinte nula.

34.º

Sendo certo que de todos os normativos relativos ao procedimento administrativo e o próprio Artigo 13.º da LOPTC assim o impõe, sob pena de o direito ao contraditório ser apenas formal e não material.

35.º

Realidade que foi, aliás, arguida pela ora Exponente no seu mail de 12 de Março de 2014, conforme documento que se junta em anexo como documentos n.º 1 e aqui se dá por inteiramente reproduzido para os devidos efeitos legais.

36.º

E que acabou por ser parcialmente reconhecido por esse Douto Tribunal, quando o Senhor Auditor Chefe Pedro Fonseca, por mail de 13 de Março de 2014, veio concretizar não só os factos, como os meios de prova, conforme documento que se junta em anexo como documentos n.º 2 e aqui se dá por inteiramente reproduzido para os devidos efeitos legais.

37.º

Todavia, salvo o devido respeito e melhor opinião, subsistem, lamentavelmente diríamos, vicissitudes que põe em causa o verdadeiro direito de defesa da ora Exponente e inquinam a validade desta fase procedimental.



Tribunal de Contas

38.º

Que de uma forma muito breve e objectiva, dizem respeito ao prazo de defesa e à consulta do processo.

39.º

Ora, quanto ao prazo de defesa, entende a ora Exponente que, se inicialmente se conferiu o prazo geral e supletivo do direito administrativo (10 dias úteis), que em regra é 5 dias inferior ao prazo de defesa nos processos contra ordenacionais e dos processos crime.

40.º

O que, apesar de não ter muito sentido, terá fundamento legal,

41.º

O mesmo não se pode de ra dizer quanto à prorrogação por apenas de 5 dias úteis, e isto porque deveria ser conferido novo prazo de 10 dias úteis após a devida e necessária concretização da "acusação".

42.º

O que acaba por sair reforçado se tivermos em conta que o Tribunal de Contas, entidade acusadora, não só não enviou com a acusação os documentos que a sustentam, como não garantiu o acesso aos mesmos.

43.º

Limitou-se a remeter para a ARS – Algarve, que também estará sujeita ao CPA, e por conseguinte terá 10 dias úteis para responder às solicitações da ora Exponente.

44.º

Ora, se apenas em 14 de Março de 2014, (o mail em apreço foi expedido às 18h32 de 13 do dia anterior) a ora Exponente podia solicitar cópia dos documentos à ARS – Algarve;

45.º

Que a poderia entregar apenas no dia 28 de Março de 2014,



Tribunal de Contas

46.º

Que, por ironia, é o último dia do prazo para apresentação da presente defesa,

47.º

Salvo melhor opinião, outra não pode ser a conclusão que: não foi materialmente garantido prazo de defesa efectivo e material à ora exponente.

48.º

O que desde já se invoca com as inerentes consequências legais.

Por outro lado,

49.º

A "Acusação" em apreço, salvo o devido respeito e melhor opinião, padece de outra vicissitude, porquanto não concretiza se as condutas imputadas à ora Exponente o são a título de dolo ou de negligência.

Sendo de referir, finalmente, que,

50.º

No limite dos rigores, haverá quem entenda, que nem tão pouco estaremos perante uma verdadeira "acusação", pois que os Senhores Auditores nem tão pouco concluem pela existência de uma qualquer infracção.

51.º

Os Senhores Auditores limitam-se a dizer e passando a citar:

"(...) podem incorrer em eventual infracção financeira, susceptível de gerar responsabilidade financeira reintegratória e sancionatória (...)" in pag. 69, ponto 8.3.5.

52.º

Ora, salvo o devido respeito e melhor opinião, semelhantes afirmações não são compatíveis com a estrutura acusatória que estes processos devem ter,

2/10/06
Cteij



Tribunal de Contas

53.º

Semelhantes afirmações não são compatíveis com o Princípio de Presunção de Inocência, com assento constitucional,

54.º

Pois que, se na fase do inquérito, há dúvidas, o acusado deve presumir-se inocente, e o processo dever ser arquivado.

* Da Defesa Possível:

55.º

Ora, sem prejuízo das supra referidas vicissitudes, é neste contexto que se pronuncia a ora Exponente, concretizando-se, à falta de uma acusação clara e objectiva, que:

56.º

Tanto quanto conseguimos depreender, os Senhores Auditores acusam-na de, na qualidade de vogal do Conselho Directivo da ARS – Algarve, no exercício de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012, ter participado na deliberação daquele Conselho - Acta 40/2012, de 17 de Outubro – sobre a proposta do então Director do Departamento de Contratualização (Informação Interna n.º 105/2012, de 15 de Outubro), tendo aprovado os resultados da avaliação de Desempenho da USF Âncora relativa à atribuição de incentivos financeiros e, em consequência, ter autorizado o pagamento de um prémio de desempenho de 1.800,00 € a cada um dos enfermeiros e de 575,00 € a cada administrativo, tudo num total de 11.875,00 € daquela USF.

57.º

Pagamento que, alegadamente, será indevido e ilegal.

58.º

Que tal participação configurará uma infracção financeira por violação do disposto no Artigo 20.º n.º 1 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de Dezembro – L.O.E. 2012 – aparentemente duplamente punida, quer com a reposição dos valores pagos indevidamente (vide Artigo 59.º n.º 1 e 4 da LOPTC), quer com multa a

10/20
AET



Tribunal de Contas

determinar de 25 UC's (2.550,00 euros) a 180 UC's (18.360,00 euros), não ignorando as reduções e agravamentos em caso de negligência ou de dolo (vide Artigo 65.º da LOPTC).

E relativamente a esta Acusação, assim concretizada, tem a ora Exponente a dizer:

59.º

É falso que a ora Exponente, durante o exercício do seu cargo de vogal no Conselho Directivo da ARS – Algarve, tenha cometido qualquer infracção financeira e, muito menos, as supra referidas.

60.º

E isto porque para que se possa falar, no Ordenamento Jurídico Português, em infracções é necessário que se verifiquem os elementos subjectivos e objectivos do tipo legal.

61.º

Analisemos, então, os normativos (os tipos legais) em causa:

Da infracção prevista no Artigo 59.º, n.º 1 e 4 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto:

62.º

Acompanhando o Legislador, a Jurisprudência e a Doutrina em matérias Contra Ordenacionais e Criminais, bem como em sede de responsabilidade civil, quando se sustenta e legisla no sentido de o agente apenas poder ser punido quando actue com dolo, e nos casos especialmente previstos quando actue com negligência,

63.º

Mas tendo em conta o disposto no n.º 5 do Artigo 61.º, bem como no Artigo 64.º da LOPTC,

64.º

Dir-se-á que, esta infracção é punível não só a título de dolo, mas também de negligência.



Tribunal de Contas

65.º

Sendo certo que, nos casos de negligência o Tribunal de Contas, de harmonia com o estatuido no supra referido Artigo 64.º n.º 2, pode relevar a responsabilidade em que houver incorrido o infractor.

66.º

Realizado este breve enquadramento jurídico e regressando ao Relatório de Auditoria,

67.º

Sempre se dirá que do mesmo, não resulta, nem poderia resultar que a ora Exponente ao participar na deliberação do Conselho Directivo da ARS - Algarve - Acta 40/2012, de 17 de Outubro – que aprovou os resultados da avaliação de Desempenho da USF Âncora e autorizou o pagamento de um prémio de desempenho de 1.800,00 € a cada um dos enfermeiros e de 575,00 € a cada administrativo, tudo num total de 11.875,00 €, agiu com dolo, porquanto bem sabia que o Artigo 20.º n.º 1 da Lei n.º 64-B/2011, não permitia aquele pagamento, sendo o mesmo configurado como pagamento indevido e, ainda, assim votou a favor de semelhante deliberação.

68.º

A este respeito não se olvide que o dolo não se presume, mas atere-se.

69.º

Trazendo brevemente à colação que nunca o Tribunal de Contas, ou outra entidade, designadamente, tutelar informou / comunicou à ora Exponente um qualquer expresso entendimento, parecer e/ou recomendação sobre estas questões.

Salientando que,

70.º

A ora Exponente e, dir-se-ia mesmo, os outros membros do Conselho Directivo da ARS – Algarve, não só não sabiam que o Orçamento de Estado para 2012 não permitia aquele pagamento (o que afasta o dolo),

12/30
ART



Tribunal de Contas

71.º

Como estavam plena e legitimamente convencidos de que nenhuma norma proibía aquela deliberação e correspondente pagamento,

72.º

Ou seja, estavam plena e legitimamente convencidos de que poderiam deliberar no sentido em que deliberaram (o que afasta a negligência).

73.º

E isto porque, confiaram e agiram de acordo, quer na Informação do Director do Departamento de Contratualização n.º 105/2012, de 15 de Setembro, quer na Informação do Departamento de Gestão e Administração Geral.

74.º

Sendo, também verdade, que a ora Exponente (e por ventura os seus Colegas de Conselho Directivo e os colaboradores da ARS – Algarve), agiu também de harmonia com o Manual de Metodologia de Contratualização da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), que nos termos do Decreto-Lei nº 35/2012, de 15 de Fevereiro, tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde

75.º

Manual de Metodologia, publicado em 9 de Março de 2012, disponível para consulta em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf, E que fixou, para o ano de 2012 e para cada Administração Regional de Saúde, o volume de incentivos a atribuir às USF modelo B.

76.º

Ora, salvo o devido respeito e melhor opinião, se se vier a concluir que o Orçamento de Estado para 2012, proibía aqueles pagamentos,

77.º

Então, em face do supra exposto,

13/36
ALF



Tribunal de Contas

78.º

Bem como, das discussões jurídico-orçamentais desenvolvidas após o início da Auditoria em apreço, mas já depois realizados os pagamentos imputados à ora Exponente, e que infra abordaremos,

79.º

Terá, necessariamente, de concluir-se que, a ora Exponente agiu com base em erro,

80.º

Erro sobre os pressupostos de direito,

81.º

E erro não censurável,

82.º

Não se olvidando a este respeito que, a ora Exponente, médica e humanista de formação, sem qualquer formação específica para dirigentes (que, posteriormente, passou a ser obrigatória) confiou, como deveria confiar nos Técnicos (financeiros e juristas) ao seu serviço.

83.º

A ora Exponente, e os seus colegas do Conselho Directivo fizeram o que tinham de fazer, e a mais não eram obrigados,

84.º

Deliberaram com base na Lei (Decreto Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto), nas informações dos Técnicos e nos Manuais da ACSS,

85.º

Ora, não sendo o erro censurável, tal como dispõe quer o Artigo 9.º do R.G.C.O., quer o Artigo 17.º do Código Penal, que infra se transcrevem, o mesmo não pode ser punido,

14/06
AOT



Tribunal de Contas

86.º

Artigo 9.º do Regime Geral das Contra Ordenações:

"Erro sobre a ilicitude

1 - Age sem culpa quem actua sem consciência da ilicitude do facto, se o erro lhe não for censurável.

2 - Se o erro lhe for censurável, a coima pode ser especialmente atenuada."

87.º

Artigo 17.º do Código Penal:

"Erro sobre a ilicitude

1 - Age sem culpa quem actuar sem consciência da ilicitude do facto, se o erro lhe não for censurável.

2 - Se o erro lhe for censurável, o agente é punido com a pena aplicável ao crime doloso respectivo, a qual pode ser especialmente atenuada."

88.º

Pelo que, não se verificando o elemento subjectivo do tipo,

89.º

Não pode a ora Exponente ser punida e, muito menos, pode ser condenada a repor as quantias em apreço.

Relativamente ao elemento objectivo que,

Como bem se entende, sai prejudicado não se verificando o elemento subjectivo,

Não pode a ora Exponente deixar de referir que,

90.º

Ainda hoje, e depois de, consultados vários técnicos do Direito após ler recebido o V/ Ofício de 5 de Março de 2014,

10/06
ACI



Tribunal de Contas

91.º

E depois de lidos outros pareceres jurídicos sobre esta matéria,

92.º

A ora Exponente, concorda com os mesmos quando afirmam que os pagamentos em apreço não estão proibidos pelo Artigo 20.º, n.º 1 da Lei n.º 64-B/2011.

E estando,

93.º

Sempre dirá que a técnica do Legislador é, salvo o devido respeito e melhor entendimento, medíocre, criando necessariamente erros, desculpáveis, nos aplicadores das normas,

94.º

E, talvez por isso mesmo, é que os Senhores Auditores, técnicos do Direito, nem tão pouco tenham escrito, leia-se concluído, no seu Relatório *"preto no branco"* que foi praticada esta ou aquela infração.

