



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

***Auditoria de Resultados ao Hospital
Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE***

*Relatório n.º 18/2014 - 2ª Secção
Processo n.º 05/2013-Audit
Volume I – Sumário Executivo*





Tribunal de Contas

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

Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE



Índice

I.	INTRODUÇÃO	7
1.	FUNDAMENTO, OBJETIVO E ÂMBITO DA AUDITORIA	7
2.	METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS	7
3.	CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES	7
4.	AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO	8
4.1.	<i>Análise das alegações na generalidade</i>	9
4.2.	<i>Alegações respeitantes às recomendações propostas no Relato de Auditoria</i>	15
II.	SUMÁRIO EXECUTIVO	19
5.	CONCLUSÕES	19
5.1.	<i>Enquadramento e Antecedentes</i>	19
5.2.	<i>Financiamento e Atividade</i>	19
5.3.	<i>Consulta Externa</i>	20
5.4.	<i>Internamento</i>	21
5.5.	<i>Atividade Cirúrgica</i>	21
5.6.	<i>Urgência</i>	22
5.7.	<i>Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica</i>	24
5.8.	<i>Farmácia</i>	26
5.9.	<i>Gabinete do Utente</i>	26
5.10.	<i>Recursos Humanos</i>	26
5.11.	<i>Aquisição de bens e serviços</i>	28
5.12.	<i>Situação Económico-Financeira</i>	28
5.13.	<i>Redução de Custos e Sustentabilidade</i>	30
5.14.	<i>Apreciação da performance do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca como entidade pública empresarial por comparação com a gestão privada anterior e com outros hospitais do SNS</i>	30
5.15.	<i>Eventuais infrações financeiras</i>	32
6.	RECOMENDAÇÕES	34
7.	VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO	37
8.	EVENTUAIS INFRAÇÕES FINANCEIRAS	37
9.	EMOLUMENTOS	37
10.	DETERMINAÇÕES FINAIS	38



FICHA TÉCNICA

Coordenação e Controlo

Auditor-Coordenador
José António Carpinteiro
(Licenciado em Direito)

Auditor-Chefe ⁽¹⁾
Jorge Santos Silva
(Licenciado em Gestão e
Administração Pública)

Equipa de Auditoria

Irene Silva Dâmaso
(Licenciada em Gestão de
Empresas)

João Luís Gomes ⁽²⁾
(Licenciado em Direito)

⁽¹⁾ A partir de 1 de janeiro de 2014. Anteriormente Dra. Maria Isabel Viegas, Licenciada em Organização e Gestão de Empresas.

⁽²⁾ Até 31 de dezembro de 2013.



RELAÇÃO DE SIGLAS

Sigla	Designação
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACIP	Acordo de Cedência de Interesse Público
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ACT	Acordo Coletivo de Trabalho
ADSE	Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
AE	Acordo de Empresa
AOV	Aluguer Operacional de Viaturas
ARS	Administração Regional de Saúde, IP
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
BCE	Banco Central Europeu
CA	Conselho de Administração
CE	Comissão Europeia
CHKS	Caspe Healthcare Knowledge System
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CMVMC	Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DGO	Direção-Geral do Orçamento
EA	Estatuto de Aposentação
EGP	Estatuto do Gestor Público
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERP	Enterprise Resource Planning
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESNS	Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HASSG	Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IGCP	Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública – IGCP, EPE
IGF	Inspeção-Geral de Finanças
LEC	Lista de Espera para Consulta
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
LOE	Lei do Orçamento do Estado
LOPTC	Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
LVCR	Lei de Vínculos, Carreiras e Remunerações
PAEF	Programa de Assistência Económica e Financeira
PERH	Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares
PS	Prestadores de Serviços
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RHV	Recursos Humanos e Vencimentos
SEE	Setor Empresarial do Estado
SGMS	Secretaria- Geral do Ministério da Saúde
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SITAM	Sistema de Informação sobre Taxas Moderadoras
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE



GLOSSÁRIO

Agrupamento de Centros de Saúde	São serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.
Ambulatório médico	Corresponde a um ou mais atos médicos realizados com o mesmo objetivo terapêutico e ou diagnóstico, realizados na mesma sessão, num período inferior a vinte e quatro horas.
Atendimento em Urgência	Ato de assistência prestado num estabelecimento de saúde a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.
Cirurgia de ambulatório	Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas.
Cirurgia programada	Cirurgia efetuada com data de realização previamente marcada
Consulta a Tempo e Horas	Sistema integrado de referência e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar.
Consulta subsequente	Consulta que deriva da primeira para verificação da evolução do estado de saúde do Utente, para administração terapêutica ou no âmbito da educação para a saúde.
Doente internado	Indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupa cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas, excetuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saíam contra parecer médico ou sejam transferidos para outros estabelecimentos, não chegando a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde.
Doente Padrão	Medida de atividade hospitalar global que agrega as diferentes atividades do hospital, ponderadas pelo seu peso relativo e a sua complexidade (por exemplo, converte uma consulta externa num valor equivalente de internamento).
Doente Saído	Doente que deixou de permanecer internado no estabelecimento de saúde, num período (exclui transferências internas entre serviços de internamento).
Grupos de Diagnósticos Homogéneos	Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares, do ponto de vista do consumo de recursos.
Índice de Case-Mix	Coefficiente global de ponderação da produção de um hospital, face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos.
Lista de inscitos para cirurgia	Conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso. Fonte: Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro.
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	Exames ou tratamentos classificados por áreas de produção (e discriminados por serviços requisitantes, nomeadamente: internamento, consulta, urgência e exterior) que fornecem resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico ou prestam cuidados curativos após diagnóstico ou prescrição terapêutica.
Primeira consulta	Consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez numa especialidade e referente a um episódio de doença.
Produção base/contratada	Produção que o hospital se obriga a assegurar no âmbito dos contratos-programa celebrados com o Estado.
Tempo de internamento	Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, excetuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde, não sendo incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência. Contudo, para efeitos de classificação dos doentes em grupos de diagnósticos homogéneos e de faturação incluem-se na contagem do tempo de internamento os dias desde a admissão no serviço de urgência (nos casos em que o doente tenha sido admitido através do serviço de urgência), bem como os dias de estada em berçário.



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 6/11-2ª S, de 30 de novembro, n.º 5/12-2ª S., de 29 de novembro, e n.º 10/13-2ª S., de 28 de novembro, realizou-se uma Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF).

Esta auditoria teve como âmbito temporal os anos de 2009 a 2012¹, com o objetivo principal de apreciar os resultados no que respeita a economia, eficiência e eficácia da gestão, abrangendo o cumprimento de critérios de equidade e qualidade.

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

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adotadas pelo Tribunal de Contas e acolhidas no seu “Manual de Auditoria e de Procedimentos” e tendo em conta as metodologias geralmente aceites pelas organizações internacionais de controlo financeiro, como é o caso da INTOSAI².

Na fase de execução da auditoria procedeu-se ao exame do sistema de controlo interno e efetuaram-se testes nas diversas áreas do HFF³ com vista à recolha das evidências de auditoria que fundamentam as conclusões.

Procedeu-se também à recolha de informação junto das Entidades Públicas responsáveis pelo acompanhamento da execução dos contratos programa, designadamente a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP e a Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

3. Condicionantes e limitações

No decurso da auditoria não foram observadas quaisquer situações condicionantes ao normal desenvolvimento dos trabalhos no Hospital Doutor Fernando Fonseca, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários dos respetivos serviços.

¹ Ainda na fase de execução da auditoria procedeu-se à análise da informação relativa ao ano de 2013, entretanto remetida ao Tribunal de Contas no âmbito da prestação de contas, que foi introduzida nos respetivos pontos do Relatório se considerada pertinente.

² *International Organization of Supreme Audit Institutions.*

³ Designadamente junto da Direção de Gestão Financeira, Direção de Recursos Humanos, Direção da Produção, Direção Logística, Serviços Farmacêuticos, Gabinete de Auditoria Interna, Gabinete Jurídico e Gabinete do Utente.



Na apreciação da performance do HFF como entidade pública empresarial por comparação com a gestão privada anterior assinala-se a condicionante decorrente da determinação da produção realizada e respetiva remuneração ainda constituir objeto de litígio entre a Hospital Amadora/Sintra-Sociedade Gestora, S.A (HASSG) e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Assim, os dados utilizados neste Relatório reportam-se à posição da ARSLVT no momento anterior à decisão do tribunal arbitral. Além disso, a partir de 2009, com o início da gestão pública do HFF não só se verificou um aumento global da produção contratada com este hospital como a sua capacidade foi ampliada com a abertura do Serviço de Urgência Básica do Algueirão-Mem Martins.

Na sequência do exercício do contraditório solicitou-se ainda à Hospital Amadora/Sintra-Sociedade Gestora, S.A (HASSG), que, em complemento, remetesse toda a informação relevante, designadamente relativa a preços unitários, custos e margens. Tal solicitação não foi correspondida, uma vez que aquela entidade não remeteu mais informação, além daquela de que já havia remetido e que constava dos respetivos relatórios de gestão e contas ou processos de auditoria anteriores respeitantes à execução do contrato de gestão⁴.

4. Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório

Nos termos e para os efeitos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de agosto, o Relato de Auditoria foi enviado para as entidades e responsáveis abaixo identificados:

- ✘ Ministro da Saúde;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Entidade Reguladora da Saúde;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- ✘ Presidente do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE;
- ✘ Presidente do Conselho de Administração da Hospital Amadora Sintra Sociedade Gestora, SA;
- ✘ Aos responsáveis individuais indicados no Anexo I do Volume II do Relato de Auditoria.

Foram recebidas respostas de todas as entidades e responsáveis⁵, sendo que **as respostas e alegações apresentadas constam, na íntegra, do Volume III** do presente Relatório. São ainda reproduzidas em síntese e nas partes tidas como relevantes ou refletidos os respetivos ajustamentos nos pontos do Relatório a que respeitam, sem prejuízo das referências na generalidade que a seguir se apresentam, tudo nos termos do artigo 13º, nº 4, da Lei nº 98/97.

⁴ Relatórios N.º 20/05 – 2.ª Secção e N.º 46/08 – 2.ª Secção.

⁵ Foram recebidas 11 respostas.



4.1. Análise das alegações na generalidade

- Sobre a atividade hospitalar

Numa apreciação geral do Relato de Auditoria, o Conselho de Administração do **Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE**, (HFF) *“(...) concorda, na globalidade, com o respetivo conteúdo, designadamente no que respeita às conclusões e recomendações, referindo que estas últimas, na sua maioria, já se encontram implementadas ou em fase de implementação.”*.

Sobre a atividade hospitalar desenvolvida no período em análise, o Conselho de Administração destaca que *“Identificada em 2011 como uma atividade a melhorar, a Consulta Externa foi entendida, em 2012, como área prioritária de intervenção (...) foi definido um novo enquadramento orgânico (...)”* e nomeado *“(...) um Diretor de Serviço, Enfermeiro Chefe e Gestor de Produção.”*. Nesse sentido refere ainda que *“(...) O crescimento contínuo da produção nesta linha de atividade, é resultado das alterações atrás referidas e demonstra uma inequívoca promoção da acessibilidade e encurtamento dos tempos de resposta. Ao mesmo tempo, assegurou-se um peso relativo de primeiras consultas superior a 30%, fortalecendo e garantindo essa acessibilidade.”*.

Quanto ao internamento refere que *“Ao nível da LIC (lista de inscritos para cirurgia) o HFF tem procurado assegurar, igualmente, tempos de resposta dentro do referencial estabelecido no âmbito do Contrato Programa celebrado com a ARSLVT (...)”*, lembrando, no entanto, que *“As dificuldades associadas à referência de doentes para a RNCCI e Rede Social, têm provocado dificuldades crescentes aos serviços do HFF, conduzindo ao aumento de dias de internamento e agravando a demora média, nomeadamente, pelo atraso na concretização das propostas de encaminhamento dos doentes.”*.

Nas alegações apresentadas o Conselho de Administração informa ainda que *“A monitorização e controlo da taxa de cesarianas tem sido objeto de particular atenção por parte do HFF, não só por constar de incentivos institucionais, como ainda, considerando a necessidade de correção da sua evolução. Neste sentido, o Serviço de Obstetrícia e a sua Urgência - Bloco de Partos, reviram a evolução das taxas de Cesarianas e as suas principais indicações (...) e reviram ainda os procedimentos (...) Para 2014, foi definida uma Taxa de Cesarianas inferior a 31%, estando o HFF a aproximar-se deste valor de referência (...)”*.

Nas alegações apresentadas pelo **Ministério da Saúde**, refere-se que *“No caso concreto do HFF, tem havido uma resposta positiva em relação ao grau de cumprimento dos níveis de produção contratados anualmente, conforme bem documenta o Relato do Tribunal de Contas (...)”*.

Ainda sobre a atividade hospitalar, designadamente sobre o desempenho assistencial do hospital, o Ministério da Saúde informa que *“Para além dos compromissos que anualmente são negociados com a instituição, encontra-se igualmente em curso (a nível nacional e, obviamente, também no HFF) o processo de planeamento estratégico hospitalar, o qual visa a definição de planos a três anos para cada instituição hospitalar, englobando a definição dos recursos (humano, técnicos e financeiros), das carteiras de serviços e do nível de desempenho assistencial e económico-financeiro que se pretende alcançar em cada instituição (...)”*.



No que respeita à avaliação do desempenho dos membros do Conselho de Administração do HFF, EPE, de acordo com o cumprimento do contrato de gestão, tal como previsto no estatuto do gestor público⁶, ainda não foi realizada a referida avaliação, uma vez que *“Os conselhos de administração dos hospitais dos centros hospitalares e a Unidades Locais de Saúde do setor público estão a concluir e assinar os respetivos contratos de gestão, com a avaliação do cumprimento destes totalmente alinhada com a avaliação do desempenho assistencial e económico-financeiro da instituição no seu todo, garantindo-se assim uma responsabilização a todos os níveis pelos cuidados que são prestados à população”*.

Regista-se a melhoria de alguns dos resultados da consulta externa em 2013, designadamente o número de consultas realizadas (mais cerca de 18 mil consultas que em 2012) e o número de consultas realizadas em tempo adequado (em 2012, 44,7%, em 2013, 57,5% e em 2014, 63,6%). No entanto, salienta-se que, em 2014, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca ainda apresenta os resultados mais baixos dos hospitais do mesmo grupo⁷ no referido indicador de acesso.

- Relativamente a aspetos de gestão

Nas alegações apresentadas por anteriores membros do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE⁸, refere-se que *“ Os primeiros anos de gestão do HFF após o regresso à esfera pública (a 1 de janeiro de 2009) foram genericamente marcados pelo ajustamento necessário e paulatino da instituição às regras e procedimentos vigentes no universo dos hospitais EPE, (...) Este processo de ajustamento foi propositadamente definido como gradual e paulatino especialmente no que diz respeito à gestão de recursos humanos, de forma a garantir a manutenção da paz social na instituição e os níveis anteriores de produtividade e produção. Foi igualmente necessário regularizar a situação de dezenas de trabalhadores herdados da Sociedade Gestora e fazer face a novas necessidades (como a criação do Serviço de Urgência Básica de Algueirão-Mem Martins decidida pelo Ministério da Saúde em 2009); (...) Em termos genéricos, o HFF manteve, no período analisado, elevados níveis de produção e produtividade, sendo certo que não foi possível, apesar dos esforços desenvolvidos para esse efeito, colmatar a dissonância (aliás, original e verificada desde a abertura do HFF em 1996 existente entre a capacidade instalada e as necessidades da população que, simultaneamente, vem aumentando de efetivos (principalmente no concelho de Sintra) e envelhecendo de forma significativa (principalmente no concelho da Amadora) ”*.

No que respeita à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica o atual Conselho de Administração do **Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca** alega que *“(...) tem promovido uma particular atenção, no que respeita à redução de custos na aquisição destes serviços ao exterior. Este recurso a entidades externas está associado a áreas, relativamente às quais, o HFF:*

⁶ Cfr. Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, respeitante às regras de recrutamento e seleção dos gestores públicos, bem como às matérias relativas aos contratos de gestão e à sua remuneração e benefícios que procede à alteração ao Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março – Estatuto do Gestor Público.

⁷ Cfr. Monitorização do Serviço Nacional de Saúde, ACSS, IP, junho de 2014. Disponível em: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking/groupacesso/acesso2014.aspx>

⁸ Pelo Presidente do CA no período de 13/10/2008 a 30/04/2011 e por um Vogal do CA no período de 13/10/2008 a 28/02/2010.



- Não dispõe de recursos internos (humanos ou equipamentos);
- Tem um custo de produção interna de exames superior ao realizado no exterior;
- Enfrenta situações de urgência, especialmente associadas a avaria de equipamentos (nomeadamente, dificuldades associadas à TAC)."

Refere ainda que "(...) tem dado particular relevância à solicitação de execução de exames, para resposta a necessidades internas, junto de estabelecimentos hospitalares do SNS e ainda, à disponibilidade do HFF em afetar a sua capacidade instalada, à satisfação de necessidades de outras instituições do SNS."

Por sua vez, nas alegações apresentadas pelo **Ministério da Saúde** refere-se que o "(...) despacho [N.º 10430/2011, de 1 de agosto de 2011, do Secretário de Estado da Saúde] enuncia o princípio de utilização da capacidade instalada em cada unidade hospitalar e apenas e após esta estar esgotada poder recorrer à prestação por parte de terceiros." Admitindo adiante que "Contudo, dado imperativo de salvaguarda do estado de saúde, nem sempre é viável recorrer a unidades do SNS para a realização de MCDT e.g. incapacidade de prestação de cuidados em tempo útil; tempo, custo e efeito deletério do transporte sobre o estado de saúde do doente, tempestividade para obtenção de resultado, nível de complexidade do diagnóstico e de terapêutica. Assim sendo, pode ser desejável o recurso ao setor social e ao privado para a realização de MCDT. Adicionalmente, balanceando com a salvaguarda do estado de saúde do doente, poderá estar em causa a vantagem económica para o sistema de saúde, para o SNS e para a unidade recorrer ao setor privado e social."

Considerando a razão então apresentada pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, designadamente "(...) a maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS (...)" para justificar a requisição preferencial de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) a prestadores privados, o Ministério da Saúde veio ainda apresentar alegações adicionais⁹, reiterando o seguinte:

- "(...) estando perante uma atividade de prestação cuidados de saúde o raciocínio tem de ter por base outras condicionantes, como aliás já se antecipou nas alegações iniciais, como por exemplo, a distância a ser percorrida, o custo do transporte e mais importante, o efeito deletério do transporte do doente, para além da tempestividade para obtenção do resultado e ainda o nível de complexidade do diagnóstico e terapêutica.

Face ao exposto, o Ministério da Saúde considera que as disposições vigentes procuram alcançar o equilíbrio entre a utilização mais racional dos recursos e a garantia do acesso dos cidadãos, em qualidade e segurança e em tempo útil, conforme é possível concluir do disposto no Despacho n.º 1430/2011, de 1 de agosto, de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde...

"(...) não obstante do Relato de auditoria resulte que a Direção de Produção do HFF, por norma, apenas remete para os hospitais do SNS as situações consideradas mais urgentes, em

⁹ Esclarecimento prestado na sequência da análise à primeira resposta em sede de contraditório – Vd. Ministério da Saúde, Of. N.º 904/22.08.2014.



*razão da maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS, não podemos deixar de pressupor que a referência a tal competitividade por parte do HFF não se limitará ao preço **tout court** fixado na tabela mas terá, sempre subjacente, também, entre outros, um critério de custo pela deslocação do utente e respetivo transporte, bem como a garantia de acesso efetivo do utente aos meios necessários, até porque, e conforme já se referia nas alegações iniciais, o recurso a entidades privadas e sociais requer justificação prevista ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, devendo ser apresentados argumentos para a aquisição do setor não público.”*

O Tribunal salienta que o recurso a entidades privadas pressupõe a verificação da capacidade instalada existente noutras entidades públicas, não se esgotando na utilização da capacidade instalada insuficiente em cada unidade hospitalar. Pressupõe-se que tal verificação ocorra em conformidade com os padrões de tempestividade, qualidade e segurança garantidos pelo Serviço Nacional de Saúde. Aliás, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, remete as situações consideradas urgentes para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Por outro lado, e do mesmo modo, o recurso a entidades privadas, também poderá implicar custos de deslocação e respetivo transporte, além de requerer a justificação para a aquisição ao setor não público, de acordo com o disposto no Código dos Contratos Públicos.

Havendo capacidade instalada disponível noutras entidades do setor público, pelo menos, na sua região de saúde, os custos consolidados para o Serviço Nacional de Saúde são apenas os custos variáveis de produção (incluindo, eventualmente, os de transporte do utente) que são inferiores ao custo completo de uma entidade privada, que compreende custos fixos, variáveis e encargos de capital. Deste modo, o recurso prioritário à utilização dos recursos existentes no próprio SNS apresenta-se em princípio mais vantajoso, porque o que releva são os custos variáveis de produção e não as diferenças de preço entre a tabela de preços do SNS e os preços praticados pelos privados, tal como também é referido nas alegações adicionais do Ministério da Saúde quando refere que “(...) *tal competitividade por parte do HFF não se limitará ao preço tout court fixado na tabela...*”.

Assim, o recurso a entidades do setor privado ou social deverá ocorrer em complementaridade, quando não seja possível a realização de MCDT por outra entidade do SNS para “(...) *garantir o acesso efetivo dos cidadãos, com elevada qualidade, aos cuidados de saúde que os seus estados clínicos exigem (...)*”.

Já sobre a contratação externa de serviços jurídicos, designadamente sobre a conclusão do Relato de Auditoria de que havia excesso de prestadores de serviços jurídicos, pronunciou-se o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca no sentido de que “(...) *avaliou os contratos dos prestadores de serviços jurídicos, em regime de avença, através da confrontação dos respetivos custos e benefícios e concluiu pelo excesso do número de prestadores.*”.

Sobre a contratação externa de serviços jurídicos as alegações apresentadas acompanham as conclusões produzidas.

Salienta-se, ainda, nas alegações apresentadas pelo Conselho de Administração do Hospital a referência à redução de financiamento do hospital, designadamente que “*De 2010 para 2014, o*



HFF sofreu uma redução de cerca de € 30.835.000,00 (-19%). Neste valor, foi retirado, do ano de 2014, a entrada do programa de pagamento da gestão de camas de internamento do doentes psiquiátricos no exterior, que passou a ser da responsabilidade de gestão do hospital e representam um valor ano de € 13.584.000,00. Este montante, é considerado no contrato programa deste ano, mas reflete-se na íntegra, na estrutura de custos do hospital, visto ser destinado ao pagamento das referidas camas. Consideramos esta redução de financiamento muito significativa e percentualmente superior à registada em outras unidades hospitalares. (...) Em 2013, o valor dos contratos programa dos hospitais do SNS tiveram uma redução, em média, de 2,7%. No mesmo ano, o HFF sofreu uma redução de 5,3% no montante do respetivo contrato programa.”.

No que concerne à gestão dos recursos humanos e mais precisamente à contratação de trabalhadores para cedê-los imediatamente a outras entidades, o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e os anteriores Presidente e Vogal do hospital notificados do Relato de Auditoria, referem que *“(...) a decisão do Conselho de Administração em contratar os referidos profissionais assentou em necessidades reais deste Hospital, devidamente identificadas e fundamentadas, sendo que as mesmas foram antecipadas quanto aos seus efeitos em razão dos pedidos formais promovidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (...)”*, acrescentando que *“(...) não ser crível que a quem compete prover o Sistema Nacional de Saúde das orientações sobre a correspondência legal em sede de regimes de trabalho, como é o caso singular da ACSS, IP, tenha promovido, indiciado, ou sequer sugerido práticas ilegais em sede de provimento de recursos humanos.”*.

Sobre esta matéria já o Tribunal se pronunciou, designadamente no Relatório n.º 30/2012 – 2ª Secção¹⁰, no sentido de que *“As deficientes práticas de gestão observadas na Administração Central do Sistema de Saúde, designadamente quanto: ao recrutamento de recursos humanos por protocolos e acordos de cedência de interesse público, contornando os critérios legais da admissão de pessoal (...) são especialmente materiais por se tratar de uma entidade cujas atribuições incluem a coordenação, normalização, controlo e financiamento dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.”*, tendo recomendado àquela entidade *“Não celebrar acordos de cedência de interesse público ou protocolos com entidades que para o efeito tenham de contratar esses mesmos recursos humanos.”*.

No caso em apreço é censurável não só o incumprimento dos princípios que as entidades públicas devem assegurar no recrutamento de pessoal, designadamente da igualdade de oportunidades e da publicidade, mas especialmente a violação das boas práticas de gestão, uma vez que o hospital não precisava daqueles trabalhadores à data da sua contratação.

Nas alegações apresentadas pelo Conselho de Administração do HFF, EPE, sobre a não sujeição a autorização prévia do Ministro da Saúde das decisões de investimento superiores a € 100.000, conforme previsto no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, n.º 3402/2012, de 28 de fevereiro, refere-se que *“(...) foi entendido pelo HFF que a decisão de contratar e respetiva autorização de despesa (...) teve início (...) durante os anos de 2010 e 2011 (decisões anteriores ao Despacho (...))”*, acrescentado que *“No entanto, compreendemos o entendimento do Tribunal de Contas. Aliás, queremos reafirmar o nosso compromisso de cumprimento do supra*

¹⁰ Auditoria financeira à ACSS, IP – exercício de 2011.



identificado Despacho (...) o HFF, à presente data, já enviou três procedimentos de pedido de autorização prévia (...)”.

Ora, o referido Despacho determinava que a realização de investimentos, quer novos, **quer em curso**, por todas as entidades do SNS, em 2012, era sujeita a autorização prévia do Ministro da Saúde, sempre que o valor total do investimento, a ser pago em 2012 ou anos posteriores, ultrapassasse € 100.000, tendo-se verificado que o Conselho de Administração do HFF veio a deliberar aderir ao relatório final do júri dos concursos em data posterior ao Despacho, pelo que deveria ter submetido as aquisições a autorização do Ministro da Saúde.

A não submissão a autorização daqueles investimentos constituiu um incumprimento de determinações da Tutela e das boas práticas de gestão, uma vez que foram realizados investimentos à margem do controlo interno do Ministério da Saúde e sem análise da eficiência da afetação dos recursos envolvidos.

Sobre esta matéria a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, refere que *“(...) até esta data, a ACSS não implementou mecanismos específicos de controlo desta obrigação, uma vez que o referido Despacho também não o determinava.”¹¹*

A ausência de previsão da criação de mecanismos de controlo no referido Despacho não deve constituir fundamento para que os mesmos não sejam desenvolvidos.

- Sobre questões metodológicas

Relativamente às alegações apresentadas pela **Hospital Amadora Sintra Sociedade Gestora, SA**, destaca-se a afirmação de que *“As conclusões constantes do Resumo Executivo da Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), sendo em termos globais objetivas, enfermam todavia de diversas imprecisões, as quais atribuímos à circunstância de apenas terem sido consultadas para recolha de informação a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE, deixando-se de lado a ora Exponente (...)”*.

De facto, no decurso da auditoria foram solicitados diversos elementos à Direção Jurídica do Grupo José de Mello Saúde, tendo, inclusive, sido fornecidos pela Direção Jurídica do referido Grupo, os relatórios e contas de 2007 e 2008 da Hospital Amadora Sintra Sociedade Gestora, SA.

Posteriormente, a mesma Direção Jurídica alegando que o processo de encerramento das contas com a ARSLVT relativo aos exercícios de 2004 a 2008 não estava concluído, designadamente por ainda se encontrar em apreciação no Tribunal Administrativo de Lisboa, não remeteu os dados sobre preços unitários, custos e margens.

Considerando o alegado e no sentido de conferir as mais amplas garantias do exercício do contraditório, foi ainda oficiada¹² a Hospital Amadora Sintra Sociedade Gestora, SA, para que, em complemento, remetesse toda a informação que entendesse pertinente, designadamente

¹¹ Ofício n.º 10900/2014/GAI Coord./ACSS.

¹² Fax n.º 659/2014 – DA-VI, de 7 de agosto.



relativa a custos, preços, margens e indicadores de desempenho. No entanto, não foi remetida qualquer informação, tal como anteriormente se referiu – vd ponto 3.

4.2. Alegações respeitantes às recomendações propostas no Relato de Auditoria

As respostas do Ministério da Saúde, da Entidade Reguladora da Saúde, da Administração Central do Sistema de Saúde, IP e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, centraram-se sobre o projeto de recomendações constantes do Relato de Auditoria.

No que respeita à proposta de recomendação dirigida ao Ministério da Saúde e ao Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, designadamente “(...) a redução significativa dos tempos médios de acesso à prestação de cuidados de saúde dos utentes do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca”, foi referido pelo **Ministério da Saúde** que “No âmbito do processo de contratualização com os Hospitais do Setor Empresarial do Estado, são anualmente negociados níveis de atividade que permitem responder à procura esperada, nomeadamente nas áreas das consultas externas e na atividade cirúrgica.” e que, “(...) Complementarmente à negociação do volume de atividade a realizar pelo Hospital, são também negociados anualmente objetivos referentes ao tempo de resposta para a consulta externa (...) e para as cirurgias (...) os quais pretendem incentivar o aumento de acessibilidade e o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para estas prestações de saúde, e em relação aos quais se encontra associado uma parte do financiamento da instituição.”.

Note-se que o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos deve corresponder ao direito de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes, pelo que ao invés da negociação de objetivos para incentivar o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos devem ser definidos, claramente, incentivos para a redução dos tempos médios de acesso e criadas penalizações para o incumprimento dos tempos máximos de resposta no acesso a cuidados de saúde.

Sobre a mesma recomendação proposta o Conselho de Administração do **Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE**, considerou que a mesma está em implementação, salientando que “(...) elegeu a acessibilidade à prestação de cuidados de saúde como o primeiro vetor estratégico de desenvolvimento (...)” e que, no “(...) caso do “tempo médio de resposta aos pedidos de consulta”, bem como a “% de pedidos atendidos em tempo adequado”, é evidenciada uma melhoria sustentada e decorrente das já referidas ações desencadeadas (...)”.

Já quanto à recomendação proposta de aclarar os critérios de prioridade e de *outsourcing* da realização dos MCDT no SNS sobre entidades externas, constantes do Despacho n.º 10430/2011, de 1 de agosto, o Ministério da Saúde referiu que “(...) este despacho enuncia o princípio de utilização da capacidade instalada em cada unidade hospitalar e apenas após esta estar esgotada poder recorrer à prestação por parte de terceiros” (conforme já citado anteriormente).

Recorde-se que o projeto de recomendação foi concebido para corrigir a razão apresentada pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, designadamente “(...) a maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na



tabela de preços do SNS (...)” para justificar a requisição preferencial de MCDT a prestadores privados.

O Tribunal reitera que havendo capacidade instalada disponível noutras entidades do setor público, pelo menos na sua região de saúde, o custo para o Serviço Nacional de Saúde é apenas o custo variável de produção que é inferior ao custo completo de uma entidade privada, que compreende custos fixos, variáveis e encargos de capital, salvo demonstração em contrário.

O Ministério da Saúde devia potenciar o aproveitamento máximo da capacidade instalada no Serviço Nacional de Saúde, conferindo orientações claras¹³ no sentido de que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde assegurem a realização dos MCDT prescritos internamente aos seus utentes, através da sua capacidade instalada ou de outros hospitais públicos e que o recurso a entidades privadas deve respeitar o princípio de complementaridade, pelo que se mantém a recomendação proposta no Relato de Auditoria.

Quanto à recomendação de promover a avaliação de desempenho dos membros do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca tendo em consideração o desempenho daquele hospital face aos restantes hospitais do Serviço Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde informou que *“(...) as recentes modificações ao estatuto do gestor público (Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro) obrigam à celebração de um contrato de gestão com qualquer empresa pública, no prazo de 3 meses a contar da designação do gestor público, sendo que o desrespeito pelo prazo estabelecido será cominado com a nulidade do ato de nomeação.” e que “(...) Os conselhos de administração dos hospitais, dos centros hospitalares e das unidades locais de saúde do setor público estão a concluir e assinar os respetivos contratos de gestão...”. Tais alegações não prejudicam o referido projeto de recomendação e não contrariam as conclusões do Relatório, uma vez que a referida avaliação de desempenho ainda não ocorreu.*

Nas alegações apresentadas pelo **Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP**, sobre o projeto de recomendação formulado de *“Propor ao Ministério da Saúde medidas de articulação efetiva entre os hospitais do Serviço Nacional de Saúde por forma a rentabilizar ao máximo a capacidade instalada (...)”*, vem esta entidade referir que *“Enquanto sistema colaborativo que é, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem vindo a implementar mecanismos de entajuda e de complementaridade entre as diferentes unidades de saúde (...) ou através da operacionalização dos circuitos definidos no âmbito das Redes de Referência que têm vindo a ser criadas e aprovadas a nível nacional. (...) Em relação à área concreta dos MCDT, tem vindo a ser implementada a mesma estratégia de rentabilização da capacidade instalada nas instituições do SNS através da implementação de medidas que vão nesse sentido, como sejam o incentivo à definição de protocolos de articulação entre as Administrações Regionais de Saúde e os hospitais do SNS para a realização de MCDT solicitados pelos cuidados de saúde primários (quando esta se apresenta como a solução mais custo-efetiva), ou a operacionalização do Despacho n.º 3756, do*

¹³ Nomeadamente a revisão do n.º 4 do Despacho n.º 10430/2011, de 1 de agosto de 2011, do Secretário de Estado da Saúde, tornando clara a priorização da realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica internamente, ou seja, no Serviço Nacional de Saúde.

“(...) 4 — Os hospitais que integram o SNS devem assegurar a realização dos MCDT necessários aos seus utentes como regra, através da sua capacidade instalada ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, pelo recurso à subcontratação de entidades externas especializadas do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado.”.



Senhor Secretário de Estado da Saúde que define que as Administrações Regionais de Saúde, IP, contratualizam com os hospitais do SNS o aumento do número de colonoscopias realizadas após prescrição do médico de família, ou a implementação do Sistema de Gestão de Entidades (SGES), atualmente em desenvolvimento, que irá constituir o suporte ao processo de monitorização de acesso dos utentes aos MCDT (...)”.

Já sobre a recomendação de promover o fecho de contas de exercícios económicos anteriores com o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca o mais breve possível, incluindo a regularização financeira da faturação irregular da quimioterapia oral, informa a **Administração Central do Sistema de Saúde, IP**, que *“O processo de conferência da produção faturada pelo HFF encontra-se em fase de conclusão, assegurando-se que não existe faturação irregular de quimioterapia oral.”* Esclarecendo que numa fase inicial o HFF considerou que *“(...) a dispensa de medicamentos antineoplásicos seria enquadrável através da classificação de GDH médico de Ambulatório (GDH 410). No entanto esclareceu-se que o nível da codificação CID-9-CM apenas existia o código de quimioterapia via endovenosa (...) pelo que o HFF reformulou o enquadramento da medicação administrada por via oral, não a considerando elegível para efeitos de classificação em GDH de ambulatório. Fruto desta reformulação, o HFF já promoveu a atualização de listagem final de apuramento e correção do GDH 410, nos anos de 2009 a 2012 (...)*”. O Tribunal reitera a recomendação formulada anteriormente¹⁴ no sentido de se realizar a regularização financeira dos montantes correspondentes às correções efetuadas.

Nas alegações apresentadas pela **Administração Regional do Sistema de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP**, destacam-se as observações produzidas a propósito do Serviço de Urgência Básica de Algueirão-Mem Martins, designadamente que *“Esta ARS não descurou o assunto abordado pelo Conselho de Administração do Hospital, pelo contrário o mesmo foi alvo de debate em diversas reuniões de negociação para os Contratos Programa, face ao impacto direto da mesma no cumprimento das orientações emanadas pela Tutela respeitantes a custos e perdas de cada exercício anual, sem todavia se ter concretizado o efetivo encerramento, uma vez que o assunto extravasa a esfera do hospital, ou seja deverá ser enquadrado na oferta global de cuidados de saúde que os concelhos de Sintra e Amadora prestam aos respetivos utentes dos cuidados de saúde primários.”*.

Para além disso, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, refere que *“(...) tem vindo a monitorizar detalhadamente os dados respeitantes às urgências hospitalares da região (...) e verifica-se que nos primeiros 7 meses de 2014 o SUB do Algueirão representou 17% do total de atendimentos realizados no horário das 0h às 08h (...) foram pelo menos 1.216 doentes que não se dirigiram à urgência médico-cirúrgica do HFF, reduzindo o tempo de espera para o atendimento, neste último local.”*.

As referidas justificações não contrariam as observações do Relato, nem a recomendação proposta.

Finalmente, no que respeita às alegações produzidas pelas entidades ouvidas em contraditório a propósito do projeto de recomendações, a Entidade Reguladora da Saúde referiu que *“(...) sem prejuízo de a ERS exercer as suas atribuições, mediante a realização de fiscalizações, emissão de*

¹⁴ Relatório n.º 24/2013 – 2ª Secção – Auditoria de seguimento das recomendações formuladas no Relatório n.º 24/2011 – 2ª Secção – Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE.



ordens e/ou instruções e/ou recomendações e, quando aplicável, exercício do poder sancionatório (...) subsiste no setor da saúde uma diferenciação entre o regime legal aplicável a prestadores de cuidados de saúde públicos e privados, no que respeita ao tratamento das reclamações.” e que “(...) conforme a ERS já vem manifestando, não fará sentido que o direito do utente à reclamação sofra alterações consoante o mesmo se dirija a um estabelecimento público ou privado (...)”.

Salienta-se apenas que as entidades, públicas ou privadas, devem incentivar e valorizar as reclamações apresentadas pelos utentes, com garantias de que esse direito será exercido independentemente da natureza pública ou privada dessas entidades.

Entretanto, o propósito da recomendação proposta no Relato de Auditoria foi satisfeito com a recente alteração dos estatutos da ERS pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto¹⁵, que centralizou na ERS a análise das reclamações dos utentes, independentemente de se reportarem a prestadores de cuidados de saúde de natureza pública ou privada, além disso foi ainda previsto que seja a ERS a mediar os conflitos entre essas instituições e os utentes.

Sobre o projeto de recomendações ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, constante do Relato de Auditoria, o **Conselho de Administração do hospital** informou ainda que *“(...) no que diz respeito às conclusões e recomendações, estas últimas (...)”* estão *“(...) na sua maioria já implementadas ou próximas de implementação.”* Sem prejuízo das iniciativas entretanto adotadas pelo Conselho de Administração, só ulteriormente o Tribunal apreciará essas medidas, no âmbito do seu acompanhamento da implementação das recomendações que formula.

¹⁵ Procede à adaptação dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde ao regime estabelecido na lei-quadro das entidades reguladoras, aprovada em anexo à Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto.



II. Sumário Executivo

5. Conclusões

5.1. Enquadramento e Antecedentes

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

1. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro, tendo sido, nos termos do mesmo diploma, conferida a gestão deste hospital¹⁶ a um consórcio privado, a Hospital Amadora/Sintra-Sociedade Gestora, S.A (HASSG), através de um contrato de gestão integral que vigorou até 31 de dezembro de 2008.
2. A partir de 1 de Janeiro de 2009 foi instituída a gestão pública do estabelecimento, na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, que criou o “Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE”.
3. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, à semelhança dos restantes hospitais do Setor Empresarial do Estado é financiado pelo Orçamento de Estado através de contratos programa que remuneram anualmente a produção de cuidados hospitalares realizada a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde. A sua área de influência, correspondente aos concelhos da Amadora e de Sintra, abrange uma população de cerca de 552.807 habitantes¹⁷.

5.2. Financiamento e Atividade

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – ponto 3.1 – Volume II)

4. No triénio 2009-2011, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca apresenta taxas de execução da produção contratada elevadas nas principais linhas de produção, ultrapassando os 100%, com exceção do ambulatório em 2009 (90%) e da consulta externa em 2011 (97%). Em 2012, as taxas de execução baixaram nas principais linhas da produção, não atingindo os 100%, o que pode ter sido influenciado pela alteração da metodologia de contratualização que passou a estabelecer que a valorização da produção marginal pode ocorrer entre linhas de atividade, mas limitada ao valor global do contrato programa¹⁸.
5. A diminuição, em 2012, do financiamento obtido pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca com as linhas de produção da consulta externa (-26%, ou € -7,4 M) e urgência (-51%, ou € -14 M) resultou mais da alteração dos preços unitários, imposta pela Administração Central do Sistema de Saúde em resultado dos compromissos assumidos no Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica¹⁹, daquelas linhas de

¹⁶ Com a classificação de hospital distrital de valências básicas e intermédias de nível dois e com a área de que abrangia os concelhos da Amadora e de Sintra.

¹⁷ Fonte: Instituto Nacional de Estatística, censos de 2011.

¹⁸ Fonte: Documento “Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos”, da ACSS, IP, ano de 2012. Disponível no endereço: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20120116_Metodologia_2012.pdf

¹⁹ Em 2012, verificou-se uma diminuição de financiamento previsto para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 7,38% face ao ano de 2011.



atividade no contrato programa de 2012 do que da diminuição da produção, que só se verificou na urgência (-12.874 episódios, ou -5,3%).

5.3. Consulta Externa

(Cfr. *Desenvolvimento da auditoria – ponto 3.2 – Volume II*)

6. No período 2009-2012, registaram-se aumentos na linha de produção da consulta externa, em consequência do aumento em cerca de 8% (4.411) de primeiras consultas em 2010, 21% (13.314 consultas) em 2011, e 17% (12.707 consultas) em 2012. Para este aumento terão contribuído os incentivos institucionais previstos no contrato programa associados ao aumento da representatividade das primeiras consultas no total das consultas realizadas.
7. No que respeita ao acesso às consultas hospitalares, **o tempo médio de resposta do hospital aos pedidos de consulta**, medido através da Consulta a Tempo e Horas, **aumentou de 39,7 dias em 2009 para 193,4 dias em 2012**, não tendo atingido a meta de 125 dias estabelecida no contrato programa desse ano.
8. O tempo máximo de resposta a um pedido de consultas realizado pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, através daquele sistema de informação, aumentou de 753,7 dias em 2011 para 960,1 dias em 2012, **excedendo largamente o prazo fixado (150 dias)** para a primeira consulta da especialidade em hospitais do Serviço Nacional de Saúde, o que significa que o acesso à primeira consulta hospitalar degradou-se e que o hospital não conseguiu corresponder às solicitações de consulta dos Cuidados de Saúde Primários.
9. Apesar do aumento do número de consultas externas realizadas em 2012, ainda assim, registou-se uma perda de eficiência, uma vez que o aumento dos custos diretos (3,4%) foi mais do que proporcional ao aumento da produção (1,6%).
10. Em 2012, os proveitos do hospital resultantes da realização de consultas externas decresceram 25,5% (€ 7.378.651), devido à redução de 8% dos preços estabelecidos no contrato programa²⁰.
11. Comparado com outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde, tendo por referência o *benchmarking*, elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde, em maio de 2013²¹, o desempenho do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, no que respeita à demora média para marcação de consultas, foi inferior à maioria dos restantes hospitais do grupo (comparáveis)²².

²⁰ Conforme consta da metodologia para definição de preços e fixação de objetivos para o contrato programa de 2012.

²¹ Cfr.- Relatório de Benchmarking/Hospitais EPE e PPP, elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde, em maio de 2013.

Disponível no endereço: http://www.utap.pt/Publicacoes_oficiais/Relat%C3%B3rio%20de%20benchmarking_2012.pdf

²² Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Hospital de Braga, PPP, Hospital de Faro, EPE, Hospitalar de Espírito Santo de Évora, EPE, Hospital Garcia de Orta, EPE e Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.



5.4. Internamento

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 3.3 – Volume II)

12. No internamento registaram-se variações negativas na produção desde 2010, tendo o maior decréscimo (4%) ocorrido em 2011, face ao período homólogo. Estas variações resultaram do aumento da produção de GDH cirúrgicos em ambulatório, 43% (1.641) em 2010, 47% (2.574) em 2011 e 6% (456) em 2012, tendência esta que decorreu da reorganização da linha de atividade de cirurgia de ambulatório após a realização de obras no bloco operatório.
13. Considerando os custos diretos totais do internamento e a produção realizada conclui-se que o hospital melhorou o seu nível de eficiência em 2012, face ao ano transato, uma vez que o custo por doente saído diminuiu 1% (de € 1.136,15, em 2011, para € 1.124,47, em 2012).
14. No entanto, entre 2009 a 2012 não se verificaram ganhos de eficiência ao nível do internamento, uma vez que o custo médio por doente saído aumentou de € 1.119,69 em 2009 para € 1.124,47 em 2012²³.
15. O indicador de doentes saídos por médico e por enfermeiro revela que, em 2012, o hospital aumentou a produtividade por médico em 8,2% (mais 11 doentes saídos por médico), e diminuiu a produtividade por enfermeiro 4,1% (menos 3 doentes saídos por enfermeiro). Por outro lado, **a demora média do internamento aumentou de 6,57 dias em 2009 para 7,43 dias em 2012**, sem o correspondente aumento de complexidade na casuística, o que terá prejudicado a eficiência do hospital.
16. O hospital registou um aumento da taxa de ocupação no período em análise, atingindo 92,8% da sua capacidade em 2012, o que traduz um maior aproveitamento da sua capacidade instalada.
17. O aumento da taxa de mortalidade, a situação prevalecente de cesarianas em excesso e o aumento do peso dos internamentos com demora superior a 30 dias justificam a tomada de ações corretivas por forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no internamento.

5.5. Atividade Cirúrgica

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 3.4 – Volume II)

18. Entre 2009 e 2012 a atividade cirúrgica programada aumentou 8% (mais 1.327 doentes operados). Para esse aumento contribuiu a atividade cirúrgica realizada nas especialidades de cirurgia plástica com 46% (591), e de oftalmologia com 29% (747). Porém, sem prejuízo do referido aumento global, verificou-se uma diminuição no número de cirurgias realizadas nas especialidades de ginecologia e de otorrinolaringologia, de 17% (menos 174 doentes operados) e 6% (menos 100 doentes operados), respetivamente.

²³ Cfr. Quadro 9 do Volume II do Relatório.



19. O número de doentes em lista de inscritos para cirurgia registou um aumento de cerca de 24% (786 doentes) em 2012, face a 2011. O maior acréscimo no número de doentes em espera para cirurgia registou-se na especialidade de oftalmologia (118%), tendo-se verificado um aumento do tempo médio de espera em lista de 66,7 dias para 87 dias.
20. Em 2010, a mediana do tempo de espera em lista de inscritos para cirurgia de todas as especialidades foi de 91,3 dias, tendo diminuído progressivamente nos anos seguintes para 85,2 dias (2011) e 79,1 dias (2012).
21. O peso da cirurgia de ambulatório no total da atividade cirúrgica, entre 2009 e 2012, aumentou em todas as especialidades cirúrgicas, destacando-se a especialidade de oftalmologia com crescimentos de 70% em 2009, 79% em 2010, 89% em 2011 e 91% em 2012.

5.6. Urgência

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 3.5 – Volume II)

22. A produção na urgência aumentou 9% em 2010 e 2% em 2011, situação que se inverteu em 2012, com um decréscimo de 5% face ao ano anterior (272.550 atendimentos em 2011 e 252.304 em 2012). Segundo o Conselho de Administração do Hospital terá sido o *“(...) aumento das taxas moderadoras e que conduziram a uma redução global das admissões (...)”*²⁴. No entanto, não foi realizado qualquer estudo neste hospital que suportasse esta conclusão²⁵.
23. Em 2012, o número de atendimentos urgentes realizado por médico e por enfermeiro registou decréscimos de 7% e 8%, respetivamente, traduzindo-se numa quebra de produtividade e, conseqüentemente, numa menor eficiência.
24. Em 2012, o custo médio unitário por atendimento em urgência foi de € 77,88, tendo-se registado um aumento de 5,7% face a 2011 (€ 73,69), apesar da redução de 2,2% dos custos totais diretos de € 20.084.949 em 2011, para € 19.649.686 em 2012.
25. Em 2012, os proveitos totais do hospital resultantes da atividade da urgência diminuíram 51,5% (de € 27.110.798 em 2011 para € 13.154.287 em 2012), em consequência da alteração

²⁴ Fonte: Relatório e Contas de 2012. Em sede de contraditório o Conselho de Administração do HFF veio citar uma tese de mestrado para afirmar que o aumento das taxas moderadoras conduziu a uma redução global das admissões – publicado em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/11372/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Soares.pdf>. No entanto, neste estudo conclui-se que *“(...) para a população que procura cuidados no hospital analisado, o aumento do preço não teve impacto nas suas decisões de procura.”* e que *“(...) a procura de cuidados de urgência é inelástica face ao aumento do preço no hospital analisado. Embora se tenha verificado uma redução dos cuidados procurados (12%), esta foi muito inferior ao aumento ocorrido no preço (108%).”*

²⁵ Por sua vez, no Relato de Auditoria citou-se um estudo da *Nova School of Business and Economics*- Universidade Nova de Lisboa, de julho de 2013, no qual se concluiu que *“(...) não se encontra uma redução estatisticamente significativa da utilização de urgências em resultado do aumento das taxas moderadoras – vd. “Impacto das taxas moderadoras na utilização de serviços de saúde” publicado em- <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/impacto-taxas-moderadoras-v3.pdf>.*



da tabela de preços para esse ano²⁶, da redefinição do pagamento da linha de produção da urgência²⁷ e da diminuição do número de episódios da urgência.

26. O hospital procede à disponibilização de informação relativa aos custos incorridos com as prestações de saúde realizadas a utentes na urgência de acordo com a tabela de preços do SNS. A referida informação não reflete os custos reais, dado que o hospital não tomou as iniciativas necessárias para assegurar o apuramento de custos por doente/episódio, sendo apenas apurados custos médios subsistindo, ainda, a não imputação dos custos indiretos às atividades principais do Hospital.
27. Em 2012, o tempo médio de espera entre a admissão do doente e a primeira observação foi de 1 hora e 24 minutos.
28. O tempo médio de permanência entre a admissão e a alta, em 2012, foi de 3 horas e 26 minutos.
29. No período 2009-2012, o tempo médio de espera na urgência do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca para as situações não urgentes não ultrapassou os 240 minutos estabelecidos no “Protocolo de Manchester”²⁸.
30. Já no que respeita ao tempo médio de espera para situações mais graves, de emergência ou muito urgentes, constatou-se que o mesmo ultrapassou o tempo máximo fixado no protocolo acima referido. Com efeito, em 2012, o tempo médio de espera das situações muito urgentes foi o triplo do previsto (30 minutos quando o atendimento deveria ter sido realizado no máximo de 10 minutos).

	Emergência	0 minutos
	Muito Urgente	10 minutos
	O paciente precisa de avaliação	60 minutos
	Pouco urgente	120 minutos
	Não urgente	240 minutos

Prioridades	2009	2010	2011	2012
Vermelho	19	26	17	12
Laranja	44	39	27	30
Amarelo	97	90	78	75
Verde	121	107	99	83
Azul	229	168	163	87
Total Geral	90	86	80	69

Fonte: HFF,EPE – Dados não auditados.

31. As reclamações apresentadas sobre o Serviço de Urgência Geral do hospital diminuíram progressivamente (de 816 em 2009, para 679 em 2010, e para 542 em 2012). Ainda assim, o Serviço de Urgência continua a deter o maior número de reclamações, maioritariamente

²⁶ Em 2011, o contrato programa estabelecia para os atendimentos na SU – Polivalente/médico-cirúrgica, um preço unitário de € 132,40, e para os atendimentos na SU – Básica, um preço de € 37,78. Em 2012, após a redefinição do pagamento da linha da urgência os atendimentos na SU – Polivalente passaram a se remunerados pelo preço unitário de € 121,81, os atendimentos na SU - Polivalente/médico-cirúrgica pelo preço de € 37,78. Em 2012, após a redefinição do pagamento da linha da urgência os atendimentos na SU – Polivalente passaram a se remunerados pelo preço unitário de € 121,81, os atendimentos na SU - Polivalente/médico-cirúrgica pelo preço de € 61.04, e os atendimentos na urgência básica pelo preço de € 34.76.

²⁷ Serviço de urgência polivalente, serviço de urgência médico-cirúrgica e serviço de urgência básica.

²⁸ Sistema de classificação do risco clínico de cada episódio.



motivadas pelo excesso de tempo de espera. Além disso, constatou-se que o hospital não tem respondido a todas as reclamações apresentadas.

32. Em 2009, foi criado o Serviço de Urgência Básica do Algueirão-Mem Martins integrado no hospital com o objetivo de reduzir os atendimentos não urgentes e diminuir os tempos médios de espera na urgência. Porém, a abertura desta unidade não foi antecedida de qualquer estudo ou análise custo-benefício pelo hospital ou pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo que suportou o investimento com as infraestruturas e com os equipamentos.
33. A maior procura dos cuidados de saúde prestados pela Urgência Básica do Algueirão-Mem Martins registou-se em 2010, com 47.765 admissões, tendo a maioria ocorrido no período compreendido entre as 08h00 e as 16h00 horas, e a menor procura entre as 24h00 e as 08h00 horas, traduzida em 6% em 2009, 8,8% em 2010, 9,8% em 2011 e de 7,9% em 2012, da atividade total.

5.7. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 3.6 – Volume II)

34. O número de utentes em lista de espera para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica duplicou, de 2.455 em 2010 para 4.940 em 2012 (101%).
35. No período 2009-2012, 95% dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados externamente foram efetuados por entidades privadas (em 2012, dos 895 exames realizados externamente, 849 foram realizados em entidades privadas. A razão então apresentada pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE para justificar a requisição preferencial de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) a prestadores privados foi *“(...) a maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS (...)”*.
36. Assim, a remessa para outras entidades do SNS tem sido residual, ao contrário do que seria de esperar, uma vez que as entidades privadas devem ser colocadas no plano da complementaridade. No entanto, o HFF só remeteu as situações mais urgentes para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Apesar das alegações apresentadas em sede de contraditório, e sem prejuízo das garantias de acesso, tempestividade, qualidade e segurança para os utentes, o hospital mantém a falta de perceção global sobre o que seria mais vantajoso para o Serviço Nacional de Saúde, em termos consolidados - ponto 4.1.

O recurso a entidades privadas pressupõe a verificação da capacidade instalada existente noutras entidades públicas, não se esgotando na utilização da capacidade instalada insuficiente em cada unidade hospitalar. Havendo capacidade instalada disponível noutras entidades do setor público, pelo menos na sua região de saúde, os custos consolidados para o Serviço Nacional de Saúde são apenas os custos variáveis de produção (incluindo, evidentemente, os custos de transporte, bem como outros custos que sejam proporcionais ao número de utentes). Deste modo, o recurso prioritário à utilização dos recursos existentes



no próprio Serviço Nacional de Saúde apresenta-se em princípio mais vantajoso, porque o que releva são os custos variáveis de produção e não as diferenças de preço entre a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde e os preços praticados pelos privados.

37. A produção de meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados internamente, aumentou 31% (55.656) em 2012 face ao ano transato.
38. Os custos com a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica em entidades externas diminuíram de € 1.826.837 em 2010, para € 1.314.485 em 2011 e € 1.164.619 em 2012, em resultado de uma renegociação dos preços praticados por entidades externas (privadas). Note-se que, no mesmo período, o número exames realizados em entidades externas aumentou 19% (+148 exames)²⁹.
39. Contudo, **a lista de espera aumentou 66% (mais 1.968 utentes em espera)** em consequência do maior número de pedidos sendo a ressonância magnética 160% (201), a radiologia de intervenção 147% (327), RX convencional 142% (98), as que mais contribuíram para esse resultado.
40. **No caso das colonoscopias³⁰, o hospital não recorreu ao exterior** (incluindo outros hospitais do SNS) **para a realização deste tipo de exames**, apesar da diminuição acentuada do número de exames realizados em 2013 e do aumento do tempo médio de espera (em 2011, 134 dias e em 2012 148 dias em exames em ambulatório sem anestesia).
41. No período 2009-2013, por não existir uma monitorização periódica da lista de espera para a realização de exames de colonoscopia ocorreram erros ou falhas nas marcações³¹ que prejudicaram o acesso dos utentes em tempo útil àqueles cuidados de saúde.
42. O hospital, de forma reativa e no sentido de dar cumprimento a uma instrução da Entidade Reguladora da Saúde³², implementou, em 2014, regras de monitorização e controlo da lista de espera e reforçou os recursos humanos naquela área.
43. Existem diferenças substanciais entre os preços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica praticados pelos fornecedores do hospital e os estabelecidos na tabela de preços e regras do regime convencionado do Serviço Nacional de Saúde e da Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública. **As diferenças verificadas revelam um potencial de poupança** tanto para o Serviço Nacional de Saúde e ADSE, como para o hospital (cfr. quadro n.º 25 do Vol.II).

²⁹ Cfr. Quadro n.º 26 do Volume II do Relatório. 748, 897 e 891 exames realizados em entidades externas em 2010, 2011 e 2012, respetivamente.

³⁰ "Exame complementar de diagnóstico e de terapêutica que possibilita ao médico especialista a visualização do intestino grosso, ou cólon.

³¹ Inquérito prévio interno n.º 02/2014 – "(...) atraso na marcação de uma colonoscopia que demorou doze meses a ser realizada.", no qual se concluiu haver "(...) falta de gestão e monitorização (clínica e administrativa) da lista de espera dos exames de colonoscopia (...) inexistência de protocolos de recusa de pedidos de consultas por pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo (...) inexistência de protocolos de realização externa das colonoscopias."

³² Processo n.º 004-14 da Entidade Reguladora da Saúde.



44. Comparando a produção efetivamente realizada com a capacidade nominal dos equipamentos de Tomografia Axial Computorizada e de Ressonância Magnética, verificou-se um subaproveitamento da capacidade instalada dos mesmos em resultado das constantes intervenções técnicas que os equipamentos têm vindo a estar sujeitos em razão da sua antiguidade.

5.8. Farmácia

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 3.7 – Volume II)

45. Os custos com o consumo de medicamentos aumentaram cerca de 18,7% de 2009 (€ 27.379.716) para 2012 (€ 32.494.077).
46. Em 2012, os custos com a cedência de medicamentos para a patologia do vírus da imunodeficiência humana representaram cerca de 67% do total dos custos com medicamentos de dispensa gratuita em ambulatório. Verificou-se, porém, que o custo médio por doente diminuiu de € 8.755 em 2009 para € 8.372 em 2009.

5.9. Gabinete do Utente

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 3.8 – Volume II)

47. O livro de reclamações não é suficientemente utilizado como instrumento de gestão e os mecanismos implementados de audição e resposta aos utentes não asseguram a valorização da sua utilização.
48. O número de reclamações apresentadas pelos utentes diminuiu progressivamente nos anos em análise (em 2009, 1.457 reclamações e em 2012, 1.267).