Acresce que,

95.º

E não obstante o disposto no n.º 1 do Artigo 8.º "Os juizes do Tribunal de Contas decidem segundo a Constituição e a lei e não estão sujeitos a ordens ou instruções".

96.º

No Relatório em apreço, os Senhores Auditores propõem uma recomendação á Senhora Ministra de Estado e das Finanças no sentido de que seja *"emitida orientação que esclare e determine quais as componentes remuneratórias que se consideram incluídas em prémios de desempenho vedados por força da aplicação da Lei do orçamento de Estado, em particular no que respeita ao pagamento de incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B"*

16/36
Ali



Tribunal de Contas

Ora, se assim é, por ora limitamos a afirmar que,

97.º

Aparentemente e salvo o devido respeito, os Senhores Auditores também não sabem, não conseguem saber, com a Lei existente, se o pagamento dos incentivos financeiros e compensações pelo desempenho aos profissionais que exerçam funções nas USF de modelo B estão proibidos pelas Leis do Orçamento de Estado.

98.ª

Na certeza porém que, qualquer orientação que a Senhora Ministra de Estado e das Finanças venha a fazer sobre este assunto, nunca terá de força /valor de Lei.

99.ª

Sendo esta questão, proibição destes pagamentos pelas Leis do Orçamento de Estado comum, transversal, à infracção prevista no Artigo 65.º n.º 1 al. b) e n.º 2 a 5 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, voltaremos à mesma adiante.

100.º

Sem no entanto deixar de referir desde já, quanto ao outro elemento objectivo da alegada infracção em apreço que,

101.º

Os pagamentos sub iudice, salvo melhor opinião, não podem ser qualificados como indevidos nos termos e para os efeitos do disposto no Artigo 59.º n.º 1 e n.º 4, porquanto, não causaram qualquer dano ao erário público, uma vez que estavam previstos, orçamentados e cabimentados,

102.º

Registandó-se que, nem tão pouco tal dano é alegado na "Acusação" em apreço.

Por outro lado,

19/36
CAE



Tribunal de Contas

103.º

É, também, falso que os pagamentos em causa, não tenham tido uma contraprestação efectiva, que não seja adequada ou proporcional.

104.º

Os pagamentos em apreço, tiveram uma contra prestação efectiva e proporcional, quanto mais não seja porque estavam e estão previstos na remuneração dos profissionais em causa das USF modelo B (cfr. artigos 31º e 33º do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto)

105.º

É adequada a prossecução das atribuições da ARS-Algarve (Artigo 3º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de Maio, diploma aplicável à data das Leis do O.E. para o de 2012), no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, por via da atribuição legal de modelo de incentivos a todos os profissionais das USF, enquanto unidades funcionais dos centros de saúde.

106.º

Pelo que na situação sub júdice e imputada à ora Exponente, também não se verifica este elemento objectivo do tipo legal.

Da infracção prevista no Artigo 85.º n.º 1 al. b) e n.º 2 a 5 da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto:

107.º

Nó que respeita ao elemento subjectivo da infracção agora em apreço, se é verdade que a mesma é punível a título de negligência (vide n.º 5 do Artigo em apreço).

17/36
AIC



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

108.º

Não menos verdade é, que também quanto a esta infracção, a ora Exponente, e os seus Colegas de Conselho Directivo, agiram, como supra se demonstrou, com base em erro.

109.º

Diga-se, mais uma vez, agiram com base em pareceres técnicos, jurídicos e manuais de procedimentos que propunham/previam os pagamentos em apreço,

110.º

Fazendo a ora Exponente crer que, os mesmos eram possíveis e legais.

111.º

O que a não ser verdade configurará, reitera-se, um erro,

112.º

E um erro é desculpável.

113.º

E entender-se o contrário, significaria dizer que, a Administração não precisa de Juristas, Advogados e/ou Financeiros, uma vez que nenhum dirigente poderá decidir de acordo com os pareceres e informações daqueles,

114.º

Mas, no que a ora Exponente diz respeito, significaria muito mais,

115.º

Significaria que a ora Exponente em algumas questões – as alheias à sua área de formação e/ou experiência profissional – estaria impedida de deliberar,

116.º

E estaria impedida de deliberar, porque não podendo socorrer-se dos Técnicos existentes nos serviços, com a formação adequada para a aconselhar,

19/36
AIC



Tribunal de Contas

117.º

Em consciência e de acordo com os padrões de zelo e diligência pelos quais sempre pautou a sua actividade profissional ao longo de 36 anos de trabalho,

118.º

Nunca decidiria nada de ânimo leve, como decidiu.

119.º

Sendo certo que, por força do disposto no Artigo 23.º do Código do Procedimento Administrativo, estaria impedida de se abster,

120.º

Realidade que nos leva a recordar o conhecido e trágico brocardo *"é preso por ter cão e por não ter"*.

121.º

Ora, como bem se entenderá, não podemos concordar com esta posição – que a existir erro da ora Exponente, o mesmo não será *in casu* desculpável.

Ora,

122.º

Sendo o eventual erro desculpável, diga-se, mais uma vez, não é possível punir a ora Exponente por esta alegada infracção.

123.º

Relativamente ao elemento objectivo – ao facto de os pagamentos em apreço estarem alegadamente proibidos pelo Artigo 20.º, n.º 1 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de Dezembro – das duas infracções imputadas à ora Exponente, urge referir que:

124.º

Dispõe o Artigo 20.º, n.º 1 da Lei 64-B/2011:

"1 — Durante o ano de 2012 mantêm-se em vigor os artigos 19.º e 23.º, os n.ºs 1 a 7 e 11 e 16 do artigo 24.º, os artigos 25.º, 26.º, 28.º, 35.º, 40.º, 43.º e 45.º e os n.ºs 2 e 3 do artigo 162.º, todos da Lei n.º 55 -A/2010, de 31 de Dezembro,

20/36
A/C



Tribunal de Contas

*alterada pelas Leis n.ºs 48/2011, de 26 de Agosto, e 60 -A/2011, de 30 de Novembro, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.**

125.º

De harmonia com o Artigo 24.º n.º 1 e n.º 2 alínea b) da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro:

1 — É vedada a prática de quaisquer actos que consubstanciem valorizações remuneratórias dos titulares dos cargos e demais pessoal identificado no n.º 9 do artigo 19.º.

2 — O disposto no número anterior abrange as valorizações e outros acréscimos remuneratórios, designadamente os resultantes dos seguintes actos:

a) (...)

b) Atribuição de prémios de desempenho ou outras prestações pecuniárias de natureza afim; (...)

126.º

Diz quem alegadamente sabe, que as normas Orçamentais em apreço, ainda que o Legislador quisesse, que não quis, não podiam revogar de forma genérica normas remuneratórias de carreiras específicas.

127.º

E isto atento o Princípio da Especialidade: norma geral não revoga norma especial.

128.º

E a este respeito não será demais referir um próprio exemplo da própria Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, e que se passa a transcrever:

129.º

Dispõe o Artigo 20.º da Lei do orçamento de Estado para 2011:

“Alteração à Lei n.º 21/85, de 30 de Julho

É aditado ao Estatuto dos Magistrados Judiciais, aprovado pela Lei n.º 21/85, de 30 de Julho, o artigo 32.º -A, com a seguinte redacção:

21/35
CAET



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

«Artigo 32.º -A

Redução remuneratória

1 — As componentes do sistema retributivo dos magistrados, previstas no artigo 22.º, são reduzidas nos termos da lei do Orçamento do Estado.

2 — Os subsídios de fixação e de compensação previstos nos artigos 24.º e 29.º, respectivamente, equiparados para todos os efeitos legais a ajudas de custo, são reduzidos em 20 %.»

130.º

Ora, dispondo a Lei Orçamental em apreço de forma genérica sobre as ajudas de custo em geral,

131.º

E se tal fosse o bastante para se considerarem alterados todos os normativos legais relativos a ajudas de custo, independentemente da existência de regimes especiais,

132.º

Não era necessário o Artigo 20.º em apreço.

133.º

E não se venha dizer que tal apenas é assim porque os senhores Magistrados Judiciais são titulares de órgão de soberania,

134.º

Porque os Magistrados nos Ministério Público não o são, e existe na Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, um normativo equivalente, vide Artigo 21.º.

135.º

Ora, assim sendo, não podemos deixar de reiterar o regime remuneratório das USF é, também ele, um regime específico e experimental.

22/36
AET



Tribunal de Contas

136.º

Pelo que não existindo uma norma específica na Lei do Orçamento de Estado a revogá-lo e/ou alterá-lo expressamente, o mesmo permanece em vigor, inalterado.

137.º

Assim, o 24.º n.º 1 e n.º 2 alínea b) da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, não se aplica às USF,

Por outro lado,

E em favor da tese agora sustentada,

138.º

Acresce que as remunerações, a todos os títulos e com as diversas designações, correspondentes ao pagamento dos profissionais das USF modelo B constam dos Mapas anexos à Lei do OE, quer para o ano de 2011, quer para o ano de 2012, integrando as remunerações a serviços e fundos autónomos.

140.º

Daqui resulta, tem de resultar, mais uma vez que, não apenas que a relação de especialidade em apreço não só não foi afastada pelo artigo 24º da Lei do OE de 2011, como foi expressamente permitido o pagamento de todas as componentes remuneratórias relativas às categorias profissionais médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, que trabalham nas USF modelo B, cujos valores remuneratórios constam em anexo à Lei do OE, dele fazendo parte integrante.

141.º

Pelo que, segundo alguns ilustres causídicos a Lei do Orçamento de Estado não altera / revoga / suspende o regime remuneratório das USF's, instituído pelo Decreto Lei n.º 297/2007, de 22 de Agosto

23/36
A.C.



Tribunal de Contas

Mais,

142.º

A este respeito, não será irrelevante referir-se que, todos temos conhecimento de que os Orçamentos de Estado dos últimos anos, na sua grande medida são determinados pelas decisões da denominada Troika e do respectivo Memorando.

143.º

Tendo sido, recentemente, noticiado nos nossos meios de comunicação social que a Troika e os seus *iluminados* querem mais USF's do Modelo B, e que o Governo irá criar mais USF's deste Modelo.

144.º

Ora, se uma das características essenciais e distintivas destes modelos é exactamente o seu modelo remuneratório especial e *sui generis*,

145.º

Nenhum sentido fará, e será de todo incoerente, defender mais USF's modelo B e ao mesmo tempo dizer que as normas que as caracterizam foram derogadas pelo Lei do Orçamento de Estado para 2011.

Por outro lado ainda,

146.º

Segundo a opinião de alguma Doutrina, com a qual a ora Exponente concorda, o Legislador (a Troika), com este Artigo 24.º da Lei 55-A/2010, de 31 de Dezembro, teve por objectivo impedir a criação de acréscimos remuneratórios que inviabilizassem/desvirtuassem o escopo principal, do Orçamento e da Política Governativa, de redução da despesa do Estado com pessoal

147.º

Ou seja, pretendeu-se impedir (ao contrário do que o Governo terá feito com alguns assessores e técnicos de informática) a criação de medidas que

24/36
ACT



Tribunal de Contas

compensassem os trabalhadores pelos cortes, alguns inconstitucionais, impostos aos seus salários.

148.º

E por esse motivo, a norma explicita um conjunto de actos cuja prática fica proibida

149.º

Contudo, no que às USF's diz respeito esse controlo, recorde-se, é feito *ab initio* pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças, uma vez que a criação de USF's de modelo B, está dependente de decisão conjunta daqueles dois ministérios.

Registando-se que,

150.º

Na vigência das normas do O.E. de 2012, que mantém em vigor o artigo 24º do O.E. de 2011, foi publicado o Despacho Conjunto das Finanças e da Saúde nº 9999/2012, de 19 de Julho (publicado no DR, 2ª série, de 25.07.2012), no qual se afirma que *"apesar das fortes restrições orçamentais a que o País está sujeito, entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, de política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efectiva dos cuidados de saúde à população"*.

151.º

E o mesmo Despacho Conjunto, visando o escopo ali definido, procede à fixação do número máximo de USF que, na área de cada uma das ARS, podem transitar do modelo A para o modelo B, "nos termos do nº 3 do Despacho nº 24101/2007, da Ministra da Saúde, de 8 de Outubro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 203, de 22 de Outubro de 2007".

25/36
AICF



Tribunal de Contas

152.º

Ou seja, o controlo de despesa é feito de outra forma.

153.º

O que mais uma vez, salvo melhor opinião, vem demonstrar que estamos perante realidade diferentes,

154.º

E que o disposto nestes normativos orçamentais não se aplica, nem se poderia aplicar, ao regime remuneratório específico das USF's.

155.º

Voltando à Lei n.º 55-A/2010, urge ainda referir que a redacção dos actos proibidos constante do Artigo 24.º n.º 2 é taxativa e não exemplificativa,

156.º

Como não poderia deixar de ser,

157.º

Atento o Princípio da Liberdade, da Legalidade e da Proibição da Analogia que, dizem os entendidos, deve nortear a actividade administrativa, bem como o Direito Penal e Contra Ordenacional.

158.º

E por isso, também por esta via, a norma que proíbe a atribuição de prémios de desempenho aos trabalhadores, independentemente da designação que aqueles possam ter, não pode revogar – e não revoga nos moldes em que se encontra formulada – um regime remuneratório específico.

Acrescerá que,

159.º

Como alguns sustentam, esclarece a Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público e resulta dos artigos 74º e 75º da Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, os prémios de desempenho constituem prestações pecuniárias, de

20/30
Acta



Tribunal de Contas

natureza eventual, designadamente dependente de disponibilidade orçamental aferida pelo dirigente máximo do serviço, associada à avaliação de desempenho de que tenham sido objecto, nomeadamente nos termos do artigo 46.º, nºs 3 a 5.º

160.º

Ou seja, os prémios de desempenho ou prestações pecuniárias de natureza afim referidos no Artigo 24.º da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, são os que resultam da aplicação do sistema de avaliação do desempenho a que todos os trabalhadores no exercício de funções públicas se encontram sujeitos.

161.º

O que não é o caso do regime específico de incentivos financeiros consagrados no Decreto Lei nº 297/2007, de 22 de Agosto.

162.º

Analisando, agora, com um pouco mais de detalhe e à lupa de jurista, o referido Decreto Lei n.º 297/2008, de 22 de Agosto, dir-se-á:

163.º

"O DL 297/2007, de 22.08 estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de "incentivos" a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Todavia, aquando da análise dos artigos 28º a 34º daquele diploma, verifica-se que é distinto o modelo criado.

Assim, ainda que, quer para os médicos, quer para os enfermeiros, quer para o pessoal administrativo se preveja que a remuneração mensal integra (i) remuneração base, (ii) suplementos e (iii) compensações pelo desempenho, existe uma importante distinção no que diz respeito à compensação pelo desempenho, a saber:

a) No caso dos médicos, a compensação pelo desempenho está sempre associada a actividades específicas e a carteiras de serviços, sendo o respectivo pagamento mensal);

27/30
ACT



Tribunal de Contas

b) No caso dos enfermeiros e dos assistentes técnicos, verifica-se que, apesar de uma parte das compensações pelo desempenho estar associada à carteira adicional de serviços – e, por isso, também, nessa parte ser paga mensalmente como no caso dos médicos –, a outra componente dessa compensação é constituída pela atribuição de um designado incentivo financeiro (vejam-se as alíneas b) do nº 4 do artigo 31º e b) do nº 4 do artigo 33º, do diploma acima referido).

Sucedo que a regulação destes incentivos financeiros – repita-se, aplicáveis apenas àquelas duas categorias profissionais – é feita inicialmente pela Portaria nº 301/2008, de 18.04 cujo artigo 3º, nº 1, alterado pela Portaria nº 377-A/2013, de 30.12, dos Ministros das Finanças e da Saúde, veio dispor que “os incentivos financeiros regulados pela presente Portaria, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respectiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF”, revogando, assim, de modo expresse, a sua qualificação originariamente feita em 2008 como prémios de desempenho, em virtude de a mesma não corresponder à categoria legalmente prevista, porquanto não resulta nem corresponde à aplicação de qualquer das normas do Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).”

Salientando-se que,

164.º

Se a Lei nº 55-A/2010, de 31 de Dezembro revogou o regime específico de incentivos financeiros consagrado no Decreto Lei nº 297/2007, de 22 de Agosto,

165.º

Porque terá então o Governo publicado a Portaria nº 377-A/2013, de 30 de Dezembro,

166.º

Sendo certo que, as restrições e limitações definidas no Artigo 24.º da LOE para 2011, se mantiveram para os anos de 2012, 2013 e 2014.

22/36
ART



167.º

O que nos permite concordar com quem afirma: "(...) existe uma distinção normativa entre o modo de retribuição das actividades que integram, objectivamente, compensações pelo desempenho no caso dos médicos (domicílios, doentes de risco, etc.), e as compensações pelo desempenho atribuídas aos enfermeiros (vigilância de crianças, de grávidas, de utentes diabéticos e hipertensos, etc.) e ao pessoal administrativo (de acordo com os serviços contratualizados), que possuem um carácter dual.

Essa distinção é tanto mais acentuada quanto existe, nos diplomas em causa, uma definição da metodologia de avaliação do desempenho das equipas, um limite do valor anual a atribuir a título de incentivo, sendo que o valor do mesmo é dividido igualmente entre todos os membros da equipa (por categoria profissional, enfermeiro ou administrativo) – de onde resulta que o seu pagamento seja efectuado anualmente.

No entanto, temos a referir que a forma de pagamento constitui apenas uma consequência do modelo sobre o qual assenta a compensação – que é distinto para as categorias profissionais, conforme acima explicitado."

168.º

Sendo certo que nesta senda, nada nos permite concluir pela qualificação dos incentivos financeiros sub júdice como prémios de desempenho no sentido constante das normas dos Orçamentos de Estado acima analisadas.

169.º

E isto porque, os prémios de desempenho cujo pagamento foi proibido, foram os que resultam da avaliação de desempenho, individual, de cada trabalhador (SIADAP 3).

170.º

Realidade que não é compatível, nem comparável, com um incentivo colectivamente atribuído e dividido igualmente por todos os membros de uma determinada equipa, como se verifica no modelo de incentivos financeiros atribuídos aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B.

29/06
AIC



Tribunal de Contas

171.º

Registando-se ainda que, também, a Direcção-Geral do Orçamento admitiu que os incentivos financeiros devidos nos termos da Lei aos enfermeiros e aos assistentes técnicos das USF modelo B fossem classificados como suplementos remuneratórios, e nunca como prémios de desempenho;

172.º

Finalmente, refere-se que os citados incentivos financeiros, tanto quanto a ora Exponente julga saber, se encontram a ser reportados à DGAEP pelas ARS's como suplementos remuneratórios, para efeitos do cumprimento do disposto na Lei nº 59/2013, de 23.08, sendo que a DGAEP sempre aceitou a qualificação destes pagamentos como suplementos remuneratórios, tal como consta da listagem de suplementos (Anexo 41 do "Relatório Preliminar de caracterização geral dos sistemas remuneratórios da Administração Pública, de acordo com a informação reportada nos termos da Lei nº 59/2013, de 23 de Agosto", datado de 19 de Dezembro de 2013, disponível para consulta em www.dgaep.pt, onde se encontram discriminados os "incentivos financeiros equipa multiprofissional USF".

*** Da Caracterização Económica e Social da Exponente:**

173.º

A ora Exponente licenciou-se em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 1977.

174.º

Posteriormente no âmbito do denominado serviço médico à periferia, abandonou a "zona de conforto familiar".

175.º

E fez o internado em Faro

20/06
CAE



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

176.º

Tendo-se fixado nesta cidade.

177.º

Onde foi médica de clínica geral durante 36 anos,

178.º

Servindo em regime de exclusividade o Serviço Nacional de Saúde

179.º

Neste âmbito por duas vezes foi convidada servir na ARS – Algarve, primeiro como Coordenadora da Sub Região de Saúde de Faro, e depois como vogal do Conselho Directivo.

180.º

De ambas as vezes, não concluiu as respectivas comissões de serviço por incompatibilidades técnico – “políticas”.

181.º

Assumindo-se sempre como técnica de medicina, e regressando ao seu local de origem.

182.º

Ao longo de 36 anos de actividade profissional, nunca a ora Exponente foi condenada por infracções disciplinares e/ou financeiras

183.º

Nunca o Tribunal de Contas, ou qualquer outro Tribunal condenou ou censurou a ora Exponente por qualquer prática.

184.º

No passado mês Fevereiro de 2014, a ora Exponente viu o seu pedido de aposentação ser deferido,

31/36
ARF



Tribunal de Contas

185.º

Estando actualmente aposentada com uma reforma que ascende a aproximadamente 1.600,00 € líquidos mensais.

186.º

Mãe de 3 filhos, 2 enteados e 7 netos,

187.º

Continua com responsabilidades familiares acrescidas, quer no que respeita ao cuidar, quer no que respeita ao apoio financeiro,

188.º

Pois que como é bem sabido de todos, a actual crise económico financeira que se vive em Portugal afecta com especial acutilância os jovens.

* Do Direito:

Não obstante as inúmeras referências a normas e posições jurídicas acima referidas, gostaria a ora Exponente de recordar o disposto,

189.º

No Artigo 64.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei nº 98/97, de 26 de Agosto, segundo o qual:

"1 - O Tribunal de Contas avalis o grau de culpa de harmonia com as circunstâncias do caso, tendo em consideração as competências do cargo ou a índole das principais funções de cada responsável, o volume e fundos movimentados, o montante material da lesão dos dinheiros ou valores públicos, o grau de acatamento de eventuais recomendações do Tribunal e os meios humanos e materiais existentes no serviço, organismo ou entidade sujeitos à sua jurisdição.

2 - Quando se verifique negligência, o Tribunal pode reduzir ou relevar a responsabilidade em que houver incorrido o infractor, devendo fazer constar da decisão as razões justificativas da redução ou da relevação."
(negrito e sublinhado da nossa autoria).

32/36
ACI



Tribunal de Contas

190.º

No Artigo 65.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, na redacção dada pela Lei n.º 61/2011, de 7 de Dezembro, de harmonia com o qual:

“1 - O Tribunal de Contas pode aplicar multas nos casos seguintes:

- a) Pela não liquidação, cobrança ou entrega nos cofres do Estado das receitas devidas;*
- b) Pela violação das normas sobre a elaboração e execução dos orçamentos, bem como da assunção, autorização ou pagamento de despesas públicas ou compromissos;*
- c) Pela falta de efectivação ou retenção indevida dos descontos legalmente obrigatórios a efectuar ao pessoal;*
- d) Pela violação de normas legais ou regulamentares relativas à gestão e controlo orçamental, de tesouraria e de património;*
- e) Pelos adiantamentos por conta de pagamentos nos casos não expressamente previstos na lei;*
- f) Pela utilização de empréstimos públicos em finalidade diversa da legalmente prevista, bem como pela ultrapassagem dos limites legais da capacidade de endividamento;*
- g) Pela utilização indevida de fundos movimentados por operações de tesouraria para financiar despesas públicas;*
- h) Pela execução de contratos a que tenha sido recusado o visto ou de contratos que não tenham sido submetidos à fiscalização prévia quando a isso estavam legalmente sujeitos;*
- i) Pela utilização de dinheiros ou outros valores públicos em finalidade diversa da legalmente prevista;*
- j) Pelo não acatamento reiterado e injustificado das injunções e das recomendações do Tribunal;*
- l) Pela violação de normas legais ou regulamentares relativas à contratação pública, bem como à admissão de pessoal;*
- m) Pelo não accionamento dos mecanismos legais relativos ao exercício do direito de regresso, à efectivação de penalizações ou a restituições devidas ao erário público.*

23/10
ARC



Tribunal de Contas

2 - As multas referidas no número anterior têm como limite mínimo o montante correspondente a 25 UC e como limite máximo o correspondente a 180 UC.

3 - Se o responsável proceder ao pagamento da multa em fase anterior à de julgamento, o montante a liquidar é o mínimo.

4 - Se a infração for cometida com dolo, o limite mínimo da multa é igual a um terço do limite máximo.

5 - Se a infração for cometida por negligência, o limite máximo da multa será reduzido a metade.

6 - A aplicação de multas não prejudica a efectivação da responsabilidade pelas reposições devidas, se for caso disso.