5.10. Recursos Humanos

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 4 – Volume II)

49. No primeiro ano de gestão pública (2009) o número de trabalhadores no hospital aumentou 10% (282 trabalhadores) face ao ano anterior, em resultado do crescimento de 15% de pessoal com contrato individual de trabalho, e de 7% com contrato de trabalho em funções públicas. Já o número de prestadores de serviços, embora tenha registado um aumento de 1% em 2009, foi reduzido em 2010, 2011 e 2012, respetivamente em 9%, 11% e 3%.
50. O aumento dos contratos individuais de trabalho em 2009 resultou da necessidade de proceder à regularização de situações de trabalho precário herdadas da Sociedade Gestora e da necessidade de afetar recursos a novos serviços, em especial à Urgência Básica do Algueirão-Mem Martins.
51. Os prestadores de serviços em nome individual diminuíram no período de 2008 (691) a 2012 (675), contrariamente ao verificado com os prestadores em nome coletivo (112 em 2008 e 138 em 2012).



52. Constatou-se existirem no hospital treze Acordos de Cedência de Interesse Público para outras entidades, sendo que, apenas em um desses acordos o trabalhador foi cedido a entidade excluída do âmbito de aplicação da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro.
53. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca contratou trabalhadores apenas para cedê-los a outras entidades (sujeitas ao âmbito de aplicação da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro), ou seja, esta unidade hospitalar não tinha necessidade daquelas contratações, uma vez que antes da sua cedência não exerceram funções no hospital.

As alegações dos membros do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca não procedem na parte em que pretendem justificar que tais contratações “(...) foram antecipadas quanto aos seus efeitos em razão dos pedidos formais promovidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P...”. De facto, nos casos aludidos pelo Conselho de Administração, decorreram cerca de 3 anos entre o momento da contratação e cedência e o início de funções desses trabalhadores no HFF, o que representa um horizonte temporal excessivamente alargado para justificar uma “antecipação de efeitos” com base na satisfação de necessidades urgentes.

54. Os processos de recrutamento dos trabalhadores que foram contratados sem se verificar manifesta urgência e que foram cedidos, praticamente em simultâneo, a outras entidades, não cumpriram os princípios da igualdade de oportunidades e da publicidade, em violação do nº 4, do artigo 14º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.
55. Dos quatro trabalhadores reformados em exercício de funções no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, verificou-se que três deles³³ não poderiam ter sido mantidos em funções após o início da gestão pública do hospital, uma vez que se tinham reformado com recurso a mecanismos legais de antecipação de aposentação ou incapacidade.
56. A atribuição de um subsídio de função a médicos e enfermeiros que exercem funções de enquadramento e de suplementos remuneratórios por isenção de horário de trabalho carece de revisão tendo em vista a harmonização das políticas remuneratórias no universo dos hospitais do SEE, uma vez que a transição do hospital para entidade pública empresarial ocorreu em 2009.
57. Apesar do Despacho n.º 187/2007, de 18 de setembro, do Secretário de Estado da Saúde, determinar que o controlo de assiduidade nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde fosse realizado por registo biométrico, verificou-se que a obrigatoriedade do registo biométrico no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca “(...) dista desde abril de 2013(...)”.
58. O regulamento de atribuição e utilização de viaturas aprovado pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca admite a utilização pessoal das viaturas pelos membros do Conselho de Administração quando o Estatuto do Gestor Público apenas permite a utilização das viaturas em serviço.

³³ Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.



59. Não foram preenchidos os boletins mensais de utilização das viaturas, o que constitui uma falha relevante de controlo interno, que impede a distinção da utilização das viaturas para fins profissionais da utilização para fins particulares e, neste caso, a imputação pessoal dos respetivos custos de utilização.

5.11. Aquisição de bens e serviços

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 5 – Volume II)

60. O hospital dispõe na sua estrutura de um Gabinete de Apoio Jurídico que tem por função, entre outras, informar e preparar no plano termos jurídico-legal, as decisões do Conselho de Administração.
61. No período 2009-2012, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca recorreu ainda a advogados externos, contratados em regime de avença ou prestação de serviços.
62. Numa perspetiva de boa gestão de dinheiros públicos e utilização dos recursos humanos próprios, considerando o número de processos distribuídos a cada uma das sociedades de Advogados externos contratadas e a contribuição de cada uma daquelas sociedades para obtenção dos objetivos para os quais foram contratadas concluiu-se existir um excesso de prestadores de serviços jurídicos.
63. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca cumpriu as disposições legais na tramitação dos processos concursais analisados, designadamente a publicidade da intenção de adjudicar, de modo a garantir a transparência do procedimento e o respeito pelos princípios da concorrência e da igualdade.
64. **O hospital não cumpriu** o estipulado no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, n.º 3402/2012, de 28 de fevereiro³⁴, segundo o qual, ficaram sujeitas a **autorização prévia do Ministro da Saúde quaisquer despesas cujo valor total do investimento, a ser pago em 2012 ou anos posteriores, ultrapassem € 100.000**, uma vez que, no exercício económico de 2012 foram realizados, sem autorização prévia, dois investimentos pelo valor total de € 464.973 e de € 121.955. A não submissão dos investimentos a uma análise prévia de afetação racional de recursos constituiu um incumprimento de determinações da Tutela e das boas práticas de gestão, uma vez que foram realizados investimentos à margem do controlo interno do Ministério da Saúde e sem análise da eficiência da afetação dos recursos envolvidos.

5.12. Situação Económico-Financeira

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 6 – Volume II)

65. O resultado líquido do hospital no exercício de 2012 foi de € 64,7 mil, tendo sido € 3,6 milhões no exercício anterior. O resultado operacional do hospital em 2012 foi de € -180,1 mil, tendo sido no ano anterior de € 6,1 milhões.

³⁴ Em 2014, foi igualmente determinado, através do Despacho n.º 1747/2014, de 21 de janeiro, que a realização de novos investimentos ou de investimentos em curso de valor superior a € 100.000 fica sujeita à aprovação do Secretário de Estado da Saúde.



Designação	2009	2010	2011	2012
Resultados Operacionais	1.771.538 €	2.738.029 €	6.094.315 €	-180.097 €
Resultados Financeiros	466.335 €	377.286 €	236.280 €	779.890 €
Resultados Correntes	2.237.874 €	3.115.315 €	6.330.594 €	599.793 €
Resultados Antes de Impostos	2.249.229 €	1.473.200 €	6.341.345 €	889.625 €
Imposto sobre o rendimento	423.070 €	511.751 €	2.760.077 €	824.949 €
Resultado Líquido do Exercício	1.826.158 €	961.449 €	3.581.268 €	64.676 €

66. Entre 2009 e 2012, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca apresentou resultados líquidos do exercício positivos registando-se, contudo, um decréscimo acentuado desses resultados em 2012, em resultado da diminuição do valor do contrato programa (em 2011, € 154,9 milhões e em 2012, € 145,2 milhões). Note-se, que no ano de 2012 verificou-se uma diminuição de financiamento previsto para as Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde de 7,38% face ao ano de 2011.
67. No período 2009-2012, o valor do ativo do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca aumentou significativamente (€ 148,6 M para € 315,2 M), em resultado do **aumento substancial dos acréscimos de proveitos provocados pelos atrasos no acerto de contas com a ACSS**, a propósito da execução dos contratos programa e das dívidas de terceiros.
68. Não se encontram refletidas contabilisticamente, nas demonstrações financeiras de 2009 a 2012, as notas de débito relativas às taxas moderadoras que não foram pagas pelos utentes, no total acumulado de € 2.907.211, pelo que foram subavaliados os correspondentes proveitos anuais e o valor das dívidas de terceiros refletido no balanço.
69. Os custos com fornecimentos e serviços externos diminuíram 15% em 2011, face a 2010, e 1% em 2012, face a 2011, em resultado dos custos com a subcontratação terem reduzido 19% em 2011, e 9% em 2012, destacando-se a rubrica associada à subcontratação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, como a que mais contribuiu para esse decréscimo, (28% em 2011 e 11% em 2012).
70. A **rubrica de custos com o pessoal é a mais representativa na estrutura de custos**, tendo em 2012, atingido o peso de 45%, com um ligeiro aumento de 0,1% face a 2011.
71. Em 2012 os encargos com horas extraordinárias foram de € € 4.515.967, representando um decréscimo de cerca de 15% (€ 820.692) comparativamente a 2011 (€ 5.336.659), sendo o grupo profissional dos médicos os que maior peso tiveram no encargo total com horas extraordinárias nos anos em análise (em 2012, € 4.504.829, correspondentes a 99,75%). A diminuição dos custos com as horas extraordinárias resultou, essencialmente, da diminuição das majorações do trabalho extraordinário, na sequência da aplicação no disposto no artigo 32º da Lei do Orçamento do Estado para 2012, uma vez que o n.º de horas extraordinárias realizadas por profissionais médicos aumentou de 163.501 em 2011, para 164.371 em 2012.
72. De acordo com os indicadores financeiros que medem a capacidade das empresas de fazer face às suas responsabilidades de curto prazo (liquidez geral), o hospital reflete um **baixo risco para os seus credores (em 2012, o rácio é de 1.07)**, dado que o ativo circulante é suficiente para fazer face às dívidas de terceiros de curto prazo. O indicador de autonomia financeira evidencia porém uma dependência crescente de capitais alheios (0.37, 0.36 e 0.26, em 2010, 11 e 12, respetivamente).



73. No período 2009-2011, o hospital faturou indevidamente como GDH de ambulatório os tratamentos com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores (Grupo Farmaco-Terapêutico 16) administrados por via oral (quimioterapia oral). Esta faturação irregular representou € 1.373.051, € 1.749.084 e € 1.781.759, em 2009, 2010 e 2011, respetivamente.
74. O hospital procedeu aos registos contabilísticos de correção da faturação irregular em 2012 através da anulação de resultados transitados por contrapartida de uma conta de acréscimos de custos. No entanto, **a restituição financeira dos valores faturados irregularmente ainda não ocorreu.**
75. As disponibilidades e aplicações financeiras do hospital são mantidas em contas da Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública-IGCP, EPE (IGCP). Contudo, verificou-se existirem algumas contas abertas na banca comercial para pagamento a fornecedores e salários, que a 31 de dezembro de 2012, apresentavam um saldo de € 331.569, o que constitui um incumprimento do princípio de unidade de tesouraria do Estado.
76. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca tem vindo, progressivamente, a reduzir o prazo médio de pagamento a fornecedores, em 2011 206 dias, em 2012 157 dias e 113 dias em 2013.

5.13. Redução de Custos e Sustentabilidade

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 7 – Volume II)

77. O hospital implementou, a partir de 2010, várias medidas com vista à obtenção de poupanças nos domínios da energia e dos resíduos hospitalares. As medidas adotadas permitiram uma poupança de € 321.554 com a energia e de € 80.000 com os resíduos sólidos urbanos. Para além destas iniciativas, o hospital conseguiu renegociar vários contratos de fornecimento de bens e serviços entre 2011 e 2012, que se traduziram numa poupança de € 1.014.424, ou numa redução de desperdícios, caso os contratos renegociados tenham sido negociados com lucros excessivos para os fornecedores.

5.14. Apreciação da performance do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca como entidade pública empresarial

(cfr. Desenvolvimento da auditoria - ponto 9 – Volume II)

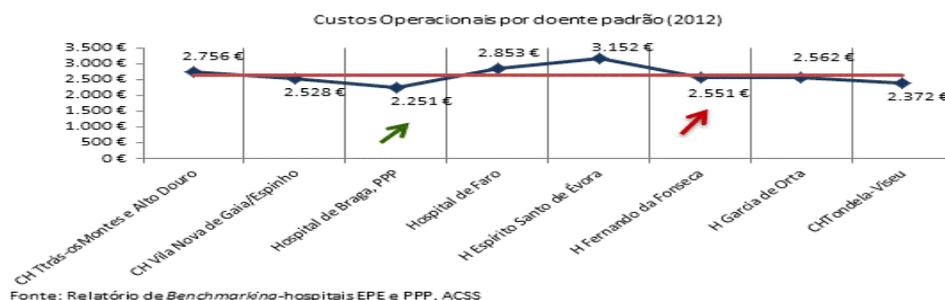
78. A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo era a entidade responsável pela contratação da produção anual e monitorização da execução do contrato de gestão celebrado com a Hospital Amadora/Sintra-Sociedade Gestora, S.A (HASSG) no que respeitava à produção, à avaliação da qualidade dos serviços prestados e quanto à verificação e pagamento da retribuição anual.
79. Examinada a taxa de execução da cirurgia de ambulatório no período de gestão privada³⁵ verificou-se que foi sempre inferior a 30%, em resultado do preço fixado no contrato de

³⁵ Informação recolhida junto da ARSLVT, IP.



gestão não ser atrativo do ponto de vista económico. Note-se que o preço unitário pago por cirurgia era de € 650, atualizados em janeiro de cada ano com base em 95% do índice de inflação média específico para cada área da saúde publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, quando o preço unitário estabelecido no contrato programa de 2009, primeiro ano de gestão pública do hospital, foi de € 2.396, ou seja, uma diferença superior a 300% (€ 1.746).

80. A partir de 2009, com o início da gestão pública do hospital, as taxas de execução das várias linhas de produção foram superiores às do último ano de gestão privada, exceto no internamento.
81. O indicador “custo operacional médio doente padrão”³⁶, no período 2007-2012, alcançou o seu valor mais baixo em 2010 (€ 2.466,64), ou seja, foi nesse ano, já sob gestão pública, que o hospital terá sido eventualmente mais eficiente.
82. Após a transição do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca para a gestão pública a produção realizada foi paga por um montante superior, ou seja, **o financiamento do hospital registou um aumento de € 12,7 milhões.**
83. O modelo de gestão do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca não foi determinante no nível de eficiência do hospital.
84. Na comparação com outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, em termos de custos operacionais por doente padrão (gráfico seguinte), e de acordo com o Relatório de Benchmarking/Hospitais EPE e PPP³⁷ elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde, em maio de 2013, apresenta-se como sendo o quarto hospital mais eficiente dos hospitais do mesmo grupo de oito hospitais.



85. No que respeita ao financiamento por doente padrão, foi atribuído ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, um financiamento de € 2.428,75, ou seja, o terceiro mais alto da amostra selecionada.

³⁶ O n.º de doentes padrão do período de gestão privada foi estimado, uma vez que a Hospital Amadora Sintra Sociedade Gestora, SA, não dispõe dessa informação, tendo referido que não estava em “(...) condições de providenciar informação sobre doentes padrão (...)”, considerando não ser “(...) possível calcular com rigor o n.º de doentes padrão.”.

³⁷ Grupo D: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE; Centro Hospitalar de Vila Nova Gaia/Espinho, EPE; Hospital Braga, PPP; Hospital Faro, EPE; Hospital Espírito Santo de Évora, EPE; Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE; Hospital Garcia Orta, EPE; Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.



2012	CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Braga, PPP *	Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE	Hospital de Faro, EPE	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Hospital Garcia de Orta, EPE	CH Tondela-Viseu
Nº doentes padrão	43.335	62.936	58.860	57.376	41.719	25.071	52.451	44.703
Contratualização/financiamento	104.405.488,82 €	143.965.244,91 €	131.123.434,00 €	139.352.005,77 €	103.542.250,53 €	70.794.021,00 €	115.415.115,86 €	92.860.804,14 €
Financiamento por doente Padrão	2.409,26 €	2.287,49 €	2.227,72 €	2.428,75 €	2.481,90 €	2.823,74 €	2.200,44 €	2.077,28 €

* Valor do financiamento provisório

Fonte: Contrato-programa Hospitais EPE, ACSS (doente padrão)

86. Na comparação com outros hospitais do grupo de referência (EPE), o desempenho do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca fica aquém nas dimensões do acesso e da qualidade.
87. Com efeito, apenas 44,7% das consultas realizadas em 2012 foram-no em tempo considerado adequado, constituindo o segundo pior registo do grupo de referência, apenas superado pelo Hospital do Espírito Santo de Évora.
88. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca apresenta o pior resultado (51,4%) do grupo de hospitais de referência no que respeita a % de cirurgias realizadas em ambulatório no total cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis³⁸.

5.15. Eventuais infrações financeiras

(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – pontos 4 e 6 - Volume II - Desenvolvimento)

89. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca contratou trabalhadores que foram cedidos a outras entidades na mesma data, sem que os processos de recrutamento tenham cumprido os princípios da igualdade de oportunidades e da publicidade³⁹ e sem se verificar manifesta urgência. A violação do disposto no n.º 4 do art.º 14 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, pode constituir os responsáveis do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, identificados no ponto 8.1.1 do Anexo I, em responsabilidade financeira sancionatória nos termos da alínea I) do n.º 1 do art.º 65.º da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto. (Cfr. Desenvolvimento da auditoria – ponto 4.1.1 - Volume II)
90. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, manteve em funções três profissionais reformados por recurso a mecanismos legais de antecipação de aposentação ou incapacidade, o que constituía um impedimento legal, nomeadamente conforme previsto no Estatuto da Aposentação, designadamente o n.º 4 do art.º 78º do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro e no n.º 2 do art.º 78 do Decreto-Lei n.º 137/2010, de 28 de dezembro. A violação das referidas normas legais pelos responsáveis do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca identificados no ponto 8.2.1 do Anexo I pode configurar uma eventual infração financeira sancionatória, por violação do disposto na al. b) do n.º 1 do art.º 65 da LOPTC - Lei n.º 98/97, de 26 de agosto. (Cfr. Desenvolvimento da auditoria – ponto 4.2.1 - Volume II)
91. A utilização de contas abertas na banca comercial constitui uma violação do disposto no n.º 2 do art.º 2 do Decreto-Lei n.º 191/99, de 5 de junho (Regime da Tesouraria do Estado) e é

³⁸ O valor mais eficiente do grupo é de 83,16%.

³⁹ Esta situação também foi identificada no Relatório n.º 288/2013, da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.



suscetível de constituir os responsáveis do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, identificados no ponto 11.1 do Anexo I, em responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto na al. d) do n.º 1 do art.º 65 da LOPTC - Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.
(Cfr. Desenvolvimento da auditoria – ponto 6.1)



6. Recomendações

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

Ao Ministro da Saúde

- I. Tomar as iniciativas pertinentes no sentido de ser assegurada uma redução significativa dos tempos médios de acesso à prestação de cuidados de saúde dos utentes do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- II. Rever o Despacho n.º 10430/2011, de 1 de agosto, do Secretário de Estado da Saúde, por forma a ter como referência os custos marginais do Serviço Nacional de Saúde e não a tabela de preços do SNS⁴⁰.
- III. Propor a inclusão em diploma legal do teor do despacho n.º 10430/2011, de 1 de agosto, após revisão de acordo com o acima recomendado.
- IV. Promover a avaliação de desempenho dos membros do conselho de administração em conformidade com o estabelecido no Estatuto do Gestor Público, sem prejuízo da consideração do desempenho do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca face aos restantes hospitais do SNS, bem como o cumprimento dos despachos da tutela, designadamente no que respeita à autorização prévia de investimentos sujeitos à Análise Custo-Benefício.
- V. Propor a inclusão em diploma legal do teor dos despachos⁴¹ respeitantes à apreciação de investimentos superiores a € 100.000 sujeitos à avaliação da Análise Custo-Benefício, considerando a sua relevância para a não acumulação de pagamentos em atraso e controlo do orçamento do SNS.
- VI. Estipular tempos máximos de resposta garantidos para a generalidade dos cuidados de saúde, definindo penalizações para os gestores que não assegurem o seu cumprimento.
- VII. Tomar as iniciativas apropriadas para garantir que as entidades sobre a sua Tutela não contratam trabalhadores com o propósito de os ceder a outras entidades.

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde

- I. Propor ao Ministério da Saúde medidas de articulação efetiva entre os hospitais do Serviço Nacional de Saúde por forma a rentabilizar ao máximo a capacidade instalada, colocando as entidades privadas no plano da complementaridade.

⁴⁰ "Os hospitais que integram o SNS devem assegurar a realização dos MCDT necessários aos seus utentes como regra, através da sua capacidade instalada ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, pelo recurso à subcontratação de entidades externas especializadas do setor público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do setor privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado." Fonte: Despacho n.º 10.429/2011, de 1 de agosto.

⁴¹ Vg. Despacho do Secretário de Estado da Saúde, n.º 1.747/2014, de 21 de janeiro.



- II. Proceder à regularização financeira da faturação irregular de quimioterapia oral através da correspondente devolução dos montantes efetivamente pagos.
- III. Estabelecer procedimentos de controlo interno que garantam o cumprimento do Despacho do Secretário de Estado da Saúde, n.º 1747/2014, de 21 de janeiro, de modo a assegurar que os investimentos superiores a € 100.000 sejam submetidos à autorização prévia do Secretário de Estado.

Ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

- I. Garantir que na fixação dos objetivos de qualidade e eficiência sejam clarificados expressamente os critérios que estão subjacentes à fixação das percentagens para cada um dos objetivos por referência aos indicadores.
- II. Não celebrar acordos de cedência de interesse público com entidades que para o efeito tenham de contratar esses mesmos recursos humanos ou para assegurar necessidades permanentes de recursos humanos.
- III. Comunicar ao Tribunal de Contas todas as situações existentes de trabalhadores contratados e cedidos em curto lapso de tempo a outras entidades, à data de aprovação deste Relatório.
- IV. Promover, através da realização de uma Análise Custo-Benefício, a adequação do funcionamento do Serviço de Urgência Básica do Algueirão-Mem Martins às necessidades de saúde da população da área de influência do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

Ao Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

- I. Cumprir os tempos máximos de resposta garantidos⁴² no acesso a cuidados de saúde dos utentes do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- II. Garantir a redução significativa dos tempos médios de acesso à prestação de cuidados de saúde dos utentes do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, por forma a igualar os melhores tempos médios de acesso verificados nos hospitais do grupo⁴³.
- III. Submeter as decisões de investimento superiores a € 100.000 a autorização prévia do Secretário de Estado da Saúde, conforme determinado pelo Despacho n.º 1747/2014, de 21 de janeiro.
- IV. Assegurar que a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica em entidades do setor privado ou social seja efetuada apenas nos casos de comprovada

⁴² Na consulta externa, 30, 60 e 150 dias, de realização muito prioritária, prioritária e normal, respetivamente.

⁴³ <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>



incapacidade de resposta dos hospitais do SNS e desde que o custo marginal seja inferior aos preços das entidades externas ao SNS.

- V. Promover a realização de Análises Custo-Benefício ou outros estudos adequados, que sustentem uma racional (estudo de alternativas/escolhas) aplicação do dinheiro dos contribuintes, de modo a fundamentar quaisquer decisões sobre a externalização ou internalização de atividades.
- VI. Afixar, de forma bem visível para os utentes, o dístico referindo explicitamente a existência do livro de reclamações, que deverá estar em local visível e acessível aos utentes e sem qualquer eventual tipo de entrave físico ou psicológico, garantindo resposta fundamentada a todas as reclamações.
- VII. Determinar que as referidas reclamações tenham o respetivo tratamento administrativo, nomeadamente que tenham sempre uma resposta no prazo de 10 dias⁴⁴.
- VIII. Não contratar trabalhadores para os ceder de imediato a outras entidades.
- IX. Regularizar as situações de pessoal médico com vínculo ao hospital que exerce funções na modalidade de prestação de serviços.
- X. Regularizar as situações de exercício de funções por trabalhadores reformados, de forma a garantir o cumprimento das regras estabelecidas no Estatuto da Aposentação.
- XI. Rever os suplementos remuneratórios tendo em vista a harmonização das políticas remuneratórias no universo dos hospitais do SEE.
- XII. Alterar o regulamento de utilização de viaturas no sentido de excluir de forma inequívoca a utilização pessoal e instituir procedimentos de controlo interno que permitam prevenir e detetar a utilização das viaturas para fins particulares.
- XIII. Não utilizar as viaturas para fins particulares.
- XIV. Garantir o preenchimento dos boletins mensais de utilização das viaturas utilizadas pelos membros do conselho de administração.
- XV. Proceder à regularização financeira da faturação irregular de quimioterapia oral através da correspondente devolução dos montantes efetivamente pagos.
- XVI. Assegurar que são registadas contabilisticamente as notas de débito referentes às taxas moderadoras não pagas pelos utentes.

⁴⁴ Prazo previsto no art.º 30.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.



7. Vista ao Ministério Público

Do projeto 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 Contas⁴⁵.

8. Eventuais Infrações Financeiras

Os factos e situações relatados nas conclusões respeitantes **(vd. ponto 5.15)** :

- i. À contratação, pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, de trabalhadores sem que os processos de recrutamento tenham cumprido os princípios da igualdade de oportunidades e da publicidade e sem se verificar manifesta urgência;
- ii. À manutenção em funções de três profissionais reformados por recurso a mecanismos legais de antecipação ou incapacidade;
- iii. Ao incumprimento do princípio da unidade de tesouraria do Estado;

são passíveis de gerar responsabilidade financeira sancionatória para os membros do Conselho de Administração do Hospital Fernando da Fonseca, EPE, dos anos em que foram praticados os atos (2009 a 2012).

Contudo, atenta a não verificação de dolo, nem anterior recomendação do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão de controlo interno **considera-se que é de relevar a eventual responsabilidade financeira sancionatória**, conforme o disposto no n.º 8 do artigo 65.º⁴⁶ da Lei de organização e processo do Tribunal de Contas.

9. 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 maio⁴⁷, 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 a Nota de Emolumentos apresentada no Volume II, são devidos emolumentos num total de € 17.164,00, a suportar pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

⁴⁵ Cfr. Resolução n.º 3/2010 - 2ª Secção do Tribunal de Contas.

⁴⁶ 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 correção da irregularidade do procedimento adotado; 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.

⁴⁷ Alterado pela Lei n.º 139/99, de 28 de Agosto e pela Lei n.º 3-B/2000, de 4 de abril.



10. Determinações Finais

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

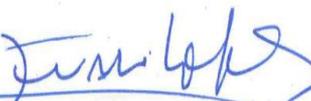
1. Aprovar o presente Relatório, nos termos da alínea a), do nº 2, do art.º 78º, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto.
2. Que o presente Relatório seja remetido, às seguintes entidades:
 - ✘ Ministro da Saúde;
 - ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Entidade Reguladora da Saúde;
 - ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - ✘ Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
 - ✘ Presidente do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE;
 - ✘ Presidente do Conselho de Administração da Hospital Amadora Sintra Sociedade Gestora, SA;
 - ✘ Aos responsáveis individuais ouvidos no âmbito do contraditório.
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.

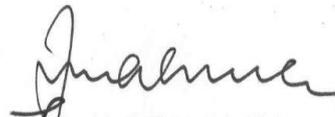
Tribunal de Contas, em 25 de setembro de 2014.

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos



(José Luís Pinto Almeida)



(José de Castro de Mira Mendes)

Fui presente

O Procurador-Geral Adjunto





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

***Auditoria de Resultados ao Hospital
Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE***

*Relatório n.º18/2014 - 2ªSecção
Processo n.º 05/2013-Audit
Volume II - Desenvolvimento*





Tribunal de Contas

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

Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE



Índice

DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA	8
1. CARATERIZAÇÃO INSTITUCIONAL	8
1.1. Organização e funcionamento	9
2. AÇÕES DE FISCALIZAÇÃO REALIZADAS POR ÓRGÃOS DE CONTROLO	10
2.1. Tribunal de Contas	10
2.2. Inspeção-Geral das Atividades em Saúde	11
2.3. Inspeção-Geral de Finanças	12
3. ATIVIDADE HOSPITALAR	13
3.1. Financiamento	13
3.1.1. Incentivos institucionais	13
3.1.2. Remuneração pela produção contratada	15
3.2. Consulta Externa	18
3.3. Internamento	22
3.4. Atividade Cirúrgica	25
3.5. Urgência	28
3.5.1. Atendimento em Urgência Geral	28
3.5.2. Atendimento em Urgência Básica	31
3.6. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	33
3.7. Farmácia	42
3.8. Gabinete do Utente	45
4. RECURSOS HUMANOS	47
4.1. Mobilidade por cedência de interesse público	53
4.1.1. Acordo de Cedência de Interesse Público do HFF para outras instituições	54
4.1.2. Acordo de Cedência de Interesse Público de outras instituições para o HFF	56
4.2. Reformados/Aposentados – Prestação de trabalho remunerado	58
4.2.1. Reformados	58
4.2.2. Aposentados	60
4.3. Abonos para além da remuneração base	61
4.3.1. Subsídio Mensal de Função e suplemento remuneratório por isenção de horário de trabalho	61
4.3.2. Benefícios atribuídos aos membros do CA	62
5. AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS	65
5.1. Serviços jurídicos	65
5.2. Outros bens e serviços	67
6. SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA	68
6.1. Balanço	68
6.2. Demonstração de Resultados	74
7. REDUÇÃO DE CUSTOS E SUSTENTABILIDADE	77
8. IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO	77
9. APRECIÇÃO DA PERFORMANCE DO HFF COMO ENTIDADE PÚBLICA EMPRESARIAL POR COMPARAÇÃO COM A GESTÃO PRIVADA ANTERIOR E POR COMPARAÇÃO COM OUTROS HOSPITAIS DO SNS	78
9.1. Comparação do desempenho do HFF enquanto entidade pública empresarial com a gestão privada	78
9.1.1. Eficácia - execução física e financeira da atividade contratada vs realizada	79
9.1.2. Eficiência - custos operacionais por doente padrão	81
9.1.3. Economia – remuneração da produção realizada	81
9.1.4. Qualidade e produtividade	83
9.2. Comparação do desempenho do HFF, EPE, com outros hospitais do grupo	83



ANEXO I – RESPONSÁVEIS	90
ANEXO II – INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR AO DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA	91
1. ORGANIGRAMA DO HFF,EPE	91
2. INCENTIVOS INSTITUCIONAIS.....	92
3. CONSULTA EXTERNA	97
4. ATENDIMENTO EM URGÊNCIA GERAL	98
5. INDICADORES ECONÓMICOS, DE ACESSO, DE QUALIDADE E DE PRODUTIVIDADE	98
6. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA.....	99
6.1. COMPARAÇÃO DE PREÇOS UNITÁRIOS DA PORTARIA DE PREÇOS DO SNS E OS PREÇOS PRATICADOS PELOS FORNECEDORES EXTERNOS	99
6.2. COMPARAÇÃO DE PREÇOS UNITÁRIOS DA PORTARIA DE PREÇOS DO SNS E OS PREÇOS PRATICADOS PELOS FORNECEDORES EXTERNOS	100
7. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE CONTROLO INTERNO	101
8. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	102
9. SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA	107
9.1. ORÇAMENTO ECONÓMICO VS REALIZADO	107
9.2. BALANÇO	108
9.3. DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS	109



Índice Quadros

QUADRO 1 – INCENTIVOS INSTITUCIONAIS PREVISTOS E ATRIBUÍDOS	14
QUADRO 2- PRODUÇÃO REALIZADA – SNS.....	15
QUADRO 3- REMUNERAÇÃO DA PRODUÇÃO REALIZADA – SNS.....	16
QUADRO 4- PRODUÇÃO CONTRATUALIZADA VS REALIZADA - SNS	17
QUADRO 5 - PESO DAS 1 ^{as} CONSULTAS NO TOTAL DE CONSULTAS	18
QUADRO 6 - EVOLUÇÃO DE MARCAÇÃO DE CONSULTA NO PROGRAMA CONSULTA A TEMPO E HORAS	19
QUADRO 7 - ATIVIDADE, CAPACIDADE E EFICIÊNCIA	21
QUADRO 8- CUSTOS COM MEDICAMENTOS EM SERVIÇOS ESPECÍFICOS.....	23
QUADRO 9 - ATIVIDADE, CAPACIDADE E EFICIÊNCIA	23
QUADRO 10 - CUSTO DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR DOENTE SAÍDO	24
QUADRO 11 - INDICADORES DE QUALIDADE	24
QUADRO 12 - NÚMERO DE DOENTES OPERADOS.....	25
QUADRO 13 - TEMPO MÉDIO DE ESPERA DA LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA.....	25
QUADRO 14 - EVOLUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO.....	26
QUADRO 15 - TAXA DE CIRURGIA EM AMBULATÓRIO	27
QUADRO 16 - PRODUÇÃO FIXADA NO CONTRATO DE CONCESSÃO DE APOIO FINANCEIRO.....	27
QUADRO 17 - TAXA DE EXECUÇÃO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO SNS E SUBSISTEMAS	27
QUADRO 18 - ATIVIDADE, CAPACIDADE E EFICIÊNCIA	28
QUADRO 19 - TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA URGÊNCIA GERAL	30
QUADRO 20 - TEMPO MÉDIO TRIAGEM /1 ^a OBSERVAÇÃO	30
QUADRO 21 - PESO DAS RECLAMAÇÕES NO TOTAL DOS DOENTES ASSISTIDOS	31
QUADRO 22 - ENCARGOS COM PESSOAL DO SUB	32
QUADRO 23 - NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS POR FORNECEDOR	34
QUADRO 24 - NÚMERO DE COLONOSCOPIAS REALIZADAS.....	37
QUADRO 25 - COMPARAÇÃO DE PREÇOS DE MCDT'S	38
QUADRO 26 - MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICA	39
QUADRO 27 - POTENCIAL DE EXAMES A REALIZAR NO PERÍODO DE 8 HORAS	40
QUADRO 28 - ESTIMATIVA DE EXAMES A REALIZAR DIARIAMENTE.....	40
QUADRO 29 - CUSTO MÉDIO TOTAL TAC E RM	41
QUADRO 30 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR LINHA DE PRODUÇÃO	42
QUADRO 31 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DOENTE PADRÃO.....	43
QUADRO 32 - DISPENSA GRATUITA EM AMBULATÓRIO VS CONSUMO INTERNO.....	43
QUADRO 33 - CONSUMOS VS EXISTÊNCIAS FINAIS	44
QUADRO 34 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE DISPENSA GRATUITA EM AMBULATÓRIO POR PATOLOGIA	44
QUADRO 35 - RECLAMAÇÕES APRESENTADAS NO GABINETE DO UTENTE	46
QUADRO 36 - EVOLUÇÃO DOS TRABALHADORES POR GRUPO PROFISSIONAL.....	48
QUADRO 37 - TRABALHADORES POR TIPO DE VÍNCULO	49
QUADRO 38 - TRABALHADORES POR TIPO DE VÍNCULO E CUSTOS COM PESSOAL.....	49
QUADRO 39 - PESSOAL MÉDICO.....	50
QUADRO 40 - PESSOAL DE ENFERMAGEM	50
QUADRO 41 - EVOLUÇÃO NÚMERO DE MÉDICOS.....	51
QUADRO 42 - EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS COM MÉDICO	51
QUADRO 43 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ENFERMEIROS.....	52
QUADRO 44 - ENCARGOS COM ENFERMEIROS	52
QUADRO 45 - SIMULAÇÃO CONTRAÇÃO EXTERNA - MÉDICOS	52
QUADRO 46 - SIMULAÇÃO CONTRATAÇÃO EXTERNA - ENFERMEIROS.....	53
QUADRO 47 - VALOR ANUAL DOS CONTRATOS DE ALUGUER.....	63
QUADRO 48 - REMUNERAÇÃO BASE E DESPESAS DE REPRESENTAÇÃO	64
QUADRO 49 – DESPESAS PRESTADORES DE SERVIÇOS/ GABINETE JURÍDICO	67
QUADRO 50 - SALDO DE DEPÓSITOS À ORDEM.....	69
QUADRO 51 – MONTANTES POR REGULARIZAR ACSS	72
QUADRO 52 – MONTANTES POR REGULARIZAR HFF.....	72
QUADRO 53 - INDICADORES.....	74
QUADRO 54 – CUSTOS COM EXAMES INTERNOS E EXTERNOS	75



QUADRO 55 - CUSTOS COM PESSOAL.....	75
QUADRO 56 - CUSTOS COM HORAS EXTRAORDINÁRIAS.....	76
QUADRO 57 - CUSTOS COM SUPLEMENTOS REMUNERATÓRIOS.....	76
QUADRO 58 - INDICADORES ECONÓMICOS.....	76
QUADRO 59 - POUPANÇAS COM COGERAÇÃO.....	77
QUADRO 60 - POUPANÇAS COM RENEGOCIAÇÃO DE CONTRATOS.....	77
QUADRO 61 - ATIVIDADE CONTRATADA VS REALIZADA.....	80
QUADRO 62 - CUSTO OPERACIONAL MÉDIO DOENTE/PADRÃO.....	81
QUADRO 63 - PRODUÇÃO REALIZADA E REMUNERAÇÃO.....	82
QUADRO 64 - PRODUÇÃO REALIZADA E REMUNERAÇÃO.....	82
QUADRO 65 - INDICADORES DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE.....	83
QUADRO 66 - COMPARAÇÃO DE INDICADORES DE ACESSO.....	84
QUADRO 67 - COMPARAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE.....	84
QUADRO 68 - COMPARAÇÃO DE INDICADORES DE PRODUTIVIDADE.....	85
QUADRO 69 - COMPARAÇÃO DE INDICADORES ECONÓMICOS.....	86
QUADRO 70 - FINANCIAMENTO POR DOENTE PADRÃO.....	86
QUADRO 71 - FINANCIAMENTO PER CAPITA.....	87
QUADRO 72 - GRAU DE EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS - 2010.....	92
QUADRO 73 - GRAU DE EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS - 2011.....	93
QUADRO 74 - GRAU DE EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS - 2012.....	94
QUADRO 75 - GRAU DE EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS INSTITUCIONAIS - 2013.....	95
QUADRO 76 - DESVIO DOS OBJETIVOS FIXADOS NO CONTRATO-PROGRAMA PARA 2012.....	96
QUADRO 77 - LISTA DE ESPERA PARA CONSULTA DA ESPECIALIDADE.....	97
QUADRO 78 - ATIVIDADE REALIZADA NA LINHA DE PRODUÇÃO DA URGÊNCIA.....	98
QUADRO 79 - RECLAMAÇÕES RELATIVAS AOS SERVIÇOS PRESTADOS NA URGÊNCIA.....	98
QUADRO 80 - INDICADORES DE EFICIÊNCIA DO HFF.....	98
QUADRO 81 - INDICADORES DE EFICIÊNCIA - COMPARAÇÃO C/ OUTROS HOSPITAIS.....	99
QUADRO 82 - CUSTO DOS EXAMES INTERNOS E EXTERNOS.....	99
QUADRO 83 - PREÇOS UNITÁRIOS MCDT REALIZADOS NO EXTERIOR E PREÇOS DA PORTARIA.....	100
QUADRO 84 - SISTEMAS E APLICAÇÕES INFORMÁTICAS.....	102
QUADRO 85 - OUTPUTS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS FINANCEIROS.....	103
QUADRO 86 - OUTPUTS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA DIREÇÃO LOGÍSTICA.....	105
QUADRO 87 - EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO.....	107
QUADRO 88 - BALANÇO.....	108
QUADRO 89 - IMOBILIZADO.....	108
QUADRO 90 - DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS.....	109
QUADRO 91 - ESTRUTURA DE PROVEITOS E GANHOS.....	109
QUADRO 92 - ESTRUTURA DE CUSTOS E PERDAS.....	109
QUADRO 93 - DECOMPOSIÇÃO DA RUBRICA DE CUSTOS DAS MERCADORIAS VENDIDAS E MATÉRIAS CONSUMIDAS.....	110

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 - PRODUÇÃO CONTRATUALIZADA VS REALIZADA.....	16
GRÁFICO 2 - CONSULTAS REALIZADAS EM TEMPO ADEQUADO.....	20
GRÁFICO 3 - NÚMERO DE INSCRITOS NA CTH.....	20
GRÁFICO 4 - NÚMERO DE PEDIDOS EM TRIAGEM.....	20
GRÁFICO 5 - TEMPO DE AVALIAÇÃO E PEDIDO DE MARCAÇÃO DE CONSULTA.....	21
GRÁFICO 6 - PRODUÇÃO DO INTERNAMENTO.....	22
GRÁFICO 7 - RECLAMAÇÕES RELATIVAS AOS SERVIÇOS PRESTADOS NA URGÊNCIA.....	30
GRÁFICO 8 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS, POR LINHA DE PRODUÇÃO.....	43
GRÁFICO 9 - COMPRAS VS CONSUMO.....	44
GRÁFICO 10 - CUSTO MÉDIO POR DOENTE.....	44
GRÁFICO 11 - PESO DOS CUSTOS COM MEDICAMENTOS PARA O HIV.....	45
GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS E DE PESSOAL CONTRATADO.....	50
GRÁFICO 13 - PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTO.....	74
GRÁFICO 14 - PERCENTAGEM DE CONSULTAS REALIZADAS EM TEMPO ADEQUADO.....	84
GRÁFICO 15 - PERCENTAGEM DE CIRURGIAS REALIZADAS EM TEMPO ADEQUADO.....	84



GRÁFICO 16 - PERCENTAGEM INTERNAMENTOS COM DEMORA SUPERIOR A 30 DIAS.....	85
GRÁFICO 17 - PERCENTAGEM DE CESARIANAS POR PARTOS.....	85
GRÁFICO 18 - PRODUTIVIDADE POR MÉDICO E ENFERMEIROS.....	85
GRÁFICO 19 - TAXA DE OCUPAÇÃO.....	85
GRÁFICO 20 - CUSTOS OPERACIONAIS POR DOENTE PADRÃO.....	86

Índice de Figuras

FIGURA I - PROTOCOLO DE TRIAGEM DE MANCHESTER.....	30
FIGURA II.....	54
FIGURA III.....	57



Desenvolvimento da Auditoria

1. Caracterização institucional

O HFF foi criado pelo Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro, sendo, nos termos deste diploma legal, dotado de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, com a classificação de hospital distrital de valências básicas e intermédias de nível 2¹. A área de influência do hospital compreende os concelhos de Amadora e de Sintra, e serve uma população de cerca de 553 mil habitantes.

Inicialmente, e na prossecução da autorização conferida pela Lei de Bases da Saúde, em harmonia com o preceituado no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, através do Despacho do Ministro da Saúde de 30 de março de 1995, foi autorizada a entrega da gestão do HFF ao Grupo José de Mello Saúde.

Na sequência do referido despacho, no dia 10 de outubro de 1995, foi celebrado o Contrato de Gestão do HFF, entre a Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo (ARSLVT, IP) e o consórcio privado – Hospital Amadora Sintra - Sociedade Gestora, S.A. (HAS-SG) que entrou em vigor no dia 1 de novembro de 1995.

Aquele contrato tinha por objeto a gestão integral do HFF por parte da HAS-SG, devendo esta garantir a prestação de cuidados de saúde globais na ótica da integração do HFF na Unidade de Saúde da sua área de influência, a que correspondem os Concelhos da Amadora e de Sintra.

Assim, após treze anos sob gestão privada, com a extinção do contrato de gestão, por caducidade decorrente da sua denúncia para o termo do prazo, foi constituída através do Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, uma entidade pública empresarial (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE) que iniciou atividade, a partir de 1 de janeiro de 2009.

Nas alegações apresentadas pelos anteriores membros do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE², refere-se que *“ Os primeiros anos de gestão do HFF após o regresso à esfera pública (a 1 de janeiro de 2009) foram genericamente marcados pelo ajustamento necessário e paulatino da instituição às regras e procedimentos vigentes no universo dos hospitais EPE, designadamente: i) ao nível da gestão de recursos humanos, ii) das aquisições de equipamentos e consumíveis iii) da negociação da produção anual, parâmetros de desempenho institucionais, iv) do modelo de financiamento e v) da articulação/integração de sistemas de informação. Este processo de ajustamento foi propositadamente definido como gradual e paulatino especialmente no que diz respeito à gestão de recursos humanos, de forma a garantir a manutenção da paz social na instituição e os níveis anteriores de produtividade e*

¹ Pela Portaria n.º 82/2014, de 10 abril, o HFF foi classificado como hospital do grupo I, ficando inibido de exercer as valências de genética médica, farmacologia clínica, imunologia, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia cardiorádica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, e neuroradiologia.

² Pelo Presidente do CA no período de 13/10/2008 a 30/04/2011 e por um Vogal do CA no período de 13/10/2008 a 28/02/2010.



produção. Foi igualmente necessário regularizar a situação de dezenas de trabalhadores herdados da Sociedade Gestora e fazer face a novas necessidades (como a criação do Serviço de Urgência Básica de Algueirão-Mem Martins decidida pelo Ministério da Saúde em 2009); (...) Em termos genéricos, o HFF manteve, no período analisado, elevados níveis de produção e produtividade, sendo certo que não foi possível, apesar dos esforços desenvolvidos para esse efeito, colmatar a dissonância (aliás, original e verificada desde a abertura do HFF em 1996 existente entre a capacidade instalada e as necessidades da população que, simultaneamente, vem aumentando de efetivos (principalmente no concelho de Sintra) e envelhecendo de forma significativa (principalmente no concelho da Amadora).”

1.1. Organização e funcionamento

Para o exercício das suas competências³, o Conselho de Administração (CA) do HFF procedeu à distribuição pelos seus membros das responsabilidades de coordenação genérica. O hospital desenvolve a sua atividade em conformidade com o organigrama constante do Anexo II.

A gestão financeira e patrimonial do hospital rege-se pelos instrumentos de gestão previsional previstos no art.º 22.º dos Estatutos⁴, designadamente, planos plurianuais de atividades, de investimento e financeiros, com um horizonte de três anos, orçamento anual de exploração, desdobrado em orçamento de proveitos e orçamento de custos, orçamento anual de tesouraria, balanço previsional e contratos programa internos e externos.

O HFF, à semelhança das restantes entidades públicas empresariais do setor da saúde, utilizou o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)⁵, com as adaptações estabelecidas no Despacho conjunto n.º 17164/06, de 7 de junho, dos Ministros de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde, nos exercícios anteriores a 2014. A partir de 2014, conforme previsto no Despacho n.º 1507/2014, de 16 de janeiro, da Secretária de Estado do Tesouro e do Secretário de Estado da Saúde, aplica o Sistema de Normalização Contabilística, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 158/2009, de 13 de julho.

O hospital utiliza o mecanismo de contratualização interna na definição de objetivos com as diversas unidades orgânicas. O acompanhamento, em termos de cumprimento dos objetivos fixados, é efetuado pelos responsáveis das respetivas unidades orgânicas que, caso identifiquem desvios, elaboram de imediato planos de recuperação.

Em cumprimento do estabelecido no n.º 2 do art.º 15 dos Estatutos, foi nomeado o seu fiscal único, através do Despacho do Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças n.º 464/2012, de 5 de abril.

³ Cfr. art. 7º dos estatuto das entidades públicas empresariais (aprovados como anexo II ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro), os artigos 35º a 41º do Código do Procedimento Administrativo (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de novembro, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de janeiro), e ainda o disposto no Despacho n.º 12730/2011, publicado no DR, 2.ª S, nº 184, de 23 de setembro de 2011.

⁴ Publicados em anexo ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

⁵ Cfr. art. 24º dos Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, republicados no Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro.



Em junho de 2012 foi nomeado o seu auditor interno, em conformidade com o previsto no n.º1 do art.º 17 dos seus Estatutos.

O HFF dispõe de instrumentos de garantia da qualidade e segurança, no âmbito dos programas de garantia global da qualidade do CHKS⁶, tendo, em 2011, sido reacreditado pela 3ª vez. A acreditação pelo CHKS incide sobre todos os processos, incluindo os administrativos.

2. Ações de Fiscalização realizadas por Órgãos de Controlo

2.1. Tribunal de Contas

O Tribunal de Contas realizou uma auditoria de resultados à execução do Contrato de Gestão do HFF, nos exercícios de 2005, 2006 e 2007⁷, onde concluiu que *“(...) Os processos de Acerto de Contas têm sido o corolário das divergências, entre as partes, quer ao nível da interpretação do clausulado do CG, quer ao nível do apuramento dos encargos fixos e variáveis.”*, em resultado *“(...) das deficiências verificadas ao nível dos sistemas de informação do HFF, que afetam a fiabilidade dos dados que sustentam a produção reportada (...)”*.

Concluiu-se, ainda, naquele Relatório que a determinação da produção contratada para os anos seguintes realizava-se numa base previsional sem que estivesse verificada e determinada a produção realizada no ano anterior e que *“Apesar das recomendações, formuladas nos Relatórios de Acompanhamento do TC, no sentido de promover a celeridade nos fechos de contas, as partes mantiveram-se em negociações à margem do procedimento e dos prazos estabelecidos na cláusula 45.ª do CG, retardando, desse modo, a iniciativa do procedimento de arbitragem previsto na cláusula 46ª do CG.”*

Em 2009, o Tribunal de Contas realizou uma outra auditoria ao HFF, esta, com o objetivo estratégico de seguimento das principais recomendações resultantes da auditoria anterior, e da análise da atuação da ARSLVT, na qualidade de entidade pública contratante, responsável pelo acompanhamento da execução do referido Contrato de Gestão⁸.

Nesse Relatório o Tribunal de Contas concluiu que *“As recomendações formuladas em anteriores relatórios de auditoria do Tribunal de Contas, dirigidas à Ministra da Saúde e à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, encontram-se totalmente acolhidas nas seguintes matérias:*

- *Melhoria da transparência do processo negocial;*
- *Formalização e documentação do processo de transição da gestão do hospital;*
- *Planeamento da passagem da gestão do Hospital Amadora Sintra para o Estado.”*

⁶ Caspe Healthcare Knowledge System, organismo internacional que atua no domínio da acreditação de organizações de saúde.

⁷ Relatórios N.º 20/05 – 2ª Secção e N.º 46/08 – 2.ª Secção.

⁸ Relatório n.º 17/10 – 2.ª Secção.



No entanto, concluiu-se também que “(...) a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo descurou o acompanhamento ao longo da execução do Contrato de Gestão ao nível da manutenção das instalações (...)” e não ter sido dado cumprimento à recomendação vertida no relatório anterior, mais concretamente: “Providenciar pela realização das intervenções ao nível de obras urgentes nos Edifícios e Instalações Técnicas do hospital. Incumprimento esse, que, segundo justificação do CA do HFF⁹, se ficou a dever a razões financeiras, decorrentes da circunstância de em 2010, o respetivo capital estatutário continuar a ser de 18,2 milhões de euros¹⁰, quando, inicialmente, o capital estatutário necessário estimado pela ACSS foi de 76,1 milhões de euros. Contudo, o hospital não demonstrou ter proposto outras alternativas para a realização das obras mais urgentes.

2.2. Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

A Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) realizou em 2011 uma auditoria disciplinar ao hospital¹¹, que teve por objetivo, entre outros, analisar e avaliar o exercício do poder disciplinar pelo pessoal dirigente, bem como verificar a regularidade e legalidade desse mesmo exercício.

Concluiu-se naquele relatório da Inspeção que:

- “Não estavam a ser cumpridas as normas procedimentais referentes ao tratamento a dar às exposições, de acordo com a aplicação informática SGSR – Sim Cidadão;”
- “Em 2011, não foram remetidas às entidades competentes as vias amarelas e azuis das reclamações;”
- “A maioria das reclamações diz respeito ao tempo médio de espera para atendimento na Consulta Externa e no Serviço de Urgência;”
- “O HFF, para além do Gabinete Jurídico, recorre a assessoria jurídica externa que é prestada por três sociedades de advogados (...)”.

Ainda no mesmo ano, a IGAS, realizou uma outra inspeção ao hospital, desta vez, direcionada à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) nos estabelecimentos do SNS¹²,concluindo que “O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, face à indisponibilidade formalmente manifestada por parte dos médicos especialistas do Departamento da Mulher, logo após a entrada em vigor da legislação aplicável em matéria de IVG, quer ao abrigo da objeção de consciência prevista na lei, quer para a prestação de trabalho complementar associado à realização daquela atividade, não tem realizado no seu estabelecimento, qualquer intervenção Voluntária da Gravidez.” e que “O estabelecimento hospitalar ultrapassou aquela incapacidade assistencial através da celebração de um contrato (...)” com entidades privadas.

⁹ Remetida a este Tribunal a coberto do ofício n.º CA 10/2013, de 28 de janeiro.

¹⁰ Despacho Conjunto de 24 de setembro de 2010, do Secretário de Estado do Tesouro e Finanças e do Secretário de Estado da Saúde

¹¹ Relatório n.º 304/2011- IGAS.

¹² Relatório n.º 112/2011 – IGAS.



2.3. Inspeção-Geral de Finanças

A Inspeção-Geral de Finanças (IGF) realizou uma auditoria ao HFF, no âmbito do Plano de Controlo Financeiro ao Setor da Saúde¹³, que teve como objetivo principal identificar situações de ineficiência nas áreas críticas da despesa, destacando-se as seguintes conclusões:

- *A performance da exploração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, em 2009 e 2010, em termos da organização da produção e estrutura de custos, foi fortemente influenciada pelo modelo de gestão implementado pela empresa Hospital Amadora/Sintra Sociedade Gestora, SA que geriu a unidade Hospitalar, na modalidade de parceria público-privada de 1996 a 2008.*
- *Em 2009 os encargos com os recursos humanos ascenderam a m€ 92.508,7, representando 56,9% dos custos totais do HFF, o que é o reflexo da utilização de mão-de-obra intensiva e parte substancial altamente especializada, realçando-se que, em média, 20% são médicos, 30% enfermeiros, 11% outros técnicos, 25% auxiliares de ação médica e 14% outros trabalhadores.*
- *Cerca de 14% dos encargos com o pessoal respeitam a horas extraordinárias e a outros abonos extra, que em 2009 atingiram m€ 10.974,9 e no 1º semestre de 2010 o montante de m€ 6.086,8. Se a estes valores se adicionarem as verbas pagas a título de atividade complementar, respetivamente, de m€ 3.677,1 e m€ 1.850,5, conclui-se que as remunerações do trabalho extra e prémios, passam, naqueles períodos para m€ 14.652,0 e m€ 7.937,3.*
- *O controlo da assiduidade ainda é feito manualmente, através da assinatura de folhas de presença, o que fragiliza bastante esta área devido à multiplicidade de horários e realização de trabalho extraordinário, designadamente ao nível da classe médica, embora esteja em curso a automatização faseada.*
- *Não existem normas escritas que regulamentem os procedimentos da contratação e controlo de serviços médicos e de prestadoras de MCDT, embora as contratações que analisámos estivessem fundamentadas e os valores pagos tivessem sido os constantes na tabela então em vigor no HFF.*

¹³ Relatório n.º 902/2011 – IGF.



3. Atividade hospitalar

3.1. Financiamento

O HFF é financiado pelo Orçamento de Estado através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo para o efeito, celebrado com a ARSLVT e a ACSS, contratos programa anuais¹⁴.

3.1.1. INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

O valor atribuído anualmente a título de incentivos institucionais corresponde a uma percentagem (variável) do valor financeiro do contrato programa, sendo repartido por objetivos institucionais nacionais e regionais. Os objetivos traduziram-se em indicadores de acesso, de qualidade, de desempenho assistencial e económico-financeiros, relativamente aos quais são definidas metas¹⁵.

A definição dos indicadores nacionais e regionais¹⁶ e das respetivas metas, teve subjacente os valores históricos e a evolução que as ARS pretendem incentivar para o ano seguinte. As negociações entre as ARS e as unidades hospitalares foram também influenciadas pelas orientações da Tutela para a evolução dos custos, encontrando-se as mesmas incluídas na metodologia de definição de preços e fixação de objetivos. As metas fixadas para alguns dos indicadores resultaram do valor apurado após negociação global da demonstração de resultados previsionais para cada um dos anos¹⁷.

¹⁴ Nos contratos programa anuais celebrados com as unidades hospitalares podem identificar-se as seguintes fontes de financiamento: programas específicos, incentivos institucionais, valor de convergência e a remuneração pela produção contratada. Estes contratos estabelecem a produção base e remuneração contratada, incluindo os critérios de remuneração parcial nos casos da produção marginal, assim como estabelecem o valor dos incentivos institucionais a atribuir, em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência institucionais, de acordo com a metodologia a fixar em sede de acompanhamento da execução do respetivo contrato programa. Os contratos programa estabelecem ainda a produção adicional e respetiva valorização, no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

¹⁵ Na metodologia de definição de preços e fixação de objetivos a estabelecer nos contratos programa com as unidades hospitalares, a ACSS define objetivos de desempenho e de eficiência económico-financeira, e fixa o peso dos incentivos institucionais face à dotação anual disponível para a contratualização hospitalar.

¹⁶ Os indicadores nacionais encontram-se definidos na metodologia de definição de preços e fixação de objetivos elaborada pela ACSS, em articulação com as ARS, e os regionais são determinados pelas ARS. As metas para cada um dos indicadores nacionais e regionais são fixadas nos contratos programa de cada uma das unidades hospitalares, pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) em articulação com estas unidades.

¹⁷ No que respeita à metodologia para o apuramento dos incentivos, no período de 2009 e 2011, as ARS's definiam em documento próprio que enviavam às entidades, os desvios permitidos em cada um dos indicadores e os respetivos graus de realização, bem como as fontes de dados e as fórmulas de cálculo a utilizar. Este documento explicava ainda as ponderações dos indicadores regionais, dentro do peso anteriormente definido pela ACSS. A partir de 2012, a ACSS emitiu um documento nacional - "Metodologia de avaliação para atribuição de incentivos institucionais 2012" - que define um índice de desempenho global, para apuramento do grau dos indicadores e respetivo impacto na verba de incentivos que os hospitais teriam direito caso atingissem a globalidade das metas definidas para todos os indicadores.



Os fatores de ponderação fixados no contrato programa para atribuição dos incentivos, quer a nível nacional quer a nível regional foram definidos pela ACSS e pela ARSLVT de acordo com a importância relativa de cada uma das áreas em análise. Contudo, não existe uma expressão aritmética que sustente os ponderadores de forma a traduzir com clareza o alcance das metas estabelecidas para a fixação dos objetivos de qualidade e eficiência.

No caso do HFF, verificou-se que o valor do incentivo institucional atribuído pelo cumprimento dos objetivos nacionais, regionais e institucionais da região, nos anos de 2010 a 2012, ficou aquém do previsto, à exceção do valor atribuído para o cumprimento dos objetivos regionais nos anos de 2011 e 2012.

Quadro 1 – Incentivos Institucionais previstos e atribuídos

Objetivos	2010			2011			2012			2013			Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2013-2012
	Incentivo Previsto	Incentivo Atribuído	%	Incentivo Previsto	Incentivo Atribuído	%	Incentivo Previsto	Incentivo a Atribuir	%	Incentivo Previsto	Incentivo a Atribuir	%			
Nacionais	1.377.796,95 €	1.308.907,08 €	95%	1.338.930,57 €	1.258.594,76 €	94%	2.032.216,75 €	1.498.071,87 €	74%	4.124.679,60 €	2.199.828,24 €	80%	-4%	19%	47%
Regionais	918.531,30 €	688.898,46 €	75%	892.620,38 €	892.620,37 €	100%	870.950,04 €	912.664,29 €	105%				30%	2%	
Institucionais da Região	2.296.328,25 €	1.515.576,63 €	66%	2.231.550,94 €	1.896.818,30 €	85%	2.903.166,79 €	2.724.331,71 €	94%	2.749.785,30 €	3.299.744,45 €	80%	25%	44%	21%
Total	4.592.656,50 €	3.513.382,17 €	76,5%	4.463.101,89 €	4.048.033,43 €	90,7%	5.806.333,57 €	5.135.067,87 €	88,4%	6.874.464,90 €	5.499.572,69 €	80,0%	15%	27%	7%

Fonte: HFF,EPE

Entre 2010 e 2013, os incentivos totais atribuídos registaram aumentos na ordem dos 15% de 2010 para 2011, de 27% de 2011 para 2012 e de 7% de 2012 para 2013. Para o acréscimo verificado em 2012, contribuiu o aumento de 44% relativo ao cumprimento dos objetivos institucionais da região¹⁸.