7 - O Tribunal de Contas pode, quando não haja dolo dos responsáveis, converter a reposição em pagamento de multa de montante pecuniário inferior, dentro dos limites dos n.os 2 e 3

8 - A 1.ª e 2.ª Secções do Tribunal de Contas poderão, desde logo, relevar a responsabilidade por infração financeira apenas passível de multa quando:

a) **Se evidenciar suficientemente que a falta só pode ser imputada ao seu autor a título de negligência;**

b) **Não tiver havido antes recomendação do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão de controlo interno ao serviço auditado para correcção da irregularidade do procedimento adoptado;**

c) **Tiver sido a primeira vez que o Tribunal de Contas ou um órgão de controlo interno tenham censurado o seu autor pela sua prática.** (negrito e sublinhado da nossa autoria).

191.º

E no Artigo 69.º da Lei agora em apreço:

"1 - O procedimento por responsabilidade financeira reintegratória extingue-se pela prescrição e pelo pagamento da quantia a repor em qualquer momento.

2 - O procedimento por responsabilidades sancionatórias nos termos dos artigos 65º e 66º extingue-se:

a) Pela prescrição;

b) Pela morte do responsável;

c) Pela amnistia;

34/36
ACT



Tribunal de Contas

d) *Pelo pagamento;*

e) **Pela relevação da responsabilidade nos termos do n.º 7 do artigo 65.º**

(negrito e sublinhado da nossa autoria).

Pelo supra exposto somos a formular as seguintes

*** Conclusões:**

A – O modelo das 'USF's se de início teve o mérito de agitar as águas e consequentemente dinamizar e incentivar a mudança na prestação de cuidados de saúde primários, actualmente, carece de alterações e acertos, como bem se conclui no Relatório da Auditoria do Tribunal de Contas.

B - Salvo o devido respeito e melhor opinião, o processo acusatório em apreço, padece de uma série de vicissitudes ao nível dos prazos de defesa, prova e acusação em sentido estrito que condicionam o direito material e efectivo ao contraditório e consequentemente inquilnam a sua validade.

C - A ora Exponente não cometeu as infracções de que vem acusada.

D - Nem as poderia ter cometido.

E - Pois as Leis Orçamentais para os anos de 2011 e 2012, não revogaram/alteraram/suspenderam o disposto no Decreto Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

F - Caso assim não se entenda, o que por mera cautela de patrocínio se equaciona, haverá que reconhecer que a ora Exponente agiu com base em erro, em erro desculpável.

G - Se não se concordar com a verificação desta causa de exclusão da ilicitude, o que por mera cautela se equaciona, sem todavia admitir, sempre haverá que se reconhecer que a culpa da ora Exponente é diminuta.

35/36
ACT



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

H - Sendo a questão jurídica subjacente por demais complexa, visto que, legislativa não será a melhor e até aos Senhores Auditores suscita dúvidas.

I - A conduta da ora Exponente nunca foi censurada pelo Tribunal de Contas, nem a mesma alvo de qualquer recomendação deste órgão.

J - A ora Exponente é médica, não tendo qualquer formação ao nível da gestão e/ou do direito.

K - A ora Exponente actualmente está aposentada e auferе mensalmente a quantia líquida de 1.600,00 €.

Nestes termos e nos mais de Direito que V. Exa. doutamente suprirá deverão os Autos em apreço ser arquivados, absolvendo-se, em consequência, a ora Exponente da prática das infracção financeiras referidas no Relatório em análise, e em conformidade, deverão ser eliminadas as referências às alegadas infracções financeiras.

Caso assim, não se entenda o que por mera cautela jurídica se equaciona, sem todavia admitir, atenta a complexidade da questão jurídica em apreço, bem como o diminuto grau de culpa da ora Exponente, deverão ser relevadas as imputadas responsabilidades financeiras, nos termos do disposto nos Artigos 64.º, 65 e 69.º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

Junta: 2 Documentos.

A Exponente,

Ana Costa

8870 01 3 134 0795

36/36



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Doc 1

Ana Maria Simões Alfêres Costa
R. Alfredo Sousa Barão, n.º 21
Úrb. Quinta da Galvãna
8005 – 021 Faro

URGENTE

Exmo. Senhor
Director Geral do Tribunal de Contas

Faro, 12 de Março de 2014.

Assunto: Processo n.º 32/2012 Audit
Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde
Primários.
V/ Ref. DA VI – V/ Ofício de 5 de Março de 2014 – 2885.

Exmo. Senhor Director,

Na sequência do V/ Ofício em apreço vimos requerer e expor a V/ Exa. o seguinte:

A ora Exponente recebeu o V/ supra mencionado na passada sexta-feira, dia 7 de Março,

Pelo que, salvo melhor entendimento o prazo conferido por V/ Exa. para a mesma se pronunciar sobre o Relatório em causa, bem como para exercer o contraditório relativamente a alegadas infracções praticadas pela mesma enquanto vogal do Conselho Diretivo da ARS Algarve na gerências de 21 de Outubro de 2011 a 31 de Dezembro de 2011 e de 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2012, terminará no próximo dia 21 de Março de 2014.

Ora, com todo respeito semelhante prazo afigura-se-nos manifestamente insuficiente para a realizarmos a pronuncia requerida, bem como para podermos exercer verdadeira e materialmente o direito ao contraditório.

E assim o entendemos pelos seguintes motivos:

a) Extensão e complexidade do Relatório de Auditoria, estamos a falar de mais de cem páginas de informação;



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- h) O Relatório de Auditoria, elaborado por juristas e economistas, naturalmente utiliza conceitos e expressões daquelas áreas científicas, que por não serem as áreas de formação da ora Exponente, que é médica e humanista de formação, atrasam a sua capacidade de resposta;
- i) A ora Exponente em Outubro de 2013, cessou por renúncia as suas funções de vogal na ARS – Algarve, estando por conseguinte afastada daquela entidade e tendo muito mais dificuldade no acesso celeridade à informação e arquivo;
- d) Estando por conseguinte dependente dos prazos de resposta daquela entidade relativamente a pedidos de informação e acesso à documentação;
- e) Acresce que a ora Exponente já se encontra aposentada, e na conjuntura de crise económica e financeira que afecta o País e os mais jovens em particulares, assumiu compromissos com alguns dos seus filhos relativamente aos filhos destes, seus netos portanto, que igualmente lhe retiram capacidade de resposta.

Por outro lado,

Mas não perdendo de vista o objectivo de a pronúncia requerida ser verdadeira, objectiva e material,

Urge também referir que, salvo o devido respeito e melhor opinião, relativamente às alegadas infracções imputadas à ora Exponente,

As mesmas, salvo melhor opinião, não estarão devidamente circunstanciadas e que como bem se compreende compromete o direito ao contraditório.

E assim se entende, pois:

No Volume II, Anexos, página 7 consta um quadro, onde se refere que a infracção consistirá no pagamento incentivos a profissionais integrados nas USF modelo B, nos anos de 2011 e 2012.

Contudo, não se refere quais as USF em causa, nem se individualizam os respectivos beneficiários.

Remete-se, sim, para ficheiros e listas nominativas de profissionais, que a ora exponente, na sua condição de cidadã aposentada, nunca poderá ter acesso atenta a legislação em vigor em sede de protecção de dados.

Sendo certo que, ainda que venha a ter acesso a tais informações, estará sempre dependente dos prazos de resposta da Administração,

Que como V/ Exa. bem saberá, não obstante, o prazo geral consagrado no CPA ser de 10 dias, raramente é cumprido.

Salientando-se igualmente que, a ora Exponente era vogal do Conselho Diretivo, e não tesoureira, ou directora do Departamento Financeiro,



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Pelo que nunca processou, objectiva e materialmente, qualquer pagamento.

Quanto muito terá deliberado nesse sentido numa qualquer reunião de Conselho Directivo da ARS – Algarve,

Já que as abstenções não são permitidas, e os votos contra envolvem um saber económico, financeiro e jurídico que a ora Exponente, nunca teve

Recorde-se é médica e humanista de formação.

De qualquer modo, e no quadro constante da página em apreço, é mencionado como meio de prova “b. Atas do conselho directivo.”

Ora, salvo melhor entendimento, o acusado tem direito a ter acesso às provas utilizadas contra si.

Tal circunstância é essencial / fundamental para o direito de defesa.

Não obstante, não só não são identificadas as actas em questão, como não é fornecida à ora Exponente qualquer cópia das mesmas.

Por todo o supra exposto, requer-se a V/ Exa. a fim de poder ser exercido o direito de defesa e contraditório pleno que;

I - Nos sejam remetidas cópias:

- a) Das actas em questão;
- b) Dos Ficheiros referidos como meio de prova;
- c) Das Listas nominativas mencionadas como meio de prova;
- d) Se desses documentos não resultarem quais as USF modelo B em causa, que nos seja discriminado quais as USF em causa, bem como os valores pagos a cada uma delas.

II – O prazo de defesa (leia-se contraditório) apenas se inicie depois de recepcionados os documentos supra referidos.

III – Caso assim não se entenda, o que por mera cautela se equaciona, sem todavia admitir, sempre se requer a prorrogação do prazo de defesa por período de 15 dias úteis, tendo em conta a dificuldade de acesso à informação e documentação, bem como a complexidade e extensão do Relatório de Auditoria em apreço.

Espera e Pede Deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Ana Costa



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Proc 2

Ana Costa

De: Pedro Fonseca <PedroFonseca@tcontas.pt>
Enviado: quinta-feira, 13 de Março de 2014 18:32
Para: anacostas@sapo.pt
Cc: Jose Carpinteiro
Assunto: Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários - Proc 32/2012-Audit

Exma. Senhora
Dra. Ana Maria Simões Alferes Costa,

Em resposta ao requerimento apresentado por V.Ex.ª, em que solicita que lhe sejam facultados os elementos de prova que constam do processo de auditoria e que lhe seja concedida a prorrogação de prazo por um período de 15 dias úteis, cumpre informar o seguinte:

Nos termos do disposto no art.º 13º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto (LOPTC), com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, foi V.Ex.ª notificada para, no âmbito do princípio do contraditório, exercer a sua defesa, pronunciando-se sobre os fatos que lhe são imputados e que constam do relato de auditoria.

Enquanto Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, no exercício de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2012, participou V.Ex.ª na deliberação tomada pelo órgão de gestão (cfr. Acta n.º 40/2012, de 17 de outubro), sobre a proposta apresentada pelo Diretor do Departamento de Contratualização (cfr. Informação Interna n.º 105/2012, de 15 de outubro), designadamente a aprovação dos resultados da avaliação de desempenho da USF Âncora relativa à atribuição de incentivos financeiros e a autorização do pagamento de um prémio de desempenho de € 1.800,00 a cada um dos enfermeiros e de € 575,00 a cada administrativo da USF Âncora.

Não obstante a argumentação apresentada, indefere-se o pedido quanto à cedência dos elementos de prova, nos termos do art.º 13º, n.º 2, *in fine*, da LOPTC, devendo os mesmos (acima identificados) serem solicitados por V.Ex.ª à ARS Algarve, IP.

Quanto pedido de prorrogação, informa-se que, por despacho do Exmo. Senhor Juiz Conselheiro da Área, de 13/03, o prazo para apresentação de resposta considera-se prorrogado por 5 dias úteis.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Fonseca
Auditor-Chefe
Departamento de Auditoria VI – Saúde – UAT
Direcção-Geral do Tribunal de Contas
Avenida da República, 85, 1050-189 Lisboa
Telefone Geral: 217 945 100 / Fax: 219 736 033
Telefone Directo: 217 945 466

Tribunal de Contas - Portugal

Av. da República, N.º 85
1050-189 Lisboa

Esta mensagem destina-se apenas a(s) pessoa(s) mencionada(s). Se recebeu esta mensagem por engano, por favor elimine-a imediatamente, bem como eventuais cópias existentes no seu sistema, de todas as impressões a qualquer remetente. Não é permitida, directa ou indirectamente, utilizar, distribuir, imprimir ou copiar a totalidade ou parte desta mensagem se não for um dos destinatários. O TRIBUNAL DE CONTAS reserva-se o direito de monitorizar todas as comunicações de correio electrónico efectuadas através das suas redes. Quaisquer opiniões expressas na mensagem são do próprio remetente, não representando a posição da instituição, excepto quando explicitamente indicado o contrário a por remetentes autorizados.