Nos anos em análise o HFF não atingiu algumas das metas estabelecidas nos contratos programa, pelo que não lhe foi atribuído o total dos incentivos institucionais contratualizados¹⁹.

Sobre os fatores de ponderação fixados nos contratos programa para atribuição dos incentivos institucionais, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo pronunciou-se, em sede de contraditório, no sentido de que *“(…) as ponderações foram anualmente estabelecidas em consonância com as prioridades regionais, nomeadamente o Plano Estratégico de 2011-2013 e os diversos Quadros de Avaliação e Responsabilização (QUAR). Para os objetivos relacionados com estes documentos foram estabelecidas ponderações mais elevadas face à importância dos mesmos, em detrimento de menores ponderações para outros objetivos que, sendo prioridades desta ARS num determinado ano, estavam dependentes diretamente de dados carregados no SICA ou do sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas.”*

Os membros do Conselho de Administração do HFF, EPE, nas alegações apresentadas em sede de contraditório, referiram que *“Após a elaboração do relato de Auditoria, por parte do Tribunal de Contas, foi feita uma atualização pela ACSS, dos montantes a atribuir, por via do cumprimento dos Incentivos Institucionais de 2012. O montante inscrito no Relato refere o*

¹⁸ Cfr. Anexo II.

¹⁹ Cfr. Anexo II.



montante a atribuir de 5.135.067,87€, o que reflete um nível de execução de 88,4%. Entretanto, a ACSS disponibilizou, na plataforma SICA, um valor mais atualizado que atribui uma taxa de execução de 95,8%, com o conseqüente montante de 5.562.467,56€.”.

3.1.2. REMUNERAÇÃO PELA PRODUÇÃO CONTRATADA

O acompanhamento da atividade em termos de cumprimento da produção contratada é efetuado pela Direção de Produção, sendo a monitorização da respetiva atividade, realizada quinzenalmente pelos gestores da produção, que para o efeito, elaboram mapas de controlo de execução da produção (global e por serviço), reportando-os mensalmente ao Conselho de Administração.

Os mapas de controlo de execução da produção são analisados pelo CA, em conjunto com os gestores de produção e responsáveis dos serviços, com vista a identificar os motivos dos desvios e a introduzir as medidas corretivas que se julgem adequadas.

O quadro seguinte espelha a evolução global, entre 2009 a 2013, da atividade assistencial das principais linhas de atividade do HFF.

Quadro 2- Produção realizada – SNS

Linhas de Produção	2009	2010	2011	2012	2013	Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2013-2012	Δ% 2012-2009	Δ% 2013-2009
Consultas externas	239.317	268.609	266.293	274.144	292.884	12%	-0,9%	3%	7%	15%	22%
Nº 1ªs consultas médicas	58.037	62.448	75.762	88.469	92.392	8%	21%	17%	4%	52%	59%
Nº consultas médicas subsequentes	181.280	206.161	190.531	185.675	200.492	14%	-8%	-3%	8%	2%	11%
Internamento	34.115	33.795	32.368	32.305	31.579	-1%	-4%	-0,2%	-2,2%	-5%	-7,4%
GDH Médicos	19.576	19.714	19.821	19.506	18.954	1%	1%	-2%	-3%	0%	-3%
GDH Cirúrgicos	14.539	14.081	12.548	12.799	12.625	-3%	-11%	2%	-1%	-12%	-13%
Ambulatório	12.864	19.149	22.036	19.501	18.780	49%	15%	-12%	-4%	52%	46%
GDH Médicos	9.006	13.650	13.963	10.972	9.977	52%	2%	-21%	-9%	22%	11%
GDH Cirúrgico	3.858	5.499	8.073	8.529	8.803	43%	47%	6%	3%	121%	128%
Urgência	221.531	240.692	244.702	231.828	239.510	9%	2%	-5%	3%	5%	8%
Sessões em Hospital de Dia	18.599	18.396	19.492	16.130	17.745	-1%	6%	-17%	10%	-13%	-5%
Diálise	0	0	0	0	0						
Planos de Saúde	115	0	310	1.516	1.730	-100%		389%	14%	1218%	1404%
Serviços Domiciliários	951	951	0	1.195	1.333	0%	-100%		12%	26%	40%

Fonte: HFF,EPE

Ao longo do período 2009-2013, verificou-se um aumento da produção das principais linhas de atividade do hospital, designadamente na consulta externa, no ambulatório e na urgência.

Já no que respeita ao financiamento a evolução apresentou diferentes comportamentos conforme a linha de produção, conforme se pode observar no quadro seguinte.



Quadro 3- Remuneração da produção realizada – SNS

Linhas de Produção	2009	2010	2011	2012	2013	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%
	Valor Prod Realizada										
Consultas externas	26.559.037 €	29.951.056 €	28.904.210 €	21.525.199 €	20.314.121 €	13%	-3%	-26%	-6%	-19%	-24%
Nº I ^{as} consultas médicas	7.054.397 €	7.590.554 €	8.692.682 €	7.382.335 €	6.837.904 €	8%	15%	-15%	-7%	5%	-3%
Nº consultas médicas subsequentes	19.504.640 €	22.360.502 €	20.211.528 €	14.142.865 €	13.476.217 €	15%	-10%	-30%	-5%	-27%	-31%
Internamento	72.989.820 €	72.291.745 €	64.865.528 €	65.676.160 €	62.900.737 €	-1%	-10%	1%	-4%	-10%	-14%
GDH Médicos	37.112.361 €	37.465.784 €	36.161.577 €	34.746.497 €	38.769.953 €	1%	-3%	-4%	12%	-6%	4%
GDH Cirúrgicos	35.877.458 €	34.825.960 €	28.703.951 €	30.929.664 €	23.488.979 €	-3%	-18%	8%	-24%	-14%	-35%
Doentes Ventilados					641.805 €						
Ambulatório	7.869.040 €	11.452.593 €	14.059.465 €	16.256.713 €	11.483.983 €	46%	23%	16%	-29%	107%	46%
GDH Médicos	3.297.520 €	4.936.577 €	4.876.041 €	4.928.220 €	4.788.319 €	50%	-1%	1%	-3%	49%	45%
GDH Cirúrgico	4.571.520 €	6.516.016 €	9.183.423 €	11.328.493 €	6.695.664 €	43%	41%	23%	-41%	148%	46%
Urgência	27.874.673 €	31.612.898 €	27.110.798 €	13.154.287 €	11.888.906 €	13%	-14%	-51%	-10%	-53%	-57%
Sessões em Hospital de Dia	2.572.358 €	5.903.044 €	6.349.370 €	508.422 €	506.077 €	129%	8%	-92%	0%	-80%	-80%
Dialíse	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
Planos de Saúde	1.269.600 €	1.876.800 €	3.422.400 €	15.397.709 €	15.817.450 €	48%	82%	350%	3%	1113%	1146%
Serviços Domiciliários	38.605 €	0 €	0 €	39.278 €	45.962 €				17%	2%	19%

Fonte: HFF,EPE

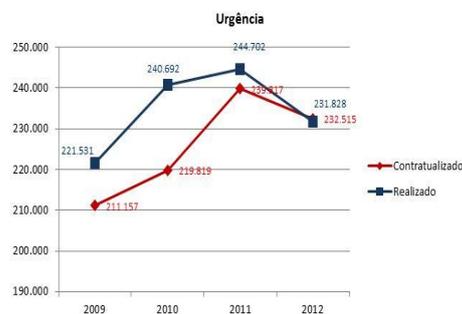
Em 2012, a linha de produção da consulta externa, apesar do aumento de 3% no total das consultas realizadas, teve uma redução no financiamento de cerca de 26%, sendo o valor das consultas médicas subsequentes o que mais contribuiu para essa redução, dado que o preço unitário fixado no contrato programa para 2012 diminuiu, passando de € 106,08 em 2011 para € 76,17 em 2012.

Do mesmo modo, o financiamento da urgência também diminuiu em consequência da redução dos preços unitários fixados para os atendimentos no serviço de urgência polivalente e para os atendimentos no serviço de urgência básica.

Em 2013, verificou-se nova redução do financiamento das principais linhas de produção, destacando-se a linha de ambulatório com uma redução de 29% face ao ano anterior. Note-se que, em 2013, houve uma diminuição de financiamento de cerca de 2,8% face a 2012 das Entidades Públicas Empresariais do Ministério da Saúde (em 2012, houve uma diminuição de 7,38% face a 2011). Em particular e em sede de contraditório, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca fez notar que, no mesmo ano (2013), o "(...) HFF sofreu uma redução de 5,3% no montante do respetivo contrato programa."

Gráfico 1 – Produção contratualizada vs realizada





No que respeita à execução da produção contratada o HFF alcançou taxas de execução elevadas nas principais linhas de produção.

Em 2009, primeiro ano de gestão pública, o HFF superou a produção contratualizada em todas as linhas de produção, à exceção do ambulatório²⁰. Note-se que em 2009 o sistema de financiamento remunerava a produção adicional e não limitava o valor global do contrato programa, tal como veio a suceder a partir de 2012 com o reconhecimento da limitação orçamental e escassez dos recursos.

Em 2012, a taxa de execução das linhas de produção da consulta (99%), do internamento (98%) e do ambulatório (97%), não atingiram os 100%, em resultado do número de unidades produzidas em consultas subsequentes, em GDH médicos/internamento e em GDH cirúrgicos/ambulatório, terem ficado aquém das unidades contratualizadas.

Quadro 4- Produção contratualizada vs realizada - SNS

Linhas de Produção	2009			2010			2011			2012		
	Contratualizado	Realizado	%									
Consultas externas	230.233	239.317	104%	263.710	268.609	102%	275.228	266.293	97%	275.923	274.144	99%
Nº 1ªs consultas médicas	60.304	58.037	96%	66.605	62.448	94%	74.270	75.762	102%	88.041	88.469	100%
Nº consultas médicas subsequentes	169.929	181.280	107%	197.105	206.161	105%	200.958	190.531	95%	187.882	185.675	99%
Internamento	21.882	34.115	156%	22.988	33.795	147%	22.649	32.368	143%	32.825	32.305	98%
GDH Médicos	21.882	19.576	89%	22.988	19.714	86%	22.649	19.821	88%	20.393	19.506	96%
GDH Cirúrgicos		14.539		14.044	14.081	100%	11.798	12.548	106%	12.433	12.799	103%
Ambulatório	14.309	12.864	90%	18.924	19.149	101%	21.965	22.036	100%	20.034	19.501	97%
GDH Médicos	9.809	9.006	92%	12.980	13.650	105%	13.856	13.963	101%	10.671	10.972	103%
GDH Cirúrgico	4.500	3.858	86%	5.944	5.499	93%	8.109	8.073	100%	9.363	8.529	91%
Urgência	211.157	221.531	105%	219.819	240.692	109%	239.817	244.702	102%	232.515	231.828	100%
Sessões em Hospital de Dia	10.733	18.599	173%	16.902	18.396	109%	18.647	19.492	105%	16.144	16.130	100%
Diálise	2.601	0	0%	2.508	0	0%	2.781	0	0%	0	0	
Planos de Saúde	115	115	100%	331	0	0%	332	310	93%	1.516	1.516	100%
Serviços Domiciliários	900	951	106%	0	951		0	0		1.055	1.195	113%

Fonte: HFF, EPE

²⁰ No ponto 9.1.1. procedeu-se à comparação da execução da produção contratualizada do HFF durante a gestão privada e a gestão pública.



3.2. Consulta Externa

Em termos globais, no período em análise, o hospital registou acréscimos de produção na consulta externa, à exceção do ano de 2011 que diminuiu 0,9% face a 2010, em consequência da variação negativa de 8% na produção de consultas médicas subsequentes.

As primeiras consultas aumentaram 8% (4.411 consultas) em 2010, 21% (13.314 consultas) em 2011, e 17% (12.707 consultas) em 2012, em contraste com o número de consultas subsequentes que apresentam uma diminuição de 8% em 2011 e 3% em 2012.

A taxa de acessibilidade, medida pelo peso das primeiras consultas no total das consultas, aumentou a partir de 2010, em especial no ano de 2012 em que apresenta uma taxa de 32% atingindo a meta fixada no respetivo contrato programa.

Quadro 5 - Peso das 1^{as} consultas no total de consultas

O reforço da acessibilidade em algumas consultas de especialidade em 2012, designadamente em ortopedia (5%), em otorrinolaringologia (24%), em oftalmologia (55%), refletiu-se no aumento da produção de primeiras consultas e ainda na diminuição da redução da lista de espera nas referidas especialidades. Refira-se, ainda, que as consultas subsequentes destas especialidades, à exceção da consulta de oftalmologia, representaram cerca de 60% face ao total de consultas realizadas.

Especialidades	2011			2012			Var% 1 ^{as} Consultas
	Total consultas	1 ^{as} Consultas	%	Total consultas	1 ^{as} Consultas	%	
Ortopedia	17.570	7.032	40%	17.938	7.404	41%	5%
ORL	12.421	4.937	40%	13.827	6128	44%	24%
Oftalmologia	23.150	7551	33%	26.326	11.686	44%	55%

O número total de pedidos que aguardavam marcação para primeira consulta a 31 de dezembro de 2012 diminuiu 32%, face ao registado no final de 2011, tendo-se verificado que de uma forma geral todas as especialidades contribuíram para essa diminuição²¹. Esta situação ficou a dever-se essencialmente ao facto do HFF ter realizado uma avaliação administrativa da respetiva lista de espera, tendo para o efeito procedido à identificação e correção informática de óbitos e duplicações da Lista de Espera para Consulta (LEC), correção manual de primeiras consultas em LEC provenientes do "Alert P1"²² e de referência interna, bem como o aumento do reforço das agendas das respetivas consultas.

Nos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar efetuados através do sistema de informação da consulta a tempo e horas (CTH), o tempo médio de avaliação do pedido e marcação de consulta, apresentou a evolução constante do quadro seguinte, passando de 39,7 dias em 2009, para 193,4 dias em 2012.

²¹ Cfr. Quadro n.º 77, do Anexo II.

²² Aplicação informática que operacionaliza os pedidos de consulta entre unidades de saúde integradas no SNS.



Quadro 6 - Evolução de marcação de consulta no programa consulta a tempo e horas

Ano realização da consulta	Consultas realizadas	Tempo médio no médico do centro de saúde (dias)	Tempo administrativo no centro de saúde (dias)	Tempo entre a emissão e o envio para a triagem (dias)	Tempo médio de triagem (dias)	Tempo entre o final da triagem e a marcação (dias)	Tempo de avaliação do pedido e marcação da consulta (dias)	Tempo entre a marcação e a realização da consulta (dias)	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)	Tempo máximo de resposta ao pedido (dias)
2009	560	0,1	1,0	1,4	11,5	5,6	18,5	19,8	39,7	112,2
2010	7.837	0,1	2,8	3,1	23,4	25,1	51,6	42,3	99,1	482,8
2011	12.349	0,4	2,8	4,1	40,6	47,3	92,0	32,2	128,5	753,7
2012	27.184	0,1	1,5	2,2	38,7	107,8	148,8	42,4	193,4	960,1

Fonte: HFF, EPE

Como resulta da leitura do quadro supra verificou-se um aumento dos tempos médios e máximos de resposta aos pedidos de consulta, bem como uma subida progressiva de consultas solicitadas através daquele sistema de informação (CTH). No entanto, o número de consultas realizadas constantes do CTH ainda está muito aquém da produção anual de primeiras consultas realizadas pelo hospital.

O tempo máximo de resposta ao pedido de marcação de consulta aumentou entre 2009 e 2012, excedendo o prazo fixado (150 dias)²³ de tempo máximo de resposta garantido (TMRG) para uma primeira consulta de especialidade em hospitais do SNS.

Em 2010, com vista a incentivar o número de consultas realizadas e registadas no CTH foi introduzido um indicador regional respeitante à percentagem dessas consultas no total de primeiras consultas que, em 2012, passou a ser nacional²⁴. Em 2010, a meta associada àquele indicador no HFF foi de 10%, e, em 2012, foi igual ou superior a 30%, concluindo-se que, nesse ano a taxa de execução neste indicador foi de 31,18%, encontrando-se acima da meta fixada no contrato programa para esse ano.

Na sequência da celebração do contrato programa para 2012, foi acordado o reforço da acessibilidade em determinadas especialidades, consideradas prioritárias a nível regional, tendo o hospital desenvolvido a sua atividade de acordo com o indicador “percentagem de consultas realizadas e registadas no CTH no total das primeiras consultas”.

Em 2011, verificou-se que o tempo médio de resposta para consultas realizadas através do sistema CTH foi de 128,5 dias e em 2012 de 193,4 dias, não cumprindo a meta de 125 dias estabelecida no respetivo contrato programa.

²³ Seguidos ou contados a partir do registo do pedido pelo médico assistente do centro de saúde no sistema informático da consulta a tempo e horas cfr. Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, publicada no DR n.º249, de 26 de dezembro de 2008.

²⁴ Em 2013, o preço praticado para as primeiras consultas quando referenciadas através do CTH irá ser majorado em 10% como medida de promoção do acesso e de coordenação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais.



Gráfico 2-- Consultas realizadas em tempo adequado



No que respeita à realização de consultas em tempo adequado, constatou-se que as especialidades de otorrinolaringologia e a de ginecologia são as que têm uma percentagem maior de consultas realizadas fora do tempo adequado. Por outro lado, o peso das consultas realizadas na especialidade de

neurologia em tempo adequado no total das consultas da mesma especialidade, nos anos de 2010 a 2012 (98,2%, 98,2% e 92,5%) foi superior ao peso das consultas realizadas fora do tempo adequado (18,5%, 17,3% e 14,2%).

Ainda no que se refere à acessibilidade, procedeu-se à comparação do HFF com um grupo de hospitais²⁵, tendo-se constatado que relativamente ao número de pedidos inscritos no sistema de suporte ao CTH²⁶, nos anos de 2011 e 2012, o HFF teve um crescimento idêntico ao verificado no Hospital de Braga (33%), revelando um maior registo de pedidos de referência, via CTH, por parte dos prestadores de cuidados de saúde primários.

Gráfico 3 - Número de inscritos na CTH



Fonte: ACSS, IP

Gráfico 4 - Número de pedidos em triagem



Fonte: ACSS, IP

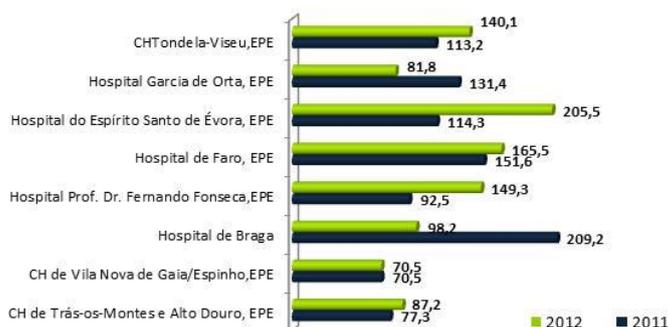
²⁵ Cfr. Relatório de Benchmarking/hospitais EPE e PPP da ACSS e determinado com recurso a clustering hierárquico após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos, seguida de análise de componentes principais constantes.

²⁶ Informação disponibilizada pela ACSS no âmbito da Auditoria de desempenho às unidades funcionais de cuidados de saúde primários.



Quanto aos pedidos em triagem, verifica-se que o HFF tem um número substancialmente mais reduzido do que o dos restantes hospitais, com um tempo médio de triagem de 40,6 dias em 2011 e de 38,7 dias em 2012.

Gráfico 5 - Tempo de avaliação e pedido de marcação de consulta



Fonte: ACSS, IP

Em 2012, o tempo de avaliação do pedido e marcação da consulta²⁷ no HFF registou um agravamento de 61% face a 2011, que comparado com os restantes hospitais do mesmo grupo, foi o segundo a registar o maior aumento desse tempo.

O quadro seguinte reflete a produção, os custos e os proveitos da consulta externa no período de 2009 a 2012.

Quadro 7 - Atividade, capacidade e eficiência

Consulta	2009	2010	2011	2012	Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011
Nº salas de consulta	114	114	114	114	0,0%	0,0%	0,0%
Nº consultas realizadas	263.111	270.961	269.902	274.144	3,0%	-0,4%	1,6%
Nº de consulta por sala	2.308	2.377	2.368	2.405	3,0%	-0,4%	1,6%
Nº médicos ETC	97	87	87	94	-10,3%	0,0%	8,0%
Nº consultas/médico ETC	2.712,48	3.114,49	3.102,32	2.916,40	14,8%	-0,4%	-6,0%
Nº enfermeiros ETC	38	33	29	31	-13,2%	-12,1%	6,9%
Nº consultas/enfermeiros ETC	6.923,97	8.210,94	9.306,97	8.843,45	18,6%	13,3%	-5,0%
Custos diretos	26.868.026,17 €	15.897.165,36 €	13.960.993,47 €	14.434.566,57 €	-40,8%	-12,2%	3,4%
Custo unitário direto	102,12 €	58,67 €	51,73 €	52,65 €	-42,5%	-11,8%	1,8%
Proveitos Totais	26.540.972,74 €	29.852.536,57 €	28.907.671,15 €	21.529.020,57 €	12,5%	-3,2%	-25,5%
Margem	-327.053,43 €	13.955.371,21 €	14.946.677,68 €	7.094.454,00 €	-4367,0%	7,1%	-52,5%

Fonte: SICA - Direção de Produção do HFF, EPE, junho de 2013

Em 2012, o número de consultas realizadas aumentou 1,6%, face ao ano anterior, o que traduz uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde. No entanto, o número de consultas por médico e por enfermeiro diminuiu 6% e 5% respetivamente, o que traduz uma perda de produtividade na área da consulta.

Os custos diretos registaram uma diminuição acentuada de 2009 para 2010 em resultado da alteração ocorrida na imputação de custos, ou seja, os custos da terapêutica anti-retroviral que

²⁷ 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.



até 2009 eram imputados na área da consulta, a partir de 2010, passaram a ser imputados na área do hospital de dia, provocando uma diminuição de 41% nos respetivos custos diretos.

Em 2012, os custos diretos registaram um aumento de 3,4% que foi mais do que proporcional ao crescimento do número de consultas (1,6%).

Sublinha-se ainda o decréscimo de 25,5% dos proveitos em 2012, em resultado da redução de preços em 8% face aos preços estabelecidos para 2011, na consulta externa, e ainda, ao facto de as consultas de infeciologia em 2012, terem sido integradas em preço compreensivo.

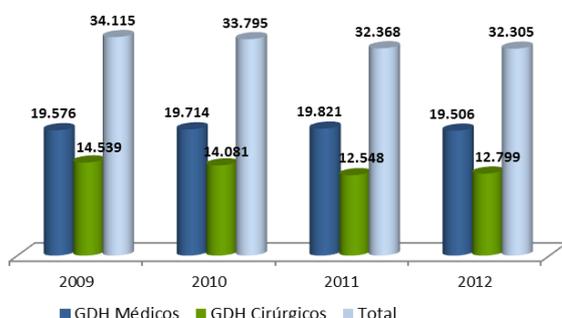
Em 2012 o HFF não conseguiu obter uma maior eficiência ao nível da consulta externa, uma vez que diminuiu o seu nível de produtividade.

Sobre a produção de consultas o Conselho de Administração destaca que *“Identificada em 2011 como uma atividade a melhorar, a Consulta Externa foi entendida, em 2012, como área prioritária de intervenção (...) foi definido um novo enquadramento orgânico (...)”* e nomeado *“(...) um Diretor de Serviço, Enfermeiro Chefe e Gestor de Produção.”*. Nesse sentido refere que *“(...) O crescimento contínuo da produção nesta linha de atividade, é resultado das alterações atrás referidas e demonstra uma inequívoca promoção da acessibilidade e encurtamento dos tempos de resposta. Ao mesmo tempo, assegurou-se um peso relativo de primeiras consultas superior a 30%, fortalecendo e garantindo essa acessibilidade.”* e que *“Ao nível da LIC (lista de inscritos para cirurgia) o HFF tem procurado assegurar, igualmente, tempos de resposta dentro do referencial estabelecido no âmbito do Contrato Programa celebrado com a ARSLVT (...)”*.

3.3. Internamento

A linha de produção do internamento registou variações negativas desde 2010, tendo o maior decréscimo (-4%) ocorrido em 2011, face ao período homólogo. Estas variações resultaram do aumento da produção de GDH cirúrgicos em ambulatório de 43% (1.641) em 2010, 47% (2.574) em 2011 e de 6% (456) em 2012, tendência esta que decorreu da reorganização da linha de atividade de cirurgia de ambulatório após a realização de obras no bloco operatório.

Gráfico 6 - Produção do internamento



Outra situação que teve impacto direto na redução da atividade do internamento, em 2012, foi o decréscimo de 13% na produção do serviço de ginecologia, em resultado da redução do número de profissionais médicos, bem como a redução de 6% na produção do serviço de obstetria, devido à diminuição de partos em igual período.



Apesar de se ter registado uma diminuição da atividade do internamento, essa redução não foi acompanhada pela diminuição dos custos com o consumo de medicamentos que registou um aumento de 1,3% (€ 70.074) no período compreendido entre 2011 e 2012, passando de € 5.430.143 para € 5.500.217. No entanto, no conjunto, em 2012, os custos totais com medicamentos registaram uma diminuição de 1,3% (33, 5 milhões em 2012 e € 33,9 milhões em 2011).

O aumento verificado nos custos com o consumo de medicamentos em 2012 no internamento resultou do aumento do consumo de medicamentos específicos²⁸ em determinados serviços, designadamente nos serviços de medicina 4, nefrologia e neurologia, onde se verificam aumentos e 193%, 224% e 108% respetivamente.

Quadro 8- Custos com medicamentos em serviços específicos

	2011	2012	△% 2012-2011
Medicina	44.975,00 €	131.629,00 €	193%
Nefrologia	14.705,00 €	47.583,00 €	224%
Neurologia	159.075,00 €	331.263,00 €	108%

Fonte: HFF, EPE

Da análise ao quadro seguinte constata-se que o número de doentes saídos registou um decréscimo no período de 2009 a 2012, tendo a maior variação (-9,5%) ocorrido em 2011.

Quadro 9 - Atividade, capacidade e eficiência

Internamento	2009	2010	2011	2012	△% 2010-2009	△% 2011-2010	△% 2012-2011
Doentes Saídos (com berços)	40.319	39.618	35.841	35.032	-1,7%	-9,5%	-2,3%
Nº dias de internamento doente saído	265.075	260.751	257.425	260.294	-1,6%	-1,3%	1,1%
Demora média do período (com berços)	6,57	6,58	7,18	7,43	0,1%	9,1%	3,4%
Doentes saídos (sem berços)	36.689	36.155	32.898	32.260	-1,5%	-9,0%	-1,9%
Dias de internamento	260.546	262.401	262.797	261.386	0,7%	0,2%	-0,5%
Lotação	785	785	785	772	0,0%	0,0%	-1,7%
Doente saído por cama	51	50	46	45	-1,7%	-9,5%	-0,6%
Capacidade de Internamento	286.525	286.525	286.525	282.552	0,0%	0,0%	-1,4%
Taxa de ocupação	90,9%	91,6%	91,7%	92,8%	0,7%	0,2%	1,1%
Nº médicos ETC	195	207	258	233	6,2%	24,6%	-9,7%
Nº doentes p/médico ETC	206,76	191,39	138,92	150,35	-7,4%	-27,4%	8,2%
Nº de enfermeiros ETC	512	525	512	522	2,5%	-2,5%	2,0%
Doentes saídos p/enfermeiro ETC	78,75	75,46	70,00	67,11	-4,2%	-7,2%	-4,1%
Índice de case mix - GDH cirurgicos	1,0543	1,0543	1,0543	1,1563	0,0%	0,0%	9,7%
Índice de case mix - GDH médicos	0,7931	0,7931	0,7931	0,8417	0,0%	0,0%	6,1%
Custo por doente saído	1.119,69 €	1.134,36 €	1.136,15 €	1.124,47 €	1,3%	0,2%	-1,0%
Custos diretos totais	45.144.720,26 €	44.941.105,91 €	40.720.881,30 €	39.392.330,81 €	-0,5%	-9,4%	-3,3%
Doentes padrão	65.049	67.400	63.125	48.441	3,6%	-6,3%	-23,3%

Fonte: Direção de Produção do HFF, junho de 2013

²⁸“A Medicina 4 teve maior nº de doentes a fazer terapêutica biológica para tratamento de doenças Auto-imunes, essencialmente com anticorpos monoclonais, e que a maior expressão assenta no Tocilizumab. A Nefrologia teve doentes com mieloma múltiplo a fazer Bortezomib e Plasmaferese (com Albumina) contrariamente ao ano de 2011 em que não efetuou estas terapêuticas. A Neurologia segue um doente com Doença de Pompe em terapêutica com Alglucosidade que foi iniciada a meio do ano de 2011 e em 2012 tem um ano completo de terapêutica. Teve também alguns doentes em terapêutica com Rituximab.”.



Considerando os custos diretos totais do internamento e a produção realizada, conclui-se que o hospital, em 2012, melhorou o seu nível de eficiência, uma vez que, o custo por doente saído diminuiu 1% (€ 1.124,47) face ao período homólogo, apesar do custo de medicamentos consumidos por doente saído ter aumentado a partir de 2011.

Quadro 10 - Custo de medicamentos consumidos por doente saído

	2009	2010	2011	2012
Custo de medicamentos consumidos por doente saído	143,15 €	141,69 €	151,51 €	157,01 €

Fonte: HFF, EPE

Relativamente à variação do índice do *case-mix*, que traduz a evolução do grau de complexidade dos doentes tratados face ao valor médio nacional, verificou-se que o mesmo se manteve inalterado até 2011, tendo em 2012 registado um aumento face ao ano anterior, em resultado da revisão da metodologia para definição de preços e fixação de objetivos do contrato programa para o mesmo ano determinada pela ACSS.

Os indicadores de doentes saídos por médico e por enfermeiro demonstram que em 2012 o hospital aumentou a produtividade por médico (8,2%), mas diminuiu por enfermeiro (-4,1%). No que respeita à demora média, verifica-se que esta aumentou por dificuldades na referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), representando a introdução de procedimentos nessa área uma oportunidade de melhoria.

Refira-se, ainda, que nos anos em análise o hospital regista um aumento da taxa de ocupação, que atingiu 92,8% em 2012.

Entre 2009 a 2012 não foram verificados ganhos de eficiência ao nível do internamento no hospital, dado que os custos totais diretos diminuíram € 5.752.389 (12,7%), apenas em resultado da diminuição do número de doentes saídos (5.267).

Em 2012, os indicadores de qualidade, “% internamentos com demora superior a 30 dias”, “% partos por cesariana” e “taxa de mortalidade” apresentaram um aumento face ao ano de 2011, conforme se verifica do quadro seguinte, tornando-se evidente que necessita de uma intervenção no sentido da respetiva melhoria.

Quadro 11 - Indicadores de qualidade

Indicadores	2009	2010	2011	2012
%reinternamentos em 30 dias	8,8%	8,7%	9,1%	8,9%
% internamentos com demora superior a 30 dias	2,9%	2,6%	3,2%	3,5%
%partos por cesariana	40,7%	39,8%	36,4%	37,7%
Taxa de mortalidade	2,5%	2,4%	3,0%	3,4%

Fonte: HFF, EPE

De acordo com informações prestadas pelo hospital, designadamente pelo departamento da mulher, o aumento do indicador “% de partos por cesariana”, entre 2011 e 2012, encontra-se associado a características populacionais, ao aumento da população emigrante com gravidezes não vigiadas ou mal vigiadas e o recurso tardio ao hospital, ou seja, apenas para realização do parto, muitas vezes com antecedentes obstétricos carregados.



Nas alegações apresentadas por parte do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, refere-se que “*Quanto ao reporte dos resultados referentes à eficiência e qualidade no internamento, o HFF comunicou os indicadores [Janeiro a Outubro/último mês disponibilizado pela ACSS]*”.

3.4. Atividade Cirúrgica

No período de 2009 a 2012, a atividade cirúrgica programada aumentou 8% (mais 1.327 doentes operados). Para este aumento contribuiu a atividade cirúrgica realizada nas especialidades de cirurgia plástica com 46% (591), e de oftalmologia com 29% (747). Porém, e sem prejuízo do referido aumento global, em 2012, verificou-se uma diminuição no número de cirurgias realizadas nas especialidades de ginecologia e de cirurgia pediátrica face a 2011, de 12% (219) e 7% (52), respetivamente, em resultado de alguns médicos dessas especialidades se terem aposentado/reformado e o hospital não ter procedido à sua substituição.

Quadro 12 - Número de doentes operados

Especialidade	Média do TE dos operados no HFF (Programados)				N.º doentes operados no HFF (Programados)							
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2012-2009
Cirurgia Geral	49,9	49,6	47,1	49,9	4.954	4.690	4.759	4.889	-5%	1%	3%	-1%
Cirurgia Plástica	62,4	76,4	42,9	34,0	1.280	1.517	1.884	1.871	19%	24%	-1%	46%
Cirurgia Maxilo-Facial	39,5	29,9	41,2	43,0	155	152	160	203	-2%	5%	27%	31%
Oftalmologia	27,2	24,9	17,9	24,2	2.611	3.103	3.176	3.358	19%	2%	6%	29%
Otorrinolaringologia	30,6	32,2	40,9	48,4	1.570	1.579	1.447	1.470	1%	-8%	2%	-6%
Urologia	67,8	52,3	53,8	48,0	1.297	1.497	1.501	1.499	15%	0,3%	-0,1%	15,6%
Ortopedia	20,5	23,7	26,4	29,8	2.512	2.526	2.499	2.556	1%	-1%	2%	2%
Ginecologia	76,3	88,0	85,7	72,4	995	1.040	930	821	5%	-11%	-12%	-17%
Cirurgia Pediátrica	159,6	143,7	121,7	125,2	656	700	742	690	7%	6%	-7%	5%
TOTAL	48,2	48,3	43,5	43,9	16.030	16.804	17.098	17.357	5%	2%	2%	8%

Fonte: HFF,EPE

Em 2012, o tempo médio de espera aumentou em todas as especialidades face a 2011 à exceção da cirurgia plástica e da ginecologia.

O número total de doentes em lista de espera cresceu 24% (786), face a 2011, verificando-se o maior acréscimo na especialidade de oftalmologia (118%) e de otorrinolaringologia (113%). Nestas especialidades o aumento do número de inscritos foi acompanhado pela subida do tempo médio de espera de 66,7 para 87 dias e de 92,6 para 95 dias, respetivamente.

Quadro 13 - Tempo médio de espera da Lista de Espera para cirurgia

Especialidade	N.º Utentes em espera na LIC				Variação do nº utentes em espera na LIC 2012/2011	Mediana do tempo de espera da LIC				Tempo médio de espera da LIC			
	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012		31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012
Cirurgia Geral	1.065	1.114	979	1.145	17%	76,0	97,3	88,2	82,1	128,4	122,9	139,4	137,6
Cirurgia Plástica	453	566	468	593	27%	133,8	100,4	88,2	85,2	166,3	118,1	128,0	113,1
Cirurgia Maxilo-Facial	16	17	38	18	-53%	53,2	118,6	33,5	36,5	101,7	170,2	85,1	45,6
Oftalmologia	325	289	242	528	118%	76,0	54,8	36,5	73,0	89,6	113,6	66,7	87,0
Otorrinolaringologia	165	194	210	448	113%	57,8	79,1	57,8	70,0	68,6	97,2	92,6	95,0
Urologia	129	224	272	348	28%	48,7	57,8	42,6	48,7	108,1	94,3	76,6	62,1
Ortopedia	428	486	575	614	7%	124,7	118,6	124,7	94,3	139,3	136,1	143,0	144,3
Ginecologia	352	283	200	199	-1%	82,1	97,3	70,0	48,7	100,9	106,0	77,4	59,9
Cirurgia Pediátrica	354	338	324	201	-38%	173,4	97,3	97,3	124,7	159,5	101,6	102,4	112,1
TOTAL	3.287	3.511	3.308	4.094	24%	91,3	97,3	85,2	79,1	127,6	116,7	117,1	109,2

Fonte: HFF,EPE



A mediana do tempo de espera na LIC registou valores mais elevados em 2010 (97,3 dias), tendo diminuído progressivamente nos anos seguintes, passando de 85,2 dias em 2011, para 79,1 dias em 2012.

Em sede de contraditório e quanto ao internamento *“Ao nível da LIC (lista de inscritos para cirurgia) o HFF tem procurado assegurar, igualmente, tempos de resposta dentro do referencial estabelecido no âmbito do Contrato Programa celebrado com a ARSLVT (...)”* e no que respeita à demora média referiu que *“(...) As dificuldades associadas à referenciação de doentes para a RNCCI e Rede Social, têm provocado dificuldades crescentes aos serviços do HFF, conduzindo ao aumento de dias de internamento e agravando a demora média, nomeadamente, pelo atraso na concretização das propostas de encaminhamento dos doentes.”*

× **Cirurgia de ambulatório**

No que respeita à cirurgia de ambulatório, verificou-se através dos registos que a taxa de execução no período em análise nunca atingiu a produção contratualizada, apesar de se ter verificado uma evolução traduzida num aumento muito significativo (121%) entre 2009 e 2012 (cfr. Quadro 2).

Em 2012, apesar do aumento de 6% de produção na cirurgia de ambulatório, o hospital não atingiu o objetivo desempenho assistencial *“% percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total das cirurgias programadas (GDH)”*, uma vez que a meta estabelecida no contrato programa foi de 54,8% e o hospital obteve 54,6%.

Em algumas especialidades verificou-se um crescimento percentual na cirurgia de ambulatório, designadamente na especialidade de oftalmologia, onde se registaram acréscimos de 32% em 2010, 20% em 2011 e 7% em 2012, circunstância que terá contribuído para a referida evolução entre 2010 e 2012.

Para o ano de 2011 foi planeado pelo serviço de oftalmologia um aumento de 14% da produção face a 2010, contudo este objetivo foi superado por se ter atingido 19% da produção.

Quadro 14 - Evolução da cirurgia de ambulatório

Especialidade de Oftalmologia	2009	2010	2011	2012	Δ% 2010-2009	Δ% 2011- 2010	Δ% 2012-2011
Convencional	1.931	946	425	348	-51%	-55%	-18%
Ambulatório	1.790	2.369	2.840	3.034	32%	20%	7%
Total	3.721	3.315	3.265	3.382	-11%	-2%	4%

Como resulta do quadro seguinte, o peso da cirurgia de ambulatório no total da atividade cirúrgica evoluiu positivamente no período em análise, destacando-se a especialidade de oftalmologia, com taxas de 89% e 91%, em 2011 e 2012, respetivamente.



Quadro 15 - Taxa de cirurgia em ambulatório

ESPECIALIDADE	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2011	Ano 2012
CIRURGIA GERAL	12%	21%	35%	37%
CIRURGIA PLÁSTICA	45%	50%	73%	82%
CIRURGIA MAXILO FACIAL	25%	48%	55%	62%
OFTALMOLOGIA	70%	78%	89%	91%
OTORRINO	10%	8%	23%	21%
UROLOGIA	6%	1%	5%	6%
ORTOPEDIA	8%	12%	33%	43%
GINECOLOGIA	49%	56%	55%	56%
CIRURGIA PEDIÁTRICA	53%	56%	61%	60%

Fonte: HFF, EPE

Para o crescimento em cirurgia de ambulatório contribuiu o investimento realizado na construção da unidade de cirurgia de ambulatório no valor de € 1.445.660, tendo o hospital beneficiado de um financiamento de € 764.712 por parte da ACSS, no âmbito do programa de financiamento dos investimentos na Qualificação das Unidades de Cirurgia de Ambulatório.

Em 12 de agosto de 2009, foi celebrado um contrato de concessão de apoio financeiro, incentivo não reembolsável, entre a ACSS, e o HFF, ao abrigo do programa de qualificação das unidades de cirurgia de ambulatório do SNS²⁹. Este financiamento correspondeu a 44,1% do valor global do projeto (€ 1.445.660).

O HFF, de acordo com o fixado na cláusula terceira do contrato de concessão de apoio financeiro, deveria garantir um crescimento da atividade cirúrgica de ambulatório na ordem dos 15% a 20% por ano, entre 2010 e 2012, tendo o hospital cumprido com o estabelecido na respetiva cláusula conforme se observa do quadro seguinte.

Quadro 16 - Produção fixada no contrato de concessão de apoio financeiro

2009	2010	2011	2012
4.410	5.071 a 5.300	5.831 a 6.360	6.705 a 7.632

Quadro 17 - Taxa de execução da cirurgia de ambulatório SNS e subsistemas

	2009	2010	Δ% 2009-2010	2011	Δ% 2010-2011	2012	Δ% 2011-2012
Contratado	4.410	5.300	20%	6.360	20%	7.632	20%
Realizado	4.464	5.892	32%	7.365	25%	10.134	38%

Fonte: HFF, EPE

Comparando a produção total realizada³⁰ (SNS, subsistemas e privados) com a contratualizada (doentes cirúrgicos de ambulatório), verifica-se que a mesma registou acréscimos de 32%, 25% e 38% nos anos de 2010, 2011 e 2012, dando cumprimento ao estabelecido no respetivo contrato.

²⁹ Previsto e regulamentado através do Despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde n.º 3673/2009, de 22 de janeiro, publicado no DR., 2.ª Série, n.º 20, de 29 de janeiro de 2009.

³⁰ Cfr. Relatório de acompanhamento do projeto de remodelação/construção da unidade cirúrgica de ambulatório.



3.5. Urgência

3.5.1. ATENDIMENTO EM URGÊNCIA GERAL

Quadro 18 - Atividade, capacidade e eficiência

Urgência	2009	2010	2011	2012	Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011
Nº salas atendimentos	37	37	37	37	0%	0%	0%
Nº atendimentos realizados	250.356	274.238	272.550	252.304	9,5%	-0,6%	-7,4%
Nº de atendimentos por sala	6.766	7.412	7.366	6.819	10%	-1%	-7%
Nº médicos ETC	204	200	199	198	-2%	-1%	-1%
Nº atendimentos/médico ETC	1.227,2	1.371,2	1.369,6	1274,3	12%	0%	-7%
Nº enfermeiros ETC	163	163	158	159	0%	-3%	1%
Nº atendimentos/enfermeiros ETC	1.535,9	1.682,4	1.725,0	1.586,8	10%	3%	-8%
Custos diretos	21.856.422,10 €	22.830.260,68 €	20.084.948,81 €	19.649.685,91 €	4,5%	-12,0%	-2,2%
Custo unitário direto	87,30 €	83,25 €	73,69 €	77,88 €	-4,6%	-11,5%	5,7%
Proveitos Totais	27.874.121,58 €	31.612.898,35 €	27.110.797,89 €	13.154.286,61 €	13,4%	-14,2%	-51,5%
Margem	6.017.699,48 €	8.782.637,67 €	7.025.849,08 €	-6.495.399,30 €	45,9%	-20,0%	-192,5%

Fonte: Direção de Produção do HFF, EPE, junho de 2013

Para a diminuição registada em 2012 contribuiu o decréscimo de 8% da atividade da urgência pediátrica e de 11% da urgência de obstetrícia/ginecologia, reflexo da alteração da rede de referenciação de doentes da área materno-infantil (doentes pertencentes ao concelho de Sintra direcionados para o Hospital de Cascais).

O número de atendimentos realizados em 2012, relativamente a cuidados prestados no âmbito do SNS e de outros subsistemas, diminuiu 7,4%, face ao ano anterior. O número de atendimentos realizados por médico e por enfermeiro diminuiu 7% e 8%, respetivamente, em resultado do hospital não ter ajustado o quadro de pessoal à procura de cuidados de saúde na urgência.

Segundo o Conselho de Administração do Hospital terá sido o “(...) *aumento das taxas moderadoras e que conduziram a uma redução global das admissões (...)*”³¹. No entanto, não foi realizado qualquer estudo neste hospital que suportasse esta conclusão³².

Apesar dos custos totais diretos terem diminuído 2,2% em 2012, o custo médio unitário por atendimento aumentou 5,7% face ao período homólogo, passando de € 73,69, em 2011, para € 77,88 em 2012.

³¹ Fonte: Relatório e Contas de 2012. Em sede de contraditório o Conselho de Administração do HFF veio citar uma tese de mestrado para afirmar que o aumento das taxas moderadoras conduz a uma redução global das admissões – publicado em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/11372/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Soares.pdf>.

³² Por sua vez, no Relato de Auditoria citou-se um estudo da *Nova School of Business and Economics*- Universidade Nova de Lisboa, de julho de 2013, no qual se concluiu que “(...) *não se encontra uma redução estatisticamente significativa da utilização de urgências em resultado do aumento das taxas moderadoras* – vd. “Impacto das taxas moderadoras na utilização de serviços de saúde” publicado em- <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/impacto-taxas-moderadoras-v3.pdf>.



Em 2012 os proveitos totais da atividade da urgência registaram uma diminuição de 51,5%, em consequência da alteração da tabela de preços para esse ano, a aplicar aos hospitais do SNS no âmbito dos contratos programa, em razão da redefinição do pagamento da linha de produção da urgência de acordo com a tipologia de cuidados (serviço de urgência polivalente, serviço de urgência médico-cirúrgica e serviço de urgência básica).

Em 2011 o contrato programa estabelecia para os atendimentos no serviço de urgência polivalente/médico-cirúrgico um preço unitário de € 132,40 e para os atendimentos serviço de urgência básica um preço de € 37,78. Em 2012, após a redefinição do pagamento da linha da urgência os atendimentos no serviço de urgência polivalente passaram a ser remunerados pelo preço unitário de € 121,81, os atendimentos no serviço de urgência polivalente/médico-cirúrgico pelo preço de € 61,04, e os atendimentos na urgência básica pelo preço de € 34,76.

Apesar do HFF ser detentor de um conjunto de sistemas de informação integrados, que permitem obter informação sobre produção e custos diretos de forma atempada, verifica-se, ainda assim, que não está a ser feita a imputação dos custos indiretos às atividades principais do hospital, o que impossibilita o apuramento de custos por doente/episódio, sendo apenas apurados custos médios. Deste modo, o hospital não procede à emissão de fatura que traduza os custos reais com cada utente.

O hospital, na sequência do Despacho n.º 5007/2013, de 4 abril, apenas procede à disponibilização de informação³³, relativa aos custos incorridos com as prestações de saúde realizadas aos utentes na urgência de acordo com a tabela de preços do SNS. Esta iniciativa tem como objetivo sensibilizar o utente para os custos que o SNS suporta, em média, com cada prestação de cuidados de saúde, sendo o impacto esperado a racionalização do consumo de cuidados de saúde por utente, designadamente através da dissuasão do recurso a cuidados médicos diferenciados (nomeadamente as urgências hospitalares) sempre que a condição de saúde do utente não o justifique, podendo ser tratada ao nível dos cuidados de saúde primários.

Relativamente aos tempos de espera na urgência geral, verifica-se que o tempo registado entre admissão do doente e a triagem teve um aumento de 34,5% em 2011, diminuindo cerca de 20% em 2012. O aumento registado em 2011 resultou da implementação de um novo programa informático de suporte à triagem que não considerava a primeira chamada do doente, mas sim o momento da triagem e encaminhamento. Assim, nos casos em que o doente não respondeu à chamada, designadamente por abandono, a informação da alta foi assumida informaticamente duas horas depois, sendo esse tempo contabilizado como tempo de espera para triagem, penalizando o tempo de espera entre a admissão do doente e a respetiva triagem.

³³ A informação assenta nos preços da Portaria que estabelece os preços do SNS e não do contrato programa. Esta informação tem por âmbito não só os preços referentes ao episódio de urgência (episódio + exames), como ainda, os atos de ambulatório (consulta e exames), acumulados ao ano. A fatura pode ser emitida no momento da admissão e ainda após alta, integrando os vários procedimentos realizados.



Refira-se, ainda, que o tempo médio de permanência entre a admissão e a alta ter diminuído no período de 2009 a 2012. No entanto, em 2012 ainda se verifica um tempo médio de permanência de 3 horas e 26 minutos.

Quadro 19 - Tempo médio de espera na urgência geral

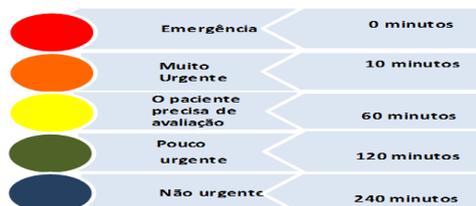
	2009	2010	Δ% 2010/2009	2011	Δ% 2011/2010	2012	Δ% 2012/2011
Tempo de admissão/Triagem	15	14	-7,2%	19	34,1%	15	-20,1%
Tempo de Triagem/1ª observação	90	86	-4,4%	80	-7,7%	69	-13,3%
Tempo de permanência admissão/alta	254	248	-2,4%	231	-6,9%	206	-10,8%

Fonte: HFF, EPE

No triénio 2010-2012, o tempo de espera entre a triagem e a primeira observação diminuiu 4,4%, 7,7% e 13,3%, respetivamente, tendo também diminuído o tempo de permanência entre a admissão e a alta, em 2,4%, 6,9% e 10,8% respetivamente, o que se traduz um aumento da qualidade da prestação dos cuidados de saúde ao nível da urgência geral.

De acordo com os critérios do “Protocolo de Manchester” o tempo máximo de espera não pode ultrapassar 240 minutos nas situações não urgentes, o que foi respeitado pelo HFF. Quanto às restantes prioridades verificou-se que o hospital não cumpriu com os tempos estabelecidos no protocolo.

Figura I - Protocolo de Triagem de Manchester

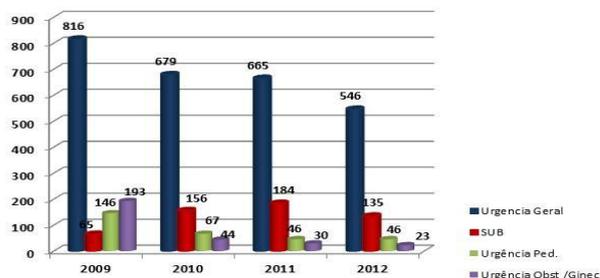


Quadro 20 - Tempo médio Triagem /1ª Observação

Perioridades	2009	2010	2011	2012
Vermelho	19	26	17	12
Laranja	44	39	27	30
Amarelo	97	90	78	75
Verde	121	107	99	83
Azul	229	168	163	87
Total Geral	90	86	80	69

Fonte: HFF,EPE – Dados não auditados

Gráfico 7 - Reclamações relativas aos serviços prestados na urgência



Apesar da diminuição do número de reclamações apresentadas no Gabinete do Utente (GU) contra o serviço de urgência geral do hospital, (816 em 2009, 679 em 2010, e 542 em 2012), verifica-se ser este o serviço que detém o maior número dessas reclamações, motivadas maioritariamente pelo excesso do tempo de espera³⁴.

³⁴ Cfr. Quadro n.º 79 do Anexo II.



O peso das reclamações apresentadas face ao número total de doentes assistidos na urgência geral tem diminuído nos anos em análise, sendo de reduzida expressão, conforme aliás resulta do quadro infra.

Quadro 21 - Peso das reclamações no total dos doentes assistidos

Actividade	2009			2010			2011			2012		
	D. Assist.	nº recl.	% recl.	D. Assist.	nº recl.	% recl.	D. Assist.	nº recl.	% recl.	D. Assist.	nº recl.	% recl.
Urgência Geral	150.338	816	0,54%	143.074	679	0,47%	142.456	665	0,47%	133.721	546	0,41%
SUB	13.751	65	0,47%	47.911	156	0,33%	46.166	184	0,40%	38.008	135	0,36%
Urgência Ped.	61.320	146	0,24%	61.002	67	0,11%	62.199	46	0,07%	61.210	46	0,08%
Urgência Obst /Ginec	24.948	37	0,15%	24.034	44	0,18%	21.729	30	0,14%	19.365	23	0,12%
Total	250.357	1.064	0,42%	276.021	946	0,34%	272.550	925	0,34%	252.304	750	0,30%

Fonte:HFF,EPE

Em 2012 detetaram-se registos de episódios de urgência que não foram faturados como episódio de urgência, mas antes como internamento.

Ora, nos termos da Circular Normativa n.º 11/2011 da ACSS apenas "(...) são objeto de faturação os atendimentos em urgência realizados pela unidade de saúde com alta para o exterior, que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo.". E nos termos da mesma Circular Normativa, considera-se atendimento em urgência "(...) o ato de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde. Este atendimento pode incluir a permanência em serviço de observação (SO), para observação, até 24 horas". Esta situação foi detetada no âmbito de uma auditoria interna ao processo de codificação de doentes internados, tendo sido produzidas observações e recomendações no sentido de regularizar as situações identificadas.

3.5.2. ATENDIMENTO EM URGÊNCIA BÁSICA

Em 2009, foi criado o serviço de urgência básica do Algueirão-Mem Martins³⁵ (SUB), integrado no HFF, com o objetivo de reduzir os atendimentos não urgentes do hospital e diminuir os tempos médios de espera na urgência, melhorando assim a qualidade dos serviços prestados aos utentes do HFF.

O investimento nas infraestruturas e nos equipamentos foi suportado totalmente pela ARSLVT, sendo a exploração assegurada pelo HFF. Para o efeito foi celebrado um protocolo entre o HFF, a ARLVT e a autarquia de Sintra.

³⁵ O serviço de urgência básica de Sintra integra a Rede de Referência de Urgência/Emergência, conforme o Despacho n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, o qual veio definir os pontos de acesso a este tipo de serviços. É o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência. Constitui um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência, constituindo-se ainda como um nível de estabilização inicial de situações urgentes/emergentes de maior complexidade, quando as mesmas não possam ser diretamente encaminhadas para um nível de cuidados mais diferenciados.



O SUB funciona por turnos durante 24 horas, assegurado por uma equipa de profissionais, normalmente composta por dois médicos, dois enfermeiros, um técnico de diagnóstico e terapêutica, dois administrativos e dois auxiliares de ação médica.

Não obstante ter ocorrido uma redução dos custos com pessoal, a partir de 2011, o hospital suporta um encargo total anual de 1 milhão de euros.

Do total dos encargos suportados, destacam-se os suportados com os prestadores de serviços, que ascenderam a 689,8 milhares de euros em 2011, e a 601,3 milhares de euros em 2012, conforme se encontra descrito no quadro seguinte.

Quadro 22 - Encargos com pessoal do SUB

Encargos com Pessoal	Unid: milhares de Euros						
	2009	2010	Δ% 2010/2009	2011	Δ% 2011/2010	2012	Δ% 2012/2011
Honorários (RV) + Firmas	83,8	797,9	852%	689,8	-14%	601,3	-13%
Remunerações	419,6	704,8	68%	396,7	-44%	385,7	-3%
Outras Remunerações e Prestações	27,8	43,1	55%	26,8	-38%	27,8	4%
Encargos com Remunerações	100,8	163,8	62%	96,1	-41%	95,2	-1%
Total	632,0	1.709,6	171%	1.209,4	-29%	1.109,9	-8%

Fonte: HFF,EPE

No período em análise, constata-se ainda que a maior procura dos cuidados de saúde prestados pelo SUB aconteceu em 2010 (47.765 admissões), tendo a mesma diminuído cerca de 3% e 18% nos anos de 2011 e 2012.

O HFF considera que se os recursos humanos afetos ao SUB no período (24h00 e as 08h00) fossem integrados na urgência geral do HFF poderiam continuar a assegurar o atendimento dos utentes que, por norma, recorrem ao SUB e ainda realizar outros atendimentos na urgência geral do hospital, sugerindo assim uma melhor utilização dos recursos humanos e consequente redução de custos.

Deste modo, em 2010, para redução daqueles encargos e garantindo condições de atendimento alternativo no serviço de urgência geral, dado que o número de doentes a reencaminhar poderia corresponder a cerca de 10% das admissões na urgência geral no período em causa, o HFF apresentou à ARSLVT, uma vez que é parte no protocolo de criação do SUB, uma proposta de reorganização do SUB que se traduzia no encerramento daquele serviço no período compreendido entre as 24h00 e as 08h00.

Sobre esta matéria a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo informou que *"(...) a ARS não descurou o assunto abordado pelo Conselho de Administração do Hospital, pelo contrário o mesmo foi alvo de debate em diversas reuniões de negociação para os Contratos Programa, face ao impacte direto da mesma no cumprimento das orientações emanadas pela tutela respeitantes a custos e perdas de cada exercício anual, sem todavia se ter concretizado o efetivo encerramento, uma vez que o assunto extravasa a esfera do Hospital, ou seja deverá ser enquadrado na oferta global de cuidados de saúde que os concelhos de Sintra e Amadora prestam aos respetivos utentes dos cuidados de saúde primários."*

Referiu ainda que *"(...) esta ARS compreende as alegações do HFF quanto à necessidade de encerramento da SUB, pelo menos no período noturno, mas face às alterações efetuadas nas*



unidades do ACES Sintra no ano transato, será conveniente a manutenção do SUB, que não sendo um substituto cuidados de saúde primários, mantém uma oferta de cuidados de saúde em situações de doença aguda em adultos, para utentes da área de influência do HFF de modo a evitar uma procura desadequada à urgência médico-cirúrgica localizada no edifício do Hospital. Manteremos a monitorização dos dados às urgências hospitalares, para podermos reavaliar o impacto do encerramento no horário das 0h às 8h no início do próximo ano, com a informação completa do ano 2014.”.

O Tribunal considera a ARSLVT e o HFF deverão promover, em conjunto, através da realização de uma Análise Custo-Benefício, a adequação do funcionamento do SUB do Algueirão às necessidades de saúde da população da área de influência do hospital, destreinando cuidados de saúde primários dos cuidados de saúde que devem ser prestados em ambiente hospitalar.

3.6. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Os MCDT's são prescritos através de uma plataforma eletrónica e são sujeitos a triagem e posterior análise, efetuada pelo serviço de imagiologia, de acordo com as normas implementadas para o efeito.

Atendendo ao aumento da procura dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e face a falta de capacidade de resposta em tempo útil ou por limitações³⁶, entre outras, de nível tecnológico e de pessoal especializado, o HFF recorre a entidades externas (públicas e privadas) – vd. Quadro seguinte.

Nestes casos, são analisadas as prioridades pelo responsável do serviço de imagiologia, e fundamentadas conforme normas estabelecidas, sendo emitidas credenciais devidamente autorizadas pelo responsável do serviço de imagiologia. Aquelas credenciais são posteriormente remetidas à Direção de Produção de forma a confirmar a necessidade de recurso a entidade externa e proceder à validação do termo de responsabilidade. Porém, verificou-se, que a Direção de Produção, por norma, apenas remete para os hospitais do SNS as situações consideradas urgentes, em razão da maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS³⁷. No entanto, é censurável a falta de perceção de conjunto, uma vez que é mais económico para o SNS, em termos consolidados, a realização daqueles exames internamente, desde que haja capacidade instalada em tempo útil.

³⁶ Essencialmente devido à ausência de equipamentos de radioterapia, a avarias pontuais da RM e/ou da TAC, por falta de competências técnicas ao nível da genética e ainda, devido ao limitado número de exames que não justifica a introdução das técnicas necessárias para a sua realização.

³⁷ Cfr. Quadro n.º 83, do Anexo II.



Quadro 23 - Número de exames realizados por fornecedor

Fornecedor	2010	2011	2012
CENT HOSP LISBOA OCIDENTAL, EPE	19	42	11
CENT HOSPITALAR LISBOA ZONA CENTRAL	22	118	28
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE	5	8	3
HOSPITAL DE CURRY CABRAL			3
HOSPITAL GERAL ST.ANTONIO			1
INSTITUTO PORTUGUES DE REUMATOLOGIA		1	
Subtotal	46	169	46
BRITISH HOSPITAL-LISBON XXI	1		
C.D.R.M-CENTRO D.RES.MAGNETICA, S.A	3		
CEDE-CENTRO EST.D.ESOFAGICAS	3	1	2
CENTRO DE DIAGNOSTICO COMPUTORIZADO	5	6	7
CLINICA DOENCAS RENAI	4		
CLINICA SERV.MED.COMP.BELEM SA	230	165	201
CLISA - CLINICA DE STO. ANTONIO	84	111	110
HOSPITAL CRUZ VERMELHA PORTUGUESA	2		
HOSPITAL CUF INFANTE SANTO	46	19	94
HOSPITAL DA LUZ, SA	18	43	19
HOSPITAL DOS LUSIADAS	44	93	112
IMI - IMAGENS MÉDICAS INTEGRADAS	44	67	58
RESSONANCIA MAGNETICA CLINICA DIAG.	184	192	233
SGHD-SOC.GEST.HOSP.DESCOBERTAS, SA	2		
SOC.PORT.DE RESS.MAGNETICA	31	35	13
Subtotal	701	732	849
Total	747	901	895

Fonte: HFF,EPE

No período 2009-2012³⁸, 95% dos exames realizados externamente foram efetuados em entidades privadas (701 em 2010, 732 em 2011 e 849 em 2012), o que evidencia que a remessa para outras entidades do SNS é residual ao contrário do que seria de esperar, uma vez que as entidades privadas devem ser colocadas no plano da complementaridade. O HFF só remeteu as mais urgentes para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

No que respeita à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica o atual Conselho de Administração do **Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca** alega que “(...) *tem promovido uma particular atenção, no que respeita à redução de custos na aquisição destes serviços ao exterior. Este recurso a entidades externas está associado a áreas, relativamente às quais, o HFF:*

- *Não dispõe de recursos internos (humanos ou equipamentos);*
- *Tem um custo de produção interna de exames superior ao realizado no exterior;*
- *Enfrenta situações de urgência, especialmente associadas a avaria de equipamentos (nomeadamente, dificuldades associadas à TAC).”*

Refere ainda que “(...) *tem dado particular relevância à solicitação de execução de exames, para resposta a necessidades internas, junto de estabelecimentos hospitalares do SNS e ainda, à disponibilidade do HFF em afetar a sua capacidade instalada, à satisfação de necessidades de outras instituições do SNS.”*

Por sua vez, nas alegações apresentadas pelo **Ministério da Saúde**, refere-se que o “(...) *despacho [N.º 10430/2011, de 1 de agosto de 2011, do Secretário de Estado da Saúde] enuncia*

³⁸ Os dados do quadro n.º23 incluem uma “(...) *correção de registos (...) dos procedimentos carregados nos Termos de Responsabilidade (...)”*.



o principio de utilização da capacidade instalada em cada unidade hospitalar e apenas e após esta estar esgotada poder recorrer à prestação por parte de terceiros.” Admitindo adiante que “ Contudo, dado imperativo de salvaguarda do estado de saúde, nem sempre é viável recorrer a unidades do SNS para a realização de MCDT e.g. incapacidade de prestação de cuidados em tempo útil; tempo, custo e efeito deletério do transporte sobre o estado de saúde do doente, tempestividade para obtenção de resultado, nível de complexidade do diagnóstico e de terapêutica. Assim sendo, pode ser desejável o recurso ao setor social e ao privado para a realização de MCDT. Adicionalmente, balanceando com a salvaguarda do estado de saúde do doente, poderá estar em causa a vantagem económica para o sistema de saúde, para o SNS e para a unidade recorrer ao setor privado e social.”.

Considerando a razão então apresentada pelo Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, designadamente *“(...) a maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS (...)”* para justificar a requisição preferencial de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) a prestadores privados, o Ministério da Saúde veio ainda apresentar alegações adicionais³⁹, reiterando o seguinte:

-“(...) estando perante uma atividade de prestação cuidados de saúde o raciocínio tem de ter por base outras condicionantes, como aliás já se antecipou nas alegações iniciais, como por exemplo, a distância a ser percorrida, o custo do transporte e mais importante, o efeito deletério do transporte do doente, para além da tempestividade para obtenção do resultado e ainda o nível de complexidade do diagnóstico e terapêutica.

Face ao exposto, o Ministério da Saúde considera que as disposições vigentes procuram alcançar o equilíbrio entre a utilização mais racional dos recursos e a garantia do acesso dos cidadãos, em qualidade e segurança e em tempo útil, conforme é possível concluir do disposto no Despacho n.º 1430/2011, de 1 de agosto, de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde...

*“(...) não obstante do Relato de auditoria resulte que a Direção de Produção do HFF, por norma, apenas remete para os hospitais do SNS as situações consideradas mais urgentes, em razão da maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS, não podemos deixar de pressupor que a referência a tal competitividade por parte do HFF não se limitará ao preço **tout curt** fixado na tabela mas terá, sempre subjacente, também, entre outros, um critério de custo pela deslocação do utente e respetivo transporte, bem como a garantia de acesso efetivo do utente aos meios necessários, até porque, e conforme já se referia nas alegações iniciais, o recurso a entidades privadas e sociais requer justificação prevista ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, devendo ser apresentados argumentos para a aquisição do setor não público.”*

O Tribunal salienta que o recurso a entidades privadas pressupõe a verificação da capacidade instalada existente noutras entidades públicas, não se esgotando na utilização da capacidade

³⁹ Esclarecimento prestado na sequência da análise à primeira resposta em sede de contraditório – Vd. Ministério da Saúde, Of. N 904/22.08.2014.



instalada insuficiente em cada unidade hospitalar. Pressupõe-se que tal verificação ocorra em conformidade com os padrões de tempestividade, qualidade e segurança garantidos pelo SNS. Aliás, tal como se concluiu no Relato de Auditoria, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, remete as situações consideradas urgentes para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Por outro lado, e do mesmo modo, o recurso a entidades privadas, também poderá implicar custos de deslocação e respetivo transporte, além de requerer a justificação para a aquisição ao setor não público, de acordo com o disposto no Código dos Contratos Públicos.

Havendo capacidade instalada disponível noutras entidades do setor público, pelo menos, na sua região de saúde, os custos consolidados para o Serviço Nacional de Saúde são apenas os custos variáveis de produção (incluindo, eventualmente, os de transporte do utente) que são inferiores ao custo completo de uma entidade privada, que compreende custos fixos, variáveis e encargos de capital. Deste modo, o recurso prioritário à utilização dos recursos existentes no próprio SNS apresenta-se em princípio mais vantajoso, porque o que releva são os custos variáveis de produção e não as diferenças de preço entre a tabela de preços do SNS e os preços praticados pelos privados, tal como também é referido nas alegações adicionais do Ministério da Saúde quando refere que *“(...) tal competitividade por parte do HFF não se limitará ao preço tout court fixado na tabela...”*.

Assim, o recurso a entidades do setor privado ou social deverá ocorrer em complementaridade, quando não seja possível a realização de MCDT por outra entidade do SNS para *“(...) garantir o acesso efetivo dos cidadãos, com elevada qualidade, aos cuidados de saúde que os seus estados clínicos exigem (...)”*.

No caso específico das colonoscopias⁴⁰, verificou-se que o hospital, no período analisado, não recorreu a entidades externas (inclusivamente outros hospitais do SNS) para a realização deste tipo de exames, isto apesar de se ter verificado uma diminuição do número de exames realizados em 2013 e do aumento do tempo médio de espera (em 2012, 134 dias e 148 dias em 2013, nos exames sem anestesia em ambulatório), justificado pela ausência temporária de 2 médicos da especialidade nesse ano. Não obstante a diminuição do número de exames realizados o HFF também não recusou os pedidos internos e das unidades de cuidados de saúde primários.

Com efeito, em 2013, foram realizadas 1.638 colonoscopias (internamento, urgência e ambulatório), ou seja, menos 373 (-18%), face ao ano transato. O peso das colonoscopias realizadas em ambulatório no total das colonoscopias, em 2013, foi de 75%.

⁴⁰ “Exame complementar de diagnóstico e de terapêutica que possibilita ao médico especialista a visualização do intestino grosso, ou cólon.



Quadro 24 - Número de colonoscopias realizadas

Gastroenterologia	2010	2011	2012		2013			Valor acumulado a junho de 2014			Previsão exames realizados para 2014	
	Nº	Nº	Nº	Média (dias)	Mediana (dias)	Nº	Média (dias)	Mediana (dias)	Nº	Média (dias)		Mediana (dias)
Colonoscopia total (Internamento, urgência e ambulatório)	1.842	1.991	2.011			1.638			1.149			2.299
Colonoscopia total sem anestesia - ambulatório	-	1280	1228	134	100	902	148	60	750	151	55	1.469
Colonoscopia total anestesia - ambulatório	-	280	268	206	106	330	242	252	170	254	105	367
Total de colonoscopias em ambulatório		1.560	1.496	147	101	1.232	173	75	920	170	63	1.836
% Colonoscopias em ambulatório no total de colonoscopias		78%	74%			75%			80%			80%

Fonte: HFF, EPE

Os tempos médios de espera, em junho de 2014, nas colonoscopias em ambulatório são de 151 dias e 254 dias nas colonoscopias sem e com anestesia, respetivamente.

Na marcação destes exames o HFF segue um sistema de triagem que categoriza a realização dos exames em períodos de um mês, três meses, seis meses e um ano, correspondentes à prioridade atribuída a cada caso clínico⁴¹. No entanto, no período 2009-2013, não existia uma monitorização periódica da lista de espera dos exames de colonoscopia marcados para exames com prioridade urgente (um mês), situação que no limite terá estado na origem de situações que foram objeto de inquérito interno⁴².

Já em 2014, o hospital, no sentido de melhorar os tempos de espera deste tipo de MCDT's, desenvolveu entretanto algumas iniciativas⁴³, designadamente o reforço interno dos recursos humanos⁴⁴ e a implementação de regras de monitorização e controlo⁴⁵, prevendo realizar mais 661 colonoscopias em 2014 (2.299) face a 2013 (1.638). Contudo, o hospital procedeu também abertura de um procedimento concursal para contratação de exames a entidades externas, independentemente de confirmar a ausência de resposta de outros hospitais do SNS quanto à

⁴¹ Conforme consta do processo n.º ERS/004/14.

⁴² A este propósito, concluiu-se no inquérito interno n.º 02/2014 do HFF, que "(...) a falta de criação de condições que permitissem a gestão e monitorização da lista (global) de espera dos exames de colonoscopia que aparenta dever-se a um erro por omissão, coletivo e organizacional do HFF (...)".

⁴³ Utilização intensiva das salas da Unidade de Técnicas de Gastroenterologia (2salas para programados e 1 sala de Urgência); Plano de investimentos em curso; Início de procedimento para aquisição de equipamentos, para substituir alguns existentes que se apresentam obsoletos (Colonoscópio; Endoscópio Alto e Fonte de eletrocirurgia com argon Plasma); Está em curso procedimento de contratação, em regime de prestação de serviços, de médicos gastroenterologistas para apoio à realização de exames e consultas.

⁴⁴ Contratado um médico especialista; Realizado novo procedimento concursal para contratação, em prestação de serviços, de médicos gastroenterologistas, considerando que o anterior procedimento concursal terá ficado deserto; Início de atividade com recém-especialistas (formados na instituição); Aumento da dotação de enfermagem para salvaguardar a maximização de tempos de realização de exames; Contratualização interna de atividade adicional na área dos exames.

⁴⁵ Classificação da lista de espera, quer em função da prioridade atribuída (através da triagem em 3 níveis), quer identificação dentro e fora de prazo; Da produção diária, com respetiva avaliação da percentagem de não realização; Do fluxo de entrada (procura por MCDT's de Gastro); Implementação de ferramentas de monitorização e controlo da Lista de espera de MCDT's".



satisfação de pedidos de realização deste tipo de MCDT ou independentemente da avaliação dos efeitos das iniciativas internas acima referidas.

No que respeita aos exames realizados em entidades privadas e, uma vez que os fornecedores praticam preços diferentes para os mesmos exames, o HFF opta quase sempre (em função do preço ou da urgência/prioridade) pelo critério do preço mais baixo. Contudo, a partir de 2012, com o objetivo de redução de custos, o HFF iniciou novos procedimentos concursais com vista a obter melhores preços para cada um dos exames, o que efetivamente foi conseguido.

A comparação dos preços praticados pelos fornecedores do HFF com os preços estabelecidos na tabela de preços do regime convencionado e da ADSE, para 2012, permite concluir que existem diferenças substanciais nos preços dos MCDT's, nuns casos favoráveis ao HFF e noutros à tabela dos convencionados. Esta situação revela que existe um potencial de poupança para as ARS e para a ADSE que pagam pela tabela dos convencionados e para o HFF, designadamente no que respeita à medicina nuclear onde se verificou que alguns preços da tabela são inferiores aos negociados pelo HFF.

Quadro 25 - Comparação de Preços de MCDT's

Códigos da Portaria - MCDT's	Preço Unitário		Diferença	
	HFF	Tabela Convencionados/ADSE		
Análisesclínicas	21435	4,00 €	20,50 €	16,50 €
	22223	11,50 €	27,10 €	15,60 €
	22400	6,50 €	35,11 €	28,61 €
	22609	4,50 €	19,10 €	14,60 €
	25275	7,00 €	21,45 €	14,45 €
	26487	8,50 €	22,89 €	14,39 €
	21435	4,00 €	20,50 €	16,50 €
	22223	11,50 €	27,10 €	15,60 €
Medicina Nuclear	22400	6,50 €	35,11 €	28,61 €
	22609	4,50 €	19,10 €	14,60 €
	58015	290,00 €	212,20 €	-77,80 €
	58050	230,00 €	230,30 €	0,30 €
	58100	120,00 €	117,40 €	-2,60 €
	58115	77,00 €	82,80 €	5,80 €
	58120	77,00 €	140,45 €	63,45 €
	58130	72,00 €	54,70 €	-17,30 €
	58150	67,00 €	93,75 €	26,75 €
	58200	71,00 €	66,05 €	-4,95 €
	58260	35,00 €	51,95 €	16,95 €
	58305	75,00 €	62,60 €	-12,40 €
58319	1,00 €	5,40 €	4,40 €	
58324	1,00 €	41,10 €	40,10 €	
58475	100,00 €	55,30 €	-44,70 €	

O HFF deveria ter a preocupação de potenciar o aproveitamento máximo da capacidade instalada nos hospitais do SNS, sendo as entidades privadas complementares à oferta pública, ou seja, o recurso às entidades privadas deve ser efetuado com base no princípio da complementaridade justificando-se apenas na medida em que a oferta pública não seja suscetível de oferecer resposta atempada às necessidades dos doentes, ou se, comprovadamente, os custos marginais de realização dos MCDT's nessas entidades for superior aos preços praticados por entidades externas.



Muito embora conste na Carta de Equipamentos Pesados da Saúde⁴⁶ que os equipamentos de ressonância magnética (RM) e de tomografia axial computadorizada (TAC) da Região de Lisboa e Vale do Tejo se encontram rentabilizados uma vez que, em 2012, os mesmos produziram acima dos valores de referência⁴⁷, o que eventualmente justificaria o recurso ao exterior para suprir necessidades pontuais dos hospitais do SNS.

Ainda assim, considera-se que a consulta prévia aos hospitais do SNS deve consistir numa prática corrente e não apenas nas situações de urgência como anteriormente referido, no sentido do aproveitamento da capacidade instalada no seio do SNS, em detrimento do recurso ao *outsourcing*, sem prejuízo de uma gestão prudente e criteriosa direcionada no sentido de evitar o desperdício.

Em 2012, o HFF realizou internamente 236.284 exames, tendo registado um aumento de cerca de 31% (55.656 exames), face ao ano anterior, sendo o RX convencional, a TAC e a ecografia, os exames que mais contribuíram para esse aumento. No que respeita à produção de exames no exterior constatou-se terem sido realizados 891 exames, o que representa 0,4% da totalidade dos exames.

Quadro 26 - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Exames Realizados	Internos				Externos			Lista de Espera por ano de entrada			
	2010	2011	2012	Δ% 2012-2011	2010	2011	2012	2010	2011	2012	Δ% 2012-2011
RX Convencional	137.204	101.925	153.586	51%	92	130	124	7	69	167	142%
TAC	33.714	33.658	35.717	6%	284	270	242	254	334	463	39%
Ecografias	23.969	22.306	20.870	-6%	32	11	12	1.842	1.990	3.126	57%
Outros	23.392	12.072	15.632	29%	3	14	3	1	0	4	
Estudos por Doppler	5.985	5.791	5.554	-4%	0	4	0	81	230	304	32%
Ressonância Magnética	3.729	3.773	4.025	7%	292	395	466	126	126	327	160%
Radiologia de Intervenção	544	460	455	-1%	6	15	6	144	222	549	147%
Osteodensitometria	718	521	327	-37%	2	1	1				
Angiografias	49	114	110	-4%	37	57	37		1		-100%
TOTAL	229.304	180.620	236.276	31%	748	897	891	2.455	2.972	4.940	66%
CUSTOS TOTAIS	28.912.827 €	28.184.306 €	29.374.703 €	4%	1.826.837 €	1.314.485 €	1.164.619 €				

Fonte: HFF, EPE

Apesar, do hospital ter registado um acréscimo na produção de exames realizados internamente, a lista de espera aumentou 66% em consequência do maior número de pedidos (1.968), sendo a ressonância magnética 160% (201), a radiologia de intervenção 147% (327), RX convencional 142% (98), as que mais contribuíram para esse resultado.

Da análise do quadro supra verifica-se ainda que o custo total dos exames realizados, tanto internamente, como externamente, tem vindo a diminuir desde 2010. Com efeito, o valor despendido pelo hospital na externalização de exames ascendeu a € 1.826.837 em 2010,

⁴⁶ Elaborada na sequência do Despacho nº 3484/2013, de 26 de fevereiro, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República nº 45, de 5 de março de 2013.

⁴⁷ Valor de referência para o equipamento de ressonância magnética é de 7.000 para o equipamento de tomografia computadorizada é de 15.000



€ 1.314.485 em 2011 e a € 1.164.619 em 2012. Em 2012, o peso do valor dos exames realizados no exterior foi de 3,8% no valor total dos exames.

O contrato programa para 2012 estabeleceu como objetivo a redução dos custos com exames externos em 5,1% face ao período homólogo, tendo o hospital superado esse objetivo, uma vez que reduziu em 11% os respetivos custos, em resultado do aumento da produção interna.

O recurso a entidades externas para a realização deste tipo de exames, conforme referido anteriormente, resulta de limitação tecnológica, dado que o hospital apenas dispõe de um equipamento de tomografia axial computadorizada e de um equipamento de ressonância magnética. Acresce que a idade daqueles equipamentos (TC-2002; RM-2000) e a sua repetida utilização determinam a paragem frequente dos mesmos para manutenção preventiva e corretiva. Note-se que a vida útil espetável para este tipo de equipamentos é de 8 a 10 anos.

A partir de uma análise à capacidade instalada⁴⁸ dos referidos equipamentos, conclui-se que diariamente (8 horas) são produzidas em média 33 tomografias axiais computadorizadas e 9 ressonâncias magnéticas, conforme se verifica no quadro seguinte.

Quadro 27 - Potencial de exames a realizar no período de 8 horas

Partindo do pressuposto, que o tempo médio por exame é de 30 minutos (TAC) e de 50 minutos (RM) e que o funcionamento regular dos equipamentos é de 7 dias x 24h (TAC) e de 5 dias x 12h (RM), apurou-se o número de exames produzidos diariamente, conforme se demonstra o quadro.

Equipamento	Horas Programadas de funcionamento do equipamento	Nº exames realizados em 2012	Média potencial de exames a realizar em 8 horas
Tomografia Axial Computorizada	8.736	35.717	33
Ressonancia Magnética	3.432	4.033	9

Fonte: HFF

Quadro 28 - Estimativa de exames a realizar diariamente

Equipamento	Tempo médio p/exame	Funcionamento diário equipamento (minutos) ^{a)}	Estimativa exames a realizar diariamente ^{b)}
Tomografia Axial Computorizada	30 minutos	1.440	48
Ressonancia Magnética	50 minutos	720	14

a) TAC- 24 H *60 minutos; RM - 12H*60 minutos

b) Minutos de funcionamentos/tempo médio p/examme

Assim, comparando a produção efetivamente realizada com a capacidade dos respetivos equipamentos verifica-se que existe um subaproveitamento da capacidade instalada dos mesmos. Salienta-se no entanto que este

subaproveitamento poderá estar associado à recorrente paragem dos equipamentos por avaria ou manutenção (preventiva e corretiva).

O hospital procedeu ao cálculo do custo médio da TAC e da RM⁴⁹, por estimativa, tendo concluído, com algumas reservas, que a realização destes MCDT tem um custo inferior àquele que é suportado externamente, conforme melhor se ilustra no quadro.

⁴⁸ Capacidade programada para RM – (5 dias x12h + 6h) x 52 semanas
TAC (7 dias x 24 h) x 52 semanas

⁴⁹ Para o respetivo cálculo foram considerados os seguintes pressupostos:



Esta conclusão merece algumas reservas na medida em que o custo médio apurado dos referidos MCDT's não reflete os custos totais de cada exame, nomeadamente os custos indiretos, bem como os custos com a amortização do investimento.

Quadro 29 - Custo médio total TAC e RM

Custo médio total	2012
Tomografia Axial Computadorizada	21,80 €
Ressonância Magnética	52,19 €

Fonte: HFF,EPE

Tendo em atenção o recurso frequente a entidades externas para a realização daqueles exames, e respetivo volume financeiro, bem como o facto dos custos de produção interna serem inferiores, importa concretizar a renovação e, eventualmente, o aumento do parque tecnológico do hospital colocando em contraponto o *insourcing-outsourcing*, através de uma Análise Custo-Benefício (ACB).

No que respeita à rentabilização da capacidade nas instituições do SNS, o Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP, no âmbito do contraditório informa que “... *tem vindo a propor e a operacionalizar a implementação de várias medidas que fomentam a rentabilização da capacidade instalada nas instituições do SNS, como são o exemplo a antecipação para os 4 meses de tempo de espera da emissão das notas de transferência cirúrgica para outro hospital do SNS [quando para os hospitais convencionados se manteve 6 meses] ou a definição do modelo a adotar na análise e avaliação prévia dos acordos a estabelecer com as instituições Particulares de Solidariedade Social (...), seja precedida de um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objetivos assistenciais pretendidos pelo Estado e de uma análise custo-benefício que considere, designadamente, a capacidade instalada do setor público.*”.

No respeitante à área dos MCDT, informou ainda que “...*tem vindo a ser implementada a mesma estratégica de rentabilização da capacidade instalada nas instituições do SNS através da implementação de várias medidas que vão no sentido, como sejam o incentivo à definição de protocolos de articulação entre as Administrações Regionais de Saúde e os hospitais do SNS para a realização de MCDT solicitados pelos cuidados de saúde primários [quando esta se apresenta como a solução mais custo-efetiva], ou a operacionalização do Despacho n.º3756/2014, do Senhor Secretário de Estado da Saúde que define que as Administrações Regionais de Saúde, I.P. contratualizam com os hospitais do SNS o aumento do número de colonoscopias realizadas após prescrição do médico de família, ou a implementação do Sistema de Gestão de Entidades [SGES], atualmente em desenvolvimento (...)] possibilitando a obtenção de informação adicional sobre a rentabilização da capacidade disponível no SNS para a realização de MCDT (...).*”.

MCDT	Cuto médio total recursos humanos	Custo total Consumíveis	Custo total contratos de manutenção	Custo Total	Nº exames realizados	Custo Médio Total
Tomografia Axial Computadorizada	442.497,36 €	130.843,38 €	73.207,34 €	646.548,08 €	29.658	21,80 €
Ressonância Magnética	57.934,16 €	22.879,36 €	55.491,96 €	136.305,48 €	2.612	52,18 €

Fonte: HFF,EPE



3.7. Farmácia

No HFF é efetuada uma monitorização diária do consumo dos medicamentos no internamento e dos cedidos em ambulatório, que também tem sido reportada num relatório elaborado trimestralmente e enviado através de plataforma eletrónica pela farmácia do hospital à Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), onde se incluem os custos com a medicação dos novos doentes, verificando-se assim ter sido dado cumprimento, ao Despacho n.º 13382/2012, de 4 de outubro, do Secretário de Estado da Saúde⁵⁰, quanto à prescrição e à dispensa de medicamentos.

O hospital tem institucionalizada uma política de protocolos terapêuticos que privilegiam a emissão de orientações para determinadas patologias, designadamente a nível do HIV, que assentam numa política suportada em critérios de avaliação técnica e económica, para o uso mais racional dos respetivos medicamentos.

O consumo de medicamentos aumentou 18,7% de 2009 (€ 27.370.373) para 2012 (€ 32.494.077). O ambulatório é a linha de produção a nível do hospital que mais, medicamentos consome, representando cerca de 70%, do consumo total de medicamentos.

Para o aumento do custo com medicamentos contribuiu a transferência de utentes que vinham a ser acompanhados noutros hospitais, apesar de pertencerem à área de influência do HFF. O HFF passou também a acompanhar um elevado número de doentes pertencentes a outras áreas de influência (575 doentes), em diversas especialidades, com particular incidência na Infeciologia.

Simultaneamente, o HFF tem sido confrontado com um crescimento muito acentuado do número de doentes crónicos seguidos em ambulatório hospitalar e com dispensa de medicamentos pela farmácia do hospital, circunstâncias que se refletiram no aumento de € 1.501.691 no consumo de medicamentos em ambulatório.

Quadro 30 - Consumo de medicamentos por linha de produção

Linha de Produção	2009	2010	2011	2012	Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011
Ambulatório *	19.347.847,00 €	22.019.658,43 €	23.428.219,00 €	25.044.962,00 €	14%	6%	7%
Internamento	5.771.550,33 €	5.613.311,00 €	5.430.143,00 €	5.500.217,00 €	-3%	-3%	1%
Urgência	516.003,31 €	540.306,52 €	578.890,00 €	988.502,00 €	5%	7%	71%
Outros	1.744.330,00 €	1.664.210,00 €	1.426.277,00 €	960.396,00 €	-5%	-14%	-33%
Total Geral	27.379.730,64 €	29.837.485,95 €	30.863.529,00 €	32.494.077,00 €	9%	9%	5%

Fonte: HFF, EPE

* O valor de 2009 inclui o valor medicamentos dispensados em ambulatório para patologias que não tem suporte legal, medicamentos que são financiados pelo hospital e ainda o valor dos medicamentos prescritos por consultórios privados

⁵⁰ Nos termos do referido Despacho, a prescrição de medicamentos pelos hospitais passou a ser obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica, visando-se com esta medida uniformizar os procedimentos e mecanismos de monitorização dos medicamentos dispensados em ambulatório hospitalar, com vista a uma informação centralizada, que permita além do mais, evitar a duplicação de prescrição para o mesmo utente em diferentes hospitais, e conseqüentemente um maior controlo nessas prescrições, com reflexos nos custos associados a medicamentos cedidos pelos hospitais, principalmente nos relativos à patologia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), e produtos biológicos, uma vez que estes são os que têm custos mais elevados. Este controlo tem reflexos a nível da despesa no SNS, atendendo ao peso dos encargos com os referidos medicamentos.



Quadro 31 - Consumo de medicamentos por doente padrão

	2009	2010	2011	2012
Consumo de medicamentos	27.379.731 €	29.837.487 €	30.863.530 €	32.494.077 €
Nº doentes padrão	63.450	65.834	60.875	57.903
Consumo por doente padrão	432 €	453 €	507 €	561 €

Fonte: HFF, EPE e ACSS,IP

Com base na informação prestada pela ACSS sobre o número de doente padrão calculou-se o consumo de medicamentos, por este tipo de doente, concluindo-se que o consumo registou uma tendência crescente entre 2009 e 2012.

A linha de produção do ambulatório concentra a maior despesa com medicamentos em ambiente hospitalar, devido essencialmente aos elevados custos das terapêuticas praticadas no hospital de dia e da cedência de medicamentos abrangidos pelos regimes especiais de comparticipação⁵¹.

Gráfico 8 - Consumo de medicamentos, por linha de produção



Quanto ao impacto dos encargos com a dispensa gratuita de medicamentos em regime de ambulatório para os quais existe diploma legal⁵² a suportar a dispensa, em contraponto com os consumos internos do hospital efetuados pelos seus doentes nas linhas de produção do internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia e outros.

Quadro 32 - Dispensa gratuita em ambulatório vs consumo interno

Encargos com consumo de medicamentos	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%
Dispensa gratuita em ambulatório	17.531.044 €	64%	20.549.084 €	69%	21.181.754 €	69%	23.723.720 €	73%
Consumo interno no hospital	9.839.293 €	36%	7.084.141 €	24%	7.435.310 €	24%	7.449.116 €	23%
Outros	9.393 €		2.204.262 €	7%	2.246.466 €	7%	1.321.241 €	4%
Total	27.379.730 €	100%	29.837.487 €	100%	30.863.530 €	100%	32.494.077 €	100%

Fonte: HFF,EPE - O valor de outros em 2009 foi corrigido tendo por referência a informação constante do quadro n.º 30.

Constata-se que o hospital apresentava um equilíbrio entre as compras e os consumos de medicamentos e que apesar do aumento do consumo de medicamentos foi possível manter os stocks a níveis de 2009, conforme se verifica do quadro seguinte.

⁵¹ Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 305/98, de 7 de outubro. Estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS prevê a regulamentação em legislação própria de medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou em grupos especiais de utentes, estando legalmente previsto a dispensa gratuita de determinados medicamentos quando efetuados nos serviços farmacêuticos dos hospitais do SNS e prescritos em consultas especializadas no diagnóstico da referida patologia).

⁵² Patologias abrangidas: VIH- Sida, fibrose quística, doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais, deficiência da hormona do crescimento na criança e Síndrome de Turner, paraplegias espásticas familiares, ataxias cerebelosas hereditárias, doentes acromegálicos, profilaxia da rejeição aguda de transplante renal, cardíaco e hepático alogénico, hepatite C, esclerose múltipla, doença de Chron ativa grave ou formação de fistulas.



Gráfico 9 - Compras vs consumo



Quadro 33 - Consumos vs existências finais

Ano	Consumo	Exist.Finais	Exist.Finais/Consumo
2009	27.379.716,00	2.003.836	7%
2010	29.847.240,00	2.123.431	7%
2011	30.863.529,37	2.582.772	8%
2012	32.494.077,01	2.017.346	6%

Fonte: HFF, EPE

No quadro seguinte apresenta-se o consumo de medicamentos em ambulatório por patologia, dos anos de 2009 a 2012, destacando-se a patologia do HIV⁵³ com maior consumo.

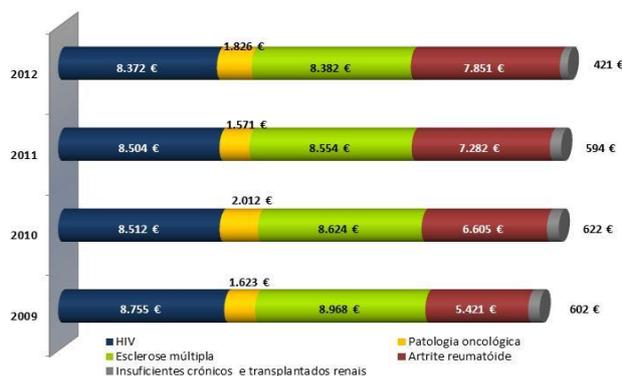
Refira-se ainda, que o consumo de medicamentos do HIV, nos anos em análise registou acréscimos de 9%, 7% e 10%, respetivamente.

Quadro 34 - Consumo de medicamentos de dispensa gratuita em ambulatório por patologia

Patologias	2009			2010			2011			2012			Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011
	N.º doentes	Encargos medicam. €	%	N.º doentes	Encargos medica. €	%	N.º doentes	Encargos medica. €	%	N.º doentes	Encargos medica. €	%			
HIV	1.387	12.142.862 €	69%	1.558	13.261.728 €	65%	1.664	14.150.576 €	67%	1.853	15.512.503 €	65%	9%	7%	10%
Patologia oncológica	1.815	2.945.036 €	17%	2.086	4.196.995 €	20%	2.121	3.332.166 €	16%	1.978	3.611.971 €	15%	43%	-21%	8%
Esclerose múltipla	83	744.336 €	4%	90	776.133 €	4%	93	795.549 €	4%	113	947.110 €	4%	4%	3%	19%
Artrite reumatóide	20	108.424 €	1%	76	501.986 €	2%	125	910.194 €	4%	144	1.130.556 €	5%	363%	81%	24%
Insuficientes crónicos e transplantados renais	606	364.556 €	2%	602	374.644 €	2%	623	370.169 €	2%	600	252.556 €	1%	3%	-1%	-32%
Outros	174	1.225.830 €	7%	186	1.437.598 €	7%	312	1.623.100 €	8%	647	2.269.024 €	10%	17%	13%	40%
Total	4.085	17.531.044 €	100%	4.598	20.549.084 €	100%	4.938	21.181.754 €	100%	5.335	23.723.720 €	100%	17%	3%	12%

Fonte: HFF, EPE

Gráfico 10 - Custo médio por doente

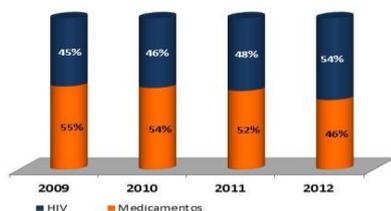


No que concerne à patologia do vírus da imunodeficiência humana, o número de utentes que acedem a esta terapêutica aumentou nos anos analisados, no entanto o custo médio por doente diminuiu, em resultado da redução do custo unitário de alguns fármacos devido à negociação com os laboratórios. Já no que respeita à patologia esclerose múltipla verificou-se um aumento do número de doentes bem como do respetivo custo médio por doente.

⁵³ Vírus da imunodeficiência humana.



Gráfico 11 - Peso dos custos com medicamentos para o HIV



A este propósito, importa salientar que cerca de 50% dos custos totais com medicamentos (ambulatório e consumo interno) respeitam à patologia do vírus da imunodeficiência humana.

3.8. Gabinete do Utente

O Gabinete do Utente (GU) do HFF⁵⁴ tem como missão o tratamento de reclamações/sugestões/agradecimentos e garantir atendimento personalizado aos utentes, nomeadamente a cedência de informações gerais do hospital.

Este Gabinete depende da Direção de Admissão e Apoio a Doentes e é composto pela Diretora da referida direção e por três funcionários administrativos. O Gabinete tem duas pessoas no serviço de urgência para identificação de potenciais reclamações.

Em 2012, o HFF elaborou um estudo com vista à avaliação do grau de satisfação dos seus utentes, tendo como objetivos, entre outros: a avaliação da satisfação dos utentes do hospital; a identificação de oportunidades de melhoria globais; a identificação de oportunidades de melhoria na consulta externa, na cirurgia de ambulatório, no internamento e na urgência e a comparação dos resultados obtidos face a 2011, em cada uma dessas áreas. Da avaliação realizada retiraram-se as seguintes conclusões:

- Nas referidas áreas a generalidade dos aspetos analisados foi avaliada de forma positiva, tendo o pessoal médico, enfermeiros e auxiliares de ação médica, apresentado níveis de satisfação elevados;
- No que respeita aos tempos de espera, quer se trate de "espera" para obter consultas, procedimentos de cirurgia ambulatória e exames, ou da espera no hospital no próprio dia, esses tempos constituíram um fator de insatisfação;
- Assim como a avaliação relativa às condições hoteleiras (qualidade e variedade das refeições) revelou alguma insatisfação por parte dos utentes. Quanto às instalações, nomeadamente as salas de espera e as condições de ruído, foram também objeto de insatisfação por parte dos utentes.
- Foi ainda demonstrada insatisfação por parte dos utentes quanto ao tempo de resposta às reclamações.
- Verificou-se existirem livros de reclamações em todos os Serviços, no entanto não se encontra de forma visível para os utentes, o dístico referindo explicitamente a existência do livro de reclamações.

⁵⁴ O Gabinete do Utente do HFF, também conhecido por Gabinete de Informação e Orientação (GIO) dispõe de um Regulamento Interno.



No que respeita ao tratamento que é dado às reclamações apresentadas por utentes e pelos seus familiares, constatou-se que o Gabinete do Utente reencaminha as reclamações para os dirigentes responsáveis pela área/serviço a que respeitam para que estes se pronunciem, nomeadamente para apresentarem as explicações que considerem relevantes.

No entanto, apenas em alguns casos é dado um feedback aos reclamantes, ficando parte das reclamações sem qualquer tratamento, o que evidencia que o livro de reclamações não é suficientemente utilizado como instrumento de gestão e os mecanismos implementados de audição e resposta aos utentes não asseguram a valorização da sua utilização.

O Gabinete do Utente elabora relatórios semestrais, onde faz o apuramento do peso das reclamações apresentadas face ao número de doentes assistidos, nas principais linhas de atividade, conforme se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 35 - Reclamações apresentadas no Gabinete do Utente

Actividade	2009			2010			2011			2012					
	D. Assist.	nº recl.	% recl.	D. Assist.	nº recl.	% recl.	D. Assist.	nº recl.	% recl.	D. Assist.	nº recl.	% recl.			
Urgência Geral	139.090	901	0,65	150.338	816	0,54%	143.074	679	0,47%	142.456	665	0,47%	133.721	546	0,41%
SUB	n.a	n.a	n.a	13.751	65	0,47%	47.911	156	0,33%	46.166	184	0,40%	38.008	135	0,36%
Urgência Ped.	57.155	110	0,19	61.320	146	0,24%	61.002	67	0,11%	62.199	46	0,07%	61.210	46	0,08%
Urgência Obst /Ginec	23.159	35	0,15	24.948	37	15,00%	24.034	44	0,18%	21.729	30	0,14%	19.365	23	0,12%
Cons. Externa	230.265	200	0,09%	266.601	193	0,07%	277.805	232	0,08%	281.243	320	0,11%	285.050	337	0,12%
Internamento	39.149	160	0,41%	40.321	200	0,50%	39.629	206	0,52%	35.841	172	0,48%	32.218	180	0,56%
Total	488.818	1.406	0,29%	557.279	1.457	0,26%	593.455	1.384	0,23%	589.634	1.417	0,24%	569.572	1.267	0,22%

Fonte: HFF, EPE

No que respeita ao tratamento das reclamações, o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, informa que *“...a posição dos utentes e que consta do Livro de reclamações é utilizada. De facto, esta informação consta dos Planos de Atividades dos Serviços, integrada no Capítulo da Qualidade e são discutidos, individualmente e anualmente, com o Conselho de Administração. Note-se igualmente, que o HFF disponibiliza instalações específicas nas urgências e ainda na Consulta Externa, devidamente assinaladas, para apresentação de reclamações com apoio administrativo. Ao mesmo tempo é disponibilizado Livro de Reclamações em diversos locais do HFF e ainda no exterior, onde se verifica a realização da atividade hospitalar.”*.

Acrescenta, ainda, que *“ Em 2012, o HFF identificou a necessidade de melhorar o processo de tratamento das Reclamações e decidiu implementar uma solução aplicacional que eliminasse o papel, que permitisse a rastreabilidade de toda a gestão das reclamações e que possibilitasse efetuar insistências automáticas junto dos serviços e respetivas direções, com o objetivo de diminuir o tempo de resposta. Assim procedeu-se ao desenho e implementação da fase 1 de uma aplicação informática para a gestão de reclamações, “Sugira”, com o objetivo de permitir a rastreabilidade de toda a gestão das reclamações (...).”* Salientam ainda que *“ Já em 2013, iniciou-se a utilização da referida aplicação. Esta assegura um fluxo que permite aos Diretores de primeira linha terem conhecimento das suas reclamações e encaminhar aos visados nas mesmas, para elaboração de justificações, nomeadamente a obrigatoriedade e descrição de medidas corretivas a adotar pelos serviços.”*.



Pese embora o alegado, verificou-se que não foi dada resposta a parte das reclamações apresentadas pelos utentes, pelo que mantém-se a conclusão de que a participação dos utentes não é suficientemente valorizada e utilizada como instrumento de gestão.

Ainda sobre as reclamações dos utentes e relativamente à recomendação proposta no Relato de Auditoria à ERS – *“Reforçar as ações de fiscalização e aplicar as coimas previstas pelo incumprimento das obrigações das entidades prestadoras de cuidados de saúde quanto à utilização do Livro de Reclamações e ao tratamento das reclamações.”* - pronunciou-se a ERS no sentido de que *“(…) subsiste uma diferenciação entre o regime legal aplicável a prestadores de cuidados de saúde públicos e privados, no que respeita ao tratamento das reclamações”*. Acrescentando que *“(…) a ERS já vem manifestando, não fará sentido que o direito do utente à reclamação sofra alterações consoante o mesmo se dirija a um estabelecimento público ou privado (…)”* e que *“(…) espera-se que seja alcançada uma melhor clarificação com a publicação dos novos Estatutos da ERS (…)”*.

Entretanto, o propósito inserto no projeto de recomendação anterior foi satisfeito com a recente alteração dos estatutos da ERS pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto⁵⁵, que centralizou na ERS a análise das reclamações dos utentes, independentemente de se reportarem a prestadores de cuidados de saúde de natureza pública ou privada, além disso foi ainda previsto que seja a ERS a mediar os conflitos entre essas instituições e os utentes.

4. Recursos Humanos

Com a extinção do Contrato de Gestão Hospitalar o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca passou para o domínio da gestão pública, através da constituição de uma entidade pública empresarial.

De acordo com o estabelecido no n.º4, do art.º 5, do Decreto-Lei n.º203/2008, de 10 de outubro, a posição contratual da Sociedade Gestora, S.A., nos contratos de trabalho com pessoal ao seu serviço, transmitiu-se para o HFF, nos termos dos art.ºs 318 a 321 do Código do Trabalho, incluindo a do pessoal com relação jurídica de emprego público.

Desde a sua transformação em entidade pública empresarial, o HFF tem recorrido a vários mecanismos legais no que respeita à admissão/contratação de pessoal, designadamente o contrato individual de trabalho, o contrato de prestação de serviços e os acordos de cedência de interesse público.

O quadro seguinte reflete a evolução dos trabalhadores por grupo profissional, no período de 2008 a 2012, constatando-se que, com exceção do ano de 2011, em que se registou um decréscimo de 1% (26 trabalhadores) face ao ano anterior, em resultado da redução de 5% do número de médicos (41) e de 2% do número de enfermeiros (15), nos restantes anos o quadro de pessoal aumentou.

⁵⁵ Procedeu à adaptação da Entidade Reguladora da Saúde, ao regime estabelecido na lei-quadro das entidades reguladoras, aprovada em anexo à Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto.



Quadro 36 - Evolução dos trabalhadores por grupo profissional

Grupo Profissional	2008	2009	Δ%	2010	Δ%	2011	Δ%	2012	Δ%
Orgão Sociais		5		5	0%	4	-20%	4	0%
Médicos	824	894	8%	856	-4%	815	-5%	802	-2%
Médicos Internos	100	107	7%	124	16%	147	19%	176	20%
Enfermeiros	823	889	8%	913	3%	898	-2%	923	3%
Téc. Sup. Saúde	33	39	18%	37	-5%	38	3%	41	8%
Téc.Diag.Terapêutica	227	258	14%	270	5%	267	-1%	266	0%
Dirigentes	9	12	33%	14	17%	13	-7%	13	0%
Auditor Interno								1	
Téc. Superiores	34	44	29%	45	2%	54	20%	56	4%
Administrativos	233	259	11%	288	11%	296	3%	296	0%
Auxiliares	644	699	9%	675	-3%	669	-1%	676	1%
Outros	10	13	0,3	14	8%	14	0%	14	0%
Total trabalhadores	2.937	3.219	10%	3.241	1%	3.215	-1%	3.268	2%

Fonte:HFF,EPE

O aumento do pessoal contratado em 2012 resultou sobretudo do acréscimo de 20% registado no grupo profissional dos médicos internos⁵⁶. A colocação destes profissionais é efetuada de acordo com a programação das vagas para admissão na formação específica de cada especialidade, realizada pela ACSS em articulação com as ARS e Regiões Autónomas, mediante a celebração de contrato em funções públicas na modalidade de contrato a termo resolutivo incerto ou em regime de comissão de serviço, caso o médico seja titular de uma relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado⁵⁷.

No universo dos trabalhadores do HFF, coexistem duas realidades contratuais distintas: trabalhadores com contrato individual de trabalho e trabalhadores com contrato de prestação de serviços. Coexistem ainda situações de acumulação das duas situações contratuais, nomeadamente de pessoal médico.

Pelo Despacho 10428/2011, do Secretário de Estado da Saúde, de 1 de agosto, foi determinado que não podem ser contratados na modalidade de prestação de serviços os médicos vinculados às instituições contratantes. No entanto, verificou-se que ainda subsistem 208 situações de médicos com vínculo ao HFF que exercem funções na modalidade de prestação de serviços. De acordo com a informação recolhida a partir da publicação do referido Despacho não foram constituídas novas situações de duplo vínculo (regime de prestação de serviços e contrato de trabalho), tendo sido constituído recentemente um grupo de trabalho com o objetivo de resolver as situações ainda existentes. Contudo, sem prejuízo da conformidade com os termos do Despacho, não se obteve evidência sobre os efeitos desta disponibilidade dos médicos em termos de melhoria das condições de acesso, segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes do HFF.

O quadro seguinte reflete o número de trabalhadores por tipo de vínculo, especificando o número de trabalhadores no ativo e o número de trabalhadores suspensos do exercício de funções, bem como os prestadores de serviços, entre 2008 e 2012.

⁵⁶ Internato médico corresponde a um processo único de formação médica pós-graduada, teórica e prática, tendo como finalidade habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado de uma das especialidades médicas legalmente reconhecidas.

⁵⁷ Cfr. n.º1 do art.º48 e do n.º 1 do art.º 49 do Regulamento do Internato Médico, aprovado no anexo à Portaria n.º 251/2011, de 24 de junho, publicada no DR. I Série, n.º 120 de 24 de junho.



Quadro 37 - Trabalhadores por tipo de vínculo

Tipo de vínculo	2008			2009			2010			2011			2012						
	Ativo	Suspenso	Total	Ativo	Suspenso	Total	Δ% 2009-2008	Ativo	Suspenso	Total	Δ% 2010-2009	Ativo	Suspenso	Total	Δ% 2011-2010	Ativo	Suspenso	Total	Δ% 2012-2011
Orgãos Sociais						5				5	0%			4				4	0%
OT	1.835	6	1.841	2.083	25	2.108	15%	2.174	19	2.193	4%	2.210	22	2.232	2%	2.243	37	2.280	2%
Quadro Pessoal FP HFF	4	10	14	10	8	18	29%	10	9	19	6%	10	9	19	0%	11	7	18	-5%
Quadro Pessoal FP HFF com QT	53	0	53	47	0	47	-11%	45	0	45	-4%	45	0	45	0%	44	1	45	0%
Q. Pessoal FP de outras instituições com CIT	124	2	126	119	2	121	-4%	118	1	119	-2%	113	0	113	-5%	109	1	110	-3%
Contrato de trabalho em funções públicas	100	0	100	107	0	107	7%	123	1	124	16%	145	2	147	19%	175	1	176	20%
PS Empresas	112	0	112	138	0	138	23%	149	0	149	8%	378	0	378	154%	377	0	377	0%
PS Individual	691	0	691	675	0	675	-2%	587	0	587	-13%	277	0	277	-53%	258	0	258	-7%
Total	2.919	18	2.937	3.179	35	3.219	10%	3.206	30	3.241	1%	3.178	33	3.215	-1%	3.217	47	3.268	2%

Fonte:HFF,EPE

Como resulta da leitura do quadro supra, no primeiro ano de gestão pública (2009) o número de trabalhadores no HFF aumentou 10% face ao ano anterior, aumento este que resultou principalmente do crescimento de 15% de pessoal com contrato individual de trabalho, e de 7% do pessoal com contrato de trabalho em funções públicas. Já o número de prestadores de serviços, embora tenha registado um aumento de 1% em 2009, foi reduzido em 2010, 2011 e 2012, respetivamente, em 9%, 11% e 3%.

Em 2009, o aumento dos contratos individuais de trabalho resultou, entre o mais, de alterações de procedimento relativo à contratação de enfermeiros para lugares do quadro da carreira de enfermagem herdado da Sociedade Gestora, nomeadamente pela opção da celebração de contratos de trabalho por tempo indeterminado, face às necessidades permanentes dos serviços. Verificou-se que a contratação de enfermeiros obedeceu a duas fases, a primeira fase iniciava-se com a celebração de um contrato de trabalho a termo resolutivo, nos termos do art.º 140 do Código do Trabalho, seguido por igual período e na 2ª fase com a celebração de contrato de trabalho por tempo indeterminado para preenchimento da vaga.

Em 2009, o HFF reavaliou os contratos a termo existentes e face à necessidade de admitir enfermeiros para o exercício de funções de natureza permanente, e uma vez que o contrato individual de trabalho a termo resolutivo só pode ser celebrado para satisfação de necessidades temporárias e pelo período estritamente necessário à satisfação dessa necessidade⁵⁸, recorreu à celebração de contratos de trabalho por tempo indeterminado.

Quadro 38 - Trabalhadores por tipo de vínculo e custos com pessoal

Tipo de vínculo	2008	2009	Δ% 2009-2008	2010	Δ% 2010-2009	2011	Δ% 2011-2010	2012	Δ% 2012-2011
Orgãos Sociais		5		5	0%	4	-20%	4	0%
CIT	1.841	2.108	15%	2.193	4%	2.232	2%	2.280	2%
Quadro Pessoal FP HFF	14	18	29%	19	6%	19	0%	18	-5%
Quadro Pessoal FP HFF com CIT	53	47	-11%	45	-4%	45	0%	45	0%
Q. Pessoal FP de outras instituições	126	121	-4%	119	-2%	113	-5%	110	-3%
Contrato de trabalho em funções públicas	100	107	7%	124	16%	147	19%	176	20%
Total	2.134	2.406	13%	2.505	4%	2.560	2%	2.633	3%
Custos com Pessoal (remunerações)	44.611.448	63.217.012	42%	60.862.242	-4%	55.232.213	-9%	55.312.163	0,1%

Fonte:HFF,EPE

⁵⁸ Cfr. n.º 1 do art.º 140 do Código do Trabalho.



A partir de 2011 os custos com pessoal diminuíram, apesar de o número de trabalhadores ter aumentado, em resultado do cumprimento da aplicação da taxa de redução sobre as remunerações prevista na Lei do Orçamento de Estado desse ano.

Como melhor se ilustra nos quadros seguintes, em 2009, os contratos individuais de trabalho celebrados com enfermeiros aumentaram 21%, e os contratos da mesma natureza celebrados com os médicos, aumentaram apenas 6% face ao ano anterior.

Quadro 39 - Pessoal Médico

Tipo de vínculo	2008	2009	Δ%	2010	Δ%	2011	Δ%	2012	Δ%
OT	225	239	6%	252	5%	263	4%	255	-3%
Quadro Pessoal FP HFF	9	12	33%	13	8%	13	0%	12	-8%
Quadro Pessoal FP HFF com OT	32	28	-13%	27	-4%	26	-4%	26	0%
Q. Pessoal FP de outras instituições com OT	78	72	-8%	71	-1%	67	-6%	65	-3%
Contrato de trabalho em funções públicas	100	107	7%	124	16%	147	19%	176	20%
PS Empresas	110	133	21%	143	8%	252	76%	264	5%
PS Individual	370	410	11%	350	-15%	194	-45%	180	-7%
Total	924	1.001	8%	880	-2%	962	-2%	978	2%

Fonte: HFF

Quadro 40 - Pessoal de Enfermagem

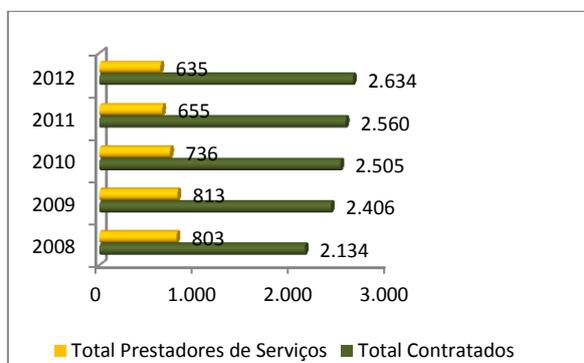
Tipo de vínculo	2008	2009	Δ%	2010	Δ%	2011	Δ%	2012	Δ%
OT	559	679	21%	731	8%	749	2%	792	6%
Quadro Pessoal FP HFF	4	5	25%	5	0%	5	0%	5	0%
Quadro Pessoal FP HFF com OT	11	9	-18%	8	-11%	9	13%	9	0%
Q. Pessoal FP de outras instituições com OT	36	38	6%	38	0%	36	-5%	35	-3%
PS Empresas	1	3	200%	3	0%	98	3167%	82	-16%
PS Individual	212	155	-27%	128	-17%	1	-99%		-100%
Total	823	889	8%	913	3%	888	-2%	923	3%

Fonte: HFF

O aumento do número de contratados resultou da necessidade de afetar recursos humanos a novos serviços, em especial à urgência básica do Algueirão, ao Serviço de Medicina IV e ao Serviço de Saúde Ocupacional, aumentar os recursos humanos de serviços mais carenciados de forma a garantir o seu regular funcionamento, e ainda da necessidade de proceder à regularização de situações de trabalho precário herdadas da Sociedade Gestora, tendo para o efeito celebrado contratos individuais de trabalho em substituição de contratos de prestação de serviços, extinguindo assim os complementos de horário de pessoal auxiliar, que acumulavam dezoito horas/semana com o horário de contrato de trabalho.

Relativamente à evolução do total do número de prestadores de serviços (individuais e em nome coletivo) constatou-se uma diminuição significativa entre 2008 e 2012, conforme se pode observar no gráfico seguinte.

Gráfico 12 - Evolução de prestadores de serviços e de pessoal contratado





Constatou-se, porém, que no período em análise o número de prestadores de serviço em nome individual diminuiu (de 691 para 258), com maior incidência no pessoal médico, contrariamente ao número de prestadores de serviços em nome coletivo que aumentou (de 112 para 377).

A passagem de prestadores de serviço em nome individual para nome coletivo teve como propósito reduzir os custos com a Segurança Social, uma vez que nas situações em que a entidade contratante, no mesmo ano civil, beneficie de pelo menos 80% do valor total da atividade de trabalhador independente, fica obrigada, após a notificação por parte da Segurança Social, a proceder a um desconto 5% sobre os honorários do trabalhador⁵⁹ e nos casos em que os trabalhadores estejam em regime duplo, ou seja, que celebraram com o hospital um contrato individual de trabalho e que desempenham ainda funções como prestadores de serviços, a taxa social única, que incide sobre o valor do contrato individual de trabalho, regra geral, de 23,75%, é igualmente aplicada sobre os honorários correspondentes à atividade realizada em prestação de serviços.

Com esta alteração⁶⁰ o hospital não teve de suportar encargos no total de € 263.182 em 2011, e de € 758.999 em 2012.

O peso do número de médicos com contrato individual de trabalho no total dos profissionais médicos aumentou de 51% em 2009, para 58% em 2012. Já no que respeita aos prestadores de serviços verificou-se o inverso, passando de 49% em 2009 para 42% em 2012.

Quadro 41 - Evolução número de médicos

	2009	2010	2011	2012
Contrato Individual Trabalho	498	379	390	591
Prestadores Serviço	484	514	584	432
Total	982	893	974	1.023
% Contrato Individual de Trabalho	51%	42%	40%	58%
% Prestadores de Serviço	49%	58%	60%	42%

Quadro 42 - Evolução dos encargos com médico

	2009	2010	2011	2012
Contrato Individual Trabalho	26.691.061,18 €	24.077.018,20 €	22.637.570,67 €	25.071.013,42 €
Prestadores Serviço	10.387.912,06 €	12.129.357,81 €	10.717.097,24 €	9.883.136,23 €
Total	37.078.973,24 €	36.206.376,01 €	33.354.667,91 €	34.954.149,65 €
% Contrato Individual de Trabalho	72%	66%	68%	72%
% Prestadores de Serviço	28%	34%	32%	28%

Em 2012, apesar de ter sido cumprido o disposto na LOE para esse ano, designadamente a redução remuneratória, a suspensão do pagamento do subsídio de férias e do subsídio de Natal, registou-se uma subida de 11% dos encargos com os médicos contratados, em consequência do aumento do número de médicos (201 médicos, correspondente a um crescimento de 52%).

O peso dos encargos com os médicos com contrato individual de trabalho no total dos encargos com pessoal médico aumentou entre 2010 e 2012, tendo em 2011 sido de 68% e em 2012 de 72%. Ao invés o peso dos encargos com os prestadores de serviços médicos no total dos encargos foi diminuindo a partir de 2010 até atingir o valor de 2009.

⁵⁹ Cfr. n.º 1 do art.º 140 e n.º 7 do art.º 168 do Código Contributivo da Segurança Social.

⁶⁰ A referida alteração, teve lugar após terem sido realizados estudos prévios sobre qual a situação economicamente mais vantajosa para o hospital.



O número de enfermeiros com contrato individual de trabalho aumentou de 813 em 2009, para 874 em 2012, o que se traduziu num peso de 78% no total destes profissionais em 2009 para 88% em 2012. Ao contrário do que aconteceu com os prestadores de serviço, que diminuíram de 225 em 2009, para 119 em 2012, e consequentemente viram o respetivo peso reduzir de 22% em 2009, para 12% em 2012.

Quadro 43 - Evolução do número de enfermeiros

	2009	2010	2011	2012
Contrato Individual Trabalho	813	840	835	874
Prestadores Serviço	225	177	263	119
Total	1.038	1.017	1.098	993
% Contrato Individual de Trabalho	78%	83%	76%	88%
% Prestadores de Serviço	22%	17%	24%	12%

Fonte: HFF, EPE

Quadro 44 - Encargos com enfermeiros

	2009	2010	2011	2012
Contrato Individual Trabalho	19.252.631,19 €	21.148.702,38 €	21.522.283,94 €	19.882.887,27 €
Prestadores Serviço	3.277.130,87 €	2.796.956,94 €	2.053.279,53 €	1.585.331,17 €
Encargo Total	22.529.762,06 €	23.945.659,32 €	23.575.563,47 €	21.468.218,44 €
% Contrato Individual de Trabalho	85%	88%	91%	93%
% Prestadores de Serviço	15%	12%	9%	7%

Fonte: HFF, EPE

Da análise aos encargos com os enfermeiros com contrato individual de trabalho, resulta que estes aumentaram o seu peso relativo de 85% em 2009, para 93% em 2012.