This message is for the named person's use only. If you received this message by mistake, please delete it and all copies from your system immediately, destroy any printed copies and notify the sender. You must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print or copy any part of this message if you are not the intended recipient. TRIBUNAL DE CONTAS reserves the right to monitor all e-mail communications through its networks. Any views expressed in this



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

21. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ALMADA/SEIXAL



2014.00976 2014-03-21

Exm.º Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador Direção-Geral do Tribunal de Contas
Rua Barbosa Du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Sua referência	Sua comunicação	Serviço	Número referência	Data
DF.2662/14 - Proc.º32/2012-Audif.2014-03-21SACESS	Director Executivo do ACES	2014.00976	2014-03-21	

Assunto: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde.

A Direção Executiva do ACES Almada-Seixal recebeu, via e-mail, no dia 7 de março p.p., o Relatório do Tribunal de Contas - "Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários" que mereceu a nossa apreciação.

Importa referir que o atual ACES Almada-Seixal resulta da reconfiguração do anterior ACES Almada com as Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários do Concelho do Seixal, incluídas no ex-ACES da Península de Setúbal II - Seixal-Sesimbra.

Importa, ainda referir, que a atual Direção Executiva, que transitou do Ex-ACES Seixal-Sesimbra, tomou posse no ACES Almada-Seixal no dia 3 de dezembro de 2012, pelo que, tomando devida nota de todos os pontos referidos na página 31 do Relatório, nomeadamente, as recomendações "Aos Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de saúde", as assumirá por inteiro ou em parte, em função das atribuições e competências devida.

Alegações:

Tomando por referência o anterior Aces Seixal-Sesimbra e as práticas gestionárias que transpusemos para o ACES Almada-Seixal, informamos que em relação aos seguintes pontos do relatório, alegamos:

I. Conclusões



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



1.1. A EVOLUÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ponto 2

Embora nas USF não existam utentes sem médico, a USF do Monte da Caparica, contratualizou uma carteira adicional com a anterior Direção Executiva, que previa o atendimento de todos os utentes inscritos, nomeadamente, o atendimento de cerca de 2.000 utentes.

Em julho de 2013, após revisão e expurgos das listas médicas dos utentes não utilizadores, foi possível incorporar os utentes sem médico nas listas médicas da USF Monte da Caparica.

1.4. CONTRATUALIZAÇÃO E DESEMPENHO FACE AOS OBJETIVOS CONTRATUALIZADOS

Ponto 58

No ex-ACES Seixal-Sesimbra iniciou-se em 2011 um processo interno de expurgo de listas de utentes inscritos (anexo - Norma de Serviço n.º 6/2011 de 19/07), o que permitiu atribuir médico de família a cerca de 14.000 utentes.

Ponto 59

No ex-ACES Seixal-Sesimbra e agora ACES de Almada-Seixal, na sequência das reuniões de Contratualização é estabelecido com cada Unidade Funcional (USF; UCSP; USP; UCC e URAP) um planeamento de reuniões trimestrais de acompanhamento e monitorização de indicadores e metas contratualizadas e discutidas/consensualizadas as estratégias que ajudem a obviar eventuais desvios identificados.

Ponto 60

Atualmente no ACES Almada-Seixal, as UCSP estão fortemente descapitalizadas de recursos humanos (médicos; enfermeiros; assistentes técnicos e assistentes operacionais), pelo que não é possível aumentar a cobertura assistencial (atribuir médico de família) a mais utentes sem médico.

1.6. ARTICULAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Ponto 76

Com o objetivo de minimizar este problema a Direção Executiva do ACES Almada-Seixal e o Conselho de Administração do HGO, tem vindo a implementar, para áreas específicas (Cardiologia, Diabetes/Endocrinologia; Psiquiatria e Saúde Mental; Saúde da Mulher e da Criança; Psicologia; Pedopsiquiatria; Oftalmologia; Reumatologia) consultorias nos CSP por médicos especialistas hospitalares, permitindo com esta estratégia aumentar a acessibilidade, capacitar os médicos de Medicina Geral e Familiar e diminuir a pressão de procura no Hospital.

1.7. OBJETIVOS E METAS EM CURSO E PERSPETIVAS DE SUSTENTABILIDADE

Ponto 79

Tem sido entendimento da Direção Executiva (já assim era no ex-ACES Seixal-Sesimbra) que o funcionamento em Modelo USF (A ou B) deve permitir aumentar a cobertura de utentes com médico de família, pese embora a alínea a), do n.º 1, da Cláusula 11.ª do Acordo Coletivo da carreira especial médica, prever que cada médico é responsável por uma lista de utentes não superior a 1.550.

Importa ainda referir que iniciamos a Contratualização com todas as Unidades Funcionais do ACES (incluindo a URAP, USP e as UCC) em 2011.

2. PROJETO DE RECOMENDAÇÕES AOS DIRETORES EXECUTIVOS DOS AGRUPAMENTOS DOS CENTROS DE SAÚDE

I- Com base no Plano Local de Saúde do ACES Almada-Seixal, elaborado com um forte contributo da Unidade de Saúde Pública, foram propostos indicadores de Contratualização externa (com a ARSLVT) e indicadores de Contratualização interna com as Unidades Funcionais do ACES Almada-Seixal.

Tem-nos permitido também, estabelecer com o HGO e outras entidades locais as prioridades de intervenção no âmbito da Gestão Integrada da Doença.

II. - Compete à ARSLVT implementar a estratégia recomendada e com a qual concordamos em absoluto.



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



iii. - Atendendo à falta de recursos humanos é extremamente difícil observar o disposto na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.

Procuraremos seguir as recomendações aqui sugeridas pelo relatório do Tribunal de Contas.

Com os melhores cumprimentos.

O Diretor Executivo do Agrupamento de
Centros de Saúde Almada Seixal

Luís Amaro

MFF/MFF



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

   	COMUNICAÇÃO	Nº 17 Data: 2011-07-19 N.º de Páginas: 1/4
---	-------------	---

NORMA DE SERVIÇO	6	2011	ORDEM DE SERVIÇO		INFORMAÇÃO	
------------------	---	------	------------------	--	------------	--

De:	Director Executivo do ACES Seixal e Sesimbra
-----	--

Para:	Cóordenadores Médicos; Responsáveis Administrativos
-------	---

Assunto:	Acessibilidade aos Cuidados de Saúde primários/Gestão de Utentes
----------	--

Princípios Gerais

Considerando a diversidade de recursos quer físicos quer humanos que subsiste no Agrupamento de Centros de Saúde do Seixal-Sesimbra (ACES SS), coexistindo Unidades Funcionais com um elevado número de utentes sem médico e esporádicos e, outras, onde as listas de utentes estão bem definidas, no actual quadro da reorganização e da autonomia administrativa e funcional das equipas prestadoras de cuidados de saúde, importa encontrar um conjunto de princípios e orientações que visam balizar e harmonizar as respostas mais adequadas para potenciar a acessibilidade dos utentes inscritos no ACES SS.

De acordo com o "Contrato Programa" estabelecido entre a ARSLV, IP e o ACES SS, nomeadamente no nº 2, da Cláusula 2ª (Princípios Gerais) "o ACES fica responsável pelas prestações de saúde relativas aos utentes residentes na sua área geográfica de influência, de acordo com o estabelecido na portaria da sua criação, ...".

No nº 3, da mesma Cláusula é referido "Para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário, são abrangidos por este contrato as pessoas residentes na respectiva área geográfica do ACES e aquelas que, temporariamente, se encontrem a viver na área geográfica do ACES."

Assim, para efeitos da organização de cuidados, os utentes são inscritos em listas de médico, privilegiando-se a estrutura familiar, sendo que a Unidade Funcional é responsável solidariamente pela prestação de cuidados integrais aos utentes inscritos na respectiva unidade, de acordo com a sua organização interna e em função dos recursos existentes. Para efeito de constituição das listas de utentes por médico, toma-se por referência uma lista nominativa de 1550 utentes, atento ao estabelecido no Acordo Colectivo de Trabalho nº 2/2009, da Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (DR, 2ª série - Nº 198 - 13 de Outubro), embora possa, em sede de Contratualização Interna anual, ser encontrado outro valor de referência por Unidade Funcional.

Para efeito de cuidados domiciliários, poderão os Coordenadores das Unidades Funcionais acordarem entre si, formas alternativas da prestação destes cuidados.



De notar, que os *Princípios Gerais* atrás enunciados obrigam todas as Unidades Funcionais Integradas no ACES Seixal-Sesimbra, atento ao estabelecido no nº 1, da Cláusula 4ª (Obrigações principais) do Contrato Programa.

O "Contrato Programa" poderá ser consultado no Site do ACES SS na Intranet (Documentos).

Gestão de Utentes do ACES SS

Assim, são definidos os seguintes procedimentos para a gestão de utentes do ACES SS e, que deverão ser assumidos, de imediato, por todas as Unidades Funcionais:

1. No acto de inscrição de um novo utente/família, o Secretário Clínico deve previamente verificar no Registo Nacional de Utentes (RNU) a existência de algum registo. Deve, também, pesquisar no SINUS pelo nome com o objectivo de verificar a existência de dupla inscrição¹. Após verificação, deverão ser preenchidos os campos em falta ou incorrectos, nomeadamente BI, NIF, morada, telefone, sub-sistema de saúde, eventual isenção, notificando posteriormente o Serviço de gestão de Informação (GI);
2. Quando um utente se dirige à Unidade Funcional da sua área de residência, pela primeira vez, para inscrição no SNS e existe a possibilidade da sua inscrição de imediato na lista de um médico, cabe à Unidade Funcional fazê-lo, notificando posteriormente o GI. Este procedimento deve ser observado para os casos particulares dos Recém-Nascidos.
Caso aquela possibilidade de inscrição imediata não exista, o Secretário Clínico colhe os elementos necessários para tal efeito e envia-os para o GI, para que este serviço inscreva o utente na lista global de utentes sem médico;
3. De acordo com os compromissos contratualizados com a ARSLVT na *Carta de Compromisso 2011*, assinada pelo ACES SS, - que poderá ser consultado no Site do ACES Seixal-Sesimbra na Intranet (Documentos) - cada equipa (médico e secretário clínico) ficará responsável pela gestão da respectiva lista de utentes, verificando quais as famílias em que nenhum dos seus elementos utilizou a Unidade Funcional há mais de 3 anos, informando trimestralmente (1 a 15 Janeiro; 1 a 15 de Abril; 1 a 15 de Julho; 1 a 15 de Outubro) o GI. Para efeitos de verificação do cumprimento deste procedimento, o GI procederá a auscultorias por amostragem;
4. Os utentes/famílias que não utilizam a Unidade Funcional, no período descrito no ponto 3 e, após contacto telefónico e escrito infrutífero, serão retirados da lista activa do médico. O GI propõe ao Coordenador da Unidade Funcional a substituição desses utentes de acordo com os seguintes critérios:
 - 4.1. Respeito pelo limite contratualizado pela Unidade Funcional/MCGF;
 - 4.2. Respeito pelo limite mínimo de 1550 utentes por lista nominativa por MCGF;
 - 4.3. As listas a constituir acima do limite estabelecido no ponto anterior, deverão ter por referência na sua elaboração, a ponderação estabelecida de acordo com o grupo etário [nº 4, do artº 9º do DL nº 298/2007 de 22 de Agosto (princípio aqui adoptado para todas as Unidades Funcionais)].

¹ Para ser considerado o mesmo utente terão de coincidir os seguintes elementos: nome, DN, BI, NIF



5. Decorrida aquela tramitação, se se verificar o contacto do utente/família, manifestando a intenção de manter a inscrição que detinha, a sua inscrição é retomada, apenas, se o utente/família residir comprovadamente na área de influência do ACES SS e, também, não implicar a sobrecarga da lista do médico onde estava inscrito, para além do estabelecido na última contractualização interna. Caso contrário será mantido(a) na lista de utentes sem médico da Unidade Funcional mais próxima da sua residência.
6. Nas situações de transferência de utentes, o procedimento é da responsabilidade do GI, devendo a Unidade Funcional enviar por e-mail os elementos de identificação e confirmação de residência;
7. Sempre que se confirme um óbito, o secretariado clínico da respectiva Unidade Funcional deverá enviar informação escrita para o GI que procederá ao seu registo no SINUS.
8. Sempre que um médico deixe a Unidade Funcional por motivos de reforma ou transferência/mobildade, aplica-se aos utentes da sua lista um dos três procedimentos, consoante o caso:
 - 8.1. Se o utente reside fora da área de abrangência da Unidade Funcional, mas dentro da área geográfica do ACES SS, terão de ser transferidos para a Unidade Funcional mais próxima da área de residência e integrados numa lista de um MCGF. Quando tal não for possível, por falta de recursos, o utente/família será integrado(a) na lista única de utentes sem médico, mais próxima da sua residência;
 - 8.2. Se o utente reside na área de abrangência da Unidade, poderá ser reintegrado na lista de utentes de outro médico da unidade, caso exista disponibilidade de vaga. Não se verificando essa condição, procede-se ao descrito na alínea anterior. A responsabilidade da inscrição dos utentes em lista única de utentes sem médico é do GI. Para isso, as Unidades Funcionais deverão reportar estas situações;
 - 8.3. Se o utente/família reside fora da área de abrangência do ACES SS, será convidado a inscrever-se no Centro de Saúde da sua área de residência, através de ofício. A responsabilidade desta informação é das Unidades Funcionais onde o utente estava inscrito;

Gestão de Utentes "Esporádicos"

A implementação do "**Sistema de gestão de utentes**" acima referido, é um requisito indispensável para o ACES SS poder lidar adequadamente com a organização da prestação de cuidados aos utentes inscritos no Agrupamento. Outra situação, não menos importante, consiste na organização da prestação de cuidados aos utentes ditos "esporádicos" e para identificar as entidades que consideramos financeiramente responsáveis pela respectiva protecção na doença.