No que respeita aos prestadores de serviços de enfermagem concluiu-se que apesar de em 2011 se ter registado um aumento do número de enfermeiros os encargos associados diminuíram de € 2,8 milhões em 2010 para € 2,1 milhões em 2011.

Como mera hipótese de trabalho, por referência a 2012, selecionaram-se dois profissionais médicos em regime duplo (contrato individual de trabalho e em regime de prestação de serviços), e a partir dos custos reais, efetuaram-se 2 simulações, com o objetivo de verificar qual a opção economicamente mais vantajosa para o hospital. Assim, uma das simulações consistiu na conversão das horas realizadas em atividade complementar e no serviço de urgência⁶¹, pelos prestadores de serviços, em horas extraordinárias realizadas por dois profissionais com contrato individual de trabalho. A outra simulação, consiste em contratar dois médicos em regime de contrato individual de trabalho (35 h), para realizar essa atividade.

Em resultado desta análise, apurou-se que seria economicamente mais vantajoso para o HFF proceder à contratação de dois médicos em regime de contrato individual de trabalho (35h), uma vez que o custo total com a contratação ascende a € 112.834.

Quadro 45 - Simulação contração externa - médicos

Categoria	Regime	Custo real 2012	Simulação HE	Simulação Contração Externa
Médico A	Regime Misto	54.455,00	54.455,00	56.462,22
	Empresas	40.113,75 ^{a)}	20.011,27 ^{c)}	
Médico B	Permanentes	64.557,53	64.557,53	56.371,90
	Empresas	17.423,23 ^{b)}	17.461,77 ^{d)}	
Total		176.549,51 €	156.485,57 €	112.834,12 €

a)Atividade complementar

b)Bancos mais serviço de urgência básica.

c)Atividade complementar convertida em horas extraordinárias no contrato individual de trabalho (686 horas)

d)Bancos processados na prestação de serviços convertidos em horas extraordinárias no contrato individual de trabalho (396h) mais pagamento por alta

⁶¹ Pagamento por alta clínica.



Quadro 46 - Simulação contratação externa - enfermeiros

Categoria	Regime	Custo real	Simulação HE	Simulação	Impacto	
		2012	Simulação HE	Contratação Externa	(4)=(2)-(1)	(5)=(3)-(1)
		(1)	(2)	(3)		
Enfermeiro A	Permanente	19.267,68	19.267,68	19.267,68	0,00 €	0,00 €
	Empresas	7.835,55	12.224,49 ^{a)}	15.589,41 ^{b)}	4.388,94 €	7.753,86 €
Enfermeiro B	Permanente	20.796,76	20.796,76	20.796,76	0,00 €	0,00 €
	Empresas	11.538,85	19.962,43 ^{a)}	21.275,48 ^{b)}	8.423,58 €	9.736,63 €
Enfermeiro C	Permanente	20.537,78	20.537,78	20.537,78	0,00 €	0,00 €
	Empresas	8.255,68	15.330,57 ^{a)}	29.160,26 ^{b)}	7.074,89 €	20.904,58 €
Total		88.232,30 €	94.182,83 €	126.627,37 €	5.950,53 €	38.395,07 €

a) Horas extraordinárias a processar no Contrato Individual de Trabalho

b) Contratação de 18 horas em regime de contrato individual de trabalho

Para os respetivos cálculos apenas foram considerados doze meses de remuneração, uma vez que, em 2012, não houve lugar ao pagamento do subsídio de férias e de natal, em consequência das orientações do Governo contempladas na Lei do Orçamento de Estado para esse ano.

Tendo-se efetuado a mesma análise para os enfermeiros, concluiu-se que o trabalho desenvolvido pelos prestadores de serviços, convertido em horas extraordinárias, assim como o recurso à contratação externa, teriam um custo superior ao custo real. Considera-se, assim, que na situação em apreço a opção tomada pelo hospital foi a mais vantajosa e que caso o hospital tivesse optado pelas outras duas modalidades de prestação de serviços, os custos teriam um impacto superior àquele que se veio a verificar.

4.1. Mobilidade por cedência de interesse público

A mobilidade traduz-se numa modificação transitória da situação funcional do trabalhador, dentro do mesmo órgão ou serviço, ou entre órgãos ou serviços diferentes, fundada em razões de interesse público, tendo em vista elevar a eficácia dos serviços através de um aproveitamento racional e de uma valorização dos recursos humanos da Administração Pública.

Este processo implica, em regra, um acordo tripartido entre o trabalhador e os órgãos ou serviços de origem e destino, e pode assumir uma de duas modalidades: interna ou externa, pressupondo-se sempre a existência de um interesse público.

O regime da mobilidade geral por cedência de interesse público é regulado pela Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro⁶², que estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas (LVCR). Conforme se disciplina no art.º 58 deste diploma legal, há lugar à celebração de acordo de cedência de interesse público (ACIP) quando um trabalhador de entidade excluída do âmbito de aplicação objetivo desta lei deva exercer funções, ainda que a tempo parcial, em órgão ou serviço a que a mesma seja aplicável e, inversamente, quando um trabalhador de órgão ou serviço deva exercer funções, ainda que no mesmo regime, em entidade excluída daquele âmbito de aplicação.

Este “acordo pressupõe a concordância escrita do órgão ou serviço, do membro do Governo respetivo, da entidade e do trabalhador e implica, na falta de disposição em contrário, a suspensão do estatuto de origem deste”.

⁶² Retificada pela Declaração de Retificação nº 22-A/2008, de 24 de abril, com as alterações introduzidas pela Lei nº 64-A/2008, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei nº 269/2009, de 30 de setembro, pelas Leis nºs 3-B/2010, de 28 de abril, 34/2010, de 2 de setembro, 55-A/2010, de 31 de dezembro, e 64-B/2011, de 30 de dezembro.



As entidades públicas empresariais podem recrutar trabalhadores através de um acordo de cedência de interesse público desde que, sejam observados os pressupostos e formalidades legais previstos no art.º 58 da referida Lei n.º 12-A/2008.

Tratando-se de uma entidade excluída do âmbito de aplicação do supra referido diploma legal, o HFF pode recorrer ao mecanismo do acordo de cedência de interesse público, e desse modo recrutar profissionais titulares de relação jurídica de emprego público.

Os trabalhadores detentores de relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado previamente estabelecida pertencentes a entidades excluídas do âmbito de aplicação objetivo da LVCR, quando cedidos a desempenhar funções em órgão ou serviço abrangido pelo âmbito de aplicação objetivo da LVCR na mesma carreira e categoria, podem consolidar a cedência de interesse público desde que verificados os pressupostos para a consolidação da mobilidade e desde que obtido o despacho de concordância do membro do Governo competente na respetiva área, bem como dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da Administração Pública.

No HFF, verificou-se existirem ambas as “modalidades” decorrentes das aludidas cedências, ou seja, existência de vários profissionais pertencentes ao quadro de outras instituições que prestam aqui a sua atividade ao abrigo de contratos de cedência de interesse público, bem como de vários profissionais do quadro deste hospital que foram transferidos para outras entidades ao abrigo de ACIP.

De modo a disciplinar a formalização destes acordos, a ACSS emitiu em 24 de março de 2011, a Circular Informativa n.º 16/2011/UORPRT, que enviou a todos os estabelecimentos e serviços do SNS.

4.1.1. ACORDO DE CEDÊNCIA DE INTERESSE PÚBLICO DO HFF PARA OUTRAS INSTITUIÇÕES

Constatou-se existirem treze situações de cedência de interesse público para outras entidades, sendo que, apenas uma das situações de cedência foi para uma entidade excluída do âmbito de aplicação da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, dez foram cedidos à ARSLVT e dois à ACSS, conforme se verifica da figura seguinte.

Figura II





Os trabalhadores transferidos para a ARSLVT e para a ACSS através de ACIP foram cedidos àquelas instituições na mesma data em que celebraram com o HFF contratos de trabalho, o que, além do mais, significa que as necessidades invocadas para o seu recrutamento não se verificavam⁶³, mas que se tratou de um “expediente” que terá sido utilizado para contornar o impedimento legal de contratação de pessoal para aqueles Institutos Públicos. A prova disso mesmo é que o HFF, apesar da alegada necessidade de contratação, não contratou mais ninguém para esses lugares.

Constatou-se, ainda, que os processos de recrutamento dos trabalhadores que foram contratados e cedidos na mesma data não cumpriram os princípios da igualdade de oportunidades e da publicidade, e sem se verificar manifesta urgência, em violação do disposto no n.º 4 do art.º 14 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

Sobre esta matéria, o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca e os anteriores membros do órgão ouvidos em contraditório, alegam que *“... a decisão do Conselho de Administração em contratar os referidos profissionais assentou em necessidades reais deste Hospital, devidamente identificadas e fundamentadas, sendo que as mesmas foram antecipadas quanto aos seus efeitos em razão dos pedidos formais promovidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – Instituto a quem compete prosseguir as atribuições do Ministro da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro, tendo, nomeadamente, a atribuição de Coordenar as atividades no MS para a definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente definindo normas e orientações relativas a [...] regimes de trabalho, [...] e pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Instituto a quem compete, designadamente, garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde.”* e que *“(...) nada na lei impede que a entidade empregadora entenda ceder um seu trabalhador a entidade terceira, assim todos os contraentes o acordem.”*.

Sobre o incumprimento dos princípios que as entidades públicas empresárias do SNS devem assegurar no recrutamento de pessoal, constantes do n.º 4 do art.º 14 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca informa que o recrutamento foi *“(...) sustentado em critérios objetivos, como sejam i) a aferição da necessidade do recurso; ii) existência dos critérios de dotação de pessoal; iii) dos requisitos legalmente exigidos aos candidatos; iv) da experiência profissional comprovada e aferida no decurso profissional que pré-existia à contratação pelo HFF, designadamente em Entidades da área da Saúde com o prestígio e abrangência de matérias como se constata na ACSS, I.P., que o HFF entendeu como adequados e efetivas mais-valias para esta Entidade assegurar os identificados recursos humanos.”*.

⁶³ Cfr. Informações de serviço a propor e a justificar a contratação desses trabalhadores. A este propósito vide também Relatório n.º 288/2013 da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.



Acrescentam, também, que “(...) a mencionada disposição decorre como um complemento ao âmbito liberal no recrutamento de pessoal (ao remeter para o regime do Código do Trabalho), como é pacífico e do conhecimento geral que os procedimentos de recrutamento de pessoal nas entidades do Estado que seguem o regime de direito privado não se consomem numa obediência estrita aos mencionados princípios.”.

De facto, nos casos aludidos pelo Conselho de Administração, decorreram cerca de 3 anos entre o momento da contratação e cedência e o início de funções desses trabalhadores no HFF, o que representa um horizonte temporal excessivamente alargado para justificar uma “antecipação de efeitos” com base na satisfação de necessidades urgentes. Assim, não procede o alegado, pois o HFF, enquanto entidade pública empresarial abrangida pelo referido Decreto-Lei, estava obrigada a assegurar os referidos princípios no recrutamento de pessoal.

Reitera-se, assim, que o cumprimento das normas e procedimentos legais, não podem ser afastados por vontade das partes, ainda que o HFF alegue “(...) não ser crível que a quem compete prover o Sistema Nacional de Saúde das orientações sobre a correspondência legal em sede de regimes de trabalho, como é o caso singular da ACSS, IP, tenha promovido, indiciado, ou sequer sugerido práticas ilegais em sede de provimento de recursos humanos.”.

Sobre esta matéria já o Tribunal se pronunciou, designadamente no Relatório n.º 30/2012 – 2ª Secção⁶⁴, no sentido de que “As deficientes práticas de gestão observadas na Administração Central do Sistema de Saúde, designadamente quanto: ao recrutamento de recursos humanos por protocolos e acordos de cedência de interesse público, contornando os critérios legais da admissão de pessoal (...) são especialmente materiais por se tratar de uma entidade cujas atribuições incluem a coordenação, normalização, controlo e financiamento dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.”, tendo recomendado àquela entidade “Não celebrar acordos de cedência de interesse público ou protocolos com entidades que para o efeito tenham de contratar esses mesmos recursos humanos.”.

A situação descrita poderá configurar uma eventual infração financeira de natureza sancionatória, nos termos da al. l) do n.º 1 do art.º 65 da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de agosto, na redação dada pela Lei n.º 61/2011, de 7 de dezembro, geradora de responsabilidade financeira para os membros do CA do HFF que autorizaram as referidas contratações.

4.1.2. ACORDO DE CEDÊNCIA DE INTERESSE PÚBLICO DE OUTRAS INSTITUIÇÕES PARA O HFF

Para além dos acordos de cedência de interesse público de trabalhadores do HFF para outras entidades, constatou-se existirem várias situações de mobilidade de trabalhadores que, ao abrigo de licenças sem vencimento de longa duração e/ou em comissões de serviço celebraram contratos de trabalho com o HFF, e que, designadamente em virtude de essas licenças terem atingido o seu termo, aguardam por autorização da tutela para celebrarem com este hospital acordos de cedência de interesse público, ao abrigo do disposto no art.º 58 da Lei n.º 12-

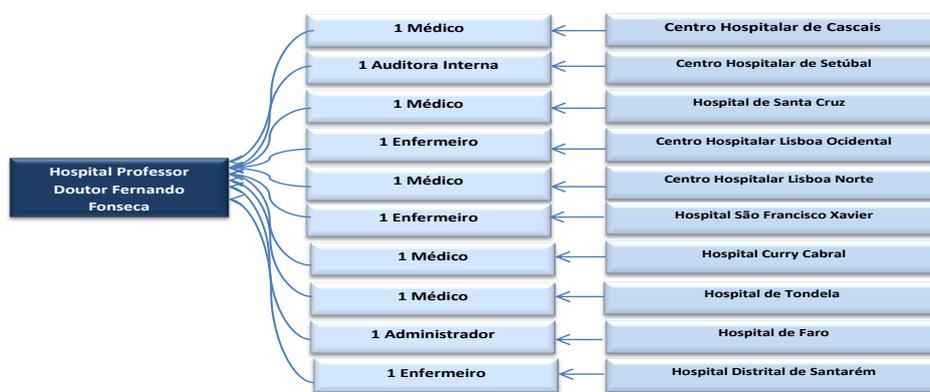
⁶⁴ Auditoria financeira à ACSS, IP – exercício de 2011.



A/2008, de 27 de fevereiro, com fundamento no art.º 17 do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, na redação que lhe foi conferida pelo art.º 28 da Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, no que concerne às “Cedências de interesse Público” e “Comissão de Serviço”.

Observa-se contudo que, analisados os respetivos processos, do total de dez trabalhadores pertencentes ao quadro de outras instituições que por força da mobilidade desempenham funções no HFF, apenas dois desses processos se encontravam devidamente instruídos e regularizados⁶⁵.

Figura III



Repare-se que, relativamente aos restantes processos, aqueles trabalhadores encontravam-se em situação irregular, uma vez que se mantinham em funções no HFF sem que tivesse sido obtida a prévia e necessária autorização do membro do Governo responsável pelas áreas das finanças e da Administração Pública⁶⁶ para celebração de ACIP.

A licença sem vencimento constitui um mecanismo de mobilidade de funcionários e agentes das instituições pertencentes ao SNS, sem perda de vínculo à Administração Pública, verificado que seja o interesse público em tal mobilidade⁶⁷.

Acresce que, as oito aludidas situações irregulares detetadas no âmbito dos acordos de cedência de interesse público para o HFF resultaram da caducidade de licenças sem vencimento de longa duração, antes autorizadas aos respetivos trabalhadores para que pudessem celebrar com este hospital contratos de trabalho por tempo indeterminado. Licenças sem vencimento essas que, tendo chegado ao seu termo (dez anos), determinaram o HFF a recorrer à figura do ACIP como forma de assegurar a permanência dos referidos trabalhadores. Porém, porque não foi obtida a necessária autorização ministerial em tempo, aqueles profissionais encontravam-se, em 2013, em situação irregular.

⁶⁵ Cfr. Pasta 1 dos documentos de trabalho.

⁶⁶ Cfr. art.º 40 da Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro que aprova a Lei do Orçamento de Estado para 2012.

⁶⁷ Cfr. art.ºs 21 e 22 do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).



Refira-se que a homologação ministerial necessária para validar o acordo de cedência de interesse público foi obtida já em 2014.

4.2. Reformados/Aposentados – Prestação de trabalho remunerado

Por força da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro, o art.º 78 do Estatuto da Aposentação (EA), sobre a epígrafe “incompatibilidades”, passou a determinar que os aposentados não podem exercer funções públicas ou prestar trabalho remunerado ainda que em regime de contrato de tarefa ou de avença, em quaisquer serviços do Estado, pessoas coletivas públicas ou empresas públicas, exceto se se verificar alguma dessas circunstâncias:

- a) Quando haja lei que o permita;
- b) Quando, por razões de interesse público excepcional, o Primeiro-Ministro expressamente o decida nos termos dos números seguintes⁶⁸.

Por força da sua transformação em entidade pública empresarial, a partir de 1 de janeiro de 2009, o exercício de funções no HFF passou a estar abrangido pelo supra referido regime do Estatuto da Aposentação.

4.2.1. REFORMADOS

No decurso da auditoria foram detetadas três situações de trabalhadores reformados (técnicos de diagnóstico e terapêutica) a exercer funções no HFF, tendo-se concluído os respetivos contratos não podiam ter sido mantidos pelo CA do HFF, EPE (a partir de 1 de janeiro de 2009), pois que reformaram-se por recurso a mecanismos legais de antecipação ou por incapacidade.

Com efeito, nos termos do disposto no n.º 4 do art.º 78 do EA, na redação que lhe foi conferida pelo Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro, o recurso a mecanismos legais de antecipação constituía um impedimento legal à sua contratação.

Em sede de contraditório, o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, informa que “(...) nos casos identificados (...), não estamos perante contratações deste HFF, antes sim da Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA” e que “(...) tendo os mencionados contratos sido celebrados pela Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA e

⁶⁸ Dispunha o art.º 79 sob a epígrafe “Cumulação de remunerações”, na redação do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro:

1. Quando aos aposentados e reservistas, ou equiparados, seja permitido, nos termos do artigo anterior, exercer funções públicas ou prestar trabalho remunerado, é-lhes mantida a respetiva pensão ou remuneração de reserva, sendo-lhe, nesse caso, abonada uma terça parte da remuneração base que competir àquelas funções ou trabalho, ou, quando lhes seja mais favorável, mantida esta remuneração, acrescida de uma terça parte da pensão ou remuneração na reserva que lhes seja devida.

2. As condições de cumulação referidas no número anterior são fixadas pela decisão prevista na alínea b) do n.º 1 do artigo anterior. A redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro, veio, assim, impedir os aposentados, reformados ou reservistas de exercerem, a qualquer título, funções públicas ou prestarem trabalho remunerado em quaisquer serviços ou organismos do Estado (em sentido lato, abrangendo a administração centra, regional e local, direta e indireta), a não ser que haja lei que o permita ou o Primeiro-Ministro o autorize, com fundamento em interesse público excepcional, observando-se sempre, nestes casos, o limite à cumulação previsto no n.º 1 do art.º 79 do RA.



assumidos na sua plenitude pelo Estado, através do n.º 4 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 233/2008, de 10 de outubro, não se verifica nenhuma violação do normativo legal. Tanto assim é que tão pouco o Estado, fosse através do Ministério da Saúde ou da CGA, sancionaram como ilegais os contratos subsistentes, não obstante toda a informação despoletada oportunamente pelo Conselho de Administração deste HFF.”.

Ora, se é certo que os contratos foram celebrados pela Sociedade Gestora, também é certo que pelo Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, o HFF foi transformado em entidade pública empresarial, tendo passado, de forma inequívoca, a estar abrangido pelo disposto no Estatuto da Aposentação, pelo que se mantém a conclusão.

Na redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro, ao n.º 1, do art.º 78 do Estatuto da Aposentação, aos aposentados está vedado o exercício de funções públicas ou a prestação de trabalho remunerado, ainda que em regime de contrato de tarefa ou avença, em quaisquer serviços do Estado, à exceção das situações mencionadas nas alíneas a) e b) do n.º 1 do mesmo preceito.

À luz deste regime estava vedado aos aposentados o exercício de funções públicas ou a prestação de trabalho remunerado, cuja aposentação tivesse sido concedida com recurso a mecanismos legais de antecipação. Quanto à situação de aposentação por incapacidade, prevista nos art.ºs 37 (alínea a) do n.º 2 e art.º 38 do EA, o impedimento resulta das circunstâncias especiais em que a mesma ocorre (aposentação ordinária obrigatória ou aposentação extraordinária), razão pela qual não está consignada no padrão das incompatibilidades.

Tendo em vista a eliminação de acumulação de “vencimentos públicos” com pensões do sistema público de aposentação, surge uma nova alteração ao regime de exercício de funções públicas por aposentados, previsto nos art.ºs 78 e 79 do EA, com a publicação do Decreto-Lei n.º 137/2010, de 28 de dezembro.

Mantendo-se, contudo, a regra geral de que os aposentados não podem voltar a exercer funções públicas. Resulta da alteração legislativa prevista no n.º 2, do art.º 78 do diploma supra, que:

“Não podem exercer funções públicas (...):

- a) Os aposentados que se tenham aposentado com fundamento em incapacidade (sublinhado nosso);*

Já quanto à situação dos aposentados com recurso a mecanismos legais de antecipação da aposentação, os quais não podiam, em caso algum, voltar a exercer funções públicas, o presente diploma vem permitir que os mesmos possam exercer essas funções desde que cumpram os requisitos legalmente exigidos, exigindo-se para o efeito autorização especial dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Administração Pública, termos estes previstos na Portaria n.º 159/2011, de 15 de abril.



Quer isto dizer que à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 137/2010 (ou seja 29 de dezembro) nenhum dos profissionais mencionados poderia estar a exercer funções no HFF. Com a alteração legislativa operada pelo referido diploma, a possibilidade do exercício de funções públicas quanto aos aposentados com fundamento em incapacidade continua a estar totalmente vedada, contrariamente aos aposentados com recurso a mecanismos legais de antecipação, a quem passa a ser permitido o exercício de funções públicas dentro dos parâmetros definidos na citada Portaria.

Considerando o regime de incompatibilidades entre o estatuto de aposentado e o exercício de funções públicas remuneradas, com as respetivas alterações que ocorreram, e não obstante o disposto no n.º 4, do art.º 5 do Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, deveria o Conselho de Administração do HFF quando assumiu funções, ter procedido a uma apreciação/avaliação dos contratos existentes de forma a garantir a regularidade da relação jurídica de emprego público e até, quiçá, a imprescindibilidade de algumas das contratações existentes.

Cabendo ao órgão de gestão o cumprimento das disposições legais e regulamentares que lhe são aplicáveis⁶⁹, era exigível, em sede de avaliação da manutenção da contratação, a diligência de certificar situações de impedimento, designadamente a dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT) em situação de aposentados com recurso a mecanismos legais de antecipação e fundamento em incapacidade, de forma a evitar a manutenção da contratação de profissionais impedidos de exercerem funções públicas.

A violação do disposto no n.º 4 do art.º 78, do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro, e do n.º 2 do art.º 78 do Decreto-Lei n.º 137/2010, de 28 de dezembro, pode configurar uma eventual infração financeira suscetível de gerar responsabilidade financeira sancionatória nos termos do art.º 65, n.º 1, alíneas b) e l), da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, para os responsáveis pela manutenção em funções daqueles reformados.

4.2.2. APOSENTADOS

Considera-se aposentado aqueles que adquiriram o direito a uma pensão atribuída pela Caixa Geral de Aposentações, em função do tempo de subscritor ou de situação equiparada.

No que respeita às situações de trabalhadores aposentados a trabalhar no HFF (12), constatou-se que, antes da celebração dos referidos contratos a termo resolutivo certo, com exceção de um dos aposentados, com quem foi celebrado um contrato de trabalho apenas em 2012⁷⁰, todas as outras se encontravam em situação irregular, em consequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro, que determinou que os aposentados não podem exercer funções públicas ou prestar trabalho remunerado ainda que em regime de contrato de tarefa ou de avença, em quaisquer serviços do Estado, pessoas coletivas públicas ou empresas

⁶⁹ Cfr. alínea u), do n.º1, do art.º 6 do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto (hospitais SPA) e alínea i) in fine do n.º1, do art.º 7 dos Estatutos dos hospitais EPE, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

⁷⁰ Contrato celebrado com uma médica aposentada, em 21 de junho de 2012, que produziu efeitos desde 1 de abril do mesmo ano.



públicas, exceto quando haja lei que o permita, ou quando, por razões de interesse público excecional, o Primeiro-Ministro expressamente o decida⁷¹.

Contudo, verificou-se que atualmente todos os processos se encontram regularizados, em consequência da celebração de contratos de trabalho a termo resolutivo certo, todos com início em 01.01.2011, em cumprimento do disposto na al. a) dos art.ºs 5 e 10 do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, diploma legal que estabeleceu o regime de exercício de funções e da prestação de trabalho por médicos aposentados (contrato de trabalho a termo resolutivo certo ou contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo), e o seu período de vigência - três anos⁷².

Por outro lado, em todos estes processos foi comunicado à Caixa Geral de Aposentações (CGA) o início e termo do contrato, bem como qual a opção de cada trabalhador quanto à opção pela remuneração ou pela pensão de aposentação, nos termos e para os efeitos do disposto no art.º 79 do EA.

4.3. Abonos para além da remuneração base

4.3.1. SUBSÍDIO MENSAL DE FUNÇÃO E SUPLEMENTO REMUNERATÓRIO POR ISENÇÃO DE HORÁRIO DE TRABALHO

O Acordo de Empresa celebrado entre o Hospital Amadora Sintra, Sociedade Gestora, SA, e o Sindicato Independente dos Médicos⁷³, prevê o pagamento aos respetivos funcionários, para além da remuneração base de um subsídio mensal de função fixo, pelo exercício de funções de enquadramento, que varia entre os € 150,00 e os € 1.000,00, de acordo com a função desempenhada. Relativamente a este subsídio, a auditoria constatou que o HFF atualizou, a partir de 2009, os referidos montantes em percentagem igual à da atualização anual dos vencimentos base, como já sendo realizado pela Hospital Amadora Sintra, Sociedade Gestora, SA.

Por outro lado, o HFF pagou também aos enfermeiros que exercessem funções de enquadramento um subsídio de função, sem que tal estivesse expressamente previsto no respetivo⁷⁴ Acordo de Empresa, mas que também já vinha sendo pago pela Hospital Amadora Sintra, Sociedade Gestora, SA.

Foram ainda concedidas aos médicos isenções de horário de trabalho e consequentemente suplementos remuneratórios de 30% quando, nos termos do art.º 30 do AE do HFF os profissionais que beneficiem de isenção de horário de trabalho têm direito a um adicional/suplemento de 20%.

⁷¹ Cfr. art.º 78 do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de novembro.

⁷² Prorrogado por mais dois anos, mais concretamente até 31 de julho de 2015, por efeito da publicação e entrada em vigor do Decreto-Lei 94/2013, de 18 de julho.

⁷³ Cfr. n.º 5. do Acordo de Empresa do HFF (AE HFF) – publicado no BTE, 1.ª Série, n.º 39, de 22 de outubro de 1999 e BTE, 1.ª Série, n.º 33, de 8 de setembro de 2005.

⁷⁴ Acordo publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, 1ª Série, n.º 45, de 8/12/2003.



Nas alegações apresentadas pelo anterior Presidente do CA do HFF refere-se que “(...) tais pagamentos não contrariam normas legais imperativas e que, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, mantém o HFF uma configuração sobre a forma de remunerar funções de enquadramento para os profissionais médicos que não encontra paralelo em nenhum outro Hospital público, inclusive após o que surtiu ao nível da mais recente regulamentação coletiva das carreiras médicas.”.

Por sua vez, nas alegações apresentadas pelo Conselho de Administração do HFF refere-se que “Efetivamente, está em causa prática consuetudinária emergente da, então, Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA a qual, necessariamente, produz um comportamento vinculativo para a entidade empregadora na relação contratual estabelecida com os seus trabalhadores sindicalizados, o que garante a estabilidade nas condições do exercício de cargo da maior relevância, das quais o direito à retribuição é elemento essencial.” e que “... estão em causa contratos de comissão de serviço residuais, os quais, por especial necessidade deste hospital, legitimaram a adoção do pagamento do regime de isenção de horário de trabalho de 30% sobre o vencimento base, que não os 20% previstos como valor indicativo no acordo de empresa da carreira médica. A racionalidade de organização e de funcionamento da estrutura produtiva deste Hospital assim o impôs.”.

Sublinha-se a este respeito que estes suplementos carecem de revisão tendo em vista a harmonização das políticas remuneratórias no universo dos hospitais do Setor Empresarial do Estado (SEE), uma vez que a transição do hospital para entidade pública empresarial ocorreu em 2009.

4.3.2. BENEFÍCIOS ATRIBUÍDOS AOS MEMBROS DO CA

Para além da remuneração a que têm direito como contrapartida do seu trabalho, os membros do CA podem ainda usufruir dos vários benefícios cujo direito lhes é reconhecido pelo próprio Estatuto do Gestor Público (EGP)⁷⁵, designadamente o reembolso de despesas com a utilização de telefone móvel, telefone domiciliário e *internet*, bem como a utilização de viatura de serviço.

Em reunião do CA do HFF, foi deliberado tomar a opção de recorrer ao aluguer operacional de viaturas⁷⁶, em vez da aquisição, decisão esta justificada pelo facto de esta ser a solução que garante as melhores condições económicas em termos de gestão para o hospital⁷⁷.

Para execução daquela opção de contratação, foram observados todos os formalismos legais, tendo sido solicitadas propostas de aluguer operacional de viaturas a três entidades⁷⁸.

⁷⁵ EGP - Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro

⁷⁶ O *Renting* ou Aluguer Operacional de Viaturas (AOV) é uma solução de financiamento automóvel materializado num contrato de aluguer de viaturas com prestação de serviços associado, por um período e quilometragem pré-determinado (48 meses/100.000 quilómetros), mediante o pagamento de uma renda.

⁷⁷ Cfr. Deliberação do CA do HFF, de 11 de novembro de 2008.

⁷⁸ Cfr. Deliberação do CA do HFF, de 11 de novembro de 2008.



Após essas consultas, o Conselho de Administração do HFF, em 11 de novembro de 2008, deliberou proceder ao aluguer operacional de três viaturas⁷⁹ à empresa que apresentou um preço mais baixo.

Para além da locação daquelas três viaturas, existiam já outras duas viaturas também em aluguer operacional pelo que, entre 2009 e 2012, o HFF suportou uma despesa total de € 121.840, conforme se descreve no quadro ao lado.

Quadro 47 - Valor anual dos contratos de aluguer

Viaturas	2009	2010	2011	2012	Total
Viatura 1	7.733,76 €	7.733,76 €	7.733,76 €	7.733,76 €	30.935,04 €
Viatura 2	7.016,04 €	7.016,04 €	7.016,04 €	7.016,04 €	28.064,16 €
Viatura 3	7.016,04 €	7.016,04 €	7.016,04 €	7.016,04 €	28.064,16 €
Viatura 4	4.138,56 €	4.138,56 €	4.138,56 €	4.138,56 €	16.554,24 €
Viatura 5	5.606,76 €	5.606,76 €	5.606,76 €	1.401,69 €	18.221,97 €
Total	31.511,16 €	31.511,16 €	31.511,16 €	27.306,09 €	121.839,57 €

Fonte: Elaboração própria.

A aquisição e a utilização de viaturas de serviço afetas aos gestores públicos, encontra-se disciplinada nos n.ºs 1 e 2 do art.º 33 do respetivo estatuto. Nos termos daquelas disposições legais, é definida a forma de fixação do valor máximo de aquisição das viaturas a afetar a cada membro do CA (aquisição, *leasing*, *renting*, etc.), determinando-se que o mesmo será fixado por despacho conjunto do membro do Governo responsável pela área das finanças e do respetivo sector de atividade.

Não tendo ainda sido publicado o aludido despacho, sempre se deveria considerar em vigor o que sobre essa matéria foi fixado no Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de março, que estabeleceu o limite de € 35.000 para aquisição de viaturas a afetar aos gestores públicos, para os hospitais classificados como empresas públicas do Grupo A, como é o caso do HFF.

Entretanto, ao ter sido publicada a Resolução da Assembleia da República n.º53/2011, de 22 de março, que considerou que o valor de aquisição das viaturas para utilização dos membros do CA não deve ultrapassar o montante de € 40 mil euros das viaturas de serviço afetas aos gestores públicos, devendo pois, ser este o valor a considerar para efeitos de aquisição de viaturas nos hospitais do Grupo A, até que seja publicado o referido despacho a que se alude no Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro⁸⁰. No HFF, verificou-se que os responsáveis do CA não ultrapassaram os supra referidos limites.

No que respeita à utilização das viaturas, o valor máximo de consumo de combustível e portagens encontra-se definido no atual n.º 3 do art.º 33 da EGP, na redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, sendo que, antes desta data, era fixado pelo próprio CA, conforme aliás, se disciplinava na versão anterior da referida norma legal (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março).

Na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, que aprova o novo EGP, e da aprovação em Conselho de Ministros da classificação das empresas públicas e das entidades públicas integradas no SNS, para efeitos da determinação do vencimento dos

⁷⁹ Viaturas 1, 2 e 3.

⁸⁰ Diploma legal que dá uma nova redação ao Estatuto do Gestor Público.



respetivos gestores, a Secretaria Geral do Ministério da Saúde (SGMS) remeteu ao HFF, em 29 de março de 2012, informação sobre as novas remunerações, a saber:

- Remunerações com a aplicação do novo EGP à nova classificação do HFF, de acordo com as RCM n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, e n.º 18/2012, de 21 de fevereiro.
- Remunerações que devem passar a ser aplicadas a partir do mês de abril de 2012, em função da aplicação do n.º 21 da RCM n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, por força do disposto no n.º 3 da RCM n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, determinando que durante a vigência do PAEF não pode resultar um aumento da remuneração efetivamente paga aos membros do CA.

Quadro 48 - Remuneração base e despesas de representação

	Alinea a)			Alinea b)		
	Remuneração Base	Despesas de Representação	Total	Remuneração Base	Despesas de Representação	Total
Presidente	€ 4.864,33	€ 1.945,73	€ 6.810,07	€ 4.752,55	€ 1.633,39	€ 6.385,94
Vogais	€ 3.891,47	€ 1.556,59	€ 5.448,06	€ 3.891,47	€ 1.556,59	€ 5.448,06

Fonte: HFF, EPE

Sobre estes valores foram aplicados os cortes salariais em vigor, designadamente art.º 12 da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho (redução de 5% nos vencimentos dos gestores públicos) e art.º 19 da Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro, mantida em vigor pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (LOE 2012) e pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (LOE 2013).

Após apuramento dos valores resultantes dos referidos cortes, foi definido o valor máximo de combustível e portagens, fixado em um quarto do valor do abono mensal para despesas de representação⁸¹.

O Conselho de Administração aprovou, em dezembro de 2012⁸², um documento para disciplinar a atribuição e utilização de viaturas aos seus membros. Nos termos do referido documento é admitida a utilização pessoal dos automóveis afetos aos responsáveis do CA do HFF⁸³, decisão essa indevidamente justificada por recurso à norma da al. b) do n.º 4 do Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de março, visto que o art.º 33 do Estatuto do Gestor Público (EGP), aplicável aos membros dos conselhos de administração, não procede à afetação *ope legis* de viaturas aos gestores públicos.

Nos termos do Estatuto do Gestor Público, quer na versão do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, quer mais recentemente, na versão que lhe foi conferida pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, faz-se referência a viatura de serviço, pretendendo-se assim, afastar a sua utilização particular por parte dos membros do CA a quem sejam atribuídas essas viaturas. Razão aliás, pela qual, sempre que se alude à utilização dessas viaturas, continua a referir-se a utilização de serviço.

⁸¹ Cfr. n.º 3 do art.º 33 do Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro.

⁸² Aprovado em 17 de dezembro de 2012.

⁸³ Cfr. alínea b) do ponto II do Regulamento. "A título de benefício complementar previsto no Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 26 de abril, a atribuição de viaturas para utilização pessoal ou profissional é exclusiva aos Membros do Conselho de Administração;"



O EGP estabelece, ainda, que o nele disposto exerce-se em conformidade com as demais normas legais e regulamentares relativas à utilização de viaturas, o que consubstancia uma remissão para estas normas.

Por sua vez, o regime jurídico geral da afetação e utilização dos veículos do Estado encontra-se estabelecido no Decreto-Lei n.º 170/2008, de 26 de agosto⁸⁴. Do n.º 2 do art.º 8 deste diploma decorre que a atribuição de veículos de uso pessoal tem de ter norma habilitante. Tal será, por exemplo, o caso da atribuição de veículos a titulares de cargos políticos⁸⁵, mas já não será o caso da atribuição de veículos aos gestores públicos, considerando a inexistência de norma que estabeleça a possibilidade de atribuição aos mesmos de viaturas para uso pessoal.

De resto, sobre esta matéria já se pronunciou o Tribunal de Contas, quer através dos vários relatórios de auditoria produzidos⁸⁶, quer através de decisões judiciais⁸⁷ que consideraram que a respetiva atribuição é para serviço.

Solicitados os boletins mensais de utilização dos veículos do HFF verificou-se que os mesmos não estavam a ser preenchidos, o que constitui uma falha relevante de controlo interno, que impede a distinção da utilização das viaturas para fins profissionais da utilização para fins particulares e neste caso imputação dos respetivos custos de utilização.

Nas alegações apresentadas, pelo anterior Presidente do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, refere-se que “ (...) Foi entendimento do Conselho de Administração, que as viaturas de serviço atribuídas se destinavam, também, a utilização pessoal⁸⁸. Outro é o entendimento do Tribunal de Contas, o qual respeitamos. No entanto, é inequívoco que, a ser irregular a utilização das referidas viaturas, ela não foi efetuada de forma consistente ou dolosa.”. No mesmo sentido se pronunciou o atual conselho de administração.

O Tribunal considera que o regulamento de utilização de viaturas em vigor deve ser revisto em conformidade com as disposições legais em vigor, por forma a tornar claro o impedimento da utilização particular das viaturas.

5. Aquisição de bens e serviços

5.1. Serviços jurídicos

Para além do Gabinete Jurídico interno⁸⁹, o HFF é assessorado por advogados externos, tendo-se verificado a existência de dois prestadores em regime de avença durante os exercícios

⁸⁴ Alterado pela Lei n.º 93-B/2010, de 28 de abril, e pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro.

⁸⁵ Nos termos do n.º 1 do art.º 4 da Lei n.º 4/85, de 9 de abril, têm direito a veículos para uso pessoal: o Presidente da República; o Presidente da Assembleia da República; o Primeiro-Ministro e Vice-Primeiros-Ministros; Outros membros do Governo e entidades que por lei lhes estejam equiparadas; o Presidente do Tribunal Constitucional.

⁸⁶ Cfr. Relatório n.º 17/2011 e Relatório n.º 30/2013 – 2.ª Secção.

⁸⁷ Cfr. Acórdão da 3.ª Secção, n.º 1/2004, de 18 de maio.

⁸⁸ Sublinhado nosso.

⁸⁹ O HFF dispõe na sua estrutura de um Gabinete de Apoio Jurídico que tem por função, entre o mais, informar e preparar em termos jurídico-legais as decisões do Conselho de Administração Para levar a cabo essas atribuições o



económicos de 2009 a 2012. Um dos contratos de avença destinado a consultadoria jurídica (apenas fazendo patrocínio jurídico em casos específicos) e outro para cobranças judiciais e extrajudiciais de taxas moderadoras em dívida ao HFF.

Verificou-se igualmente que, para além das avenças identificadas, o HFF recorreu ainda à contratação de serviços jurídicos a uma Sociedade de advogados, para patrocínio judiciário do HFF no âmbito de alguns processos em particular.

O controlo da execução dos referidos contratos de avença é realizado pelo próprio Gabinete Jurídico do HFF, designadamente no que respeita aos montantes faturados pelos prestadores e aos trabalhos desenvolvidos no que respeita aos créditos cobrados (taxas moderadoras) extrajudicialmente e judicialmente, bem como, o número de processos judiciais que correm termos.

Verificou-se que as sucessivas renovações dos contratos de avença não obedeceram designadamente aos critérios de necessidade do HFF nessa matéria e que consubstanciaram as respetivas contratações em regime de avença, o que significa que não se tem atendido ao interesse público que lhe deve estar sempre subjacente.

Efetivamente, embora nenhum dos aludidos contratos tivesse entretanto sido denunciado, as razões da sua manutenção não têm sido anualmente justificadas, sendo que, as respetivas renovações apenas poderiam ter lugar em função do estado dos processos judiciais ou extrajudiciais e/ou das necessidades do HFF nessa matéria.

Na realidade, o HFF não tem um volume de litigância considerável. Os processos judiciais em curso instaurados pelo HFF ou contra o HFF entre 2009 e 2012, não ultrapassam uma dezena, mais concretamente oito. E que, com a publicação e entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho⁹⁰, diploma legal que procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, a partir de 2013 a cobrança das taxas moderadoras cujo pagamento não seja efetuado voluntariamente no ato em que são prestados os cuidados médicos e/ou na sequência de uma interpelação por parte da entidade prestadora desses cuidados, passou para a esfera jurídica da Autoridade Tributária, desde que o montante em dívida seja igual ou superior a € 10,00⁹¹.

Em conclusão, após apuramento das despesas com o Gabinete Jurídico do HFF e os custos com as prestações de serviços jurídicos contratados no período compreendido entre 2009 e 2012, e a confrontação destes custos com os respetivos benefícios, numa perspetiva de boa gestão de

HFF afetou inicialmente três técnicos ao Gabinete Jurídico, um dos quais advogado, embora no final de 2013, apenas lhe estivessem afetos dois técnicos.

⁹⁰ Mais concretamente, desde a sua implementação e execução, uma vez que, pese embora de acordo com o art.º 6 deste diploma legal, a data da sua entrada em vigor tivesse ocorrido no dia 22/06/2012, não estavam ainda criadas as estruturas necessárias à sua execução, e por isso, foi preciso aguardar pela criação dos mecanismos necessários ao respetivo funcionamento.

⁹¹ Cfr. n.º 11 do art.º 8-A do Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho.



dinheiros públicos e utilização de recursos humanos, tendo em consideração o número de processos distribuídos a cada uma das sociedades de Advogados e a contribuição de cada uma daquelas sociedades para obtenção dos objetivos para os quais foram contratadas, obrigatório se torna concluir pelo excesso de prestadores de serviços jurídicos, impondo-se consequentemente a respetiva redução, e reformulação da distribuição de tarefas, uma vez que, as necessidades do HFF nesta matéria não justificam a existência de todos esses prestadores, e essa decisão determinaria uma poupança muito considerável para o hospital, conforme aliás, se pode retirar da leitura do quadro infra.

Quadro 49 – Despesas prestadores de serviços/ gabinete Jurídico

	2009	2010	2011	2012
Sociedade de Advogados A	€ 19.604,64	€ 18.852,62	€ 22.120,28	€ 24.104,52
Sociedade de Advogados B		43.380,00	€ 58.574,44	€ 56.160,20
Gabinete Jurídico do HFF	€ 64.513,04	€ 105.248,66	€ 88.380,62	€ 66.556,32

Fonte: HFF

O Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, em sede de contraditório, conferiram o seu total acordo, informando que *“(...) avaliou os contratos dos prestadores de serviços jurídicos, em regime de Avença, através da confrontação dos respetivos custos e benefícios e concluiu pelo excesso do número de prestadores. Desta forma, em Abril de 2014, com efeitos a Junho do mesmo ano, o CA do HFF deliberou cancelar um dos dois contratos de prestadores de serviços jurídicos, o que permitiu reduzir o custo em cerca de 23.200,00 euros por ano.”*

5.2. Outros bens e serviços

Para a análise a esta área selecionaram-se os processos⁹² de maior volume financeiro com vista à verificação da sua legalidade e regularidade.

Após análise de toda a documentação concursal, concluiu-se que foram respeitadas as disposições legais na tramitação de cada um dos procedimentos que precederam a adjudicação e celebração dos contratos, em respeito pelas disposições do Código dos Contratos Públicos (CCP), designadamente a publicidade da intenção de adjudicar, de modo a garantir a transparência do procedimento e o respeito pelos princípios da concorrência e da igualdade.

Verificou-se, ainda, que o concurso n.º 092/2011 foi cancelado por constrangimentos de ordem técnica e financeira, decorrentes de circunstâncias supervenientes ao prazo fixado para apresentação das propostas, relativas aos pressupostos da decisão de contratar.

⁹² Concurso Público n.º 313/2010 – Aquisição de Serviços de Tratamento de Roupas Hospitalares; Concurso Público n.º 314/2010 – Aquisição de Fornecimento de Serviços de Higiene e Limpeza e Recolha de Resíduos; Concurso Público n.º 092/2011 – Fornecimento e instalação de vários equipamentos para o serviço de Imagiologia.



A análise dos processos permitiu concluir que o HFF não deu cumprimento ao estipulado no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, n.º 3402/2012, de 28 de fevereiro, segundo o qual, ficavam sujeitas a autorização prévia do Ministro da Saúde, quaisquer despesas cujo valor total do investimento, a ser pago em 2012 ou anos posteriores, ultrapassasse € 100.000. Isto porque, no exercício económico de 2012, foram realizados dois investimentos:

- i. a compra de 252 (duzentas e cinquenta duas) camas pelo valor total de € 464.973,
- ii. a compra de 21 (vinte e uma) máquinas de lavar arrastadeiras, no valor total de € 121.955, em ambos os casos acrescidos de Imposto de valor acrescentado (IVA).

Estes investimentos encontravam-se totalmente fornecidos e pagos em julho e maio 2013, respetivamente.

No que respeita ao facto do HFF não ter dado cumprimento ao estipulado no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, n.º 3402/2012, de 28 de fevereiro, o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca nas suas alegações refere que *“(...) a decisão de contratar e respetiva autorização da despesa, em relação aos dois investimentos referidos (...) teve início através da abertura dos respetivos concursos públicos, durante os anos de 2010 e 2011 (decisões anteriores ao Despacho do SES n.º3402/2012, de 28 de fevereiro). No entanto compreendemos o entendimento do Tribunal de Contas. Aliás, queremos reafirmar o nosso compromisso de cumprimento do supra identificado Despacho do Secretário de Estado da Saúde.”*.

Tal como acima se referiu, o referido Despacho determinava que a realização de investimentos, quer novos **quer em curso**, por todas as entidades do SNS, em 2012, era sujeita a autorização prévia do Ministro da Saúde, sempre que o valor total do investimento, a ser pago em 2012 ou anos posteriores, ultrapassasse € 100 000. Ora, tendo-se verificado que o Conselho de Administração do HFF veio a deliberar aderir ao relatório final do júri dos concursos em 8.11.2012 (quanto às camas) e em 25.10.2012 (máquinas de lavar arrastadeiras), mantem-se a conclusão de que deveria ter submetido as aquisições a autorização prévia do Ministro da Saúde.

6. Situação Económico-Financeira

6.1. Balanço

Da análise ao Balanço⁹³ do HFF destaca-se o aumento do ativo nos anos de 2009 a 2012, com maior relevo no ano de 2010 em que se registou um aumento de 99% face a 2011. O acréscimo verificado de 2011 para 2012 resultou do aumento substancial (782%) dos acréscimos de proveitos (produção realizada mas não faturada).

O imobilizado corpóreo do HFF, nos quatro anos em análise, é composto maioritariamente pelos edifícios e pelos terrenos. O investimento em 2012 ascendeu a € 1.447.624, registando um decréscimo de 55%, face ao ano anterior. Em 2013, o investimento registou um aumento de

⁹³ As demonstrações financeiras do HFF constam do Anexo II.



77% (€ 1.113.532) face ao período homólogo e foi direcionado, entre outros, à requalificação de algumas redes de distribuição de fluídos, fachadas do edifício e equipamento básico e informático.

Na área do imobilizado foram realizados testes substantivos com base na informação constante do ficheiro da aplicação informática utilizada pelo HFF na gestão de imobilizado, tendo-se confirmado a existência física desses bens, a sua inventariação, e os registos contabilísticos subjacentes à sua aquisição. Verificou-se, ainda, que apesar dos bens de imobilizado se encontrarem devidamente inventariados e etiquetados alguns se encontravam obsoletos, o que demonstra a inexistência de procedimentos regulares de controlo e gestão do imobilizado.

Relativamente à estrutura do ativo circulante, em 2012, salienta-se o acréscimo de 108% das dívidas de terceiros e o acréscimo de 57% das disponibilidades, face ao período homólogo. Em 2013, as dívidas de terceiros diminuem substancialmente (58%) e mantem-se a tendência de crescimento das disponibilidades (236%) face a 2012.

A 31 de dezembro de 2012, o saldo contabilístico de depósitos à ordem apresentava a discriminação indicada no quadro ao lado e evidenciam que as disponibilidades e as aplicações financeiras do HFF mantidas em contas da Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública- IGCP, EPE (IGCP), têm um peso de 82% no total do saldo de depósitos à ordem.

Quadro 50 - Saldo de depósitos à ordem

Entidade	2012	%
IGCP	1.477.103,12 €	82%
Depósitos em outras instituições financeiras	331.569,37 €	18%
Total	1.808.672,49 €	100%

Fonte: Relatório e Contas e Balancete Final de 2012

Refira-se ainda que o HFF tinha uma aplicação financeira a prazo efetuada junto do IGCP, no montante de € 4.200.000, pelo que as suas disponibilidades junto do IGCP representavam 94,48% do total das disponibilidades a 31 de dezembro de 2012 (5,52% na banca comercial).

Com efeito, no geral, as disponibilidades e as aplicações financeiras do HFF são mantidas em contas do IGCP. Contudo, verificou-se existirem algumas contas abertas na banca comercial⁹⁴, utilizadas essencialmente para pagamento a fornecedores e salários, que por norma são sustentadas com fundos transferidos do IGCP na véspera dos pagamentos a fornecedores e salários. De acordo com a informação prestada pelos Serviços Financeiros do HFF a utilização da plataforma do banco comercial, resulta de questões estritamente operacionais⁹⁵. Porém, os

⁹⁴ Sete contas no Millennium BCP e uma conta no Banco Espírito Santo.

⁹⁵ "(...) As transferências individuais obrigam à indicação do NIF do destinatário, elemento que na maioria das vezes não possuímos; O pagamento mensal da Segurança Social não está disponível no sítio do IGCP; No caso de haver alguma transferência com carácter de urgência, o portal do IGCP não o permite. As transferências são sempre feitas no dia útil seguinte, caso as transferências sejam aprovadas da parte da manhã, se for da parte da tarde só dois dias depois; O IGCP não utiliza cheques bancários, apesar de poucos ainda utilizamos cheques (essencialmente para reforços de caixa); As transferências em moeda estrangeira não podem ser efetuadas no portal do IGCP, terá de ser pedida diretamente ao banco, o que no caso de transferências urgentes é um processo dificultado; O IGCP apenas permite os pagamentos por transferência bancária. Ainda temos alguns casos em que o pagamento tem de ser emitido por carta-cheque; A colocação do ficheiro no portal, apenas pode ser efetuada por um Administrador, e é um processo que demora algum tempo (cerca de 15 / 20 minutos); As transferências não são emitidas de uma só vez, nem



argumentos apresentados não justificam que o pagamento de salários não seja efetuado através do IGCP, à semelhança da maioria das restantes entidades do SNS.

A existência de contas para além das existentes no IGCP poderá constituir os responsáveis do CA do HFF em responsabilidade financeira, por violação do Regime da Tesouraria do Estado, aprovado pelo Decreto - Lei n.º 191/99, de 5 de junho (em particular o n.º 2 do art.º 2) - infração financeira prevista nos termos da al. d) do n.º 1 do art.º 65, da Lei 98/97, de 26 de agosto (LOPTC).

Em sede de contraditório, o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca atual, informa que *“(...) a utilização de contas na banca comercial assenta exclusivamente nas facilidades operacionais da plataforma eletrónica dessas instituições face à plataforma do IGCP, para pagamento mensal por lote a fornecedores e colaboradores.”*.

Ainda a este propósito, o Presidente do anterior Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca nas suas alegações refere que *“As disponibilidades do HFF, tanto quanto me recordo, encontravam-se repartidas em duas partes, a maior das quais [cerca de 95%] no IGCP e o restante na banca comercial. Esta repartição ficou a dever-se a limitações operacionais da plataforma de netbanking do IGCP que limitavam, de forma significativa, pagamentos a colaboradores e fornecedores, designadamente por não disponibilizarem facilidades de pagamentos por lote.”*.

Por último, no que respeita ao ativo, refira-se que as dívidas de terceiros registaram aumentos de 50% (€ 11.847.617) em 2011 e de 108% (€ 38.609.042) em 2012, face aos períodos homólogos, sendo a dívida das instituições do Ministério da Saúde a que maior impacto tem no valor total das dívidas de terceiros (94%).

Verificou-se, no entanto, que as taxas moderadoras em dívida, no total de € 2.907.211, não se encontram refletidas contabilisticamente nas demonstrações financeiras de 2009 a 2012.

Nas alegações apresentadas pelo Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca atual, refere-se que *“(...) As dívidas de taxas moderadoras e procedimento não faturáveis ao SNS, cuja probabilidade de cobrança seja considerada remota, por norma associadas a utentes particulares, muitas vezes sem entidade financeira responsável ou com situações de isenção ou dispensa de pagamento por regularizar, são contabilizadas apenas quando ocorre a cobrança e não aquando da geração da dívida.”*.

no mesmo dia, o que dificulta bastante as reconciliações bancárias; O ficheiro para upload tem de ter uma numeração sequencial, o que não é fácil de controlar porque cada ficheiro de retorno (ficheiro de erros), obriga a uma nova numeração e o próximo ficheiro emitido em SAP vai ser gerado com a sequência incorreta; Integração diária automática no Metacase, ao passo que no IGCP é necessária a criação de um ficheiro em Excel para integração em Metacase; Possibilidade de consulta de movimento por um período superior, o IGCP apenas permite a consulta de movimentos dos 3 meses antecedentes; Possibilidade de consulta de movimentos por montante, o portal do IGCP não o permite; Possibilidade de visualização na consulta de nº indefinido de movimentos, o IGCP só permite visualizar 50 movimentos.”



Acrescentando que não *podendo* “(...) as instituições do SNS suspender os cuidados de saúde aos utentes devedores, seja qual for a fase judicial ou extrajudicial em que a cobrança do crédito se encontre [Circular Informativa n.º6/2011 da ACSS], (...) existe uma elevada percentagem de incobabilidade das taxas moderadoras em dívida, pelo que a probabilidade de transformar esta dívida em liquidez é muito elevada.”.

O Tribunal reconhece a dificuldade em cobrar parte da dívida associada às taxas moderadas não pagas, no entanto, mantêm-se as conclusões e recomendações propostas, uma vez que a ausência de registo contabilístico subavalia as demonstrações financeiras e o hospital poder reconhecer perdas por imparidade, reduzindo o valor do ativo.

Em 2013, as dívidas de terceiros tal como referido anteriormente diminuíram 58% (-€ 43.369.601), em consequência da redução das contas da ACSS e da ARSLVT⁹⁶.

Do lado do passivo, destacam-se as dívidas a terceiros a curto prazo que registaram aumentos de 376%, 1%, 5%, e de 56% em 2010, 2011, 2012 e 2013, respetivamente, sendo de referir que a rubrica de adiantamentos a clientes, utentes e Ministério da Saúde foi a que mais contribuiu para o aumento verificado em 2010 (376%), passando de € 9.868.141, em 2009 para € 128.985.082 em 2010, tendo em 2012 passado de € 166.728.919 para € 270.149.960 em 2013.

Nos capitais próprios destacam-se os resultados líquidos positivos obtidos nos anos de 2009 a 2012, apesar de em 2012 se ter registado um decréscimo de 98% face ao ano transato. Os resultados líquidos positivos permitiram que o valor dos fundos próprios aumentasse, passando de € 98.355.707 em 2009 para € 113.674.318 em 2012.

Em 2013, os capitais próprios registaram um decréscimo de 6% face ao ano de 2012, em consequência dos resultados líquidos do exercício negativos (-€ 7.852.437), refletindo-se na situação patrimonial (-7%).

Importa ainda salientar que a melhoria dos fundos patrimoniais, em 2012, deveu-se ao saldo entre as variações positivas ocorridas nos acréscimos de proveitos operacionais relativos aos anos de 2009, 2010 e 2011, por força de critérios utilizados aquando da sua constituição e as variações negativas do reconhecimento da perda de proveitos, de 4,9 milhões de euros, associados à faturação de episódios de “quimioterapia oral”, agrupados no GDH 410, referentes aos anos de 2009, 2010 e de 2011 no valor de € 1.373.051, € 1.749.084 e de € 1.781.759.

⁹⁶ De acordo com informação prestada pelos Serviços Financeiros do HFF, a 23 de maio de 2014, “As maiores diferenças nas dívidas de terceiros registaram-se nas contas 21511000 ACSS e 21514000 ARS. A redução na conta 21511000 ACSS deveu-se: Emissão de documentos referentes aos Contractos Programa de 2009 a 2011 em que o valor das Notas de Crédito foi superior ao valor das faturas em cerca de 5M; Recebimentos no valor de 5,6M referentes ao Programa Extraordinário de Regularização de Dívidas 2013; Transferência de 31,7M da conta 2195 – Adiantamentos para a conta corrente da ACSS. A redução na conta 21514000 ARS deveu-se a dois encontros de contas efetuados em 2013 no valor total de 1,3M. A redução verificada é de 0,5M porque o valor da facturação emitida à ARS em 2013 foi de 0,8M”.



Devido a esta situação, o hospital procedeu à anulação de resultados transitados por contrapartida de uma conta de acréscimos de proveitos.

Com efeito, a faturação de quimioterapia oral como GDH 410 não tem suporte nas regras de faturação dos contratos programa, pelo que os montantes percebidos pelo HFF devem ser devolvidos ao Serviço Nacional de Saúde.

Salienta-se, no entanto, que a faturação emitida à ACSS relativa aos episódios de “Quimioterapia Oral” não foi anulada, o que significa que a situação apenas teve efeito em termos contabilísticos, sendo ainda necessária a sua regularização financeira.

De acordo com informação prestada por parte do HFF a regularização no montante de € 4.903.894, deverá ser efetuada na sequência de encontro de contas com a ACSS. Deste modo, apresenta-se de seguida o quadro onde se encontram refletidos os montantes por regularizar relativos aos anos de 2009 a 2012.

Quadro 51 – Montantes por regularizar ACSS

Ano	Contrato Programa (1)	Faturado (2)	Adiantamentos (3)	Reforços (4)	Pro.Ext.Reg.Dívida (5)	Total Pago (6)=(3)+(4)+(5)	Dif.Contrato Programa/valor pago (7)=(1)-(6)	Diferença a regularizar (8)=(2)-(6)
2009	148.022.118,26 €	142.557.207,15 €	118.417.694,64 €	16.322.760,00 €	7.816.752,51 €	142.557.207,15 €	5.464.911,11 €	0,00 €
2010	163.272.255,56 €	161.924.846,74 €	121.610.183,70 €	7.374.898,17 €	29.517.148,73 €	158.502.230,60 €	4.770.024,96 €	3.422.616,14 €
2011	154.987.931,96 €	146.652.279,43 €	123.990.345,60 €			123.990.345,60 €	30.997.586,36 €	22.661.933,83 €
2012	145.158.339,34 €	0,00 €	127.144.139,38 €	10.068.417,71 €		137.212.557,39 €	7.945.781,95 €	-137.212.557,39 €

Fonte: Informação prestada pelo HFF, EPE, em 14.02.2014

Tendo por base os registos constantes dos documentos de suporte ao fecho de contas da ACSS⁹⁷, procedeu-se à análise comparativa com a informação prestada pelo HFF, concluindo-se, que os montantes indicados pelo HFF são divergentes dos apresentados pela ACSS, designadamente no que respeita aos montantes faturados, reforços e transferências do programa extraordinário de dívidas. Contudo, salienta-se que, essas divergências podem ser explicadas pelo desfasamento temporal no processamento da referida informação.

Quadro 52 – Montantes por regularizar HFF

Ano	Contrato Programa (1)	Faturado (2)	Adiantamentos (3)	Reforços (4)	Pro.Ext.Reg.Dívida (5)	Total Pago (6)=(3)+(4)+(5)	Dif.Contrato Programa/valor pago (7)=(1)-(6)	Diferença a regularizar (8)=(2)-(6)
2009	148.022.118,26 €	140.909.994,62 €	118.417.694,64 €	16.322.760,00 €	13.281.663,62 €	148.022.118,26 €	0,00 €	-7.112.123,64 €
2010	163.272.255,56 €	153.963.949,46 €	128.985.081,43 €		20.924.974,70 €	149.910.056,13 €	13.362.199,43 €	4.053.893,33 €
2011	154.987.931,96 €	140.916.849,46 €	123.990.345,60 €		0,00 €	123.990.345,60 €	30.997.586,36 €	16.926.503,86 €
2012	145.158.339,34 €	0,00 €	127.144.139,64 €	5.378.141,00 €	0,00 €	132.522.280,64 €	12.636.058,70 €	-132.522.280,64 €

Fonte: Informação prestada pela ACSS,IP, em 09.12.2012

A este propósito, importa ainda referir que segundo informação prestada por parte do HFF⁹⁸, o acerto das contas entre o HFF e a ACSS, relativo aos exercícios de 2009 a 2012, resulta do facto

⁹⁷ Remetidos à Direção-Geral do Tribunal de Contas, através do e-mail de 9 de dezembro de 2013, no âmbito da Auditoria ao cumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso (LCPA).

⁹⁸ E-mail de 29 de outubro de 2013, da Direção de Planeamento e Controlo de Gestão do HFF.



do hospital não dispor do sistema que gere os processos administrativos - “SONHO”, comum à maioria dos hospitais do SNS, sendo forçado a efetuar todos os desenvolvimentos realizados anualmente pela ACSS, de modo a proceder à emissão das respetivas faturas.

Acontece que, mesmo que se admitisse ser razoável a explicação apresentada para o referido atraso, considerando o período de tempo já decorrido desde o início desta pendência, o hospital já deveria ter regularizado essa situação, pelo menos, até ao exercício económico de 2012. Não o tendo feito, os valores acima descritos como montantes a regularizar entre o HFF e a ACSS, não podem ser considerados definitivos.

O Presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, nas alegações apresentadas em sede de contraditório, no que respeita à regularização financeira da faturação irregular de quimioterapia oral, informa que *“O processo de conferência da produção faturada pelo HFF encontra-se em fase de conclusão, assegurando-se que não existe faturação irregular de quimioterapia oral.”*.

Sobre esta matéria, o Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca atual, esclarece que *“(…) o processo de faturação dos diversos anos do Contrato Programa, revelou-se, por diversos motivos, um processo moroso e de alta complexidade para o HFF. Por ser um Hospital no qual não está implementado o sistema de gestão de doentes (SONHO), utilizado, e gerido pelos órgãos centrais de gestão da saúde, todo o processo tem que ser ajustado ao sistema de informação em utilização, sendo por isso bastante complexo. Contrariamente aos restantes hospitais, o HFF tem que parametrizar todas as componentes de faturação do contrato, ajustado, anualmente, o sistema de faturação às regras definidas para o ano. Por este motivo, as interações com a ACSS têm sido a chave para o avanço do processo e, estas, nem sempre têm sido efetuadas com a celeridade desejada, tanto por parte do fornecedor do sistema de informação do HFF, como da capacidade de resposta às diversas solicitações do Hospital para a ACSS.”*. Informou ainda que *“A faturação dos anos de 2009 a 2010, devido à necessidade e correção dos episódios relacionados com o GDH 410, e por forma a facilitar o processo, teve que ser reemitida na íntegra, substituindo a já existente e validada, por parte, da ACSS.”*.

Os indicadores de equilíbrio financeiro do HFF evidenciam que o hospital reflete um baixo risco para os seus credores, dado que a realização dos ativos circulantes em liquidez é suficiente para fazer face às dívidas de terceiros de curto prazo. No que respeita aos compromissos de médio e longo prazo, a partir de 2010, o hospital tem revelado que os capitais próprios não são suficientes para fazer face às dívidas a terceiros (solvabilidade), apesar do hospital ter reduzido o prazo médio de pagamento a fornecedores em 2012 (157 dias) face a 2011 (206 dias), tendência que se mantém em 2013 (113 dias) face a 2012 (157 dias).

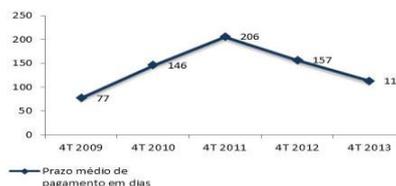


Quadro 53 - Indicadores

Indicadores	2009	2010	2011	2012	2013
Liquidez geral	1,36	1,09	1,13	1,14	1,07
Solvabilidade	1,96	0,54	0,59	0,56	0,34
Autonomia financeira	0,66	0,35	0,37	0,36	0,26

Fonte: Relatórios e contas do HFF

Gráfico 13- Prazo médio de pagamento



O indicador de autonomia financeira traduz uma decrescente capacidade de o hospital fazer face às suas dívidas através dos seus capitais próprios, o que denuncia alguma dependência em relação aos credores.

6.2. Demonstração de Resultados

Em 2012, os resultados operacionais registaram um decréscimo de 103% (-€ 180.097) face ao período homólogo em resultado da redução de 5% nos proveitos operacionais. A variação dos proveitos operacionais em 2012 resulta de um decréscimo dos preços do contrato programa, tendo passado de € 154.987.931, em 2011, para € 145.158.339, em 2012. Pese embora o aumento dos proveitos e ganhos financeiros, bem como dos proveitos extraordinários, em 2011 e 2012, de 228% e de 129%, respetivamente, os proveitos totais diminuíram 5% nos referidos anos. Em 2013, os resultados operacionais, passaram de -€ 180.097 em 2012 para -€ 8.447.385 em 2013⁹⁹.

O aumento dos proveitos financeiros em 2012 resultou de créditos, no valor de € 1.918.252, sobre a indústria farmacêutica, relativas a *rappel* negociado pelo hospital e de créditos decorrentes de negociações realizadas entre a ACSS e o Infarmed e a APIFARMA com vista a reduzir os custos com medicamentos, que culminaram num apuramento provisório de notas de crédito emitidas pela indústria farmacêutica aos diversos hospitais.

A rubrica de transferências correntes obtidas registou uma redução significativa pela alteração dos critérios de contabilização, nomeadamente no que respeita a um financiamento específico para obras na psiquiatria, tendo o hospital procedido ao reconhecimento do proveito no ano equivalente à amortização contabilizada nesse ano.

Em termos globais, os custos com o pessoal são os mais representativos na estrutura de custos, tendo, em 2012 e 2013, atingido, o peso de 45% e de 46% na respetiva estrutura. A rubrica com os consumos de mercadorias vendidas e matérias consumidas, onde estão incluídos os produtos farmacêuticos e o material de consumo clínico, constituem o segundo grupo de custos mais significativo, logo a seguir aos custos com pessoal, representando 31% do total dos custos tanto em 2012 como em 2013.

⁹⁹ De acordo com o referido no Relatório e Contas de 2013 do HFF, este resultado negativo foi consequência "...da diminuição dos proveitos, quer pela redução dos preços unitários das linhas de atividade, quer pela realização da atividade abaixo do inscrito em contrato programa do ano."



Os custos com medicamentos e material de consumo clínico diminuíram 1% e 9% em 2012, respetivamente, em resultado de negociações com os fornecedores. Em 2013, a rubrica de medicamentos decresceu 5%, contrariamente à rubrica de material de consumo clínico que aumentou em 2%, face ao ano anterior. De acordo com o referido no Relatório e Contas de 2013 do HFF a diminuição verificada na rubrica de medicamentos resultou das negociações efetuadas com a indústria farmacêutica e ainda do acordo entre a APIFARMA e o Ministério da Saúde. Quanto ao aumento da rubrica de material de consumo clínico decorreu dos consumíveis afetos à cardiologia, designadamente, no que respeita aos cardioversores e *pacemakers*.

A rubrica de fornecimento e serviços externos, registou um decréscimo de 15% em 2011, face a 2010, e 1% em 2012 face a 2011, em resultado dos custos com a subcontratação terem reduzido 19% em 2011 e 9% em 2012, sendo a subcontratação dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica a que mais contribui para esse decréscimo, (-28% em 2011 e -11% em 2012).

Quadro 54 – Custos com exames internos e externos

2010			2011			2012			Δ%	Δ%	Δ%	Δ%
Exames internos	Exames externos	% de exames realizados no exterior	Exames internos	Exames externos	% de exames realizados no exterior	Exames internos	Exames externos	% de exames realizados no exterior	Exames internos	Exames externos	2011-2010	2012-2011
28.912.827 €	1.826.837 €	6%	28.184.306 €	1.314.485 €	5%	29.374.703 €	1.164.619 €	4%	-3%	4%	-28%	-11%

Fonte: Informação prestada pela Direção de Produção

Em 2012, o peso dos custos com subcontratação de exames externos foi de 4% no total dos custos com exames. No entanto, os custos com os exames internos foram valorizados de acordo com a tabela de preços praticada pelo SNS, e não foram considerados nos respetivos custos os exames relativos à interrupção voluntária de gravidez (IVG's) e a oxigenoterapia¹⁰⁰.

Da análise do quadro supra, constata-se igualmente que o hospital ao reduzir em 11% os custos com exames realizados no exterior aumentou em 4% os custos relativos aos exames realizados internamente.

Quadro 55 - Custos com Pessoal

Os custos com pessoal, incluindo os honorários aos prestadores de serviços no período de 2009 a 2012, registaram decréscimos 2%, 11% e 1%. Em 2011 e 2012, o decréscimo verificado resultou da aplicação da taxa de redução sobre as remunerações, conforme o disposto na LOE, e ainda da diminuição dos custos com honorários e firmas.

Rubricas	2009	2010	2011	2012	Δ%	Δ%	Δ%
					2010-2009	2011-2010	2012-2011
Honorários (RV) + Firmas	16.526.603 €	16.791.856 €	13.579.497 €	12.832.190 €	2%	-19%	-6%
Remunerações	63.217.012 €	60.862.242 €	55.232.213 €	55.312.163 €	-4%	-9%	0,1%
Encargos com Remunerações	12.137.610 €	12.122.888 €	11.679.706 €	11.640.089 €	0%	-4%	-0,3%
Outros Custos com Pessoal	580.213,63	404.817,99	194.027,28	244.088,00	-30%	-52%	26%
Total	92.461.439 €	90.181.804 €	80.685.443 €	80.028.530 €	-2%	-11%	-1%

¹⁰⁰ O hospital considera que os custos com os exames relacionados com a IVG são da sua responsabilidade, sendo os mesmos incluídos na atividade global do hospital, isto, porque o recurso à contratualização externa resulta do facto dos médicos da ginecologia/obstetrícia aderirem ao estatuto de objetores de consciência. Já no que se refere aos custos com a oxigenoterapia os mesmos não foram considerados, uma vez que foram faturados pela ARSLVT.



Em 2012, os encargos totais com horas extraordinárias foram de € 4.515.967, o que comparativamente a 2011 (€5.336.659) representa um decréscimo de cerca de 15% (€ 820.692). Nos anos em análise, o grupo profissional dos médicos é o que maior peso tem no encargo total com horas extraordinárias (em 2012, € 4.504.829, que correspondem a 99,75%).

O custo com horas extraordinárias do grupo profissional dos médicos, em 2012, registou um decréscimo de 13%, apesar do número de horas ter aumentado. Já o custo dessas horas do grupo profissional dos enfermeiros, teve um decréscimo de 67%, associada também à redução do número de horas.

Quadro 56 - Custos com horas extraordinárias

	Médicos		Enfermeiros	
	Nº Horas	Custo	Nº Horas	Custo
2009	134.519	4.618.656 €	2.745	40.919 €
2010	149.091	5.075.849 €	2.791	71.054 €
2011	163.501	5.164.729 €	781	14.579 €
2012	164.371	4.504.829 €	363	4.778 €

Fonte: HFF, EPE

Os decréscimos verificados resultaram de um plano de redução de custos definido pelo hospital, para 2012, bem como da diminuição das majorações do trabalho extraordinário, na sequência da aplicação no disposto no art.º 32 da Lei do Orçamento do Estado para 2012.

Quadro 57 - Custos com suplementos remuneratórios

	Médicos		Enfermeiros	
	Nº Horas	Custo	Nº Horas	Custo
2009	22.415	269.575 €	376.194	1.825.694 €
2010	28.571	330.378 €	466.225	2.258.449 €
2011	28.226	306.273 €	495.146	2.323.055 €
2012	29.573	284.392 €	514.753	2.386.216 €

Fonte: HFF, EPE

Constatou-se ainda que, os custos com suplementos remuneratórios aos profissionais médicos decresceram cerca de 7%, tendo os custos com os suplementos dos enfermeiros aumentado 3%, pelo facto de se ter registado um aumento número de horas.

Apesar das reduções verificadas ao nível dos custos com pessoal, o hospital não atingiu o objetivo de desempenho económico-financeiro estabelecido nos contratos programa para 2011 e 2012, dado que em 2011 o peso dos custos com pessoal ajustados nos proveitos corresponderam a 51,4% e o contrato programa estabelecia 53,2%. Em 2012 os custos com pessoal tiveram um peso de 53,8% nos proveitos operacionais e o respetivo contrato programa impunha 51,5%.

O custo médio operacional do doente padrão no HFF aumentou em 2011 e 2012, essencialmente em resultado do aumento dos custos com produtos farmacêuticos e com fornecimento de serviços externos. Esta situação teve consequências no lucro líquido e na margem de exploração, conforme se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 58 - Indicadores económicos

Económicos	Indicadores	2009	2010	2011	2012
	Custo médio operacional doente padrão	2.561,55 €	2.466,64 €	2.485,53 €	2.575,09 €
Custo médio Mat.Cons.Clinico/Doente Padrão	210,89 €	192,17 €	208,47 €	198,71 €	
Custo médio Produtos Farmacêuticos/Doente Padrão	500,31 €	511,85 €	557,52 €	578,41 €	
Custo médio FSE/Doente Padrão	542,83 €	548,67 €	501,57 €	522,32 €	
%dos custos com HE e suplementos no total dos custos com pessoal	12%	13%	14%	13%	
% dos custos c/prestações de serviços no total dos custos c/pessoal	22%	23%	20%	19%	
Custos c/pessoal/Doente Padrão	1.202,13 €	1.119,97 €	1.107,02 €	1.164,88 €	
Lucro líquido em percentagem do capital	164.816.403,04 €	165.725.547,70 €	158.010.811,48 €	150.596.689,90 €	
Margem de exploração	3,77	4,16	6,99	3,43	

Fonte: Relatórios e Contas do HFF dos respetivos anos.



7. Redução de Custos e Sustentabilidade

O HFF tem vindo a implementar medidas de redução custos que se traduziram em poupanças anuais.

As medidas adotadas na produção de energia térmica e elétrica através da cogeração permitiram obter poupanças de € 321.555.

Quadro 59 – Poupanças com cogeração

Poupanças com a Cogeração	
Termica calor	290.314,47 €
Termica frio	31.239,42 €
Total	321.553,89 €

A renegociação de vários contratos de fornecimento de bens e serviços entre 2011 e 2012 permitiram ainda poupanças de € 1.014.412.

Quadro 60 - Poupanças com renegociação de contratos

Poupanças	
Energia Elétrica	77.445,83 €
Vigilância e Segurança	60.032,00 €
Higiene, Limpeza e Recolha de Resíduos	166.268,60 €
Tratamento de Roupa	226.100,00 €
Tratamento e Manutenção dos Espaços Verdes	49.300,60 €
Manutenção	399.928,25 €
Transportes (afetação ambulâncias)	35.349,20 €
Total	1.014.424,48 €

Com a renegociação do contrato de fornecimento de energia elétrica, em outubro de 2010, o HFF conseguiu uma poupança total de € 77.446 em 2011. Facto que, atendendo à importância e atualidade desta matéria, aliás, veiculada nos diversos meios de comunicação social, no que respeita às poupanças reclamadas pela Tutela e a observar pelos hospitais e demais serviços do SNS, constitui também uma boa prática de gestão.

Relativamente à renegociação do contrato de prestação de serviços de higiene e limpeza, esta, para além de uma redução significativa do valor anual, traduziu-se ainda, num acréscimo de 1.000 horas face ao que estava contratualizado.

8. Implementação das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção

No âmbito da atividade do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC)¹⁰¹, foram emitidas duas recomendações¹⁰² às entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, para que elaborassem planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os publicitassem no sítio da respetiva entidade na internet.

Em cumprimento das referidas recomendações o HFF, desde finais de 2009, desenvolveu vários procedimentos de prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, conforme informação tempestivamente remetida ao CPC¹⁰³.

¹⁰¹ Criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, o Conselho de Prevenção da Corrupção é uma entidade administrativa independente, que funciona junto do Tribunal de Contas e que tem como finalidade desenvolver uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

¹⁰² Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, e n.º 1/2010, de 7 de abril.

¹⁰³ Através do ofício do CA do HFF, n.º 196/09, de 31 de dezembro.



Em março de 2013, o HFF aprovou e publicou o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, para 2013, identificando entre outras áreas de risco, as respeitantes aos recursos humanos, financeira, produção e logística, todas elas, objeto de análise da presente auditoria. A frequência de risco apresentada balizou-se entre moderado e baixo, embora tenham sido identificadas áreas de risco elevado e extremo.

9. Apreciação da performance do HFF como entidade pública empresarial por comparação com a gestão privada anterior e por comparação com outros hospitais do SNS

9.1. Comparação do desempenho do HFF enquanto entidade pública empresarial com a gestão privada

Em 1995, a ARSLVT celebrou com o consórcio privado – Hospital Amadora/Sintra - Sociedade Gestora, SA (HASSG) o Contrato de Gestão do HFF¹⁰⁴, através do qual ficou a Sociedade Gestora obrigada a garantir o acesso aos cuidados de saúde prestados no hospital, de igual forma aos demais estabelecimentos integrados no SNS, dentro dos limites da capacidade instalada.

Em concordância com o estabelecido no contrato os níveis de produtividade eram acordados anualmente entre a Sociedade Gestora e a ARSLVT, e no final de cada ano eram revistos e fixados, para cada valência, os valores da atividade esperada para o ano seguinte nas linhas de produção da consulta externa, internamento e urgência.

No ano de 2003, o Governo através de RCM iniciou um processo de renegociação do contrato tendo em vista o aperfeiçoamento do modelo existente, quer na ótica da eficiência e qualidade dos serviços de saúde prestados, quer na ótica dos mecanismos de fiscalização da execução do contrato¹⁰⁵. Em 4 de junho de 2004, foi a ARSLVT autorizada a celebrar com Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A., o acordo de alteração do Contrato de Gestão do HFF.

Com a celebração deste novo contrato a Sociedade Gestora ficou obrigada a garantir a prestação de cuidados de saúde globais na consulta externa, no internamento, na urgência, no hospital de dia e na cirurgia de ambulatório, pela retribuição anual de € 101.692.296, repartida em duodécimos. Esta verba incluiu os encargos adicionais decorrentes da prestação de cuidados de saúde mental (€ 975.578).

Este regime diferencia-se do financiamento dos hospitais do Setor Empresarial do Estado (SEE), por um lado, por prever a atualização anual de preços em função da inflação, por outro, os contratos programa dos hospitais do SEE não impunham (até 2012) limite máximo de financiamento¹⁰⁶, além de que o processo de faturação, validação da produção, acerto de contas, na prática, não ocorria mensalmente e anualmente¹⁰⁷. A este propósito recorde-se que os contratos programa com o HFF ainda não foram objeto de fecho de contas e que o HFF, EPE,

¹⁰⁴ Que entrou em vigor no dia 1 de novembro de 1995.

¹⁰⁵ Vd. RCM n.º 149/2003, publicada no DR, I Série - B, n.º 217, de 19 de setembro.

¹⁰⁶ Em 2012, a valorização da produção marginal pode ocorrer entre linhas de atividade, ficando limitado ao valor global do contrato programa.

¹⁰⁷ Cfr. Relatório n.º 48/2008 – 2ª Secção, do Tribunal de Contas.



ainda não restituiu os montantes que respeitam a quimioterapia oral e que foram faturados indevidamente nos anos de 2009 a 2011, no montante acumulado de cerca de 5 milhões e euros – vd. ponto 6.1.

Para efeitos de pagamento da atividade realizada pelo hospital sobre gestão privada foram estabelecidos preços unitários base no contrato de gestão por linha de produção (Consulta externa € 31,46, internamento € 1.781,24, urgência € 93,44, hospital de dia em psiquiatria € 31,46, hospital dia em oncologia, pediatria, hemodiálise e HIV € 62,92¹⁰⁸ e cirurgia de ambulatório € 650,00, que seriam atualizados em janeiro de cada ano em 95% do índice de inflação média específico para cada área da saúde publicado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). Comparando os preços unitários pagos pela ARS à Sociedade Gestora, respeitantes à produção realizada no ano de 2008, verifica-se que os mesmos eram inferiores aos preços unitários fixados nos contratos programa dos restantes hospitais do SNS¹⁰⁹.

Os encargos suportados pela Sociedade Gestora, em hospital dia, com a administração de citostáticos e de anti-retrovíricos, a realização de análises para cargas virais de portadores de VIH, bem como os encargos de radioterapia, medicina nuclear e cardioversores, não disponíveis, dada a referenciação do HFF, bem como os encargos suportados com a remuneração dos médicos do Internato Geral e Complementar, eram da responsabilidade da ARSLVT¹¹⁰, em cumprimento do disposto no n.º 8 e 12 da Cláusula 13ª do Contrato de Gestão.

Posteriormente, os encargos com anti-retrovíricos, que inicialmente eram da responsabilidade da Administração Regional de saúde da área de residência do doente, passaram a ser dos hospitais do SNS, resultando daí maiores e imprevistos encargos para a HASSG. *“Embora não existindo qualquer resposta formal por parte da ARSLVT, os montantes indicados pela sociedade Gestora e referentes quer a estes medicamentos quer a meios complementares de diagnóstico e terapêutica relacionados com HIV (análises clínicas) foram pagos aquando dos encerramentos anuais de contas, ao abrigo da cláusula 41ª do contrato de gestão.”*¹¹¹.

A ARSLVT, como entidade pública contratante, era responsável pelo acompanhamento dos contratos, designadamente no que respeitava à produção, qualidade dos serviços prestados e cálculo e pagamento da retribuição anual.

9.1.1. Eficácia - execução física e financeira da atividade contratada vs realizada

A produção realizada e a correspondente remuneração durante o período de gestão privada do HFF é ainda matéria de litígio entre a Sociedade Gestora e a ARSLVT, pelo que a análise efetuada neste ponto e nos seguintes tem essa condicionante.

¹⁰⁸ Uma das componentes fixas que concorrem para o cálculo da remuneração da Sociedade Gestora.

¹⁰⁹ Consulta externa € 110,5 (1ªs consultas a € 121,55), internamento € 2.396,25, urgência € 137,92, Hospital de dia em psiquiatria € 38,26.

¹¹⁰ Uma das componentes variáveis que concorrem para o cálculo da remuneração da Sociedade Gestora.

¹¹¹ Sobre esta matéria vide Relatórios n.º 20/2005, n.º 48/2008 n.º 17/2010 – 2ª Secção do Tribunal de Contas.



Para a análise da eficácia da gestão, tendo em consideração a informação prestada pela ARSLVT relativa à atividade contratada e realizada no HFF, no período de 2006 a 2008, pela então Sociedade Gestora do Hospital Amadora Sintra, elaborou-se o seguinte quadro comparativo:

Quadro 61 – Atividade contratada vs realizada

Linhas de Produção	2006			2007			2008			2009		
	Qt. Contratualizada	Realizado	Taxa execução									
Consultas externas	204.130	208.008	102%	212.873	220.599	104%	222.120	216.126	97%	230.233	239.317	104%
Internamento	35.724	34.786	97%	35.877	36.562	102%	36.532	37.555	103%	35.992	34.115	95%
Cirurgia de Ambulatório	2.467	502	20%	1.873	484	26%	1.958	594	30%	14.309	12.864	90%
Urgência	188.851	190.856	101%	191.368	199.075	104%	200.152	207.189	104%	211.157	221.531	105%
Hospital Dia	14.082	15.290	109%	14.830	16.323	110%	17.667	17.131	97%	10.733	18.599	173%

Fonte: ARSLVT,JP

No período de gestão privada a taxa de execução da cirurgia de ambulatório foi sempre inferior a 30%, em resultado do preço fixado no contrato de gestão não ser atrativo do ponto de vista económico. Note-se que o preço unitário pago por cirurgia era de € 650, atualizado em janeiro de cada ano em 95% do índice de inflação média específico para cada área da saúde publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, quando o preço unitário estabelecido no contrato-programa de 2009, primeiro ano de gestão pública do hospital, foi de € 2.396,25.

Em 2009, com o início da gestão pública, verificou-se, em termos globais, um aumento das quantidades contratadas. A taxa de execução da cirurgia de ambulatório foi de 90%, mas em 2009, esta linha de produção beneficiou de apoio financeiro no âmbito do Programa de Financiamento dos Investimentos na Qualificação das Unidades de Cirurgia de Ambulatório do SNS, o que terá incentivado o crescimento desta atividade. Tratou-se de um contrato de concessão de apoio financeiro não reembolsável, entre a ACSS, e o HFF, EPE, cujo financiamento correspondeu a 44,1% do valor global do projeto (€ 1.445.660).

Em 2009, já com a gestão pública do hospital, as taxas de execução das linhas de produção foram superiores face às do último ano de gestão privada, exceto no internamento. Note-se, porém, que a partir de 2009, intervenções cirúrgicas que anteriormente eram realizadas em internamento passaram a ser realizadas em ambulatório.

Além disso, importa referir que a execução dos contratos programa dos hospitais EPE não são submetidos ao mesmo escrutínio, grau de exigência e oportunidade (acerto de faturação anual) que a execução dos contratos de gestão, tal como ocorria com a HASSG do HFF e atualmente com as sociedade gestoras dos hospitais em regime de PPP¹¹².

¹¹² A este propósito vide Relatórios n.º 48/2008 e n.º 17/2010 - 2ª Secção, do Tribunal de Contas.



9.1.2. Eficiência - custos operacionais por doente padrão

Tendo como objetivo avaliar a performance do HFF como entidade pública empresarial por comparação com a gestão privada anterior, elaborou-se o quadro seguinte que tem por referência os custos operacionais de 2007 a 2012 e o número doentes padrão de igual período.

Quadro 62 – Custo operacional médio doente/padrão

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ% 2008/2007	Δ% 2009/2008	Δ% 2010/2009	Δ% 2011/2010	Δ% 2012/2011
Custos operacionais a)	148.615.335,60	157.818.958,28	162.530.529,00	162.389.072,00	151.306.498,00	149.105.712,00	6,2%	3,0%	-0,1%	-6,8%	-1,5%
Nº doentes Padrão b)	58.935	61.151	63.450	65.834	60.875	57.903	3,8%	3,8%	3,8%	-7,5%	-4,9%
Custo operacional médio doente padrão c)	2.521,69 €	2.580,82 €	2.561,55 €	2.466,64 €	2.485,53 €	2.575,09 €	2,3%	-0,7%	-3,7%	0,8%	3,6%

a) Custos operacionais refletidos na Demonstração de Resultados constantes dos Relatórios e Contas de 2007 a 2012

b) O nº de doentes padrão de 2008 e 2007 foi calculado em função da evolução percentual (3,76%) verificada entre 2009 e 2010

o n.º doentes padrão de 2009 a 2012 resulta de informação prestada pela ACSS,IP

c) Custo operacional médio doente padrão resulta dos custos operacionais/número de doente padrão

Resulta do quadro anterior que os custos operacionais registaram uma acentuada diminuição em 2011, para a qual terá contribuído não só a diminuição dos custos com fornecimentos e serviços externos (subcontratação de serviços) mas também a redução salarial prevista na Lei do Orçamento desse ano.

O indicador “custo operacional médio doente padrão”, em 2008 registou uma perda de eficiência, uma vez que aumentou 2,3% face a 2007 (passou de €2.521,69, em 2007 para € 2.580,82 em 2008).

Nos anos de 2009 a 2012 o referido indicador alcançou o seu valor mais baixo em 2010 (€ 2.466,64), ou seja, foi nesse ano que o HFF foi mais eficiente. Em 2011 e 2012 o HFF registou perdas de eficiência (1% em 2011 e 4% em 2012), em resultado de uma diminuição da atividade mais acentuada do que a diminuição verificada nos custos operacionais.

Da análise efetuada resulta ainda que o modelo de gestão no HFF não foi determinante no nível de eficiência do hospital.

9.1.3. Economia – remuneração da produção realizada

O quadro seguinte, na coluna Produção ARSLVT, evidencia os montantes recebidos pela Sociedade Gestora, no triénio 2006-2008, em contrapartida da produção realizada e validada pela ARSLVT. Na coluna Produção HAASG o quadro evidencia a produção reclamada pela Sociedade Gestora e a correspondente valorização.



Quadro 63 – Produção realizada e remuneração

Linhas de Produção	Produção ARSLVT						Produção HAASG					
	2006		2007		2008		2006		2007		2008	
	Realizada	Valor	Realizada	Valor	Realizada	Valor	Realizada	Valor	Realizada	Valor	Realizada	Valor
Consultas externas	208.008	6.591.103 €	220.599	7.003.846 €	216.126	7.484.829 €	210.618	6.634.629 €	224.363	7.058.761 €	227.411	7.741.330 €
Internamento	34.786	77.216.253 €	36.562	80.362.362 €	37.555	87.747.871 €	35.295	79.004.337 €	37.327	82.626.205 €	38.515	90.496.941 €
Cirurgia de Ambulatório	502	289.535 €	484	306.289 €	594	419.080 €	1.873	1.385.477 €	1.955	1.293.996 €	1.705	1.320.772 €
Urgência	190.856	18.276.371 €	199.075	19.334.164 €	207.189	21.537.297 €	194.875	18.661.400 €	201.495	19.569.194 €	212.647	22.104.656 €
Hospital Dia	15.290	821.765 €	16.323	897.062 €	17.131	1.038.274 €	16.172	861.907 €	17.717	937.149 €	18.607	1.081.719 €
Total		103.195.027 €		107.903.723 €		118.227.350 €		106.547.750 €		111.485.304 €		122.745.417 €

Fonte: ARSLVT,IP

Da análise do quadro resulta que os montantes financeiros que deram origem ao litígio são significativos, sendo que, no pior cenário, a ARSLVT poderá ter de vir a assumir despesa superior a € 11,4 milhões.

A Hospital Amadora/Sintra - Sociedade Gestora, SA, refere que “O referido valor foi calculado apenas com base na divergência existente entre as partes relativamente às componentes fixas, e apenas para os exercícios de 2006 a 2008. A este valor acrescia ainda o resultante das componentes variáveis, reequilíbrios financeiros (...), activos fixos e juros. (...) No acórdão arbitral proferido em 12.12.2012 (...) a ARSLVT foi condenada a pagar à Sociedade Gestora o valor de € 18.123.526,00 (...) ambos os processos aguardam decisão do tribunal.”. Estas observações não contrariam a análise efetuada no Relato.

Como já foi referido, nos termos do contrato de gestão celebrado com a Sociedade Gestora, os preços unitários pagos por linha de produção seriam atualizáveis anualmente¹¹³. Deste modo, para a avaliação, *ex-post*, da economia do contrato de gestão, bem como da decisão de retomar a gestão pública do hospital, procedeu-se à análise comparativa da remuneração percebida pelo HFF, em 2009, enquanto entidade pública empresarial com os montantes que seriam devidos à Sociedade Gestora em caso de prolongamento do contrato.

Quadro 64 - Produção realizada e remuneração

Linhas de Produção	Produção realizada SNS - 2009	Preço unitários de referência da HAASG atualizados p/ 2009	Remuneração da HAASG - c/base no contrato de gestão atualizado - em 2009	Faturação do HFF, EPE - 2009
Consultas externas	239.317	35,77 €	8.561.477,79 €	26.559.039,00 €
Internamento	34.115	2.413,62 €	82.340.692,78 €	72.989.820,00 €
Cirurgia de Ambulatório	12.864	728,80 €	9.375.329,11 €	7.869.040,00 €
Urgência	221.531	107,38 €	23.788.076,32 €	27.874.673,00 €
Hospital Dia	18.599	62,61 €	1.164.445,87 €	2.572.358,00 €
Total			125.230.021,87 €	137.864.930,00 €

Fonte: Elaboração própria.

Ressalvando-se que os cálculos efetuados têm alguns pressupostos¹¹⁴ que podem condicionar os resultados, note-se que com a gestão pública o Orçamento do Serviço Nacional de Saúde aumentou o financiamento do HFF em € 12,7 milhões, pela produção realizada.

¹¹³ No âmbito do contrato de gestão o preço unitário base pago por internamento era de € 1.781,24, multiplicado pelo ponderador atribuído a cada valência, atualizável, anualmente, em 95% do índice de inflação médio específico para a área da Saúde relativa ao ano anterior.

¹¹⁴ Para além da produção realizada e correspondente remuneração ser ainda matéria de litígio entre partes contratantes, acrescem as seguintes condicionantes: que a procura de cuidados de saúde em 2009 seria a mesma



9.1.4. Qualidade e produtividade

Como se pode observar no quadro seguinte houve uma degradação da maioria dos indicadores analisados face ao último ano de gestão privada, com especial destaque para a “% de partos por cesariana” que, em 2010, já representaram mais de 40% do total de partos realizados. Saliente-se, porém, que o HFF tem vindo, de forma progressiva, desde 2010, a registar uma melhoria nesse indicador que, em 2012, já foi inferior ao registado no último ano de gestão privada do hospital.

Quadro 65 – Indicadores de qualidade e produtividade

Indicadores	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Doentes saídos (sem berços)	41.775	42.711	36.689	36.155	32.898	32.260
Nº dias de internamento doente saído	n.a.	n.a.	265.075	260.751	257.425	260.294
Demora média do período (sem berços)	5,5	6,0	7,22	7,21	7,82	8,07
Taxa de ocupação	79%	91%	91%	92%	92%	93%
Doentes saídos por cama	53	55	51	50	46	45
%partos por cesariana	34%	38%	40,7%	39,8%	36,4%	37,7%

Fonte: Relatório e Contas de 2008 e informação prestada pelo HFF

9.2. Comparação do desempenho do HFF, EPE, com outros hospitais do grupo

A comparação de desempenho do HFF foi efetuada com outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde, designadamente os pertencentes ao Setor Empresarial do Estado e a hospitais em regime de parceria público privada, tendo sido feita com referência ao ano de 2012. Refira-se que na análise realizada foram considerados, preferencialmente, hospitais do mesmo grupo¹¹⁵.

Refira-se, ainda, que foram utilizados indicadores construídos com base em informação reportada pelas instituições à ACSS no período de janeiro a dezembro de 2012, não tendo os mesmos sido objeto de validação no âmbito da presente auditoria.

Em termos de acesso aos cuidados de saúde e limitando a análise aos indicadores refletidos no quadro seguinte, o HFF, em 2012, no indicador “% de consultas realizadas em tempo adequado” teve um desempenho inferior ao dos restantes hospitais do grupo, já no indicador “% de cirurgias realizadas em tempo adequado” foi o terceiro hospital do grupo com melhor desempenho.

independentemente do HFF estar em gestão privada ou pública, que a distribuição de doentes por especialidade no internamento seria a mesma que em 2008 e que haveria disponibilidade da entidade privada para renovar o contrato nos mesmos moldes do período anterior.

¹¹⁵ “Determinado com recurso a clustering hierárquico após estandardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos seguida de análise de componentes principais”, conforme consta do enquadramento do relatório de Benchmarking/hospitais EPE e PPP – ACSS/2012.



Quadro 66 - Comparação de Indicadores de acesso

2012	Acesso	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho	Hospital Braga, PPP	Hospital Faro	Hospital Espírito Santo de Évora	Hospital Prf.Doutor Fernando Fonseca	Hospital Garcia Orta	Centro Hospitalar Tondela-Viseu	Mais Eficiente do grupo
		% de consultas realizadas em tempo adequado	80,1%	61,9%	63,6%	57,3%	39,8%	44,7%	54,8%	54,4%
% de cirurgias realizadas em tempo adequado	93,6%	89,6%	87,7%	82,4%	89,8%	89,3%	77,8%	68,5%	93,6%	

Fonte: Relatório de Benchmarking/hospitais EPE e PPP - ACSS/2012

De entre os hospitais do mesmo grupo verifica-se que os desempenhos mais fracos são do Hospital Espírito Santo de Évora, EPE, no que respeita à “% de consultas realizadas em tempo adequado” e do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu no que se refere à “% de cirurgias realizadas em tempo adequado”, conforme se ilustra nos gráficos seguintes.

Gráfico 14 - Percentagem de consultas realizadas em tempo adequado

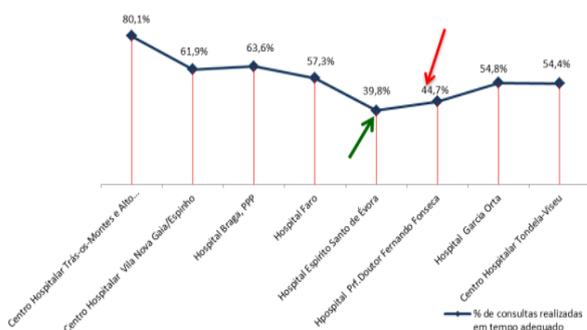
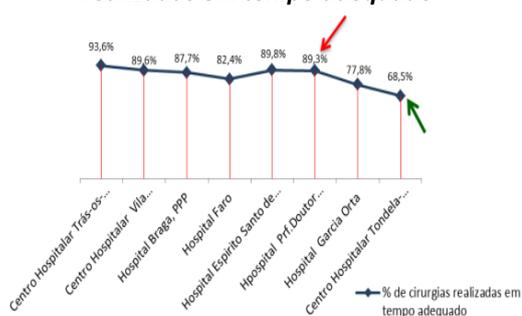


Gráfico 15 - Percentagem de cirurgias realizadas em tempo adequado



No que respeita aos indicadores de qualidade, designadamente a “percentagem de reinternamentos ocorridos nos primeiros 30 dias” após a alta do utente, o HFF apresenta um registo de 8%, ou seja, o terceiro valor mais alto do grupo.

No que concerne ao indicador de qualidade, “% de partos de cesariana”, que se pretende ser o mais baixo possível atendendo às boas práticas clínicas, o HFF apresenta também valor (37,8%) mais alto no conjunto destes 8 hospitais quando a média do conjunto destes hospitais é de 34%.

Quadro 67 - Comparação de Indicadores de qualidade

2012	Qualidade	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho	Hospital Braga, PPP	Hospital Faro	Hospital Espírito Santo de Évora	Hospital Prf.Doutor Fernando Fonseca	Hospital Garcia Orta	Centro Hospitalar Tondela-Viseu	Mais Eficiente do grupo
		%reinternamentos em 30 dias	10,5%	8,0%	5,0%	7,9%	6,0%	8,2%	7,0%	7,8%
% internamentos com demora superior a 30 dias	3,1%	3,5%	2,6%	4,3%	2,3%	3,5%	3,2%	2,8%	2,3%	
%partos por cesariana	43,3%	34,8%	31,5%	32,2%	37,5%	37,8%	23,4%	32,3%	23,4%	

Fonte: Relatório de Benchmarking/hospitais EPE e PPP - ACSS/2012

Refira-se, ainda, que a taxa mais baixa de reinternamentos (2,6%) pertence ao Hospital de Braga - PPP. No que respeita à taxa por cesarianas foi o Hospital Garcia de Orta, EPE, que obteve o melhor resultado, conforme se verifica dos gráficos seguintes.



Gráfico 16 - Percentagem internamentos com demora superior a 30 dias

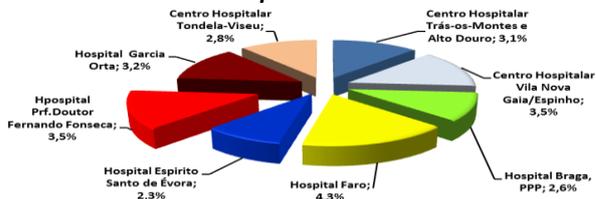
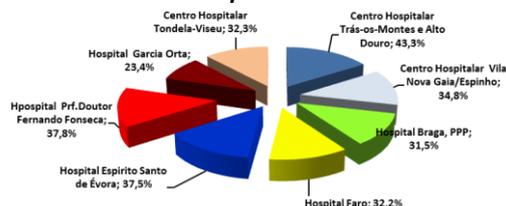


Gráfico 17 - Percentagem de cesarianas por partos



Em sede de contraditório o HFF referiu que “A monitorização e controlo da taxa de cesarianas tem sido objeto de particular atenção por parte do HFF, não só por constar de incentivos institucionais, como ainda, considerando a necessidade de correção da sua evolução. Neste sentido, o Serviço de Obstetrícia e a sua Urgência - Bloco de Partos, reviram a evolução das taxas de Cesarianas e as suas principais indicações [...] e reviram ainda os procedimentos.... Para 2014, foi definida uma Taxa de Cesarianas inferior a 31%, estando o HFF a aproximar-se deste valor de referência (...).”

Relativamente ao indicador de produtividade “taxa de ocupação” o HFF apresenta uma percentagem de 82,3%, sendo o 5º hospital mais eficiente do grupo. Quanto aos indicadores “doentes padrão/médicos equivalentes em ETC” e “doentes padrão/enfermeiros em ETC” o HFF registou valores de 92,3 e 67,8 revelando-se o 6º e 2º mais eficiente do conjunto dos hospitais analisados.

Quadro 68 - Comparação de Indicadores de produtividade

2012	Produtividade	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho	Hospital Braga, PPP	Hospital Faro	Hospital Espírito Santo de Évora	Hospital Prf.Doutor Fernando Fonseca	Hospital Garcia Orta	Centro Hospitalar Tondela-Viseu	Mais Eficiente do grupo
		Taxa de ocupação	85,5%	89,9%	88,5%	81,4%	69,1%	82,3%	84,8%	79,7%
Doentes padrão/Médicos Equivalentes em ETC	108,07	95,33	173,37	89,83	100,82	92,30	90,59	101,62	173,37	
Doentes padrão/Enfermeiros em ETC	48,34	58,39	76,71	51,27	52,08	67,87	57,84	53,01	76,71	

Fonte: Relatório de Benchmarking/hospitais EPE e PPP - ACSS/2012

O Hospital de Braga - PPP é o hospital que regista a maior produtividade (medida pelo número de doentes padrão por médico e enfermeiro equivalente) sendo o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o que apresenta pior resultado em termos de produtividade por enfermeiro e o Hospital de Faro, EPE em termos de produtividade por médico. Quanto à taxa de ocupação foi o Centro de Vila Nova de Gaia, EPE que registou a taxa mais elevada.

Gráfico 18 - Produtividade por médico e enfermeiros

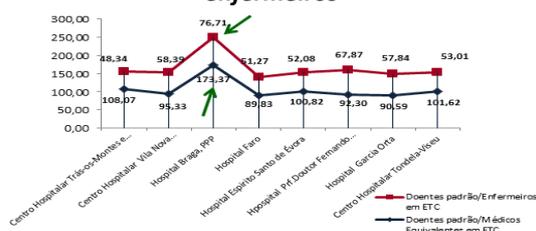
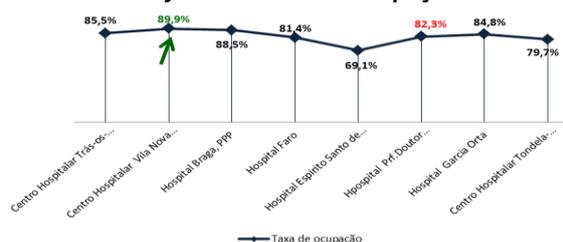


Gráfico 19 - Taxa de ocupação





Quanto aos indicadores económicos, o HFF apenas se destacou no indicador “Custos Operacionais” apresentando o 4º melhor resultado do grupo com o valor de eficiência de € 2.551, conforme se observa do quando e gráfico seguintes.

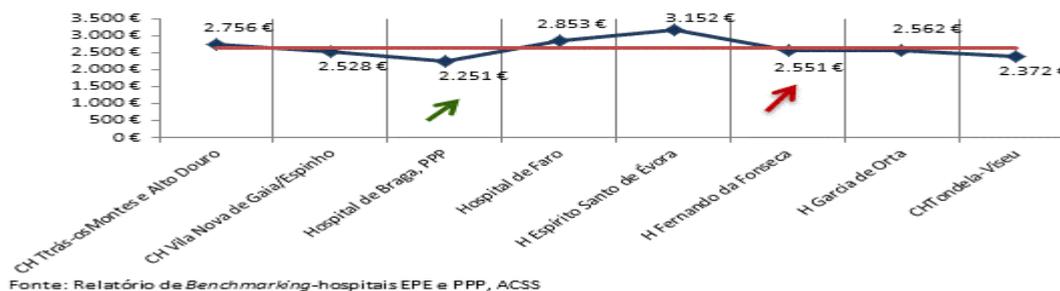
Quadro 69 - Comparação de Indicadores económicos

Económicos	Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho	Hospital Braga, PPP	Hospital Faro	Hospital Espírito Santo de Évora	Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca	Hospital Garcia Orta	Centro Hospitalar Tondela-Viseu	Mais Eficiente do grupo
Custos operacionais	2.756 €	2.528 €	2.251 €	2.853 €	3.152 €	2.551 €	2.562 €	2.372 €	2.551 €
% dos custos com HE e suplementos no total dos custos ajustados com pessoal	14%	15,70%		15,40%	20,50%	14,20%	15,90%	17,60%	18,6%
% dos custos c/prestações de serviços no total de custos ajustados c/pessoal	5,30%	3,00%		5,35%	5,80%	21,33%	2,71%	2,94%	
Custos c/pessoal por doente padrão	1.405 €	1.288 €	1.006 €	1.342 €	1.478 €	1.114 €	1.207 €	1.326 €	1.006 €
Custos c/pessoal ajustado por doente padrão	1.479 €	1.326 €	1.047 €	1.493 €	1.561 €	1.336 €	1.237 €	1.364 €	1.047 €

Fonte: Relatório de Benchmarking/hospitais EPE e PPP - ACSS/2012

Adicionalmente conclui-se que dos hospitais do grupo o Hospital de Braga, PPP surge como sendo o mais eficiente, em 2012, com um custo operacional por doente padrão de € 2.251.

Gráfico 20 - Custos operacionais por doente padrão



Fonte: Relatório de Benchmarking-hospitais EPE e PPP, ACSS

Quando comparado o financiamento por doente padrão do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca com os restantes hospitais do grupo, conclui-se que lhe foi atribuído o terceiro mais alto financiamento.

Quadro 70 – Financiamento por doente padrão

2012	CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Braga, PPP *	Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE	Hospital de Faro, EPE	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Hospital Garcia de Orta, EPE	CH Tondela-Viseu
Nº doentes padrão	43.335	62.936	58.860	57.376	41.719	25.071	52.451	44.703
Contratualização/financiamento	104.405.488,82 €	143.965.244,91 €	131.123.434,00 €	139.352.005,77 €	103.542.250,53 €	70.794.021,00 €	115.415.115,86 €	92.860.804,14 €
Financiamento por doente Padrão	2.409,26 €	2.287,49 €	2.227,72 €	2.428,75 €	2.481,90 €	2.823,74 €	2.200,44 €	2.077,28 €

* Valor do financiamento provisório

Fonte: Contrato-programa Hospitais EPE, ACSS (doente padrão)

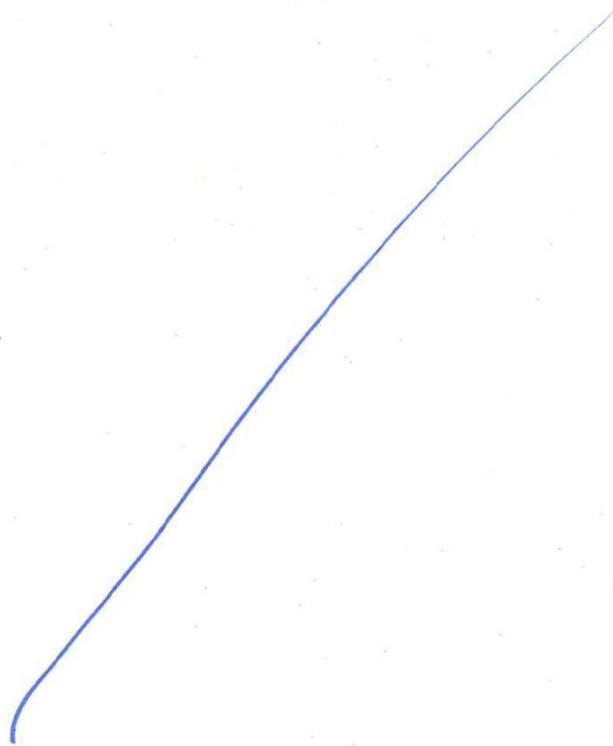


A relação entre o financiamento hospitalar e o número de habitantes da área de influência revela que o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca ficou na 6.ª posição em relação aos hospitais do grupo, sendo o Hospital de Braga o que apresentou o custo por habitante mais baixo.

Quadro 71 – Financiamento per capita

2012	CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Braga, PPP *	Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE	Hospital de Faro, EPE	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Hospital Garcia de Orta, EPE	CHTondela-Viseu, EPE
Contratualização (2012)	104.405.488,82 €	143.965.244,91 €	131.123.434,00 €	139.352.005,77 €	103.542.250,53 €	70.794.021,00 €	115.415.115,86 €	92.860.804,14 €
Financiamento per capita	231 €	206 €	119 €	252 €	230 €	139 €	302 €	326 €

Fonte: Contrato-programa Hospiais EPE, ACSS (doente padrão)





ANEXOS



Anexo I – Responsáveis

Responsáveis pelas gerências de 1 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2012

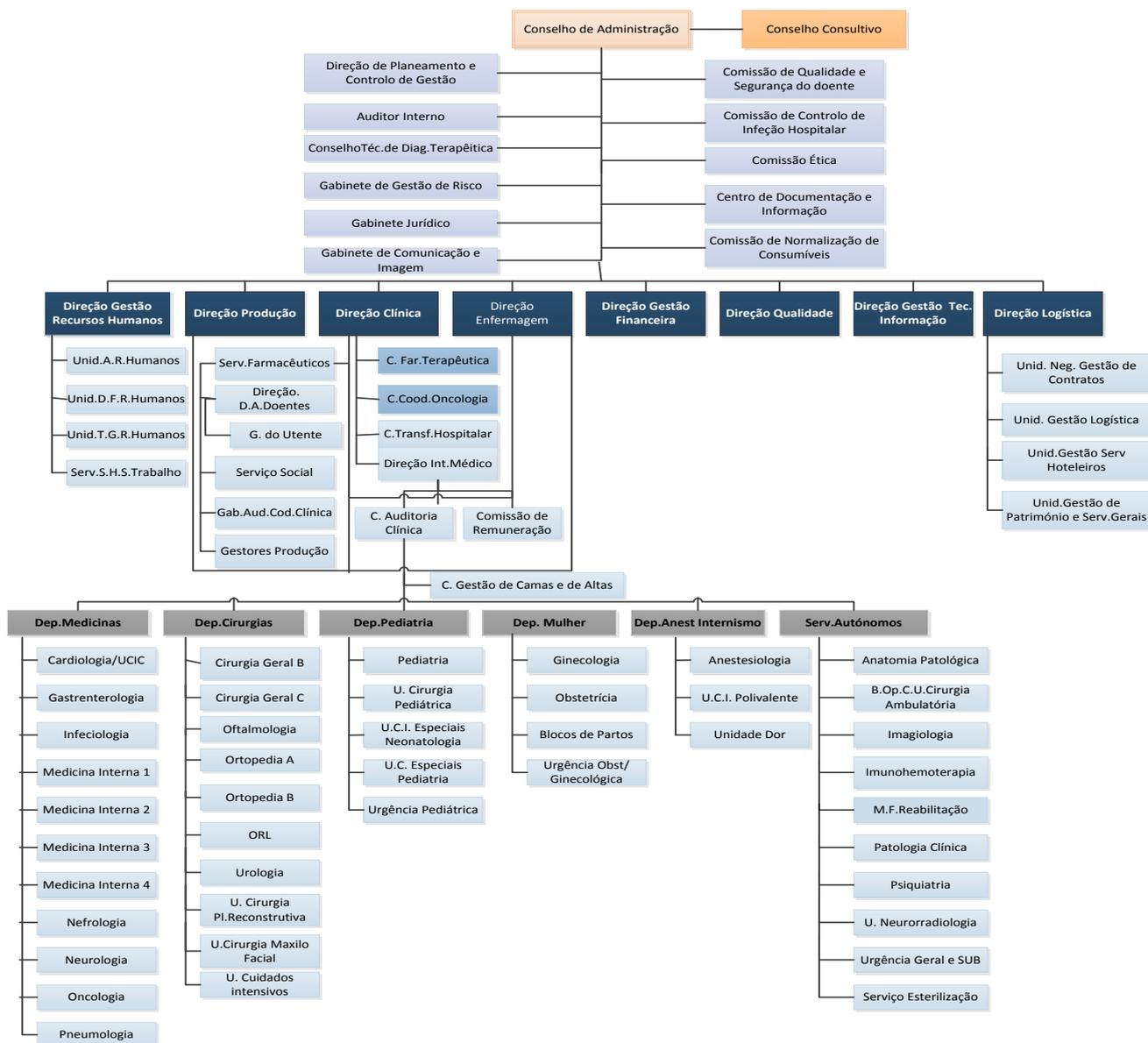
Cargo	Nome	Período
Presidente	ARTUR AIRES RODRIGUES MORAIS VAZ	11/10/2008 a 01/05/2011 ¹¹⁶
	LUÍS MANUEL ABRANTES MARQUES	01/01/2012 a 31/12/2012
Vogal Executivo	MARIA HELENA MARTINS ALVES	11/10/2008 a 31/12/2012
	JOSÉ CARLOS FERREIRA CAIADO	11/10/2008 a 01/03/2010
	LUÍS MANUEL ABRANTES MARQUES	01/06/2010 a 31/12/2011
	LUÍS MIGUEL FERREIRA RODRIGUES GOUVEIA	01/01/2012 a 31/12/2012
Diretor Clínico	ANTÓNIO VASCO SANDE CASTRO SALGADO	01/01/2009 a 31/12/2010
	MARIA TERESA PINTO ESTEVES MAIA CORREIA	01/01/2011 a 31/03/2012
Enfermeiro Diretor	JOÃO LUÍS PERESTRELO VIEIRA	01/01/2009 a 31/12/2012

¹¹⁶ Entre 1 de maio de 2011 (data da exoneração do então Presidente do Conselho de Administração, Dr. Artur Vaz) e 31.12.2011, o CA do HFF manteve-se em funções sem Presidente, uma vez que a nomeação do Dr. Luís Marques como Presidente apenas se verificou em 2012, através do Despacho n.º 1009/2012, de 25 de janeiro de 2012, que produziu efeitos retroativos desde 1 de janeiro de 2012.



ANEXO II – INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR AO DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

1. Organigrama do HFF,EPE





2. Incentivos institucionais

Nos quadros seguintes constam os objetivos fixados nos contratos programa, o valor do incentivo e o valor atribuído de acordo com o cumprimento dos respetivos objetivos para os anos de 2010 a 2013.