9. Assim, e sem prejuízo do Regulamento Interno de cada Unidade Funcional, as inscrições esporádicas devem apenas contemplar:
 - 9.1. **Código 20** - vacinação - O registo com recurso a este código deve respeitar, estritamente, as orientações emanadas na Circular Normativa nº 04/DT de 31/03/2003 da DGS, que poderá ser consultada no site do ACES SS, na Intranet (documentos);

¹ As inscrições esporádicas não contam para o número de utentes inscritos na lista dos médicos de família.





Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- 9.2. **Código 23** – 2ª residência – Devem distinguir-se os utentes “esporádicos”, em número irrelevante (caso de idosos ou outros familiares que temporariamente residam com utentes inscritos numa determinada Unidade Funcional) que, não ultrapassando um número crítico, podem ser sensatamente acolhidos pelos médicos de família das respectivas famílias;
- 9.3. **Código 24** – Assistência urgente e emergente – Se um utente tem uma situação urgente e recorre a uma Unidade que não a sua, poderá ser inscrito como esporádico no médico que o irá atender;
10. Para o atendimento de utentes “esporádicos” cujas situações não recaiam nas descritas no nº anterior, os utentes devem ser encaminhados para os SAP da Amora ou Sesimbra.

O Director Executivo do
Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II - Sejal e Sesimbra


Luis Amaro

EM-ACESS

COMUNICAÇÃO Nº 9

DATA: 2011-07-19

Nº Páginas: 4



22. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE PORTO OCIDENTAL



Ao Tribunal de Contas:

Na sequência do V/ ofício – DAVJ – UAT 1 – Proc. Nº 32/2012 – Audit. de 28Fev2014, sobre “Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários” e tendo sido notificado para apresentar as alegações que tiver por convenientes referentes ao conteúdo do relato de auditoria, venha assim apresentar os meus pontos de observação.

De forma genérica importa referir o seguinte:

- O objetivo da Reforma dos CSP iniciada em 2006 refere, para além da necessidade de se concretizar uma reestruturação dos Centros de Saúde através da implementação das USF, ser fundamental “a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade, e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços. Pretende-se também aumentar a satisfação dos profissionais criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas. Simultaneamente tem que se melhorar a eficiência e promover a contenção de custos” (constante dos documentos publicados pela MCGP).
- Apesar de devidamente definido o objetivo da auditoria, todo o relato da mesma observa a organização e o desempenho das diferentes Unidades Funcionais (UCSP e USF modelo A e B), mas limitado à avaliação do desempenho económico-financeiro, operacional e os regimes de incentivos, compensações e suplementos, numa lógica de valorização dos custos, de acordo com as diretrizes atuais da política de saúde portuguesa.
- Daqui se poderá concluir que esta auditoria realizada pelo Tribunal de Contas através da “avaliação do desempenho económico-financeiro e regimes de incentivos, compensações e suplementos” está limitada só a alguns dos objetivos da Reforma dos CSP e na realidade não os mais relevantes.
- Teria sido do maior interesse avaliar outros aspetos, nomeadamente a acessibilidade, resultados em saúde (através dos indicadores de contratualização e outros disponíveis), a qualidade da prestação dos cuidados, a melhoria das condições de trabalho e de atendimento dos utentes e mesmo os eventuais ganhos da Reforma de CSP;
- Quanto à amostra utilizada nesta auditoria e à nota de rodapé nº 84, parecem condicionar todas as afirmações deste relato, pois como diz “...não é uma amostra estatística, nem permite extrapolar os resultados da análise para a universa nacional das USF”;



Quanto ao exposto no ponto 1.1 – **A evolução dos Centros de Saúde e a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários**, deve-se referir o seguinte:

- Apesar do aumento do nº de utentes sem Médico de Família (MF) observada no período em análise, devido ao nº significativo de aposentações observadas em 2010, as USF em atividade permitiram dar MF até 31Dez2012, a mais 575.347 utentes e abrangiam nessa data uma população total de 4.382.685 utentes. Por isso, pode-se afirmar que se não fossem as USF o nº total de utentes sem MF seria maior que o apontado e **por isso as USF permitem aumentar o nº de utentes com MF.**
- **O nº de utentes registados em Portugal em 2011 e 2012 estava desatualizado**, problema que veio a ser menorizado só em 2013 pela ACSS, com a atualização das listas. Acresce que a existência de vários servidores potencializa a existência de utentes duplicados no mesmo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e por isso um nº falso de utentes.
- **Não constitui qualquer problema a existência de mais inscritos que residentes**, pois estes são livres de se inscreverem no CS que entenderem, constituindo um problema, isso sim, a inexistência de um sistema contínuo de atualização das listas dos médicos. Em 2011 e 2012, o Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Porto Ocidental encetou uma atualização das listas dos médicos, tendo diminuído esse nº de forma significativa – 28.101 utentes sem MF em 31Dez2010 e 19.639 em 31Dez2012.
- **As USF na sua dimensão média comparativamente com as UCSP têm rácios profissionais/utentes mais elevados** e por isso permitem diminuir o nº de profissionais e respetivos custos com profissionais (rácios nas USF à data de 31Dez2012, MF / utentes – 1,723, EF / utentes – 1,734, SC / utentes – 2,178).
- As UCSP surgiram com a implementação dos ACeS e assistiu-se ao seu desenvolvimento organizacional e de melhoria da prestação dos cuidados de saúde.
- Apesar da falta de estudos aprofundados sobre a Reforma dos CSP pode-se afirmar baseado na informação disponível, que **as USF e nomeadamente as USF modelo B têm uma prestação dos cuidados de saúde mais efetivos que as UCSP**. Unidade que deve ser considerada a "comparadora". As USF modelo A são um tipo de Unidade que funcionam fundamentalmente como modelo de estágio para evoluir para USF modelo B e por isso não deve haver qualquer comparação entre os dois modelos USF. (anexo - RM_003_clusters_contexto_20140211 - ACSS).
- Em 2013, e de acordo com os dados fornecidos pela ACSS (ver anexo) podemos observar a seguir os resultados que sustentam a afirmação anterior.
 - **Custos com medicamentos e MCDT:**
 - No custo com medicamentos faturados por utilizador (PVP): USF modelo B têm um custo menor que as UCSP em 44,95€ (-29,67%) e as USF modelo A um custo menor que as UCSP em 32,16€ (-21,23%);
 - No custo com **MCDT faturados por utilizador SNS (P. Conv)** as USF modelo B têm um custo menor que as UCSP em 3,36€ (-7,6%) e as USF modelo A menos 3,80€ (-8,6%);



- **Proporção de DM2 em terapêutica com metformina:** USF modelo B – 56,74%, USF modelo A – 51,18%, UCSP – 40,75%; As USF modelo B têm um resultado superior às UCSP em 39,25% e as USF modelo A um resultado superior em 25,62%.
- **Proporção mulheres [50;70] anos, com mamografia (2 anos):** USF modelo B – 69,44%, USF modelo A – 63,67%, UCSP – 47,47%; As USF modelo B têm um resultado superior às UCSP em 46,27% e as USF modelo A um resultado superior em 34,12%.
- **Proporção mulheres [25;60] anos, com colpocitologia (3 anos):** USF modelo B – 68,30%, USF modelo A – 55,33%, UCSP – 32,33%; As USF modelo B têm um resultado superior às UCSP em 111,28% e as USF modelo A um resultado superior em 71,13%.
- **Proporção utentes [50;75] anos, com rastreio cancro colo-retal:** USF modelo B – 47,42%, USF modelo A – 43,19%, UCSP – 22,32%; As USF modelo B têm um resultado superior às UCSP em 112,45% e as USF modelo A um resultado superior em 93,50%.
- **Proporção grávidas com consulta RP efetuada:** USF modelo B – 81,21%, USF modelo A – 60,13%, UCSP – 32,13%; As USF modelo B têm um resultado superior às UCSP em 152,73% e as USF modelo A um resultado superior em 87,12%.
- **Proporção de medicamentos faturados que são genéricos:** USF modelo B – 45,96%, USF modelo A – 43,07%, UCSP – 40,10%; As USF modelo B têm um resultado superior às UCSP em 14,62% e as USF modelo A um resultado superior em 7,41%.

Quanto ao exposto no ponto 1.2 – **Análise de custos: comparação USF vs UCSP**, deve-se referir o seguinte:

- Na análise de custos não incluíram os custos indiretos com Hemodiálise e Transportes, mas nunca será demais referir que estes custos se referem a cuidados diferenciados (Hospitalares) no caso dos primeiros e no caso dos segundos custos são resultantes de insuficiência económica dos utentes e que não podem ser imputáveis às atividades das Unidades de Saúde.
- Nota 7, pag. 12 – No ACeS Porto Ocidental, se for estudado atentamente as diferentes Unidades Funcionais pode-se observar a diferença de custos nas USF e UCSP vs duas Unidades (EDP e U. Seguros – “USF modelo C – like”) onde podem e aí sim, afirmar que os profissionais são utilizados para a transcrição de medicamentos e MCDT. **Não me parece lícito afirmar e generalizar o referido nesta nota 7.**
- A melhoria dos resultados em saúde consegue-se com algum aumento de custos – incentivos, compensações e suplementos – conforme explicitado nos objetivos da Reforma dos CSP e conforme foi explanado anteriormente, os resultados em saúde são muito significativos nas USF e em particular nas USF modelo B.
- Envio em anexo a “Análise de custos e sistema de remuneração e incentivos das Unidades de Saúde Familiar” do Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, um estudo previsional de custos para as USF (anexo 2).



- Nesta área de análise de custos importa analisar as remunerações:
 - A remuneração ilíquida mensal dos médicos em USF modelo B observada no quadro 12, da pag.59, indica a possibilidade de ser atingido o valor de 9.941,03€, e que no texto refere "com forte probabilidade de ocorrer" é absolutamente impossível.
 - Ao utilizar como remuneração base a de Assistente Graduado Sénior vai tornar o valor final superior ao real. A título de exemplo, no ACeS Porto Ocidental de um total de 97 médicos de MGF só seis são Assistentes Graduados Séniores (6,2%), quatro estão em USF representando 6,67% do total de médicos em USF e dois estão em UCSP representando 5,4% do total de médicos em UCSP. Para as diferentes Unidades Funcionais dificilmente o valor médio mensal das remunerações base será o referido no quadro 12.
 - Não é possível auferir 29UC, o máximo são 20UC conforme nota 154 e por isso há que subtrair 1.794,00€ ao valor total do quadro 12:
 - Nos domicílios médicos apesar de em teoria ser possível atingir o máximo, a realidade acaba por demonstrar que em média o máximo observado em 2013 (ver anexo) foi de 52,5% ou seja uma média mensal de 7,65 domicílios, não atingindo o máximo dos 20 domicílios previstos.
 - O suplemento de alargamento de horário contabilizado no quadro 12 não se verifica na maioria esmagadora das USF, por exemplo no ACeS Porto Ocidental desde 2013 não se verifica em nenhuma USF modelo B e por isso ao contabilizar este valor no total da remuneração mensal, introduz um viés significativo.
 - Assim, o valor máximo em USF modelo B e considerando somente a correção das UC seria um valor de 8.147,03€ ou seja, comparativamente um profissional de USF modelo A ou numa UCSP a diferença de remuneração será de 2.482,14€ (-24,97%) e não como referem 4.276,17 (-43,02%).
 - O referido acima também se aplica aos Enfermeiros e Assistentes Técnicos, não deixando no entanto de estranhar que se aplique o princípio do desígnio do legislador ao DL 298/2007, à Portaria 1368/2007 e as LOE (2011, 2012 e 2013) e no que se refere a Portaria n.º 377-A/2013 já não se aplique.
 - **A partir da correção dos custos com pessoal terá de ser reavaliada toda a análise de custos das USF vs UCSP.**
 - Quanto à questão das horas extraordinárias e conforme o explanado na pag.50, as USF da ARS Norte não realizam atendimento complementar das 18 às 20h em dias úteis. No ACeS Porto Ocidental os profissionais médicos, enfermagem e de secretariado das USF e UCSP podem realizar horas extraordinárias no Atendimento Complementar que só funciona depois das 20h nos dias úteis e aos fins-de-semana e feriados, para atendimento de situações agudas de utentes de qualquer Unidade Funcional.