Quadro 72- Grau de execução dos incentivos institucionais - 2010

Objetivos Nacionais	Valor do Incentivo	Objetivo	realizado		desvio	Incentivo atribuído
Taxa de reinternamentos nos 1 ^{os} 5 dias	137.779,69 €	2,1		2,2	0,1	137.779,69 €
Nº de profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infeção	137.779,69 €	10		197	187	137.779,69 €
Nº de doentes referenciados para RNCC/ Nº de doentes saídos nas especialidades MI, CG, Ort	137.779,69 €	1,2		1,3	0,1	137.779,69 €
Peso das primeiras consultas no total das consultas médicas	206.669,54 €	25,9		24,9	-1	165.335,63 €
Peso das primeiras consultas de ambulatório no total dos GDH's	206.669,54 €	36,1		41,3	5,2	206.669,54 €
Demora média (dias)	137.779,69 €	6,8		7	0,2	110.223,76 €
Custo unitário por doente padrão tratado	137.779,69 €	25586,7		2466,7	-3,6%	137.779,69 €
Resultado Operacional	275.559,39 €	-620647,54		2738029,35	541,2%	275.559,39 €
SubTotal	1.377.796,92 €					1.308.907,08 €
Objetivos Regionais						
Crescimento de Custos com Consumos para 2010	229.632,83 €	3,9		2,2	-1,7	229.632,82 €
Crescimento de FSE para 2010	229.632,82 €	1,1		4,9	3,8	0,00 €
Crescimento de Custos com Pessoal para 2010	229.632,82 €	-0,1		-3,3	-320,0%	229.632,82 €
Crescimento das compras para 2010	229.632,82 €	3,9		4,6	-850,0%	229.632,82 €
SubTotal	918.531,30 €					688.898,46 €
Objetivos Institucionais da Região						
Primeiras Consultas realizadas e registadas no CTH	229.632,82 €	10		11,4	1,4	229.632,82 €
Tempo médio de avaliação do pedido e marcação da consulta no CTH	229.632,82 €	3		59,6	56,6	0,00 €
Tempo Médio Espera em LIC do Hospital < x dias	574.082,06 €	125		110,1	-1490,0%	574.082,06 €
0% Doentes Oncologia em LIC > 2 meses	574.082,06 €	0		2	200,0%	114.816,41 €
0% Doentes em LIC > x meses e < y meses	459.265,65 €	0		0	0	459.265,65 €
0% Doentes em LIC > y meses	229.632,82 €	37,5		39,7	2,2	137.779,69 €
SubTotal	2.296.328,25 €					1.515.576,63 €
Total	4.592.656,46 €					3.513.382,17 €

Fonte: HFF,EPE



Quadro 73- Grau de execução dos incentivos institucionais - 2011

	Objetivos Nacionais	Valor do Incentivo	Objetivo	realizado	desvio	Incentivo atribuído
Contrato- Programa para 2011	Taxa de reinternamentos nos 1 ^{os} 5 dias	66.946,53 €	2,1	2,1	0	66.946,53 €
	Percentagem de partos por cesariana	133.893,06 €	37,5	36,4	-1,1	133.893,06 €
	Mediana do n.º de dias entre a data de internamento e a data de sinalização para RNCC (dias)	66.946,53 €	10	22	12	0,00 €
	Peso das primeiras consultas no total das consultas médicas (%)	200.839,59 €	27,2	28,4	1,2	200.839,59 €
	Rácio de Consultas Externas/Urgências	66.946,53 €	99,2	98,2	-1	53.557,22 €
	Peso dos GDH's cirúrgicos de ambulatório no total dos GDH's cirúrgicos programados	200.839,59 €	50,2	53,8	3,6	200.839,59 €
	Demora média (dias)	133.893,06 €	7,6	7,7	0,1	133.893,06 €
	Percentagem de consumo de embalagens medicamentos genéricos, no total de embalagens de medicamentos	133.893,06 €	27,5	31,4	3,9%	133.893,06 €
	Peso dos custos com pessoal ajustados nos proveitos operacionais (%)	133.893,05 €	53,2	51,4		133.893,06 €
	Resultado Operacional	200.839,59 €	2.424.756,00 €	6.094.315,00 €	150,3%	200.839,59 €
	SubTotal	1.338.930,59 €				1.258.594,76 €
	Objetivos Regionais					
	Varição percentual dos consumos (%face ao resultado em 2010)	294.564,72 €	1,5	0,7	-0,8	294.564,72 €
	Varição percentual FST (% face ao realizado em 2010)	294.564,72 €	-7,5	-15,5	-8	294.564,72 €
	Varição percentual dos custos com pessoal (% face ao realizado em 2010)	303.490,93 €	-5	-8,6	-3,6	303.490,93 €
	SubTotal	892.620,37 €				892.620,37 €
	Objetivos Institucionais da Região					
	Tempo médio de avaliação do pedido e marcação da consulta < 3 dias	334.732,64 €	3	104,1	101,1	0,00 €
	Tempo médio espera em LIC do Hospital < x (dias)	781.042,83 €	125	116,9	-8,1%	781.042,83 €
	Varição percentual dos custos operacionais (% face ao realizado em 2010)	1.115.775,47 €	-2,8	-9,1	-6,3%	1.115.775,47 €
SubTotal	2.231.550,95 €				1.896.818,30 €	
Total	4.463.101,89 €				4.048.033,43 €	

Fonte: HFF,EPE



Quadro 74- Grau de execução dos incentivos institucionais - 2012

Indicadores	Valor do Incentivo	Objetivo para 2012	Realizado	Grau de cumprimento	Incentivo atribuído
% das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%)	174.190,01 €	32,1%	31,9%	99,48%	173.281,32 €
Permilagem de doentes sinalizados para RNCCI, em tempo adequado, no total de doentes saídos (especialidades seleccionadas)	174.190,01 €	15,7%	0,0%	-100,00%	0,00 €
% de consultas realizadas e registadas no CTH no total de primeiras consultas	174.190,01 €	30,0%	30,9%	103,00%	179.415,71 €
% de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado	174.190,01 €	92,5%	87,8%	94,88%	165.263,95 €
% de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	174.190,01 €	65,0%	0,0%	0,00%	0,00 €
Objetivos Nacionais	870.950,04 €				517.960,98 €
Demora Média (dias)	290.316,68 €	7,7	7,8	98,44%	285.774,45 €
% doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	174.190,01 €	1,4%	1,3%	107,99%	188.112,79 €
% de reinternamentos em 30 dias	174.190,01 €	8,5%	8,6%	98,92%	172.315,51 €
% de partos por cesariana	174.190,01 €	35,0%	37,8%	92,03%	160.298,68 €
% de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH)	174.190,01 €	54,8%	54,6%	99,67%	173.609,47 €
% de consumo emb. medicamentos genéricos no total de emb. de medicamentos	174.190,01 €	35,0%	0,0%	0,00%	0,00 €
Objetivos Nacionais	1.161.266,71 €				980.110,89 €
% de custos ajustados com pessoal nos proveitos operacionais	174.190,01 €	51,5%	51,6%	99,74%	173.741,58 €
% dos custos com horas extraordinárias, suplementares e fornecimentos e serviços externos III (seleccionados), no total de custos com pessoal	174.190,01 €	33,2%	24,3%	126,90%	209.028,01 €
% de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos	174.190,01 €	3,9%	4,0%	103,60%	180.469,07 €
EBITDA	174.190,01 €	7.790.929 €	7.837.696,2 €	100,60%	175.235,63 €
Acréscimo de dívida vencida	174.190,01 €	0,0%	0,0%	100,00%	174.190,01 €
Objetivos Nacionais	870.950,04 €				912.664,29 €
Redução da lotação praticada (n.º de camas)	870.950,04 €	-10	-12	120,00%	1.045.140,04 €
Tempo médio de resposta para consultas realizadas no CTH	580.633,36 €	125	194	45,20%	0,00 €
Tempo Médio de Resposta em LIC <	870.950,04 €	125	109	112,80%	982.431,64 €
Custos com MCDT's solicitados ao exterior (Var.% 2012/2011)	580.633,36 €	-5,1%	-11,9%	233,04%	696.760,03 €
Objetivos Regionais	2.903.166,79 €				2.724.331,71 €
Valor do Incentivo					5.806.333,57 €
Grau de cumprimento					88%
Total do Incentivo Institucional a)					5.135.067,87 €

Fonte: HFF,EPE

a) Os membros do Conselho de Administração do HFF, EPE, nas alegações apresentadas em sede de contraditório, informaram que "Após a elaboração do relato de Auditoria, por parte do Tribunal de Contas, foi feita uma atualização pela ACSS, dos montantes a atribuir, por via do cumprimento dos Incentivos Institucionais de 2012. O montante inscrito no Relato refere o montante a atribuir de 5.135.067,87€, o que reflete um nível de execução de 88,4%. Entretanto, a ACSS disponibilizou, na plataforma SICA, um valor mais atualizado que atribui uma taxa de execução de 95,8%, com o conseqüente montante de 5.562.467,56€".



Quadro 75- Grau de execução dos incentivos institucionais - 2013

	Indicadores	Valor do Incentivo	Objetivo para 2013	Realizado	Grau de cumprimento	Incentivo atribuído	
Contrato- Programa para 2013	% das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%)	206.234,00 €	34,5%	31,6%	91,59%	2,7%	
	% de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado	206.234,00 €	59,9%	57,5%	95,99%	2,9%	
	Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas	206.234,00 €	11,0%	4,2%	38,18%	0,0%	
	% de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado	206.234,00 €	90,4%	89,4%	98,84%	3,0%	
	Permilagem de doentes sinalizados a RNCCI em tempo adequado, no total de doentes tratados	206.234,00 €	8,51%	159,73%	1876,97%	3,6%	
	Objetivos Nacionais	1.031.170,00 €					12,20%
	Demora Média (dias)	274.978,64 €	7,77	8,13	95,37%	3,8%	
	% de reinternamentos em 30 dias	274.978,60 €	7,9%	8,6%	91,14%	3,6%	
	% doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	274.978,60 €	1,03%	1,3%	73,79%	3,0%	
	% de partos por cesariana	274.978,60 €	35,0%	35,6%	98,29%	3,9%	
	% de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias programadas (GDH) para procedimentos ambulatorizáveis	206.234,00 €	60,0%	51,4%	85,73%	2,6%	
	% de consumo emb. medicamentos genéricos no total de emb. de medicamentos	206.234,00 €	38,98%	37%	94,92%	2,8%	
	Taxa de registo da utilização da Lista de verificação de atividade cirurgia - indicador referente à cirurgia segura	206.234,00 €	95,0%	36,4%	38,32%	0,0%	
	Objetivos Nacionais	1.718.616,44 €					19,70%
	% dos custos com horas extraordinárias, suplementares e fornecimentos e serviços externos III (selecionados), no total de custos com pessoal	343.723,30 €	14,1%	10,0%	70,92%	3,5%	
	EBITDA	343.723,30 €	1.166.116,00 €	-4.109.033,11 €	-352,37%	0,0%	
	Acréscimo de dívida vencida	343.723,30 €	0,0%	2.277.226,00 €			
	% de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos	343.723,30 €	4,6%	4,8%	104,35%	5,2%	
	Objetivos Nacionais	1.374.893,20 €					8,8%
	Tempo Médio de Resposta em LIC <	687.446,60 €	120 dias	117 dias	102,5%	10,3%	
	Varição 2013/2012 do custo unitário por doente tratado/ano em VIH /(medicamentos dispensados em ambulatório)	687.446,60 €	-5,0%	-5,0%	100,0%	10,0%	
	Nº consultas externas por médico ETC/ano na especialidade de oftalmologia	687.446,60 €	1.551 ETC	1.527 ETC	98,46%	9,8%	
	Nº consultas externas por médico ETC/ano na especialidade de ortopedia	687.446,60 €	1.252 ETC	1.150 ETC	91,85%	9,2%	
		2.749.786,40 €					39,30%
	Valor do Incentivo						6.874.466,04 €
	Grau de cumprimento						80%
	Total do Incentivo Institucional						5.499.572,83 €

Fonte: Relatório e Contas 2013 - HFF,EPE



Os incentivos totais atribuídos, entre 2010 e 2012, registaram acréscimos na ordem dos 15% e 27%. Para o acréscimo verificado em 2012 contribuiu o aumento de 44% relativo ao cumprimento dos objetivos institucionais da região.

No que respeita aos indicadores de acesso, apenas o indicador “% de consultas realizadas e registadas no Consulta a Tempo e Horas (CTH) ¹¹⁸ no total de primeiras consultas” registou uma taxa de execução acima dos 100%.

Relativamente aos indicadores de desempenho assistencial constatou-se que, apesar da sua grande maioria registarem taxas de execução muito próximas dos 100%, apenas o indicador “% doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo” registou uma taxa de execução superior aos 100%.

No que respeita aos objetivos de desempenho económico-financeiro constatou-se que o HFF superou quatro dos cinco objetivos fixados, salienta-se no entanto o objetivo relativo aos “custos com horas extraordinárias, suplementares e fornecimento e serviços externos III, no total de custos com pessoal” com um desvio positivo de € 34.838.

Quadro 76 – Desvio dos objetivos fixados no Contrato-Programa para 2012

Indicadores	Valor máximo do objetivo	Valor a atribuir	Desvio	
% de custos ajustados com pessoal nos proveitos operacionais	174.190,01 €	173.741,58 €	-448,43 €	99,7%
% dos custos com horas extraordinárias, suplementares e fornecimentos e serviços externos III (selecionados), no total de custos com pessoal	174.190,01 €	209.028,01 €	34.838,00 €	120,0%
% de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total de proveitos	174.190,01 €	180.469,07 €	6.279,06 €	103,6%
EBITDA	174.190,01 €	175.235,63 €	1.045,62 €	100,6%
Acréscimo de dívida vencida	174.190,01 €	174.190,01 €	0,00 €	100,0%
Total	870.950,04 €	912.664,29 €	41.714,26 €	104,8%

Fonte: ARSLVT

Quanto aos objetivos regionais, verificou-se que todos os indicadores contratualizados registaram taxas de execução acima dos 100%, à exceção do indicador “Tempo médio de resposta para consultas realizadas no CTH”. Refira-se no entanto que o indicador “Custos com Meios Complementares de Diagnósticos e Terapêutica solicitados ao exterior (var.%2012/2011)”, se destaca com uma taxa de execução de 233%.

¹¹⁸ Sistema Integrado de Referência 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.



3. Consulta Externa

Quadro 77- Lista de espera para consulta da especialidade

ESPECIALIDADE	Nº de pedidos		Δ% 2011/2012		Consultas realizadas		Tempo Médio
	31-12-2011	31-12-2012			2012	2012	
ANATOMIA PATOLOGICA	4		-100%		86	1	
ANESTESIA	94	73	-22%		4.336	31	
CARDIOLOGIA	405	394	-3%		2.065	78	
CIRURGIA - 3B	500	534	7%		7.526	59	
CIRURGIA - 3C	1.251	769	-39%				
CIRURGIA MAXILO FACIAL	31	35	13%		634	25	
CIRURGIA PEDIATRICA	54	42	-22%		1.353	51	
CIRURGIA PLASTICA	274	170	-38%		2.653	36	
DIETÉTICA	268	430	60%				
GASTRENTEROLOGIA	1.591	1.277	-20%		2.501	144	
GINECOLOGIA	2.165	1.139	-47%		4.097	144	
HOSP. DIA-ONCOLOGIA	25	7	-72%				
IMAGIOLOGIA	3		-100%				
IMUNO-HEMOTERAPIA	24	5	-79%		6.499	1	
INFECCIOLOGIA	48	21	-56%		497	33	
M.F.R.	233	264	13%		1.750	16	
MEDICINA I-A	546	163	-70%				
MEDICINA II-A	547	130	-76%		5.548	70	
MEDICINA III-B	35	25	-29%				
MEDICINA IV	19	18	-5%				
NEFROLOGIA	148	41	-72%		792	61	
NEUROLOGIA	197	148	-25%		3.038	73	
OBSTETRICIA A	100	37	-63%		5.792	18	
OFTALMOLOGIA	9.712	6.248	-36%		11.686	268	
ORTOPEDIA A	2.917	3.055	5%		7.512	91	
ORTOPEDIA B	238	104	-56%				
OTORRINOLARINGOLOGIA	2.486	1.092	-56%		6.416	126	
PATOLOGIA CLINICA	13	12	-8%		578	1	
PEDIATRIA	2.371	1.523	-36%		6.916	84	
PNEUMOLOGIA	469	615	31%		1.729	119	
PSIQUIATRIA	334	183	-45%		1.528	36	
U.C.I.E.N.	4	1	-75%				
UROLOGIA	849	652	-23%		3.400	92	
ONCOLOGIA					761	5	
Total	28.085	19.207	-32%		89.693	94	

Fonte: HFF,EPE



4. Atendimento em Urgência Geral

Quadro 78 – Atividade realizada na linha de produção da urgência

Urgência	2009	2010	2011	2012	Δ% 2009-2010	Δ% 2010-2011	Δ% 2011-2012
Atendimentos (SU - Polivalente/Médico-cirúrgica)	236.605	226.447	226.390	214.296	-4%	-0,03%	-5%
Atendimento (SU - Básica)	13.751	47.791	46.160	38.008	248%	-3%	-18%
Total	250.356	274.238	272.550	252.304	10%	-1%	-7%

Quadro 79 - Reclamações relativas aos Serviços prestados na Urgência

	2009	2010	Δ% 2010 -2009	2011	Δ% 2011 -2010	2012	Δ% 2012 -2011
Urgência Geral	816	679	-17%	665	-2%	546	-18%
SUB	65	156	140%	184	18%	135	-27%
Urgência Ped.	146	67	-54%	46	-31%	46	0%
Urgência Obst /Ginec	193	44	-77%	30	-32%	23	-23%

Fonte: HFF,EPE

5. Indicadores económicos, de acesso, de qualidade e de produtividade

Quadro 80 – Indicadores de eficiência do HFF

	Indicadores	2009	2010	2011	2012
Económicos	Custo médio operacional doente padrão	2.561,55 €	2.466,64 €	2.485,53 €	2.575,09 €
	Custo médio Mat.Cons.Clínico/Doente Padrão	210,89 €	192,17 €	208,47 €	198,71 €
	Custo médio Produtos Farmacêuticos/Doente Padrão	500,31 €	511,85 €	557,52 €	578,41 €
	Custo médio FSE/Doente Padrão	542,83 €	548,67 €	501,57 €	522,32 €
	%dos custos com HE e suplementos no total dos custos com pessoal	12%	13%	14%	13%
	% dos custos c/prestações de serviços no total dos custos c/pessoal	22%	23%	20%	19%
	Custos c/pessoal/Doente Padrão	1.202,13 €	1.119,97 €	1.107,02 €	1.164,88 €
	Lucro líquido em percentagem do capital	164.816.403,04 €	165.725.547,70 €	158.010.811,48 €	150.596.689,90 €
	Margem de exploração	3,77	4,16	6,99	3,43
	Acesso	% de consultas realizadas em tempo adequado	87,1%	57,0%	54,9%
% de cirurgias realizadas em tempo adequado		93,3%	94,5%	96,1%	96,6%
Nº Consultas realizadas com proveniência ALERT (Fonte		488	4.464	6.777	12.159
Qualidade	% cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias ambulatorizáveis (GDH)	34,1%	36,8%	46,5%	49,3%
	%reinternamentos em 30 dias	8,8%	8,7%	9,1%	8,9%
	% internamentos com demora superior a 30 dias	2,9%	2,6%	3,2%	3,5%
	%partos por cesariana	40,7%	39,8%	36,4%	37,7%
Produtividade	Internamento				
	Demora média do período (com berços)	6,57	6,58	7,18	7,43
	Taxa de ocupação	91%	92%	92%	93%
	Doentes padrão/Médicos Equivalentes em ETC	333,58	325,60	244,67	207,90
	Doentes padrão/Enfermeiros em ETC	127,05	128,38	123,29	92,80
	Custo por doente saído	1.119,69 €	1.134,36 €	1.136,15 €	1.124,47 €
	Consulta				
	Nº consultas/médico ETC	2.712	3.114	3.102	2.916
	Nº consultas/enfermeiros ETC	6.924	8.211	9.307	8.843
	Custo unitário direto	102,12 €	58,67 €	51,73 €	52,65 €
	Urgência				
	Nº atendimentos/médico ETC	1.227	1.371	1.370	1.274
	Nº atendimentos/enfermeiros ETC	1.536	1.682	1.725	1.587
	Custo unitário direto	87,30 €	83,25 €	73,69 €	77,88 €



Quadro 81 – Indicadores de eficiência – Comparação c/ outros hospitais

		Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho	Hospital Braga, PPP	Hospital Faro	Hospital Espírito Santo de Évora	Hospital Prf. Doutor Fernando Fonseca	Hospital Garcia Orta	Centro Hospitalar Tondelara-Viseu	Mais Eficiente do grupo
Económicos	Custos operacionais	2.756 €	2.528 €	2.251 €	2.853 €	3.152 €	2.551 €	2.562 €	2.372 €	2.551 €
	% dos custos com HE e suplementos no total dos custos ajustados com pessoal	14,0%	15,70%		15,40%	20,50%	14,20%	15,90%	17,60%	18,63%
	% dos custos c/prestações de serviços no total de custos ajustados c/pessoal	5,30%	3,00%		5,35%	5,80%	21,33%	2,71%	2,94%	
	Custos c/pessoal	1.405 €	1.288 €	1.006 €	1.342 €	1.478 €	1.114 €	1.207 €	1.326 €	1.006 €
	Custos c/pessoal ajustado	1.479 €	1.326 €	1.047 €	1.493 €	1.561 €	1.336 €	1.237 €	1.364 €	1.047 €
Acesso	% de consultas realizadas em tempo adequado	80,1%	61,9%	63,6%	57,3%	39,8%	44,7%	54,8%	54,4%	80,1%
	% de cirurgias realizadas em tempo adequado	93,6%	89,6%	87,7%	82,4%	89,8%	89,3%	77,8%	68,5%	93,6%
Qualidade	% reinternamentos em 30 dias	10,5%	8,0%	5,0%	7,9%	6,0%	8,2%	7,0%	7,8%	5,0%
	% internamentos com demora superior a 30 dias	3,1%	3,5%	2,6%	4,3%	2,3%	3,5%	3,2%	2,8%	2,3%
	% partos por cesariana	43,3%	34,8%	31,5%	32,2%	37,5%	37,8%	23,4%	32,3%	23,4%
Produtividade	Demora média do período (com berços)									
	Taxa de ocupação	85,5%	89,9%	88,5%	81,4%	69,1%	82,3%	84,8%	79,7%	89,9%
	Doentes padrão/Médicos Equivalentes em ETC	108,07	95,33	173,37	89,83	100,82	92,30	90,59	101,62	173,37
	Doentes padrão/Enfermeiros em ETC	48,34	58,39	76,71	51,27	52,08	67,87	57,84	53,01	76,71

Fonte: Relatório de Benchmarking/hospitais EPE e PPP - ACSS/2012

6. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

6.1. Comparação de preços unitários da Portaria de preços do SNS e os preços praticados pelos fornecedores externos

Quadro 82- Custo dos exames internos e externos

Serviço	2010		2011		2012	
	Exames internos	Exames externos	Exames internos	Exames externos	Exames internos	Exames externos
Anatomia Patológica	1.999.098 €	216.596 €	1.886.944 €	138.101 €	1.850.593 €	55.901 €
Anestesiologia	216.487 €		241.195 €		303.594 €	
Cardiologia	1.027.827 €	- €	946.837 €	5.900 €	1.354.990 €	2.036 €
Cirurgia Maxilo-Facial	652 €		1.438 €		1.272 €	
Dermatologia	1.157 €		484 €		217 €	
Estomatologia	1.077 €		412 €		117 €	
Gastroenterologia	675.811 €	120.655 €	743.967 €	41.524 €	774.749 €	18.225 €
Genética	379 €		2.748 €		7.540 €	
Ginecologia	54.866 €		60.978 €		74.925 €	
Imagiologia	6.096.274 €	257.681 €	5.630.262 €	293.848 €	6.171.932 €	303.430 €
Imunoalergologia	27.959 €		38.894 €		32.206 €	
Imunohemoterapia	1.224.189 €		1.264.120 €		878.672 €	
Med. Física e Reab.	66.970 €	1.267 €	662.607 €	- €	1.627.193 €	- €
Medicina da reprodução	- €		494 €		- €	
Medicina nuclear	840 €	390.779 €	13.216 €	208.608 €	58.503 €	240.883 €
Nefrologia	9.605 €		16.469 €		22.089 €	
Neurofisiologia	339.084 €	4.915 €	359.364 €	- €	364.204 €	- €
Obstetria	262.941 €		199.565 €		231.762 €	
Oftalmologia	318.905 €		275.122 €		274.917 €	
ORL	240.646 €	864 €	228.115 €	1.933 €	194.522 €	2.221 €
Ortopedia	72.960 €		67.623 €		62.099 €	
Outros	3.969 €		8.210 €		63.489 €	
Patologia Clínica	14.361.381 €	678.527 €	13.867.166 €	480.787 €	13.714.590 €	400.005 €
Pediatria	14.211 €		34.785 €		33.236 €	
Pneumologia	1.044.464 €		799.736 €		631.210 €	
Psiquiatria	658.616 €		633.013 €		482.699 €	
Reumatologia	150 €		145 €		279 €	
Técnicas Gerais	427 €		290 €		515 €	
Urologia	191.884 €	126 €	200.109 €	2.692 €	162.588 €	
Electrencefalograma		18.900 €		6.118 €		4.150 €
Litotricia		51.385 €		43.577 €		1.245 €
Oxigenoterapia						
Radioterapia		- €		- €		340 €
Outros Meios Terapêutica		85.142 €		91.396 €		136.182 €
Total Geral	28.912.827 €	1.826.837 €	28.184.306 €	1.314.485 €	29.374.703 €	1.164.619 €
% de exames realizados no exterior		5,9%		4,5%		3,8%

Fonte: HFF,EPE



6.2. Comparação de preços unitários da Portaria de preços do SNS e os preços praticados pelos fornecedores externos

Tendo em atenção que o hospital não dispõe do apuramento do custo médio unitário dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, procedeu-se à comparação entre os preços unitários constantes da Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro, e os preços unitários negociados com os fornecedores externos, concluindo-se que os preços praticados pelos fornecedores, na maioria dos exames, são inferiores aos constantes da tabela da referida Portaria conforme se verifica do quando seguinte.

Quadro 83- Preços unitários MCDT realizados no exterior e preços da Portaria

Códigos da Portaria	Descritivo do Exame	Preço Unitário	Preço Portaria_1	Dif p/Portaria
52330;52325	Manometria + PHmetria esofágica com impedância	320,00 €	268,70 €	51,30 €
52330	Manometria esofágica com impedância	150,00 €	268,70 €	-118,70 €
58015	Cintigrafia miocárdica de perfusão em esforço/stress farmacológico	290,00 €	424,40 €	-134,40 €
58020	Cintigrafia miocárdica de perfusão em repouso		289,50 €	0,50 €
58030	Cintigrafia cardíaca com 123I-MIBG, com estudo tomográfico	600,00 €	1.020,20 €	-420,20 €
58050	Tomografia cerebral com 99mTc - HMPAO	230,00 €	460,60 €	-230,60 €
58065	Tomografia cerebral com 123I - Ioflupano	600,00 €	900,70 €	-300,70 €
58100	tomo	120,00 €	234,80 €	-114,80 €
58120	Cintigrafia hepatobiliar com estimulação vesicular	77,00 €	280,90 €	-203,90 €
58140	Pesquisa do refluxo gastro-esofágico	120,00 €	234,80 €	-114,80 €
58150	Cintigrafia óssea corpo inteiro	67,00 €	187,50 €	-120,50 €
58155	Cintigrafia óssea parcelar	67,00 €	171,50 €	-104,50 €
58160	Cintigrafia óssea em 3 fases	67,00 €	192,60 €	-125,60 €
58205	Cintigrafia pulmonar ventilação/inalação	100,00 €	262,90 €	-162,90 €
58250	Cintigrafia corporal com 131IMIBG	230,00 €	343,60 €	-113,60 €
58255	Cintigrafia corporal com 123IMIBG	360,00 €	486,80 €	-126,80 €
58265	Cintigrafia corporal com 131I	120,00 €	259,40 €	-139,40 €
58270	Cintigrafia do córtex supra-renal	500,00 €	698,30 €	-198,30 €
58275	Cintigrafia de receptores da somatostatina	1.219,00 €	1.496,80 €	-277,80 €
58315	Renograma com MAG 3	85,00 €	311,80 €	-226,80 €
58405	Cintigrafia corporal com leucócitos marcados	230,00 €	523,50 €	-293,50 €
58410	Cintigrafia corporal com 67Ga (5mCi)	262,00 €	498,80 €	-236,80 €
58527	Tomografia de positrões - estudo de corpo inteiro com FDG	700,00 €	1.415,80 €	-715,80 €
58528	Tomografia de positrões - estudo cerebral com FDG	400,00 €	1.415,80 €	-1.015,80 €
58529	Tomografia de positrões - estudo cardíaco com FDG	400,00 €	1.415,80 €	-1.015,80 €
58470	Cintigrafia não especificada de qualquer órgão ou região	102,00 €	243,60 €	-141,60 €
58485	Cintigrafia mamária	130,00 €	257,80 €	-127,80 €
58490	Linfocintigrafia	100,00 €	211,30 €	-111,30 €
58493	Linfocintigrafia para deteção de gânglio sentinela	100,00 €	263,70 €	-163,70 €
34085	Cariótipo na pele e outros tecidos sólidos, incluindo cultura	72,50 €	178,50 €	-106,00 €
34095	Cariótipo de células do líquido amniótico ou de vilosidades do corion, incluindo cultura	72,50 €	203,90 €	-131,40 €
34511	Síndrome de X frágil - diagnóstico pré-natal	216,00 €	454,60 €	-238,60 €
24223	Inibidor do tipo 1 do activador tecidual do plasminogénio (PAI-1), s	10,80 €	196,60 €	-185,80 €
25385	Triptase	18,32 €	137,70 €	-119,38 €
25580	Receptor da IL12, avaliação da expressão após estimulação celular in vitro, citometria de fluxo	8,60 €	295,50 €	-286,90 €
26333	HBV (vírus hepatite B) - genotipagem	70,00 €	175,90 €	-105,90 €
26334	CMV (vírus citomegalio) - DNA qualitativo	40,00 €	191,70 €	-151,70 €
26337	DNA viral - pesquisa não especificada DNA viral - pesquisa não especificada Mycoplasma	10,14 €	116,40 €	-106,26 €
26338	RNA viral - pesquisa não especificada	38,00 €	157,40 €	-119,40 €
28090	Ag Histocompatibilidade HLA A1 (Classe I)	25,00 €	156,20 €	-131,20 €
28100	Ag Histocompatibilidade HLA DRB1*03 (Classe II)	32,00 €	140,10 €	-108,10 €
28100	Ag Histocompatibilidade HLA DRB1*04 (Classe II)	32,00 €	140,10 €	-108,10 €
25712	Hemoglobinúria Paraxística Nocturna (Teste de PNH)	49,50 €	158,40 €	-108,90 €
18010	RM do crânio - 3Teslas (Neurologia)		133,50 €	-133,50 €
25385	Triptase	18,32 €	137,70 €	-119,38 €
25580	Receptor da IL12, avaliação da expressão após estimulação celular in vitro, citometria de fluxo	40,00 €	295,50 €	-255,50 €

Fonte: HFF,EPE



7. Avaliação do Sistema de Controlo Interno

Do levantamento e avaliação efetuada ao sistema de controlo interno, conclui-se que os métodos e procedimentos de controlo instituídos garantem a segregação de funções, a legalidade e a regularidade das operações administrativas e contabilísticas. No entanto, em algumas áreas foram identificadas deficiências que fragilizam essa avaliação, designadamente ao nível da contratação de recursos humanos, prestação de serviços, imobilizado e gestão do parque automóvel.

No que concerne aos sistemas de informação que se encontram implementados no HFF, na maioria herdados da Sociedade Gestora, cumpre referir que tais sistemas têm permitido ao Conselho de Administração, através dos respetivos *outputs*, um controlo de toda a atividade do hospital, e consequentemente auxiliar nas decisões que são tomadas em termos da gestão.

O Conselho de Administração do HFF apenas determinou a obrigatoriedade do registo biométrico no HFF em abril de 2013, quando o Secretário de Estado da Saúde já havia determinado essa obrigatoriedade para os hospitais do SNS até ao final de 2007, cfr. Despacho n.º 187/2007, de 18 de setembro.

No decurso da auditoria verificou-se estarem implementadas diversas normas procedimentais nas áreas da farmácia, consulta, internamento e urgência, cuja aplicação é controlada e discutida nas várias reuniões que semanal ou quinzenalmente têm lugar entre os responsáveis dos vários departamentos.

O HFF dispõe de um Gabinete de Auditoria Interna que tem contribuído para a identificação de algumas deficiências ao nível dos procedimentos instituídos no hospital, designadamente na área da consulta e hospital de dia, como aconteceu com os registos dos episódios da Interrupção Voluntária de Gravidez e com episódios de “quimioterapia oral” agrupados em GDH 410, bem como para correção de falhas apontadas em relatórios de entidades de controlo.



8. Sistemas de Informação

Nos quadros seguintes encontram-se evidenciados os diversos sistemas e aplicações informáticas implementados no hospital e respetivos outputs.

Quadro 84 – Sistemas e aplicações informáticas

Sistemas e aplicações informáticas
CTH
SIGLIC
SICA
Agrupador de GDH - Integrador/WeGDH
SOARIAN - Processo clínico eletrónico
HOSIX - Módulo da Farmácia
HOSIX - Processo administrativo/faturação
APPOLO - Laboratório
PACS Centricit - Imagiologia
NEFRUS - Nefrologia
Exchange Serviço correio eletrónico
ASTRIMED - Obstetria
CARDIOBASE - Cardiologia
CARDIOGEST - Cardiologia
MPSCRIBE - Imagiologia
Portal da Farmácia
Maternum - Obstetria
Astraia - Obstetria
lametrics - Indicadores clínicos
Prescrição de MCDT's
Prescrição de medicamentos - circuito externo
Prescrição de medicamentos - circuito interno
Vitauci - Unidades Cuidados Intensivos Pediatricos
RIS - Unidades de execução de exames e relatórios
Aplimed - Módulo Urgência
ERP- Enterprise Resource Planning

Fonte: HFF,EPE



Quadro 85 – Outputs do sistema de informação dos Serviços Financeiros

Área	Relatório / Transação	Descritivo	Standart / Desenvolvimento	Módulo
Consumos	MB51	Lista de movimentos (entradas e saídas) por artigo / fornecedor / data	Standard	MM
Dados Mestre	MB52	Listagem com informação de stocks por artigo. Esta lista mostra os stocks dos artigos nos vários depósitos (armazéns avançados) e ponto de situação do artigo em relação à sua disponibilidade de utilização.	Standard	MM
Compras	MCŞ4	Valores de compra por fornecedor	Standard	MM
Consumos	MC.9	Movimentos de mercadorias por mês/ano. Lista com capacidade de executar várias variantes	Standard	MM
Gestão Materiais	MD04	Mapa de MRP de material. Várias possibilidade de variantes. Indica o estado do stock do artigo através de semáforos	Standard	MM
Compras	ME0M	Mapa com validades das Lof's (Lista de opções de fornecimento)	Standard	MM
Compras	ME1L	Registo Info por fornecedor com validade da LOF	Standard	MM
Compras	ME1M	Registo Info por material (indica que preços estão ativos e a que fornecedor)	Standard	MM
Compras	ME28	Mapa com Notas de Encomenda por Liberar (Indexado à estratégia de libertação do HFF)	Standard	MM
Gestão Materiais	ME2L	Mapa com Notas de Encomenda por fornecedor	Standard	MM
Gestão Materiais	ME2M	Mapa com Notas de Encomenda por material	Standard	MM
Compras	ME3M	Contratos por material	Standard	MM
Inventário	MI03	Documento de inventário	Standard	MM
Inventário	MI20	Lista de diferenças de inventário	Standard	MM
Inventário	MI22	Documentos de inventário por material	Standard	MM
Dados Mestre	MKVZ	Mestre de Fornecedores	Standard	MM
Dados Mestre	MM60	Lista com informação sobre classe de avaliação contabilística, criador do artigo, etc..	Standard	MM
Dados Mestre	MMBE	Lista de existências por Armazem Avançado	Standard	MM
Imobilizado	S_ALR_87011964	Imobilizado em curso	Standard	AA
Imobilizado	S_ALR_87012050	Aquisições do ano de imobilizado com entradas	Standard	AA
Imobilizado	ZGEFI26	Dados mestre de imobilizados	Standard	AA
Compras	ZGEFI44	Mapa de controlo orçamental e compromissos	Desenvolvimento	MM
Dados Mestre	ZGEMM04	Mapa de Centros de Custo e Ordens e Armazens Avançados	Desenvolvimento	MM
Consumos	ZGEMM05	Lista de folhas padrão (informação sobre os artigos que os centros de custo podem pedir de forma corrente)	Desenvolvimento	MM
Gestão Materiais	ZGEMM06	Requisições de compra geradas automaticamente não tratadas (Não transformadas em Notas de Encomenda)	Desenvolvimento	MM
Consumos	ZGEMM09	Lista de artigos por folha padrão	Desenvolvimento	MM
Consumos	ZGEMM11	Lista de documentos de consumo de artigos por dia/material/valor	Desenvolvimento	MM
Consumos	ZGEMM12	Lista de pedidos ao armazém (abertos/pendentes/eliminados)	Desenvolvimento	MM
Entradas	ZGEMM13	Mapa de entradas para conferência	Desenvolvimento	MM
Compras	ZGEMM14	Mapa de compras por data contabilística e informação relacionada com IVA	Desenvolvimento	MM
Compras	ZGEMM15	Mapa artigos com localização armazém e status de adjudicação	Desenvolvimento	MM
Dados Mestre	ZGEMM20	Lista com a informação sobre o artigo. Nesta lista consta informação como o grupo de mercadorias, a hierarquia de produtos, preço por unidade de movimentação	Desenvolvimento	MM
Compras	ZGEMM30	Preços médios vs Preços última entrada	Desenvolvimento	MM
Consumos	ZGEMM31	Consumos de artigos por mês (sazonalidade)	Desenvolvimento	MM
Compras	ZGEMM34	Dados de compras com referencia fornecedor/SPMS/Infarmed	Desenvolvimento	MM
Imobilizado	ZGEMM35	Mapa com compras de imobilizado e informação do centro de lucro e nºs de imobilizado	Desenvolvimento	AA
Compras	ME1E	Histórico de cotações por artigo ou fornecedor	Standard	MM
Compras	ME1P	Histórico de preços por pedido	Standard	MM
Compras	ME6H	Lista de avaliação de fornecedores	Standard	MM
Compras	MC41	Classificação ABC por artigo	Standard	MM
Compras	ME6B	Lista de avaliação de fornecedores por material ou grupo mercadorias	Standard	MM
Razão	ZGEFI41	Exportação de Balancete para XML	Desenvolvimento	FI
Razão	ZGEFI40	Exportação de Balanço para XML	Desenvolvimento	FI
Razão	ZGEFI42	Exportação de DR para XML	Desenvolvimento	FI
Razão	S_ALR_87012277	Balancete Analítico	Standard	FI
Razão	S_ALR_87012284	Balanço e Demonstração de Resultados	Standard	FI



Área	Relatório / Transacção	Descritivo	Standart / Desenvolvimento	Módulo
Razão	FBL3N	Relatórios de Partidas Individuais de contas do Razão	Standard	FI
Razão	FS10N	Exibição de saldos de contas do Razão	Standard	FI
Razão	S_ALR_87012386	Declaração prévia do IVA	Standard	FI
Fornecedores	FBL1N	Relatórios de Partidas Individuais de Fornecedores	Standard	FI
Fornecedores	S_ALR_87012082	SalDOS fornecedores	Standard	FI
Fornecedores	ZGEFI20	Ageing de fornecedores	Desenvolvimento	FI
Fornecedores	S_ALR_87012087	Lista de Endereços de Fornecedores	Standard	FI
Fornecedores	S_ALR_87012086	Dados mestre -> Lista de fornecedores	Standard	FI
Fornecedores	ZGEFI27	Relacionar Fornecedor Conta Razão	Desenvolvimento	FI
Fornecedores	MRBR	Liberar faturas bloqueadas	Standard	FI
Fornecedores	ZGEI12	Resumo de Logs de Interfaces - Termos Responsabilidade	Desenvolvimento	FI
Fornecedores	ZGEMM16	Mapa dos Termos de Responsabilidade	Desenvolvimento	FI
Fornecedores	ZGEIN06_CTRHOSIX	Monitor de Mensagens -Criar Termo Responsabilidade Hosix	Desenvolvimento	FI
Fornecedores	ML84	Lista de folhas reg.serviços	Standard	FI
Fornecedores	ME2L	Pedidos por fornecedor	Standard	FI
Fornecedores	ZGEFI33	Contabilização automática Pagamento de honorários	Desenvolvimento	FI
Clientes	FBL5N	Relatórios de Partidas Individuais de Clientes	Standard	FI
Clientes	S_ALR_87012172	SalDOS Clientes	Standard	FI
Clientes	ZGEFI21	Ageing de Clientes	Desenvolvimento	FI
Clientes	ZGEIN05	Tabela Conversão Conceitos HOSIX	Desenvolvimento	FI
Clientes	ZGESD01	ZGESD01 - Mapa de Facturação	Desenvolvimento	FI
Clientes	ZGEIN06_BILLHOSIX	Monitor de Mensagens -Fatura Cliente Hosix	Desenvolvimento	FI
Clientes	VFX3	Liberacão de doc. Faturamento para a Contabilidade	Standard	FI
Imobilizado	S_ALR_87012050	Aquisições de imobilizado	Standard	AA
Imobilizado	S_ALR_87011963	Ativo imobilizado	Standard	AA
Imobilizado	AFAB	Listagem de lançamento de depreciações	Standard	AA
Imobilizado	ZGEFI26	Listagem de Dados Mestre de Imobilizado	Desenvolvimento	AA
Tesouraria	ZGEFI37	Mapa de Fluxos de Caixa	Desenvolvimento	TR
Tesouraria	FCHN	Registro de cheques	Standard	TR
Tesouraria	FBCJ	Livro caixa	Standard	TR
Tesouraria	F110	Parâmetros para pagamento automático	Standard	TR
Tesouraria	Z05FIRP14	Interface para CERG FINANCE para Reconciliações Bancárias	Desenvolvimento	TR
Tesouraria	Z05FI28	Interface Metacase -P/ Integração automática de Movimentos Bancários	Desenvolvimento	TR
Contabilidade analítica	Balancete Analitico	Balancete com contas contabilística em Linha e Centro de Custo em coluna	Desenvolvimento	BW
Contabilidade analítica	S_ALR_87013611	Comparação entre os valores reais e orçamentado, por classes de custos	Desenvolvimento	CO
Contabilidade analítica	S_ALR_87013624	Comparação entre os valores reais e homologado por classes de custos	Desenvolvimento	CO

Fonte: HFF,EPE



Quadro 86 – Outputs do sistema de informação da Direção Logística

Área	Descritivo	Standart / Desenvolvimento	Módulo	Software
Consumos	Lista de movimentos (entradas e saídas) por artigo / fornecedor / data	Standard	MM	ERP
Dados Mestre	Listagem com informação de stocks por artigo. Esta lista mostra os stocks dos artigos nos vários depósitos (armazéns avançados) e ponto de situação do artigo em relação à sua disponibilidade de utilização.	Standard	MM	ERP
Compras	Valores de compra por fornecedor	Standard	MM	ERP
Consumos	Movimentos de mercadorias por mês/ano. Lista com capacidade de executar várias variantes	Standard	MM	ERP
Gestão Materiais	Mapa de MRP de material. Várias possibilidade de variantes. Indica o estado do stock do artigo através de semáforos	Standard	MM	ERP
Compras	Mapa com validades das Lof's (Lista de opções de fornecimento)	Standard	MM	ERP
Compras	Registo Info por fornecedor com validade da LOF	Standard	MM	ERP
Compras	Registo Info por material (indica que preços estão ativos e a que fornecedor)	Standard	MM	ERP
Compras	Mapa com Notas de Encomenda por Liberar (Indexado à estratégia de liberação do HFF)	Standard	MM	ERP
Gestão Materiais	Mapa com Notas de Encomenda por fornecedor	Standard	MM	ERP
Gestão Materiais	Mapa com Notas de Encomenda por material	Standard	MM	ERP
Compras	Contratos por material	Standard	MM	ERP
Inventário	Documento de inventário	Standard	MM	ERP
Inventário	Lista de diferenças de inventário	Standard	MM	ERP
Inventário	Documentos de inventário por material	Standard	MM	ERP
Dados Mestre	Mestre de Fornecedores	Standard	MM	ERP
Dados Mestre	Lista com informação sobre classe de avaliação contabilística, criador do artigo, etc..	Standard	MM	ERP
Dados Mestre	Lista de existências por Armazem Avançado	Standard	MM	ERP
Imobilizado	Imobilizado em curso	Standard	MM	ERP
Imobilizado	Aquisições do ano de imobilizado com entradas	Standard	MM	ERP
Imobilizado	Dados mestre de imobilizados	Standard	MM	ERP
Compras	Mapa de controlo orçamental e compromissos	Desenvolvimento	MM	ERP
Dados Mestre	Mapa de Centros de Custo e Ordens e Armazens Avançados	Desenvolvimento	MM	ERP
Consumos	Lista de folhas padrão (informação sobre os artigos que os centros de custo podem pedir de forma corrente)	Desenvolvimento	MM	ERP
Gestão Materiais	Requisições de compra geradas automaticamente não tratadas (Não transformadas em Notas de Encomenda)	Desenvolvimento	MM	ERP
Consumos	Lista de artigos por folha padrão	Desenvolvimento	MM	ERP

Fonte: HFF,EPE



Área	Descritivo	Standart / Desenvolvimento	Módulo	Software
Consumos	Lista de documentos de consumo de artigos por dia/material/valor	Desenvolvimento	MM	ERP
Consumos	Lista de pedidos ao armazém (abertos/pendentes/eliminados)	Desenvolvimento	MM	ERP
Entradas	Mapa de entradas para conferência	Desenvolvimento	MM	ERP
Compras	Mapa de compras por data contabilística e informação relacionada com IVA	Desenvolvimento	MM	ERP
Compras	Mapa artigos com localização armazém e status de adjudicação	Desenvolvimento	MM	ERP
Dados Mestre	Lista com a informação sobre o artigo. Nesta lista consta informação como o grupo de mercadorias, a hierarquia de produtos, preço por unidade de movimentação	Desenvolvimento	MM	ERP
Compras	Preços médios vs Preços última entrada	Desenvolvimento	MM	ERP
Consumos	Consumos de artigos por mês (sazonalidade)	Desenvolvimento	MM	ERP
Compras	Dados de compras com referencia fornecedor/SPMS/Infarmed	Desenvolvimento	MM	ERP
Imobilizado	Mapa com compras de imobilizado e informação do centro de lucro e nºs de imobilizado	Desenvolvimento	MM	ERP
Compras	Histórico de cotações por artigo ou fornecedor	Standard	MM	ERP
Compras	Histórico de preços por pedido	Standard	MM	ERP
Compras	Lista de avaliação de fornecedores	Standard	MM	ERP
Compras	Classificação ABC por artigo	Standard	MM	ERP
Compras	Lista de avaliação de fornecedores por material ou grupo mercadorias	Standard	MM	ERP
Compras	Lista de processos de aquisição, informação sobre valores base e dias do processo	Desenvolvimento		SHAREPOINT PORTAL COLABORATIVO
Compras	Vista promenorizada sobre informação de gestão do processo	Desenvolvimento		SHAREPOINT PORTAL COLABORATIVO

Fonte: HFF,EPE



9. Situação Económico-Financeira

9.1. Orçamento Económico vs Realizado

Com o objetivo de aferir os desvios entre os valores orçamentados e os executados, elaborou-se o quadro seguinte, tendo por referência os mapas de controlo do orçamento económico constantes dos Relatórios e Contas de 2011,12 e 13, do HFF¹¹⁹.

Quadro 87 - Execução do Orçamento

Custos e Perdas	2011				2012				2013			
	Orçamentado	Executado	Desvio (valor)	Desvio (%)	Orçamentado	Executado	Desvio (valor)	Desvio (%)	Orçamentado	Executado	Desvio (valor)	Desvio (%)
CMVMC	49.132.280 €	48.734.526 €	-397.754 €	-0,8%	48.279.221 €	47.005.280 €	1.273.941 €	-2,6%	46.249.505 €	45.915.484 €	-334.021 €	-0,7%
Fornecimento e Serviços Externos	33.404.862 €	30.533.103 €	-2.871.759 €	-8,6%	29.316.028 €	30.244.050 €	928.022 €	3,2%	29.803.185 €	28.958.500 €	-844.685 €	-2,8%
Custos com Pessoal	70.046.048 €	67.390.129 €	-2.655.919 €	-3,8%	65.571.265 €	67.450.205 €	1.878.940 €	2,9%	66.758.834 €	68.329.824 €	1.570.990 €	2,4%
Outras Custos Operacionais	100.000 €	28.699 €	-71.301 €	-71,3%	28.538 €	13.411 €	-15.127 €	-53,0%	12.999 €	33.705 €	20.706 €	159,3%
Amortizações do Exercício	4.200.000 €	4.209.217 €	9.217 €	0,2%	4.557.619 €	4.221.097 €	-336.522 €	-7,4%	4.218.783 €	4.189.004 €	-29.779 €	-0,7%
Provisões do Exercício	1.000.000 €	410.823 €	-589.177 €	-58,9%	1.963.814 €	171.669 €	-1.792.145 €	-91,3%	236.935 €	149.360 €	-87.575 €	-37,0%
Total Custos Operacionais	157.883.190 €	151.306.497 €	-6.576.693 €	-4,2%	149.716.485 €	149.105.712 €	-610.773 €	-0,4%	147.280.241 €	147.575.877 €	295.636 €	0,2%
Custos e Perdas Financeiras	40.000 €	40.726 €	726 €	1,8%	40.725 €	128.817 €	88.092 €	216,3%	44.380 €	55.058 €	10.678 €	24,1%
Custos e Perdas Extraordinárias	1.000.000 €	323.091 €	-676.909 €	-67,7%	74.000 €	473.363 €	399.363 €	539,7%	0 €	542.058 €	542.058 €	#DIV/0!
Total dos Custos e Perdas	158.923.190 €	151.670.314 €	-7.252.876 €	-4,6%	149.831.210 €	149.707.892 €	-123.318 €	-0,08%	147.324.621 €	148.172.993 €	848.372 €	0,58%
Proveitos e Ganhos												
Vendas	511.016 €	503.101 €	-7.915 €	-1,5%	500.000 €	560.111 €	60.111 €	12,0%	560.111 €	721.527 €	161.416 €	28,8%
Prestações de Serviços	155.506.708 €	152.405.862 €	-3.100.846 €	-2,0%	146.133.647 €	143.737.391 €	-2.396.256 €	-1,6%	137.943.954 €	133.037.132 €	-4.906.822 €	-3,6%
Proveitos Suplementares	1.085.968 €	1.076.955 €	-9.013 €	-0,8%	1.000.000 €	1.054.572 €	54.572 €	5,5%	1.064.385 €	964.199 €	-100.186 €	-9,4%
Transferências Correntes Obtidas		91.537 €	91.537 €		3.636 €	41.120 €	37.484 €	1030,9%	41.120 €	13.883 €	-27.237 €	-66,2%
Outros Proveitos e Ganhos Operacionais	3.213.962 €	3.323.358 €	109.396 €	3,4%	3.348.698 €	3.532.421 €	183.723 €	5,5%	4.561.069 €	4.391.751 €	-169.318 €	-3,7%
Proveitos e Ganhos Financeiros	250.000 €	277.006 €	27.006 €	10,8%	100.213 €	908.707 €	808.494 €	806,8%	53.733 €	43.592 €	-10.141 €	-18,9%
Proveitos e Ganhos Extraordinários	500.000 €	333.842 €	-166.158 €	-33,2%	100.000 €	763.195 €	663.195 €	663,2%		1.164.330 €	1.164.330 €	
Total de Proveitos e Ganhos	161.067.655 €	158.011.660 €	-3.055.995 €	-1,9%	151.186.194 €	150.597.517 €	-588.677 €	-0,4%	144.224.373 €	140.336.414 €	-3.887.959 €	-2,7%

Fonte: Mapas de controlo do orçamento económico - Relatórios e Contas do HFF, EPE, de 2011,12 e 13

¹¹⁹ Em sede de contraditório, o CA do HFF refere que alguns dos dados constantes do quadro careciam de revisão. No entanto, os montantes inscritos no mesmo resultam dos mapas de controlo do orçamento económico constantes dos Relatórios e Contas de 2011,12 e 13, do HFF, pelo que não tendo sido juntos quaisquer outros elementos que justifiquem a sua alteração mantêm-se os dados orçamentados e executados.



9.2. Balanço

O quadro seguinte demonstra a situação financeira e patrimonial do HFF, no período de 2009 a 2013.

Quadro 88 - Balanço

Ativo	2009		2010		2011		2012		2013		Δ% 2010- 2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2013-2012
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%				
Imobilizado														
Imobilizações Incorpóreas	2.530 €		84.243 €		0 €		4.934 €		4.934 €		3230%	-94%		0%
Imobilizações Corpóreas	80.347.028 €		87.680.079 €		86.677.844 €		83.899.979 €		82.214.657 €		9%	-1%	-3%	-2%
Subtotal	80.349.558 €	54%	87.764.322 €	30%	86.677.844 €	29%	83.904.913 €	27%	82.219.591 €	20%	9%	-1%	-3%	-2%
Circulante														
Existências	5.118.349 €		5.218.168 €		5.895.992 €		4.720.889 €		4.197.932 €		2%	13%	-20%	-11%
Dívidas de Terceiros	28.732.043 €		23.821.462 €		35.669.079 €		74.278.121 €		30.908.520 €		-17%	50%	108%	-58%
Títulos Negociáveis	13.000.000 €		8.000.000 €		6.500.000 €		4.200.000 €		4.200.000 €		-38%	-19%	-35%	0%
Disponibilidades	2.097.398 €		987.195 €		1.152.741 €		1.813.046 €		6.092.764 €		-53%	17%	57%	236%
Acrcsc. Proveitos e Cust.Diferidos	19.352.663 €		170.735.511 €		165.237.370 €		147.395.518 €		285.711.970 €		782%	-3%	-11%	94%
Subtotal	68.300.453 €	46%	208.762.336 €	70%	214.455.182 €	71%	231.295.497 €	73%	331.111.186 €	80%	206%	3%	8%	43%
Total do Ativo	148.650.011 €	100%	296.526.658 €	100%	301.133.026,00 €	100%	315.200.410 €	100%	413.330.777 €	100%	99%	2%	5%	31%
Fundos Próprios e Passivo														
Fundos Próprios														
Património	14.200.000 €		18.200.000 €		18.200.000 €		18.200.000 €		18.200.000 €		28%	0%	0%	0%
Reservas	82.538.757 €		84.132.795 €		85.094.243 €		85.094.243 €		88.675.510 €		2%	1%	0%	4%
Doações	22.913 €		56.798 €		134.346 €		146.815 €		154.847 €		148%	137%	9%	5%
Resultados Transitados	-232.121 €		1.120.469 €		4.686.738 €		10.168.584 €		6.651.992 €		-583%	318%	117%	-35%
Resultados Liquidados do Exercício	1.826.158 €		961.449 €		3.581.268 €		64.676 €		-7.852.437 €		-47%	272%	-98%	-12241%
Subtotal	98.355.707 €	66%	104.471.511 €	35%	111.696.595 €	37%	113.674.318 €	36%	105.829.913 €	26%	6%	7%	5%	-7%
Passivo														
Provisões para riscos/encargos					243.465 €		85.671 €		80.254 €				-65%	-6%
Dívidas a 3 ^{os} -m/l prazo														
Dívidas a 3 ^{os} -curto prazo	37.362.469 €		177.885.015 €		180.016.406 €		189.317.101 €		294.717.395 €		376%	1%	5%	56%
Acrcscimos e diferimentos	12.931.835 €		14.170.133 €		9.176.560 €		13.235.398 €		12.703.215 €		10%	-35%	44%	-4%
Subtotal	50.294.304 €	34%	192.055.148 €	65%	189.436.431 €	63%	202.638.170 €	64%	307.500.864 €	74%	282%	-1%	7%	52%
Total Fundos Próprios e Passivo	148.650.011 €	100%	296.526.659 €	100%	301.133.026 €	100%	316.312.488 €	100%	413.330.777 €	100%	99%	2%	5%	31%

Fonte: HFF,EPE

O imobilizado corpóreo bruto do HFF, nos quatro anos em análise, é composto maioritariamente pelos edifícios e pelos terrenos, conforme resulta da leitura do quadro seguinte:

Quadro 89 – Imobilizado

Ativo	31.12.2009		31.12.2010		31.12.2011		31.12.2012		31.12.2013		Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2013-2012
	Valor	%												
Terrenos	15.381.300 €	19%	15.381.300 €	18%	15.381.300 €	18%	15.381.300 €	18%	15.381.300 €	19%	0%	0%	0%	0%
Edifícios e outras construções	57.900.461 €	72%	62.273.843 €	71%	61.822.436 €	71%	60.741.310 €	72%	59.923.317 €	73%	8%	-1%	-2%	-1%
Equipamento básico	6.098.979 €	8%	8.259.006 €	9%	7.531.765 €	9%	6.023.740 €	7%	5.677.522 €	7%	35%	-9%	-20%	-6%
Equipamento de transporte	3.410 €	0%	18.572 €	0%	13.830 €	0%	9.088 €	0%	20.546 €	0%	445%	-26%	-34%	126%
Ferramentas e utensílios	1.038 €	0%	2.857 €	0%	2.295 €	0%	1.837 €	0%	1.483 €	1%	175%	-20%	-20%	-19%
Equipamento Administrativo	949.479 €	1%	1.707.110 €	2%	1.865.524 €	2%	1.643.005 €	2%	1.127.278 €	1%	80%	9%	-12%	-31%
Outras imobilizações corpóreas	12.360 €	0%	37.392 €	0%	50.406 €	0%	71.001 €	0%	54.514 €	0%	203%	35%	41%	-23%
Imobilizações em curso					10.288 €	0%	28.698 €	0%	28.697 €	0%			179%	0%
Total	80.347.027 €	100%	87.680.080 €	100%	86.677.844 €	100%	83.899.979 €	100%	82.214.657 €	100%	9%	-1%	-3%	-2%

Fonte: HFF,EPE



9.3. Demonstração dos Resultados

Quadro 90 – Demonstração de Resultados

Resultados	2009	2010	2011	2012	2013	Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2013-2012
	Custos operacionais	162.530.529 €	162.389.072 €	151.306.498 €	149.105.712 €	147.575.878 €	0%	-7%	-1%
Proveitos operacionais	164.302.068 €	165.127.101 €	157.400.812 €	148.925.615 €	139.128.492 €	1%	-5%	-5%	-7%
Resultados Operacionais	1.771.539 €	2.738.029 €	6.094.314 €	-180.097 €	-8.447.386 €	55%	123%	-103%	4590%
Custos e Perdas Financeiras	-31.242 €	-34.672 €	-40.726 €	-128.817 €	-55.058 €	11%	17%	216%	-57%
Proveitos e Ganhos Financeiros	497.577 €	411.958 €	277.006 €	908.707 €	43.592 €	-17%	-33%	228%	-95%
Resultados Financeiros	466.335 €	377.286 €	236.280 €	779.890 €	-11.466 €	-19%	-37%	230%	-101%
Custos e Perdas Extraordinárias	-5.412 €	-1.829.609 €	-323.091 €	-473.363 €	-542.058 €	33707%	-82%	47%	15%
Proveitos e Ganhos Extraordinários	16.767 €	187.394 €	333.842 €	763.195 €	1.164.330 €	1018%	78%	129%	53%
Resultados Extraordinários	11.355 €	-1.642.215 €	10.751 €	289.832 €	622.272 €	-14562%	-101%	2596%	115%
Resultados Antes de Impostos	2.249.229 €	1.473.200 €	6.341.345 €	889.625 €	-7.836.578 €	-35%	330%	-86%	-981%
Imposto sobre o Rendimento	423.070 €	511.751 €	2.760.077 €	824.949 €	15.858 €	21%	439%	-70%	-98%
Resultado Líquido do Exercício	1.826.159 €	961.449 €	3.581.268 €	64.676 €	-7.852.437 €	-47%	272%	-98%	-12241%

Fonte: Relatório e Contas do HFF,EPE

Quadro 91 – Estrutura de Proveitos e Ganhos

Proveitos e Ganhos	2009		2010		2011		2012		2013		Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2013-2012
	Valor	%												
Vendas	826.765 €	1%	511.016 €	0,3%	503.101 €	0,3%	560.111 €	0,4%	721.527 €	0,5%	-38%	-2%	11%	29%
Prestação de Serviços	159.543.546 €	97%	160.309.655 €	97%	152.405.862 €	96%	143.737.391 €	91%	133.037.132 €	95%	0,5%	-4,9%	-5,7%	-7,4%
Proveitos Suplementares	1.272.872 €	1%	1.530.069 €	1%	1.076.955 €	1%	1.054.572 €	1%	964.199 €	1%	20%	-30%	-2%	-9%
Transferências Correntes Obtidas			42.937 €	0,03%	91.537 €	0,06%	41.120 €	0,03%	13.883 €	0,01%		113,2%	-55,1%	-66,2%
Outros Proveitos Operacionais	2.658.884 €	2%	2.733.425 €	2%	3.323.358 €	2%	3.532.421 €	2%	4.391.751 €	3%	3%	22%	6%	24%
Total dos Proveitos Operacionais	164.302.067 €	99,7%	165.127.102 €	99,6%	157.400.813 €	99,6%	148.925.615 €	94,2%	139.128.492 €	99,1%	1%	-5%	-5%	-7%
Proveitos e Ganhos Financeiros	497.577 €	0,3%	411.958 €	0,2%	277.006 €	0,2%	908.707 €	0,6%	43.592 €	0,0%	-17%	-33%	228%	-95%
Proveitos e Ganhos Extraordinários	16.767 €	0,01%	187.394 €	0,1%	333.842 €	0,2%	763.195 €	0,5%	1.164.330 €	0,8%	1018%	78,1%	129%	53%
Total dos Proveitos e Ganhos	164.816.411 €	100%	165.726.454 €	100%	158.011.661 €	100%	150.597.517 €	100%	140.336.414 €	100%	1%	-5%	-5%	-7%

Fonte: Relatório e Contas do HFF,EPE

Quadro 92 - Estrutura de Custos e Perdas

Custos e Perdas	2009		2010		2011		2012		2013		Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2013-2012
	Valor	%												
CMVMC	47.386.948 €	29%	48.407.070 €	29%	48.734.526 €	32%	47.005.280 €	31%	45.915.484 €	31%	2%	1%	-4%	-2%
Fornecimento e Serviços Externos	34.442.645 €	21%	36.120.847 €	22%	30.533.103 €	20%	30.244.050 €	20%	28.958.500 €	20%	5%	-15%	-1%	-4%
Custos com Pessoal	76.274.928 €	47%	73.731.988 €	45%	67.390.129 €	44%	67.450.205 €	45%	68.329.824 €	46%	-3%	-9%	0,1%	1%
Outros Custos Operacionais	13.117 €	0%	32.303 €	0%	28.699 €	0%	13.411 €	0%	33.705 €	0%	146%	-11%	-53%	151%
Amortizações do Exercício	4.412.890 €	3%	3.877.272 €	2%	4.209.217 €	3%	4.221.097 €	3%	4.189.004 €	3%	-12%	9%	0%	-1%
Provisões do Exercício		0%	219.591 €	0%	410.823 €	0%	171.669 €	0%	149.360 €	0%		87%	-58%	-13%
Total Custos Operacionais	162.530.528 €	100%	162.389.071 €	99%	151.306.497 €	98%	149.105.712 €	99%	147.575.878 €	100%	-0,1%	-6,8%	-1,5%	-1,0%
Custos e Perdas Financeiras	31.242 €	0%	34.672 €	0%	40.726 €	0%	128.817 €	0%	55.058 €	0%	11,0%	17%	216%	-57%
Custos e Perdas Extraordinárias	5.412 €	0%	1.829.509 €	1%	323.091 €	0%	473.363 €	0%	542.058 €	0%	33705%	-82%	47%	15%
Imposto sobre o Rendimento	423.070 €	0%	511.751 €	0%	2.760.077 €	2%	824.949 €	1%	15.857 €	0%	21%	439%	-70%	-98%
Total dos Custos e Perdas	162.990.252 €	100%	164.765.003 €	100%	154.430.391 €	100%	150.532.841 €	100%	148.188.851 €	100%	1,1%	-6,3%	-2,5%	-1,6%

Fonte: Relatório e Contas do HFF,EPE



Quadro 93 - Decomposição da rubrica de custos das mercadorias vendidas e matérias consumidas

CMVMC	2009	2010	2011	2012	2013	Δ% 2010-2009	Δ% 2011-2010	Δ% 2012-2011	Δ% 2013-2012
Medicamentos	27.070.486,67	28.741.127,03	29.236.900,92	28.957.011,60	27.448.691,76	6%	2%	-1%	-5%
Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	4.545.793,58	4.823.292,91	4.535.962,23	4.304.481,60	4.348.765,95	6%	-6%	-5%	1%
Outros produtos farmacêuticos	128.629,08	132.613,85	166.296,92	230.349,47	212.656,16	3%	25%	39%	-8%
Material de consumo clínico	13.381.253,76	12.651.319,37	12.690.799,76	11.505.677,58	11.700.824,35	-5%	0%	-9%	2%
Material de consumo hoteleiro	465.499,35	449.115,76	490.234,73	553.943,58	573.848,96	-4%	9%	13%	4%
Material de consumo administrativo	664.700,02	611.576,51	560.401,10	519.565,48	467.078,52	-8%	-8%	-7%	-10%
Material de manutenção e conservação	340.994,94	380.819,70	337.183,02	393.591,02	384.037,17	12%	-11%	17%	-2%
Sangue		566.010,40	650.570,60	493.057,20	737.222,00		15%	-24%	50%
Outro material de consumo		51.194,41	66.177,09	47.602,48	42.359,48		29%	-28%	-11%
Total	46.597.357,40	48.407.069,94	48.734.526,37	47.005.280,01	45.915.484,00	4%	1%	-4%	-2%

Fonte: HFF,EPE



Emolumentos e outros encargos (D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 05/13 – Audit					
		Relatório nº18/14 – 2ª Secção					
Entidade fiscalizada:	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE						
Entidade devedora:	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE						
Regime jurídico:			<table border="1"> <tr> <td>AA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AAF</td> <td>X</td> </tr> </table>	AA		AAF	X
AA							
AAF	X						

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	Custo Standard a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Ações fora da área da residência oficial.....				
- Ações na área da residência oficial.....	€ 88,29	802		€ 70.808,58
.....				
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 70.808,58
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 17.164,00

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Auditor-Chefe

(Jorge Silva)



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

***Auditoria de Resultados ao Hospital
Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE***

***Relatório n.º 18/2014 –
2ª Secção
Processo n.º05/2013-Audit
Volume III - Alegações***





Índice

1.	MINISTÉRIO DA SAÚDE	4
2.	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.	13
3.	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.	16
4.	HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E., E MARIA TERESA PINTO ESTEVES MAIA CORREIA, ANTÓNIO VASCO SANDE CASTRO SALGADO E MARIA HELENA MARTINS ALVES	26
5.	HOSPITAL AMADORA-SINTRA SOCIEDADE GESTORA, S.A.	62
6.	ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE.....	69
7.	ARTUR AIRES RODRIGUES DE MORAIS VAZ	74
8.	JOSÉ CARLOS FERREIRA CAIADO	83



1. Ministério da Saúde

Ofício N.: 8342
Data: 05-08-2014



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

Sua referência
Ofício n.º 10872
Fax. n.º 635/2014 - DAVI
Processo n.º 05/2013 - Audit

Sua comunicação
14.07.2014
28.07.2014

Nossa referência
Entrada - 8616|9151
9328|2014
Processo - 248|2014

ASSUNTO: Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando da
Fonseca, E.P.E. Direção-Geral do Tribunal de Contas

Na sequência da notificação por parte do Excelentíssimo Senhor Diretor-Geral do Tribunal de Contas para, no prazo de 10 dias úteis, prorrogado até ao dia 11 de agosto de 2014, se apresentar as alegações que se tiver por convenientes referentes ao salientado no relato de auditoria supra identificado, encarrega-me Sua Excelência o Ministro da Saúde de informar o seguinte:

1. Garantir a redução significativa dos tempos médios de acesso à prestação de cuidados de saúde dos utentes do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF).