- No quadro 3 – horas extraordinárias por profissional (ETC) só devem ser contabilizadas as horas extraordinárias realizadas para dar resposta às necessidades de funcionamento de cada Unidade Funcional (USF/UCSP), ou seja substituição de um profissional por motivo justificado de ausência prolongada ou aposentação, e assim se poderá realizar uma comparação mais adequada.

Quanto ao exposto no ponto 1.3 – **Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos nas USF**, deve-se referir o seguinte:

- Os incentivos institucionais não têm sido atribuídos a USF com menos de um ano de atividade, e conforme se pode observar no quadro 13, pag.54, e no caso das USF do ACeS Porto Ocidental – USF Bom Porto, USF S. João Porto, USF Porto Douro, são exatamente USF nessas circunstâncias.
- Na pag. 60 e quando referem o aumento de nº de utentes nas USF modelo A quando passam a USF modelo B e apresentam como exemplo as USF Parque e USF Espaço Saúde, desconheço se a afirmação resulta de avaliação do total da amostra de USF modelo A que passaram a modelo B, se foi só com a observação destas duas USF. De qualquer modo, no caso da USF Espaço Saúde que pertence ao ACeS Porto Ocidental posso afirmar que é absolutamente falso, pelas seguintes razões:
 - A USF Espaço Saúde à presente data (Mar/2014) ainda é uma USF modelo A, apesar de aguardar há um ano a sua evolução para modelo B;
 - A USF Espaço Saúde iniciou a sua atividade com quatro médicos esgotando o nº de utentes sem médico na Unidade de Saúde onde funciona também uma UCSP;
 - A USF Espaço Saúde sofreu alterações na sua composição de profissionais tendo chegado a ter só três médicos e à medida que foram surgindo utentes sem médico na UCSP Aldoar foi aumentando o nº de médicos e conseqüentemente de utentes, estando atualmente com cinco médicos.
 - Parecer Técnico modelo A, emitido em 9Ago2007 – quatro médicos, 1750/utentes médico, compromisso assistencial para um total de 7.000 utentes; Parecer Técnico modelo B, emitido em 28Mar2013 – cinco médicos (quatro com 1750 e um com 1900 utentes, conforme legislação), compromisso assistencial para um total de 8.900 utentes (ver anexa 3 e 4).

Quanto ao exposto no ponto 1.4 – **Contratualização e desempenho face aos objetivos contratualizados**, deve-se referir o seguinte:

- O processo de contratualização interna iniciou-se com as USF e aperfeiçoou-se nas USF, mas não foi uma opção, pois este processo teve início em 2007 e as UCSP só surgiram com a criação dos ACeS em 2009, e ainda as UCSP não surgiram propriamente por “decreto” mas com um trabalho de informação, organização e acompanhamento para que se cumprissem os parâmetros necessários para se poder considerar que a Unidade de Saúde é uma UCSP.



- O processo de contratualização em 2014 e só neste ano é que se iniciou pela contratualização externa tendo-se tornado mais simples.
- Antes de 2014, o processo de contratualização tinha quatro tempos, ou seja, 1 - discussão do Plano de Ação da Unidade Funcional com consequente tomada de conhecimento pelo Conselho Clínico e de Saúde das metas possíveis atingir pela Equipa; 2 - contratualização interna; 3 - contratualização externa; 4 - contratualização interna para certo de metas e assinatura da Carta de Compromisso.
- A partir de 2014 tem só três tempos, 1 - discussão do Plano de Ação da Unidade Funcional com consequente tomada de conhecimento pelo Conselho Clínico e de Saúde das metas possíveis atingir pela Equipa; 2 - contratualização externa; 3 - contratualização interna e assinatura da Carta de Compromisso.

Quanto ao exposto no ponto 1.6 – **Articulação com os cuidados Hospitalares**, deve-se referir o seguinte:

- Os tempos de espera (referenciação) para marcação de consulta de especialidade hospitalar é da responsabilidade dos Hospitais e não dos Cuidados de Saúde Primários e por isso não podem ser contratualizados, os restantes tempos de espera para consulta aberta, programada, domiciliária e renovação da prescrição são objeto de informação afikada obrigatória nas Unidades de Saúde.

Quanto ao exposto no ponto 8.3.3 – **Pontos críticos do regime remuneratório dos profissionais integrados em USF modelo B**, deve-se referir o seguinte:

- Alínea a) – Com o que se referiu neste documento não se pode pôr em causa um regime remuneratório dos profissionais em USF modelo B pelo facto de o Ministério da Saúde não ter implementado um sistema regular de atualização das listas dos médicos, da existência de um sistema informático inadequado que potencia duplicados.
- Alínea b) – Apesar de a atividade domiciliária estar na carteira básico o legislador pretendia criar um incentivo à sua realização e pode ser constatado que isso efetivamente está acontecer conforme referido acima, ou seja, USF modelo B – 32,22%, USF modelo A – 21,63%, UCSP – 14,12%. Acresce referir que a per milagem média observada nas USF modelo B corresponde às necessidades de consultas domiciliárias a utentes acamados.
- Alínea d) – As atividades específicas abonadas são mais uma vez um incentivo pela obtenção de melhores resultados nestas áreas e que são absolutamente claras esses excelentes resultados nas pag. 3 e 4 deste documento.
- Alínea e) – As carteiras adicionais foram tipificadas por um grupo de trabalho da ARS Norte e ERA Norte e aprovadas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários. As carteiras adicionais seriam atribuídas para a prestação de cuidados de saúde mais diferenciados com necessidade de formação suplementar (ex. Consulta Intensiva de Cessação Tabágica) para efetivamente se traduzir em aumento de atividade e ganhos em saúde. Pelo facto do nº de carteiras adicionais atribuídas ter diminuído (mesmo na área da Cessação Tabágica) é que se observou na região norte um decréscimo do nº de Consultas de Cessação Tabágica e um decréscimo drástico do nº de utentes fumadores em tratamento.



Recomendações aos Diretores Executivos dos ACeS

- O processo de contratualização interna é quase na sua totalidade dirigido pela ACSS e DC das ARS, deixando aos Diretores Executivos escassa margem de trabalho para cumprir o que referem na primeira recomendação.
- Quanto à segunda recomendação, a ARS Norte e com a colaboração dos ACeS já instituiu procedimentos para garantir a imputação de custos por centros de produção e de custos.
- Na terceira recomendação, o ACeS Porto Ocidental tem publicitado aos utentes, através de afixação de cartaz em todas as Unidades Funcionais informação sobre os tempos máximos de resposta garantida, nas diferentes situações.

Porto, 21 Março 2014

O Diretor Executivo
Rui Mendes

Anexos:

1. RM_003_cluster_cointexto_20140211, da ACSS
2. "Análise de custos e sistema de remuneração e incentivos das Unidades de Saúde Familiar" do Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde
3. Parecer Técnico – USE Espaço Saúde – modelo A
4. Parecer Técnico – USE Espaço Saúde – modelo B



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

23. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ESPINHO/GAIA



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Ex.mo Sr.
Diretor Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61

1069-045 LISBOA

V/ Ref.	Data	N/ Ref.	Data
DAVI – UAT 1 Proc. N.º 32/2012 - Audit	2014-02-28	122	2014-03-21

Assunto: Auditoria ao desempenho das Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários

Ex.mo Sr.

Sem expressar esta exposição a figura de contraditório ao relatório, até porque nada é apontado ao ACES com exceção do ponto 59 das conclusões – “No processo de acompanhamento e avaliação do desempenho, as ARS não estabeleceram ainda rotinas de verificações e nem foi cumprida a periodicidade de reuniões entre a ARS, os ACES e as unidades, o que permitiria uma monitorização dos desvios ocorridos e a implementação de medidas corretivas. (A avaliação do desvio às metas fixadas e a implementação de medidas corretivas é da responsabilidade do diretor executivo do ACES que, para o efeito deverá reunir com uma periodicidade mensal com os coordenadores das unidades funcionais.)” - por este ACES não se rever em tal afirmação uma vez que procede à emissão mensal de um Relatório onde são avaliados todos os indicadores de todas as Unidades e marcados por cores conforme o nível de cumprimento dos objetivos, realiza reuniões mensais com todos os Coordenadores de Unidade onde se avalia trimestralmente o grau de cumprimento dos objetivos e se discutem as estratégias para o seu atingimento. Relativamente às propostas aos Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde

- i. Prover, em sede de contratualização interna, pelo ajustamento das metas e indicadores às reais necessidades da população e pela redução dos custos de gestão das unidades funcionais.
- ii. Estabelecer regras de imputação dos custos a fim de as unidades funcionais poderem vir a operar como centros de produção e de custos.
- iii. Promover a divulgação pública, pelos meios adequados, no sítio dos Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES na Internet, de informação sobre o tempo de espera para obtenção de consulta dos utentes inscritos nas respetivas unidades funcionais.

Cumpro-me agradecer as sugestões e informar que o processo de contratualização interna é fortemente modelada pela ACSS e os DC das ARS, sendo os DE alheios às decisões tomadas a esse nível, o que deixa pouca margem de manobra aos mesmos para cumprir a primeira recomendação. Relativamente à segunda recomendação, informo que a ARS Norte com o apoio dos ACES tem já instituído procedimentos a este nível para garantir a resposta a essa necessidade sentida por todos. No que se refere à terceira recomendação cumpro-me informar que se encontra publicitado em todas as Unidades cartaz de informação ao público emitido pela ARS Norte relativo à matéria.

Rua 37, nº 700 – 4500-330 ESPINHO – Telefone 227 334 020 – Fax 227 348 282
E-mail: acesespinho-gaia@csaspinho.mln-saude.pt



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE



ARS NORTE
Agrupamento Regional de
Centros de Saúde - Lda



ACES Espinho/Gaia

Numa apreciação global do Relatório separá-lo-ia em duas matérias:

- 1- O eventual pagamento inadequado de parte do vencimento aos profissionais de enfermagem e da carreira administrativa das USF modelo B
- 2- A eficiência económica das USF modelo B

Relativamente ao primeiro ponto não me debruçarei de forma prolongada não deixando no entanto de estranhar que se aplique o princípio do designio do legislador ao DL 298/2007, à Portaria 1368/2007 e as LOE (2011, 2012 e 2013) e no que se refere a Portaria n.º 377-A/2013 já não se aplique.

Relativamente ao segundo ponto não é possível neste momento ignorar o documento da ACSS que anexo, "Clusters de Contexto para Unidades Funcionais e ACES" onde é demonstrado claramente para cerca de 100 indicadores as diferenças dos resultados médios conforme a tipologia das Unidades, que retira as dúvidas que no documento são colocadas e permite fazer a avaliação para além das despesas com RH, medicamentos e MCDT.

Concordo que os modelos têm de ser revistos, que o nível de autonomia das organizações intermédias tem de ser desenvolvido e acolho muitas das propostas constantes do relatório como caminho, no entanto acho estranho que a razão que levou a relativizar todos os documentos que manifestavam de forma não precisa os ganhos e a eficiência nos resultados em saúde não tenha sido aplicada a comentários como por exemplo a Nota 112 "*A prescrição de medicamentos e de MCDT constitui um dos motivos para as deslocações dos utentes às unidades de cuidados de saúde primários, até porque muitos poderão apenas utilizá-los para essa função, recorrendo à medicina privada para o acompanhamento do seu estado de saúde.*"

Estranho também que quando se aplica o princípio da relativização (majorar ou minorar argumentos) nalguns casos servem para majorar como por exemplo "*Em 2007 registaram-se 1.405.686 utentes sem médico de família, com crescimentos constantes nos anos seguintes até 2011 que apresenta 1.846.016 utentes sem médico de família*" e no mesmo enquadramento minoriza-se "*Até dezembro de 2012, os resultados alcançados com a criação de USF traduziram-se na atribuição de médico de família a 569.580 utentes*" o que implica que se não houvesse a constituição de USF teríamos no momento qualquer coisa como 2.400.000 utentes sem médico de família.

Esta dualidade de critérios, com certeza involuntário, encontra-se ao longo das conclusões como por exemplo quando se debruça sobre a questão da referida Nota 112 e nos pontos 9, 22, 33, 63.

Com os melhores cumprimentos

O Diretor Executivo do Agrupamento de Centros
de Saúde Grande Porto VIII – Espinho/Gaia

(Dr. José Carlos Morais Leitão Teixeira)

Rua 37, nº 700 – 4500-330 ESPINHO – Telefone 227 334 020 – Fax 227 348 292
E-mail: acesespinho-gaia@acesespinho.min-saude.pt



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

24. ORDEM DOS ENFERMEIROS



Gabinete do Bastardo

CONFIDENCIAL

Ex.mo Senhor
Dr. José António Carpinheiro
Auditor - Coordenador de
Direção Geral do
Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 81
1069-045 Lisboa

R/AR

N. Ref.º: DGE-14/1581/17.03.2014

V. Ref.º: DAVI-UAT 1 Proc. N.º32/2012 - Audit

Assunto: Auditoria ao desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários

Ex.mo Senhor,

De acordo com o solicitado na vossa comunicação com a referência DAVI-UAT 1 Proc. N.º32/2012 - Audit, a Ordem dos Enfermeiros (OE) apresenta, de forma sumária, a sua pronúncia relativamente ao solicitado.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece que a presente auditoria é um instrumento importante na avaliação da organização e desempenho de unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários no contexto da reforma empreendida.

Da leitura e análise do documento, considera-se que as vertentes aqui avaliadas refletem a perceção (já existente) sobre a reforma em si. A auditoria não versou sobre todas as unidades funcionais prestadoras de cuidados, nomeadamente as unidades de cuidados na comunidade (UCC). Os resultados seriam mais abrangentes e robustos se fossem incluídas estas e outras unidades funcionais cujas atividades têm reflexos, diretos e indiretos, no desempenho das unidades de saúde familiares (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizadas (UCSP), nomeadamente as unidades de saúde pública (USP), para além de outros modelos de gestão, como as Unidades locais de saúde (ULS).

Os cuidados de saúde primários devem constituir-se como espaços privilegiados para a promoção e vigilância da saúde e prevenção da doença. Nesta auditoria transparece, de forma paradigmática e persistente, uma organização assente nos aspetos de produção, pouco direcionadas para a promoção da saúde, prevenção da doença, ganhos em saúde e não centradas no cidadão mas sim em alguns profissionais.

O exemplo mais caricato identificado refere-se nas fontes conceituais consultadas para definir saúde e seus determinantes (Glossário da Direção-Geral da Saúde, Glossário da Missão para os Cuidados de Saúde Primários e outros diplomas legais), que, obstinadamente, continuam a centralizar no médico e na medicina a prestação de cuidados de saúde. Veja-se a definição de "Utente".

Tendo como pressuposto a Constituição da República Portuguesa, compete ao Estado garantir a qualidade no tratamento e acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários, assim como aos profissionais de saúde. No que

Página 1 de 1

DECE 17 3 14 4914

Av. Alameda D. João Gonçalves, 25 - 1700-023 Lisboa, Portugal.
TE: +351 213405230 / Fax: +351 213405259 / Email: tpo@tribunaldcontas.pt / www.tribunaldcontas.pt



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Ordem dos Enfermeiros

concerne aos utentes: a equidade no acesso e na oferta de cuidados. Relativamente aos profissionais de saúde, garantir a igualdade nas condições de trabalho, nomeadamente quanto ao que diz respeito a recursos humanos, materiais e ambientais, considerando que estes aspetos têm consequências no acesso e nos ganhos em saúde.

Compreendemos o espírito do legislador ao empreender esta reforma que pretendia a discriminação positiva. No entanto, a mesma se desvirtuou, resultando numa discriminação negativa para utentes e profissionais de saúde.

Relativamente ao conteúdo do relato de auditoria somos a pronunciar-nos no seguinte sentido no que concerne Projeto de Recomendações. De seguida procede-se à análise direcionada aos pontos que mereçam especial intervenção/pronúncia da Ordem dos Enfermeiros.

Recomendações ao Ministro da Saúde

i. Concordamos com o exposto nesta alínea e consideramos que a transição de mais USF de modelo A para modelo B deverá estar condicionada aos resultados deste estudo, motivo pelo qual deverá ser efetuado com a máxima previdência.

ii. Relativamente a esta alínea reforçamos a posição dita anteriormente quanto à subutilização das competências especializadas dos enfermeiros nomeadamente, enfermagem de saúde materna e obstétrica¹ e enfermagem de saúde infantil e pediátrica por falta de vontade política e/ou interesses corporativistas instalados, para além das dificuldades verificadas na mobilidade de enfermeiros dos hospitais para os cuidados de saúde primários, posição esta defendida no relatório do Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar, divulgado em novembro de 2011.

ix. Questiona-se se haverá sequer interesse em ponderar a instituição de USF modelo C aliando aos argumentos apresentados, por um lado porque não se perspetiva que a sua implementação vá diminuir as assimetrias já existentes e, por outro, porque não existe ainda uma efetiva implementação e consolidação de todas as unidades funcionais previstas nesta reforma que permita avaliar corretamente os modelos de gestão e financiamento já existentes. Mais se acresce que deverá igualmente ser ponderada a possibilidade de "entregar" ao setor privado e social a prestação de cuidados de saúde primários. Questiona-se se, efetivamente, esta metodologia de financiamento e gestão serve os melhores interesses dos cidadãos, considerando que estas unidades funcionais deverão estar vocacionadas para a promoção da saúde e prevenção da doença, atividades cuja "rentabilidade" se perspetiva a médio ou longo prazo, ou seja, pouco atrativas do ponto de vista do investimento privado.

Nota: Embora não referenciado no documento, a Ordem dos Enfermeiros defende a implementação urgente da metodologia de trabalho por enfermeiro de família, considerando, não só as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da *International Council of Nurses*, mas acima de tudo, os ganhos em saúde para a população e as poupanças imediatas do ponto de vista económico e financeiro para o País.

¹ Lei 82008, de 4 de março.



Gabinete da Bastonaria

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde

i) Consideramos que a atualização da lista de serviços é prioritária, conforme já defendido publicamente, em várias ocasiões, pela Ordem dos Enfermeiros

ii) Consideramos que para além da redução de indicadores contratualizados¹, deve privilegiar-se a contratualização de indicadores de resultado, uma vez que o processo de contratualização assenta, na sua maioria, em indicadores de processo que não permitem uma avaliação efetiva dos ganhos resultantes da atividade assistencial dessas unidades funcionais. Ainda, neste contexto, a OE está particularmente preocupada com a diversidade de sistemas de informação operacionais e de parametrização existentes que não garantem a fiabilidade dos dados recolhidos, ou seja, a qualidade de informação produzida. Devem ser garantidas a fiabilidade, validade e robustez dos indicadores produzidos a partir dos sistemas de informação utilizados nos cuidados de saúde primários, uma vez que a avaliação da qualidade dos cuidados depende da qualidade dos registos produzidos. Daqui se afere a importância da interoperabilidade entre as diferentes aplicações informáticas

Aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde

Deverá ser ponderado o papel das administrações regionais de saúde (ARS) no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários que preconizava, tal como referido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde em 2012 (cit. p. 38), a descentralização da gestão para os agrupamentos de centros de saúde (ACeS), que não foi efetivada, e que os impede de atuarem com a responsabilidade e autonomia inicialmente prevista e que justificaram a sua criação. Neste sentido questiona-se se o papel desempenhado pelas ARS não deverá revertir em diferentes vertentes para os ACeS ou para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), dependendo dos casos, aproximando a decisão da execução. Para efeitos de contratualização e monitorização a criação de uma agência de contratualização, dependente da ACSS, garante a objetividade, isenção e transparência necessárias ao processo.

Aos Diretores Executivos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde

i) A contratualização adequada às prioridades assistenciais e à evolução decorrente de alterações de fatores demográficos e epidemiológicos das populações só será possível através do perfil de saúde das populações cuja elaboração é da responsabilidade das USP, que deverão ser dotadas dos meios técnicos e humanos indispensáveis à consecução das suas atribuições. Neste contexto, devem ser rentabilizadas as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, quer no diagnóstico de saúde das populações quer no planeamento, execução e avaliação das intervenções a implementar.

¹ Inspeção a revisão dos níveis de atividade dos indicadores de monitorização dos C&P

² Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, aprovado no 1.º Seminário Diário de Regulação, nº 1232/11, de 12 de fevereiro



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Ordem dos Enfermeiros

CONCLUSÕES

1. Considera-se que esta avaliação carece de mais elementos que permitam avaliar corretamente dos eventuais ganhos decorrentes da reforma implementada nos cuidados de saúde primários, uma vez que a presente auditoria não contempla todas as unidades funcionais prestadoras de cuidados.
2. Urge controlar o despacho 13795/2012, de 24 de outubro, de forma a adequar os recursos existentes às reais necessidades.
3. Na prestação dos cuidados de saúde primários o objetivo de atribuir um médico de família a cada utente inscrito nunca foi atingido, no entanto, comparativamente, desconhece-se o nível de acessibilidade aos cuidados de enfermagem. Esta avaliação assenta, exclusivamente, nos profissionais médicos ignorando os enfermeiros, peça fundamental e elemento agregador na prestação de cuidados de saúde primários aos diferentes níveis de intervenção.
4. A presente organização não garante a liberdade de escolha o acesso a cuidados médicos, no entanto consideramos que tal não obsta à criação de condições de acesso a cuidados de enfermagem mediante a atribuição de um enfermeiro/equipe de enfermagem, por área geográfica, aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (cfr. ponto 24 do 1.2 da auditoria), conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde e compromisso assumido por Portugal quando subscreveu a Declaração de Munique em 2000.
5. Deverão ser asseguradas nas UCSP as mesmas condições existentes nas USF modelo A, pois só assim será possível diminuir os constrangimentos ao nível da acessibilidade e da equidade.
6. A correta avaliação dos ganhos em saúde obtidos com esta reforma apenas serão corretamente avaliados após o pleno funcionamento das restantes unidades funcionais previstas na reforma e a contratualização suportada em indicadores de resultado.
7. As condicionantes e limitações apontadas na presente auditoria (cfr. ponto 5) deverão ser alvo de profunda reflexão pois, mais do que constrangimentos, serão eventualmente o reflexo da desvirtuação da atual reforma.
8. Verifica-se a existência de uma incoerência no quadro 13 (p. 80), relativamente à referência utilizada como valor remuneratório dos enfermeiros. Foi utilizada a categoria de enfermeiro chefe, sendo que estes são praticamente inexistentes nas USF modelo B, pelo que poderá induzir a uma leitura enviesada dos valores remuneratórios desta classe profissional.
9. Não se compreende, por último, o subterfúgio encontrado para o cálculo, atribuição e forma de pagamento dos incentivos financeiros por compensação pelo desempenho, entre os diferentes profissionais de saúde que constituem as USF modelo B (cfr. p. 22), que deve ser de imediato uniformizado.

A reforma foi desvirtuada por decisões políticas desadequadas, nomeadamente a afetação de utentes não baseada nas reais necessidades em cuidados de saúde, mas sim centralizadas em listas arbitrariamente constituídas e não salvaguardando o acesso dentro da área geodemográfica de residência dos utentes; recursos

Página 4 de 5



Tribunal de Contas

AUDITORIA AO DESEMPENHO DE UNIDADES FUNCIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Colunista do Bastonário

insuficientes para a reforma planeada sendo que a criação das equipas das USF foi muitas vezes conseguida esvaziando recursos de outras unidades funcionais; incapacidade de reconhecer a necessidade de envolvimento de todos os profissionais de saúde no processo da reforma e a sua excessiva centralização nas USF.

Com os meus cumprimentos pessoais,

O Bastonário

Ordem dos Enfermeiros
Ent. Germano Couto

ijpaf:

Página 5 de 8