No âmbito do processo de contratualização com os Hospitais do Setor Empresarial do Estado, são anualmente negociados níveis de atividade que permitam responder à procura esperada, nomeadamente nas áreas das consultas externas e na atividade cirúrgica. No caso concreto do HFF, tem havido uma resposta positiva em relação ao grau de cumprimento dos níveis de produção contratados anualmente, conforme bem documenta o Relato do Tribunal de Contas ao referir que o "HFF apresenta taxas de execução elevadas nas principais linhas de produção", que "o reforço da acessibilidade em algumas consultas de especialidade em 2012, designadamente em

1 | Página

DGTC 5 8 14 13512

MS*

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt





ortopedia (5%), em otorrinolaringologia (24%), em oftalmologia (55%), refletiu-se no aumento da produção de primeiras consultas e ainda na diminuição da redução da lista de espera nas referidas especialidades” ou que “no período de 2009 a 2012, a atividade cirúrgica programada aumentou 8% (mais 1.327 doentes operados)”.

Complementarmente à negociação do volume de atividade a realizar pelo Hospital, são também negociados anualmente objetivos referentes ao tempo de resposta para a consulta externa (“percentagem de consultas realizadas e registadas no CTH no total das primeiras consultas”, por exemplo) e para as cirurgias (“% percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório no total das cirurgias programadas (GDH)”, por exemplo), os quais pretendem incentivar o aumento da acessibilidade e o cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para estas prestações de saúde, e em relação aos quais se encontra associado parte do financiamento da instituição.

Para além dos compromissos que anualmente são negociados com a instituição, encontra-se igualmente em curso (a nível nacional e, obviamente, também no HFF) o processo de planeamento estratégico hospitalar, o qual visa a definição de planos a três anos para cada instituição hospitalar, englobando a definição dos recursos (humanos, técnicos e financeiros), das carteiras de serviço e do nível de desempenho assistencial e económico-financeiro que se pretende alcançar em cada instituição, de forma a responder adequadamente às necessidades em saúde das populações a servir e a garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada unidade hospitalar e do SNS como um todo.

Por último, importa referir que no âmbito do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), e do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), têm vindo a ser definidas medidas transversais a nível nacional que, em complemento das medidas locais que as instituições têm de implementar, contribuam para a melhoria dos tempos de resposta das instituições, com destaque para o aumento da disponibilização de informação sobre os tempos de resposta que estão a ser assegurados pelas instituições à população em cada uma destas vertentes ou para a implementação a nível nacional de soluções concretas que permitam melhorar a capacidade de resposta nas especialidades onde existem maiores dificuldades de resposta, como seja o exemplo da implementação do telerastreio dermatológico ou dos rastreios da retinopatia diabética, no caso da CTH, da proposta de criação de



Unidades Autónomas de Produção Clínica que se responsabilizem pela prestação de cuidados de saúde ao Utente de acordo com uma gestão clínica mais efetiva e orientada pelos princípios de sustentabilidade, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação e avaliação do mérito, no caso do SIGIC.

2. Rever o Despacho n.º 10430/2011, de 1 de agosto de 2011, do Secretário de Estado da Saúde, aclarando os critérios de prioridade e de *outsourcing* da realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica no Serviço Nacional de Saúde sobre entidades externas.

O Despacho suprarreferido refere que os hospitais que integram o SNS devem assegurar a realização dos MCDT necessários aos seus utentes como regra, através da sua capacidade instalada ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, pelo recurso à subcontratação de entidades externas especializadas do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado. Ora, este despacho enuncia o princípio de utilização da capacidade instalada em cada unidade hospitalar e apenas após esta estar esgotada poder recorrer à prestação por parte de terceiros.

Em termos de recurso a unidades do SNS, importa esclarecer que, há largos anos está implementado um mecanismo recorrente de entreajuda entre as diferentes unidades de saúde, estabelecendo-se a possibilidade de emissão de termos de responsabilidade sempre que uma unidade não tenha capacidade para a realização de MCDT necessários - processo utilizado de forma recorrente.

Contudo, dado o imperativo de salvaguarda do estado de saúde, nem sempre é viável recorrer a unidades do SNS para a realização de MCDT e.g. incapacidade de prestação de cuidados em tempo útil; tempo, custo e efeito deletério do transporte de doentes sobre o estado de saúde do doente, tempestividade para a obtenção de resultado, nível de complexidade do diagnóstico e terapêutica. Assim sendo, pode ser desejável o recurso ao setor social e privado para a realização de MCDT. Adicionalmente, balanceado com a salvaguarda do estado de saúde do doente, poderá estar em causa a vantagem económica para o sistema de saúde, para o SNS e para a unidade recorrer ao setor privado e social. Contudo, importa enaltecer que o recurso a entidades privadas e sociais requer justificação prevista ao abrigo do código dos contratos públicos, onde devem ser apresentados os argumentos para a escolha do procedimento/aquisição junto do setor não público.



Ainda em relação a esta matéria, importa considerar que se encontra em fase de implementação o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Com a operacionalização deste diploma pretende-se, entre outros objetivos, obter ganhos de eficiência na distribuição e afetação dos recursos do SNS, através da adoção de formas de gestão flexíveis e de mecanismos concorrenciais entre prestadores de cuidados, estando previsto que os preços máximos a pagar no âmbito das convenções sejam os constantes na tabela de preços do SNS, permitindo-se, mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, o estabelecimento de preços inferiores ou a aplicação de uma tabela de preços específica. Os Hospitais do SNS poderão aderir aos contratos de convenção celebrados ao abrigo deste novo regime jurídico, usufruindo das vantagens que esta nova modalidade permite.

Por último, importa referir que no âmbito do processo de melhoria do parque tecnológico e da capacidade de resposta instalada no HFF à procura no âmbito dos MCDT, têm vindo a ser autorizados investimentos neste Hospital (no âmbito do despacho n.º 2296/2013) com o objetivo contribuir para o aumento da eficiência da instituição, para que esta assegure o cumprimento integral dos TMRG e para que possa satisfazer internamente todas as necessidades ao nível da realização de MCDT sem o recurso a serviços externos à capacidade instalada na instituição, destacando-se a autorização dada pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde para:

- Aquisição de equipamento de equipamento de ressonância magnética, equipamento de anestesia e monitorização e equipamento de Tomografia Axial Computorizada (TAC) - investimento global de cerca de 1.400.00 €, aprovado em 18.03.2014
- Remodelação do serviço de patologia clínica, compreendendo a reorganização do espaço existente e a ocupação de um terraço, a fim de melhorar as condições a utentes e profissionais, de modo a resolver os atuais constrangimentos resultantes do subdimensionamento do espaço físico - investimento global de cerca de 600.00 €, aprovado em 09/07/2014;

3. Promover a avaliação de desempenho dos membros do conselho de administração tendo em consideração o desempenho do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca face aos restantes hospitais do SNS.



O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca é uma entidade pública empresarial e, nessa sequência, rege-se pelos estatutos aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro (cfr. artigo 1.º, n.º 3) e, ainda, pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades constantes do referido diploma e nos estatutos aprovados em anexo (cfr. artigo 5.º, n.º 2).

Nos termos do n.º 2 do artigo 6.º dos respetivos estatutos, os membros do conselho de administração são nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado, sendo-lhes aplicável o estatuto de gestor público, sem prejuízo do disposto no artigo 20.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (cfr. artigo 13.º, n.º 1 dos referidos Estatutos).

A aplicabilidade aos membros do conselho de administração das entidades a que se aplica o estatuto do gestor público, previsto no Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, dita a sujeição do respetivo desempenho das funções de gestão a avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados nas orientações previstas no artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de outubro, ou decorrentes do contrato de gestão.

Atenta a sua qualidade de gestores públicos, os membros dos conselhos de administração das entidades públicas empresariais podem ser demitidos quando lhe seja individualmente imputável uma avaliação de desempenho negativa, designadamente por incumprimento dos objetivos referidos nas orientações fixadas ao abrigo do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 03 de outubro, ou no contrato de gestão.

Os referidos membros do conselho de administração são, ainda, nos termos do disposto no artigo 23.º do estatuto do gestor público, *penal, civil e financeiramente responsáveis pelos atos e omissões praticados durante a sua gestão, nos termos da lei.*

Acresce que, nos termos do disposto no artigo 14.º dos estatutos das entidades auditadas, os Ministros das Finanças e da Saúde podem dissolver o conselho de administração em razão da verificação de *a) Desvio substancial entre os orçamentos e a respetiva execução; b) Deterioração dos resultados da atividade, incluindo a qualidade dos serviços prestados* (n.º 1), ressalvadas os casos em que *o conselho de administração tenha tomado todas as medidas adequadas para evitar a verificação dos factos referidos no número anterior* (n.º 2).



Evidencia-se que as recentes modificações ao estatuto do gestor público (Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro) obrigam à celebração de um contrato de gestão com qualquer empresa pública, no prazo de 3 meses a contar da designação do gestor público, sendo que o desrespeito pelo prazo estabelecido será cominado com a nulidade do ato de nomeação. Realça-se a obrigatoriedade de previsão, nos aludidos contratos de gestão, da demissão do gestor público no caso de a respetiva avaliação de desempenho ser negativa.

No respeitante às entidades públicas empresariais integradas no SNS, e uma vez que importa considerar a realidade específica do setor da saúde, foi desenvolvido um modelo de contrato de gestão que considera três áreas chave: 1) Orientações gerais e estratégicas para o mandato; 2) Objetivos anuais para o mandato; 3) Remuneração dos gestores.

Os conselhos de administração dos hospitais dos centros hospitalares e da Unidades Locais de Saúde do setor público estão a concluir e assinar os respetivos contratos de gestão, com a avaliação do cumprimento destes totalmente alinhada com a avaliação do desempenho assistencial e económico-financeiro da instituição no seu todo, garantindo-se assim uma responsabilização a todos os níveis pelos cuidados que são prestados à população.

Com os melhores cumprimentos,

Rel' O Chefe do Gabinete

(Luís Vitorio)

Paula Maia Fernandes
Adjunta do Gabinete do Ministro da Saúde



Data: 22-08-2014



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro José F.F. Tavares
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência
Entrada - 9971
Processo - 248/2014

ASSUNTO: Auditoria de resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE
Processo n.º 05/2013 - Audit

Na sequência da notificação, do passado dia 08.08.2014, relativa à auditoria de resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE, foi o Ministério da Saúde informado por parte da Excelentíssima Senhora Subdiretora-Geral do Tribunal de Contas da Mensagem Fax n.º 669/2014-DAVI, de que na sequência da análise à referida resposta se verificava que as alegações deste Ministério da Saúde não se pronunciavam «sobre a justificação apresentada pelo HFF,EPE, para, nos casos de falta de capacidade de resposta em tempo útil, remeter preferencialmente, a realização de MCDT's para entidades privadas, nomeadamente "(...) a maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS (...)».

Face ao exposto, vem o Ministério da Saúde apresentar alegações adicionais, com vista a uma maior clarificação do entendimento defendido.

Em primeiro lugar, cabe sublinhar que do teor do Relato (ponto 7.6, página 50), resulta que o Tribunal de Contas verificou que face ao aumento da procura dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e face à falta de capacidade de resposta em tempo útil ou por limitações, o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE (HFF) recorre a entidades externas (públicas e privadas), sendo que para tal "são analisadas as prioridades pelo

/DF

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt

DCIC 25.8.14 14482





responsável do serviço de imagiologia, e fundamentadas conforme normas estabelecidas, sendo emitidas credenciais devidamente autorizadas pelo responsável do serviço de imagiologia. Aquelas credenciais são posteriormente remetidas à Direção de Produção de forma a confirmar a necessidade de recurso a entidade externa e proceder à validação do termo de responsabilidade”.

Mais se retira do Relato que, não obstante estar definido tal procedimento “a Direção de Produção, por norma, apenas remete para os hospitais do SNS as situações consideradas urgentes, em razão da maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS. No entanto, é censurável a falta de percepção de conjunto, uma vez que é mais económico para o SNS, em termos consolidados, a realização daqueles exames internamente, desde que haja capacidade instalada em tempo útil”.

Face a esta conclusão, já o Ministério da Saúde alegou que nos termos do Despacho n.º 10430/2011, de 1 de agosto, de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, se refere que “os hospitais que integram o SNS devem assegurar a realização dos MCDT necessários aos seus utentes como regra, através da sua capacidade instalada ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, pelo recurso à subcontratação de entidades externas especializadas do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado”.

Mais se alegou que “dado o imperativo de salvaguarda do estado de saúde, nem sempre é viável recorrer a unidades do SNS para a realização de MCDT e.g. incapacidade de prestação de cuidados em tempo útil; tempo, custo e efeito deletério do transporte de doentes sobre o estado do doente, tempestividade para a obtenção de resultado, nível de complexidade do diagnóstico e terapêutica. Assim sendo, pode ser desejável o recurso ao sector social e privado para a realização de MCDT”.

A questão é que, estando perante uma atividade de prestação de cuidados de saúde o raciocínio tem de ter por base outras condicionantes, como aliás já se antecipou nas alegações iniciais, como por exemplo, a distância a ser percorrida, o custo do transporte e mais importante, o efeito deletério do transporte do doente, para além da tempestividade para a obtenção do resultado e ainda o nível de complexidade do diagnóstico e terapêutica.

Face ao exposto, o Ministério da Saúde considera que as disposições vigentes procuram alcançar o equilíbrio entre a utilização mais racional dos recursos e a garantia de acesso dos cidadãos, em

/DF



qualidade e segurança e em tempo útil, conforme é possível concluir do disposto no Despacho n.º 10430/2011, de 1 de agosto, de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, nomeadamente quando no seu preâmbulo é referido que *“Assegurar uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, sem prejuízo da garantia de acesso efetivo dos cidadãos, com elevada qualidade, aos cuidados de saúde que os seus estados clínicos exigem, constitui um dos objectivos fundamentais de uma política de saúde que vise assegurar o direito à proteção da saúde.”*

De referir aliás que, não obstante do Relato de auditoria resulte que a Direção de Produção do HFF, por norma, apenas remete para os hospitais do SNS as situações consideradas mais urgentes, em razão da maior competitividade dos preços praticados pelas entidades privadas face aos preços estabelecidos na tabela de preços do SNS, não podemos deixar de pressupor que a referência a tal competitividade por parte do HFF não se limitará ao preço *tout court* fixado na tabela mas terá, sempre, subjacente, também, entre outros, um critério de custo pela deslocação do utente e respetivo transporte, bem como a garantia de acesso efetivo do utente aos meios necessários, até porque, e conforme já se referia nas alegações iniciais, o recurso a entidades privadas e sociais requer justificação prevista ao abrigo do Código dos Contratos Públicos, devendo ser apresentados argumentos para a aquisição do sector não público.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

(Luís Vitório)

/DF

Gabinete do Ministro da Saúde
Av. João Crisóstomo, 9 - 6º, 1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL + 351 21 330 50 00 FAX + 351 21 330 51 61 EMAIL gms@ms.gov.pt www.portugal.gov.pt



2. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

S-10124/2014/ACSS-DATA: 28-07-2014



S/referência: Of. 10868, de 14.07.2014

N/referência: 10124/2014/DFI/UGR Coord./ACSS

Exmo. Senhor
Auditor Coordenador
Dr. José António Carpinteiro
Tribunal de Contas
Rua Barbosa du Bocage, 61
1069-045

**Assunto: Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE .
Processo n.º 05/2013 – Audit. Contraditório.**

Em resposta ao solicitado através do V/ ofício em referência, referente ao Relato da Auditoria referida em epígrafe, informamos o seguinte em relação a cada uma das recomendações efetuadas ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS):

1. Propor ao Ministério da Saúde medidas de articulação efetiva entre os hospitais do Serviço Nacional de Saúde por forma a rentabilizar ao máximo a capacidade instalada, colocando as entidades privadas no plano da complementaridade.

Enquanto sistema colaborativo que é, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem vindo a implementar mecanismos de entreaajuda e de complementaridade entre as diferentes unidades de saúde, através da possibilidade de emissão de termos de responsabilidade sempre que uma unidade não tenha capacidade para a realização de MCDT necessários – processo utilizado de forma recorrente, ou através da operacionalização dos circuitos definidos no âmbito das Redes de Referenciação que têm vindo a ser criadas e aprovadas a nível nacional.

Para além disso, a ACSS tem vindo a propor e a operacionalizar a implementação de várias medidas que fomentam a rentabilização da capacidade instalada nas instituições do SNS, como são exemplo a antecipação para os 4 meses de tempo de espera da emissão das notas de transferência cirúrgica para outro hospital do SNS (quando para os hospitais convencionados se manteve nos 6 meses) ou a definição do modelo a adotar na análise e avaliação prévia dos acordos a estabelecer com as instituições Particulares de Solidariedade Social (dando cumprimento aos Despachos n.º 724/2013, de 14 de outubro, e Despacho n.º 2296/2013, de 1 de fevereiro, do Senhor Secretário de Estado da Saúde), seja precedida de

1/3



um levantamento das necessidades do SNS, da fixação de objetivos assistenciais pretendidos pelo Estado e de uma análise custo-benefício que considere, designadamente, a capacidade instalada do sector público

Em relação à área concreta dos MCDT, tem vindo a ser implementada a mesma estratégia de rentabilização da capacidade instalada nas instituições do SNS através da implementação de várias medidas que vão nesse sentido, como sejam o incentivo à definição de protocolos de articulação entre as Administrações Regionais de Saúde e os hospitais do SNS para a realização de MCDT solicitados pelos cuidados de saúde primários (quando esta se apresenta como a solução mais custo-efetiva), ou a operacionalização do Despacho n.º 3756/2014, do Senhor Secretário de Estado da Saúde que define que as Administrações Regionais de Saúde, I.P. contratualizam com os hospitais do SNS o aumento do número de colonoscopias realizadas após prescrição do médico de família, ou a implementação do Sistema de Gestão de Entidades (SGES), atualmente em desenvolvimento, que irá constituir o suporte ao processo de monitorização de acesso dos utentes aos MCDT e o registo central da informação prevista no n.º 6 do Despacho do SES n.º 10430/2011, de 1 de agosto, possibilitando a obtenção de informação adicional sobre a rentabilização da capacidade disponível no SNS para a realização de MCDT, entre outras iniciativas.

2. Promover o fecho de contas de exercícios económicos anteriores com o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca o mais brevemente possível, incluindo a regularização financeira da faturação irregular de quimioterapia oral através da correspondente devolução dos montantes efetivamente pagos.

O processo de conferência da produção faturada pelo HFF encontra-se em fase de conclusão, assegurando-se que não existe faturação irregular de quimioterapia oral.

De facto, o HFF considerou, numa fase inicial, que a dispensa de medicamentos antineoplásicos seria enquadrável através da classificação de GDH Médico de Ambulatório (GDH 410), na medida em que a referida dispensa de medicamentos apresentava diferentes formas de administração:

- a. Via endovenosa
- b. Via oral



No entanto, esclareceu-se que ao nível da codificação CID-9-CM apenas existia código de quimioterapia via endovenosa (99.25-Injecção/Infusão de substância quimio terapêutica do cancro), pelo que o HFF reformulou o enquadramento da medicação administrada por via oral, não a considerando elegível para efeitos de classificação em GDH de ambulatório.

Fruto desta reformulação, o HFF já promoveu a atualização da listagem final de apuramento e correção do GDH 410, nos anos de 2009 a 2012, a qual tem o impacto que se apresenta no quadro seguinte:

ANO	Episódios
2009	922
2010	6.148
2011	6.137
2012	1.468
Total	14.675

Fonte: HFF, março de 2014

Conforme já referimos, a conclusão do processo de conferência da produção faturada pelo HFF permitirá assegurar que não existe faturação irregular de quimioterapia oral.

Permitimo-nos, por último, referir que os três Acordos de Cedência de Interesse Público celebrados entre a ACSS, I.P. e o Hospital Fernando da Fonseca, EPE, a que alude o ponto "8.1.1. ACORDO DE CEDÊNCIA DE INTERESSE PÚBLICO DO HFF PARA OUTRAS INSTITUIÇÕES" do Relato da Auditoria (páginas 67 e 68), cessaram ainda no ano de 2012, reportando-se a produção de efeitos da cessação às datas de 6 de junho de 2012, 22 de agosto de 2012 e 31 de dezembro de 2012.

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: 2014.07.25T19:52:11

(João Carvalho das Neves)

BGTC 28 7 14 13034

3/3



3. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.



ARSLVT - Saúde - 14227 / DPC / 2014 - 2014-08-07

Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Dr. José Tavares
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
10869 Proc. Nº 05/2013 - Audit	14-07-2014	14227 / DPC / 2014	06-08-2014

Assunto: Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutro Fernando Fonseca, EPE

Notificada 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, vem a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo apresentar a sua pronúncia, o que faz nos seguintes termos e fundamentos.

7.1.1 Incentivos Institucionais

Considerando a proposta de recomendação vertida pelo Tribunal de Contas à ARSLVT “para garantir que na fixação dos objetivos de qualidade e eficiência sejam clarificados expressamente os critérios subjacentes à fixação das percentagens para cada um dos objetivos por referência aos indicadores”, em que na pág. 33 do Relato expõe “Contudo, não existe uma expressão aritmética que sustente os ponderadores de forma a traduzir com clareza o alcance das metas estabelecidas para a fixação dos objetivos de qualidade e eficiência”, esclarecemos que as ponderações foram anualmente estabelecidas em consonância com as prioridades regionais, nomeadamente o Plano Estratégico de 2011-2013 e os diversos Quadros de Avaliação e Responsabilização (QUAR). Para os objetivos relacionados com estes documentos foram estabelecidas ponderações mais elevadas face à importância dos mesmos, em detrimento de menores ponderações para outros objetivos que, sendo prioridades desta ARS num determinado ano, estavam dependentes diretamente de dados carregados no SICA ou do sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas.

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO-GERAL
- 7 AGO. 2015
RECEPÇÃO

DCTC 7 8 14 13664

 Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
 Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
 geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt



8.1.1 Acordo de Cedência de Interesse Público do HFF para outras Instituições

Vem o Tribunal de Contas, propor a emissão de uma recomendação no sentido de que *“não sejam celebrados [pela ARSLVT] acordos de cedência de interesse público com entidades que para o efeito tenham de contratar esses mesmos recursos humanos ou para assegurar necessidades permanentes de recursos humanos”*.

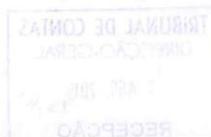
Sendo certo que é intenção desta ARS acatar as Recomendações efetuadas por esse Tribunal emitidas no âmbito dos poderes de fiscalização sucessiva que legalmente lhe são atribuídos, porquanto se entender tratar-se de importantes mecanismos de melhoria da eficiência e da melhor prossecução do princípio da legalidade dos atos de gestão cuja competência cabe a este instituto público.

De todo o modo, esta ARS gostaria de referir que os acordos de cedência celebrados em cada momento são-no numa perspetiva que não é a de fazer face a necessidades permanentes dos serviços, mas sim a de utilizar, consoante as funções que estejam em causa, pessoal com habilitações específicas disponíveis no HFF cuja rentabilidade funcional era, à data, e por força dos projetos que se encontravam em desenvolvimento na ARS, uma mais-valia específica. Reconhece-se, é certo, que esta referência pode não possuir a mesma validade para as situações em que as funções a exercer possam não ser de específica habilitação e experiência curricular, mas as cedências em causa tiveram sempre um objetivo de prossecução, da forma mais eficiente possível, do interesse público.

7.5.2 Atendimento em Urgência Básica

Quanto à última proposta de recomendação à ARSLVT *“ponderar a manutenção da prestação do Serviço de Urgência Básica de Algueirão, no período das 24h00 às 08h00, atendendo à realização de uma análise Custo-benefício”*, com desenvolvimento nas pág. 48 a 50, em que nesta última se refere que *“No entanto, apesar das diversas insistências junto da ARSLVT, o hospital não obteve qualquer resposta àquela resposta. Face ao que precede esperar-se-ia que a ARSLT apreciasse a referida proposta (...)”*.

Esta ARS não descurou o assunto abordado pelo Conselho de Administração do Hospital, pelo contrário o mesmo foi alvo de debate em diversas reuniões de negociação para os Contratos Programa, face ao impacto direto da mesma no cumprimento das orientações emanadas pela tutela respeitantes a custos e perdas de cada exercício anual, sem todavia se ter concretizado o efetivo encerramento, uma vez que o assunto extravasa a esfera do Hospital, ou seja deverá ser enquadrado na oferta global de cuidados de saúde que os concelhos de Sintra e Amadora prestam aos respetivos utentes dos cuidados de saúde primários.





O Serviço de Urgência Básica (SUB) criado em 2009 foi totalmente suportado pela ARSLVT no que respeita a equipamentos e edifício sendo a exploração do HFF, ou seja, a origem desde serviço foi desde logo assumida como uma colaboração entre diferentes níveis de prestação cuidados para com a população do concelho de Sintra.

O ano 2013 pautou-se por uma reorganização da oferta dos cuidados de saúde primários no concelho de Sintra, em que os ACES de Sintra encerrou algumas Unidades com atendimento urgente durante o período noturno e fins-de-semana, com reflexos potenciais no aumento da transferência de doentes para o SUB de Algueirão Mem Martins e para a urgência médico-cirúrgica localizada no HFF. De modo a minimizar este impacto no Hospital, o ACES Sintra partilhou a disponibilidade de alguns recursos humanos para exercerem o seu período horário na urgência do HFF, permitindo uma utilização mais eficiente de recursos do Hospital e ACES Sintra. Assim o Hospital estava em corrente dessas alterações e colaborou para que a prestação de cuidados de saúde não fosse alterada, sem no entanto deixar se se promover a utilização mais racional dos cuidados de saúde disponíveis.

Em concreto no ano 2013 foram ajustados os horários de 7 unidades dos cuidados de saúde primários do ACES Sintra, na sua maioria passando a funcionar das 8h às 20h e sem atendimento (ou atendimento parcial) ao fim semana. Esta alteração da oferta ao nível dos atendimentos complementares decorreu por se entender que existia uma sobreposição com a oferta do SUB:

- ACES Sintra: Horário de funcionamento a partir de 15 de Abril 2013, dias úteis das 20 às 24 horas, sábado das 9 às 14 horas, domingo e feriado encerrados; Redução semanal – 11 horas, com exceção de feriados;
- Queluz-Monte Abraão: Horário de funcionamento a partir de 15 de Abril 2013 - dias úteis das 20 às 24 horas, sábado das 9 às 14 horas, domingo e feriado encerrados; Redução semanal – 19 horas, com exceção de feriados;
- Cacém: Horário de funcionamento a partir de 15 de Abril 2013 - dias úteis das 20 às 24 horas, sábado das 9 às 14 horas, domingo e feriado encerrados; Redução semanal – 19 horas, com exceção de feriados;
- Algueirão: Horário de funcionamento a partir de 15 de Abril 2013 - dias úteis das 20 às 24 horas, sábado das 9 às 14 horas, domingo e feriado encerrados; Redução semanal – 15 horas, com exceção de feriados



- Rio de Mouro: Horário de funcionamento a partir de 15 de Abril 2013 - dias úteis até às 20h, sábado das 9 às 14 horas, domingo e feriado encerrados; Redução semanal – 31 horas, com exceção de feriados
- Encerramento das instalações em Belas e deslocalização para as instalações de Queluz-Monte Abraão em Setembro de 2013 - UCSP Belas
- Redução de horário USF Albasáude – Rio de Mouro – por falta de médicos reduziu o horário de funcionamento em 2 horas (a partir de 1 julho 2013) - funcionava das 8 às 20 horas e passou a funcionar das 8 às 18 horas.

Nesta reorganização, procurou-se melhorar o acesso à consulta “aberta” nas Unidades Funcionais do ACES, marcada e realizada no próprio dia, destinada a situações de doença aguda estando presente na agenda/horário diário de cada médico, bem como da implementação de melhor sistema de inter-substituição para que se mantivesse a devida acessibilidade durante o horário de funcionamento normal em dias úteis.

Os profissionais de saúde que nestes horários prestavam cuidados nas unidades do ACES faziam-no em período de alargamento do horário de funcionamento, na generalidade com recurso a trabalho extraordinário, o que permitiu à Região reduzir custos e, ainda, organizar outra oferta de prestação de cuidados de saúde de recurso, quer de consulta programada quer de consulta aberta para situações agudas, num ACES que atualmente tem 119.923 utentes sem médico de família (32,5% do total de utentes inscritos, SIARS 06.2014).

Independentemente de uma eventual recomendação para a realização de uma análise custo-benefício, a situação não ficará de imediato resolvida, uma vez que se verifica um grande número de utentes sem médico família no ACES Sintra (é o ACES com maior proporção utentes sem médico na ARSLVT¹) impedindo de identificar uma solução que resolva todos os problemas inerentes às questões da acessibilidade, e em caso de encerramento do SUB do Algueirão no período noturno com impacto na população servida por este recurso.

No decorrer do presente ano a ARSLVT tem vindo a monitorizar detalhadamente os dados respeitantes às urgências hospitalares da Região, conforme documento em anexo, e verifica-se que nos primeiros 7

¹ A junho 2014 o ACES Sintra apresentava 32,5% dos utentes sem médica família, o ACES Amadora 24,7% e a média regional era de 21,5% (os utentes sem médico de família por opção não estão aqui contabilizados). Em conjunto nos dois ACES existem 165.889 utentes inscritos sem médico num total de 559.767 utentes inscritos.

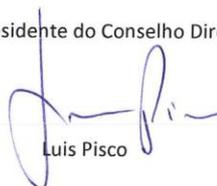


meses de 2014 o SUB do Algueirão representou 17% do total de atendimentos realizados no horário das 0h às 08h. Destes atendimentos, 26% dos classificados com a cor verde segundo a triagem de Manchester, foram realizados no SUB Algueirão-Mem Martins, se acrescentarmos os atendimentos classificados com a cor azul foram pelo menos 1.216 doentes que não se dirigiram à urgência médico-cirúrgica do HFF, reduzindo o tempo de espera para o atendimento, neste último local.

Sem dúvida esta ARS compreende as alegações do HFF quanto à necessidade de encerramento do SUB, pelo menos no período noturno, mas face às alterações efetuadas nas unidades do ACES Sintra no ano transato², será conveniente a manutenção do SUB, que não sendo um substituto cuidados de saúde primários, mantém uma oferta de cuidados de saúde em situações de doença aguda em adultos, para utentes da área de influência do HFF de modo a evitar uma procura desadequada à urgência médico-cirúrgica localizada no edifício do Hospital. Manteremos a monitorização pormenorizada dos dados às urgências hospitalares, para podermos reavaliar o impacto do encerramento no horário das 0h às 8h no início do próximo ano, com a informação completa do ano 2014.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice-Presidente do Conselho Diretivo,



Luis Pisco

² No ano 2012 o SUB assistiu 38.008 doentes, mas em 2013 (nos dados constantes no SICA) registou-se um aumento de 5,2% (40.000 atendimentos), que não será alheio às reduções de horário efetuadas no ACES Sintra.



Fonte: Plataforma de registos - SU - com início a 17/01/2014

Dados extraídos a: 31-07-2014

Período de análise: 17-01-2014 a 21-07-2014 (mês ainda por concluir)

Análises realizadas:

- Tabela 1.** Caracterização sumária unidades hospitalares por meses de monitorização
- Tabela 2.** Médias diárias vs. Médias Mensais - por unidade hospitalar e agregado
- Tabela 3.** Caracterização por horário de atendimento
- Tabela 4.** Caracterização horário de atendimento - por triagem de Manchester
- Tabela 5.** Período atendimento por triagem de manchester - Representações Gráficas



Tabela 1. Caracterização sumária unidades hospitalares por meses de monitorização

Mês	Unidade Hospitalar		Total
	Hospital Fernando Fonseca	SUB Algueirão-Mem Martins	
Janeiro	5.175	2.290	7.465
Fevereiro	9.388	4.107	13.495
Março	11.080	4.470	15.550
Abril	10.869	4.196	15.065
Maió	10.784	3.976	14.760
Junho	11.212	4.184	15.396
Julho	7.604	2.817	10.421
Total	66.112	26.040	92.152

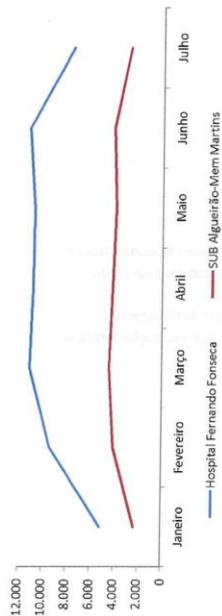


Tabela 2. Médias diárias vs. Médias Mensais - por unidade hospitalar e agregado

Mês	Média Diária no mês		Total
	Hospital Fernando Fonseca	SUB Algueirão-Mem Martins	
Janeiro	345	153	498
Fevereiro	335	147	482
Março	357	144	502
Abril	362	140	502
Maió	372	137	509
Junho	374	139	513
Julho	362	134	496
Média Mensal	9.445	3.720	13.165

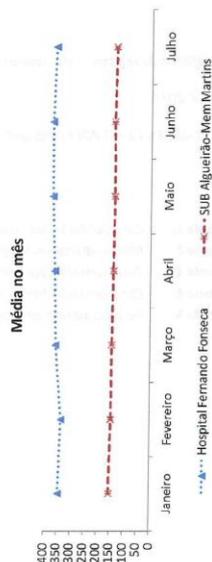




Tabela 3. Caracterização por horário de atendimento

Mês	00h - 08h		08h - 20h		20h - 00h	
	Hospital Fernando Fonseca	SUB Algueirão-Mem Martins	Hospital Fernando Fonseca	SUB Algueirão-Mem Martins	Hospital Fernando Fonseca	SUB Algueirão-Mem Martins
01-2014	614	147	3.638	1.745	723	398
02-2014	1.137	255	7.102	3.111	1.149	741
03-2014	1.305	267	8.239	3.415	1.536	788
04-2014	1.409	290	7.973	3.149	1.487	757
05-2014	1.399	297	7.790	2.974	1.595	705
06-2014	1.458	305	7.993	3.108	1.761	771
07-2014	1.002	198	5.515	2.093	1.087	526
Total	8.324	1.759	48.450	19.595	9.338	4.686

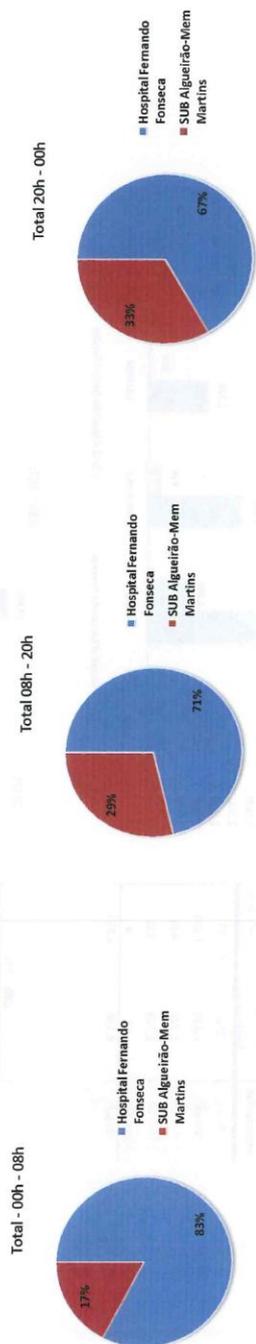
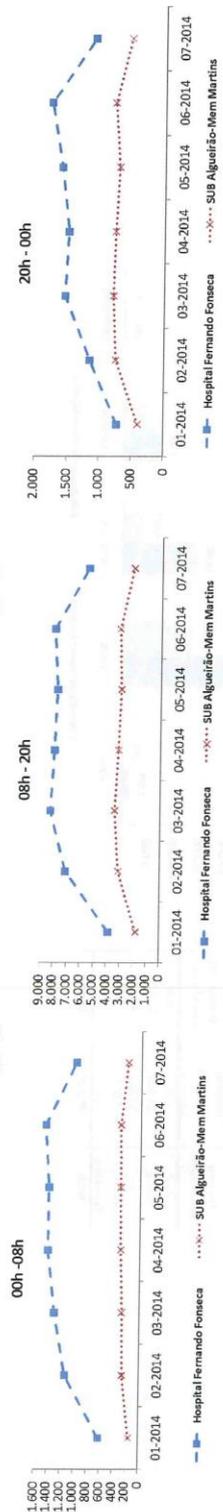
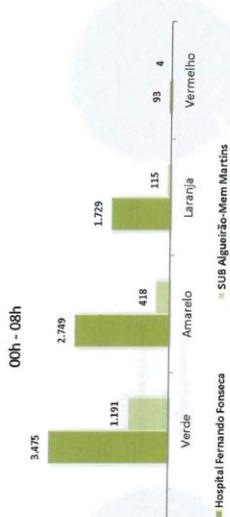




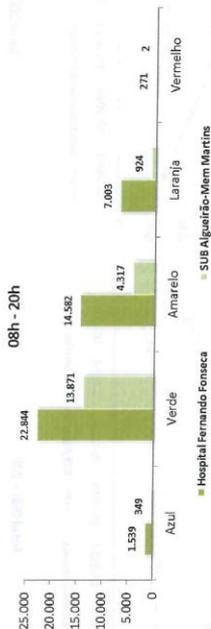
Tabela 4. Caracterização triagem de Manchester - por horário de atendimento

Notas: Apenas incluídas as cores: Azul, Verde, Amarelo, Laranja e Vermelho

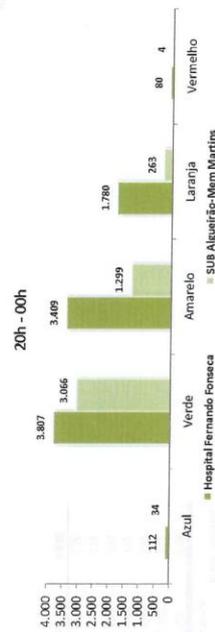
Triagem Manchester	00h - 08h	
	Hospital Fernando Fonseca	SUB Algueirão-Mem Martins
Azul	152	25
Verde	3.475	1.191
Amarelo	2.749	418
Laranja	1.729	115
Vermelho	93	4
Total	8.198	1.753



Triagem Manchester	08h - 20h	
	Hospital Fernando Fonseca	SUB Algueirão-Mem Martins
Azul	1.539	349
Verde	22.844	13.871
Amarelo	14.582	4.317
Laranja	7.003	924
Vermelho	271	2
Total	46.239	19.463



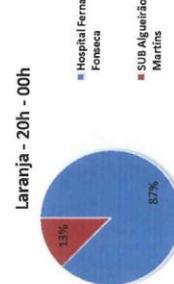
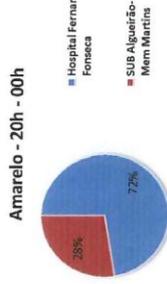
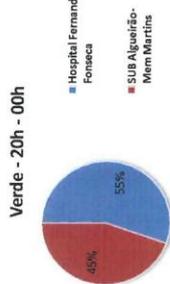
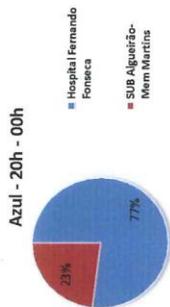
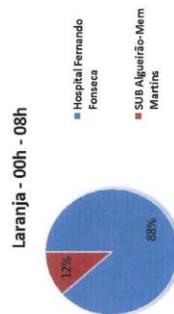
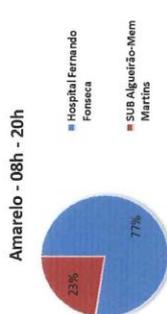
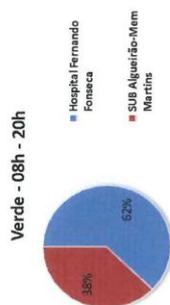
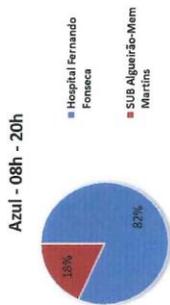
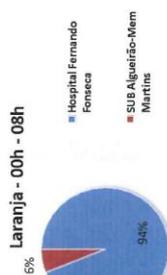
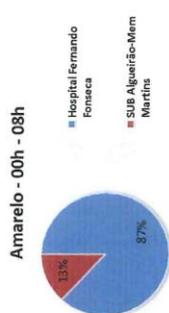
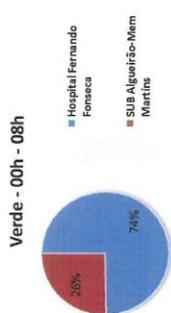
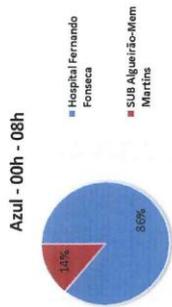
Triagem Manchester	20h - 00h	
	Hospital Fernando Fonseca	SUB Algueirão-Mem Martins
Azul	112	34
Verde	3.807	3.066
Amarelo	3.409	1.299
Laranja	1.780	263
Vermelho	80	4
Total	9.188	4.666





Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Gráficos





4. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., e Maria Teresa Pinto Esteves Maia Correia, António Vasco Sande Castro Salgado e Maria Helena Martins Alves



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

CA 41/2014

Amadora, 29 de Julho de 2014

Assunto: Auditoria aos Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Exmos. Senhores,

Pelo presente, junto enviamos a V. Exas. a Resposta em termos de Contraditório do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, ao Relato de Auditoria aos Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando, EPE, Processo Nº 05/2013 – Audit.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho de Administração

Luís Manuel Abrantes Marques

Margarida Maria Pires Garcia Rato

Luís Miguel Ferreira Rodrigues Gouveia,

Nuno Afonso da Costa Alves



João Luís Perestrelo Viera



Maria Teresa Pinto Esteves Maia Correia

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

Amadora, 29 de Julho de 2014

Assunto: Auditoria aos Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Exmos. Senhores,

Pelo presente, junto envio a V. Exas. Resposta em termos de Contraditório ao Relato de Auditoria aos Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando, EPE, Processo Nº 05/2013 – Audit.

Com os melhores cumprimentos,

Maria Teresa Pinto Esteves Maia Correia



DCGC 29 7 14 13159



António Vasco Sande Castro Salgado

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

Amadora, 29 de Julho de 2014

Assunto: Auditoria aos Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Exmos. Senhores,

Pelo presente, junto envio a V. Exas. Resposta em termos de Contraditório ao Relato de Auditoria aos Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando, EPE, Processo Nº 05/2013 – Audit.

Com os melhores cumprimentos,

António Vasco Sande Castro Salgado



DGTC 29 7 14 13158



Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Maria Helena Martins Alves

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

Amadora, 29 de Julho de 2014

Assunto: Auditoria aos Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Exmos. Senhores,

Pelo presente, junto envio a V. Exas. a Resposta em termos de Contraditório ao Relatório de Auditoria aos Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando, EPE, Processo Nº 05/2013 – Audit.

Com os melhores cumprimentos,


Maria Helena Martins Alves



BGTC 29 7 '14 13157



→
me #
Jc
Kall



Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Processo n.º 05/2013-Audit



ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	3
II - DESENVOLVIMENTO	4
1. Actividade Hospitalar	4
1.1. Consulta Externa	4
1.2. Internamento	7
1.3. Urgência	11
1.4. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)	12
1.5. Gabinete do Utente	14
2. Recursos Humanos	15
2.1. Mobilidade por Cedência de Interesse Público	15
2.2. Recrutamento dos Trabalhadores	16
2.3. Reformados/Aposentados	17
2.4. Abonos Para Além da Remuneração Base - Pagamentos indevidos a título de Subsídio de Função	17
2.5. Abonos Para Além da Remuneração Base - Pagamentos indevidos por atribuição de Isenção de Horário	18
2.6. Abonos Para Além da Remuneração Base – Benefícios Atribuídos aos Membros do CA	18
2.7. Controlo de Assiduidade – Registo Biométrico	19
3. Aquisição de Bens e Serviços	19
3.1. Serviços Jurídicos	19
3.2. Outros Bens e Serviços	19
4. Incentivos Institucionais	20
4.1. Acessibilidade	20
4.2. Incentivos Institucionais de 2012	20
5. Situação Económico-Financeira	21
5.1. Balanço	21
5.2. Taxas Moderadoras em Dívida	22
6. Redução do financiamento	24
7. Facturação	24
7.1. Urgência Geral	24
7.2. Ponto de situação do processo de facturação	25
8. Redução de Custos e Sustentabilidade	25
9. Correções	27
III - EVENTUAIS INFRACÇÕES FINANCEIRAS	29
IV - RECOMENDAÇÕES	32

Handwritten initials and marks in the right margin.

Resposta em termos de Contraditório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



I - INTRODUÇÃO

O Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF), recebeu o Relato de Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Processo n.º 05/2013-Audit, o qual agradece e que mereceu a nossa melhor atenção.

Trata-se de um documento da maior importância, por um lado, porque o objectivo da Auditoria foi avaliar os resultados do HFF, no que respeita a economia, eficiência e eficácia da gestão, abrangendo o cumprimento de critérios de equidade e qualidade e por outro lado, porque incidiu no período 2009 a 2012, os primeiros quatro anos de gestão pública. E, inevitavelmente, de modo mais formal ou informal, há tendência a comparações. Que devem ser feitas de forma cautelosa e prudente, até porque os contratos de financiamento da gestão privada e gestão pública são substancialmente diferentes. Mas, com a prudência e reserva necessárias a um exercício deste tipo, as conclusões que constam do Relato de Auditoria, referentes à avaliação da performance do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca como entidade pública empresarial por comparação com a gestão privada anterior e com outros hospitais do SNS, são muito interessantes. Até pela singularidade de, em Portugal, este ser o único Hospital que foi gerido com dois modelos, na substância, muito diferentes. Cremos ser uma base de reflexão sobre gestão hospitalar muito válida.

Mas este documento é igualmente importante, porque nos permite o conhecimento transmitido por uma entidade independente e credível como o Tribunal de Contas, sobre o que fazemos bem e o que fazemos mal ou menos bem. E este conhecimento é fundamental, sabendo que está em causa a gestão do bem público. E a forma como entendemos as conclusões e recomendações do Tribunal de Contas, sobre os aspectos mais negativos, é compreender o erro e corrigi-lo. Defender o nosso ponto de vista se discordamos, mas assumir e corrigir o erro, se existente. De forma transparente, rigorosa e com o compromisso de fazer bem. Sobre este aspecto, o Relato de Auditoria feito a este Hospital pela IGAS - Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, sobre "Ação de Prevenção e Detecção de Situações de Corrupção e de Fraude nesse estabelecimento hospitalar", Processo n.º 16/2013-AP, nomeadamente no seu Ponto 2.2., é esclarecedora. Por isso, os profissionais deste Hospital entendem bem as Auditorias e participam, activamente, no processo.

Numa apreciação mais geral deste Relato, o Conselho de Administração concorda, na globalidade, com o respectivo conteúdo, nomeadamente, no que diz respeito às conclusões e recomendações, estas últimas, na sua maioria já implementadas ou próximas de implementação. Sobre os aspectos que merecem a nossa discordância e reparo, apresentamos, de seguida, o nosso entendimento. De forma fundamentada e construtiva.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



II - DESENVOLVIMENTO

1. Actividade Hospitalar

1.1. Consulta Externa

(Ponto 7.2. do Relato do Processo n.º 05/2013-Audit, Volume I)

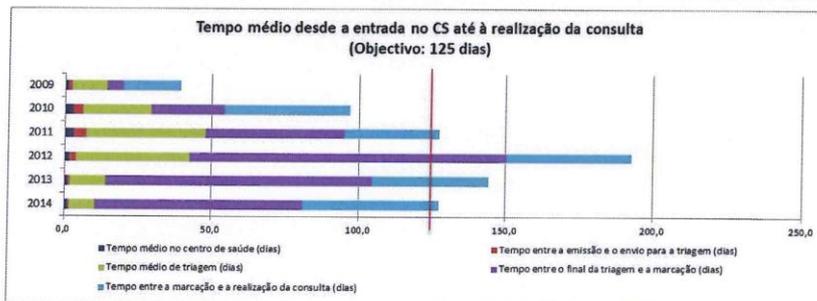
- 1.1.1. Identificada em 2011 como uma actividade a melhorar, a Consulta Externa foi entendida, em 2012, como área prioritária de intervenção. Dessa forma, foi solicitada à Auditoria Interna que efectuasse um trabalho de auditoria à Consulta Externa na óptica da Acessibilidade, o qual constituiu a base do respectivo processo de reorganização. Posteriormente, foi definido um novo enquadramento orgânico, através da criação formal do Serviço da Consulta Externa e respectiva nomeação de um Director de Serviço, Enfermeiro Chefe e Gestor de Produção. Esta deliberação do Conselho de Administração de 28 de Março foi divulgada através do Boletim Informativo nº15/2013.
- 1.1.2. O crescimento contínuo da produção nesta linha de actividade, é resultado das alterações atrás referidas e demonstra uma inequívoca promoção da acessibilidade e encurtamento dos tempos de resposta. Ao mesmo tempo, assegurou-se um peso relativo de primeiras consultas superior a 30%, fortalecendo e garantindo essa acessibilidade.
- 1.1.3. O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF), elegeu a acessibilidade à prestação de cuidados de saúde como o primeiro vector estratégico de desenvolvimento, o qual também é assumido como prioridade em relação à actividade contratualizada com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e consagrada no Contrato Programa do HFF. Deste modo, o Hospital organizou-se e ajustou-se de forma a assegurar a adequada resposta às necessidades de cuidados de saúde da Comunidade da sua área de referência. Os indicadores constantes dos gráficos e tabelas, apresentados de seguida, evidenciam essa evolução.
- 1.1.4. No caso do “Tempo Médio de Resposta” ao pedido, bem como a “% de Pedidos Atendidos em Tempo Adequado”, é evidenciada uma melhoria sustentada e decorrente das já referidas acções desencadeadas no sentido da promoção da acessibilidade. Esta evolução integra ainda o crescimento de referenciação de consultas através da plataforma CTH, que passou de um fluxo mensal de 211 consultas em 2009, para 3.473 em 2014.

[Handwritten signatures]

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE



Handwritten notes and signatures in blue ink, including a checkmark and several initials.

Última Especialidade do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cardiologia	22,6	50,6	71,4	112,6	83,2	78,1
Cirurgia Geral	33,8	57,4	80,2	108,2	56,4	33,1
Cirurgia Geral - Obesidade			142,2	251,3	427,2	329,9
Cirurgia Maxilofacial	31,5	67,8	59,4	54,4	76,0	99,2
Cirurgia pediátrica	44,9	90,1	76,4	101,9	104,6	90,6
Cirurgia Plástica Reconstructiva	51,7	66,7	81,0	68,5	63,1	31,4
Doenças Infecciosas	39,0	60,9	68,5	111,1	52,5	33,3
Gastroenterologia	50,7	134,2	137,1	153,3	248,7	244,4
Ginecologia	36,5	102,6	124,2	187,2	108,5	51,1
Ginecologia - Apoio à Fertilidade						
Imuno-hemoterapia						
Medicina Física e de Reabilitação - Fisiatria						31,1
Medicina interna	32,9	74,3	76,0	87,5	59,6	50,1
Nefrologia	63,1	94,4	99,1	87,5	68,4	55,4
Neurologia	74,5	65,4	59,0	94,0	109,9	115,9
Obstetrícia			29,5	41,9	36,3	29,9
Oftalmologia	68,5	269,9	394,4	367,3	269,2	279,3
Ortopedia	85,0	142,5	230,5	294,7	367,8	338,2
Otorrinolaringologia	47,1	94,8	101,6	174,2	104,2	42,1
Pediatria	45,1	78,3	96,0	144,0	112,1	71,3
Pneumologia	36,1	106,8	147,6	170,8	175,1	143,3
Psiquiatria - Consulta Geral					52,2	70,0
Urologia	32,5	89,9	87,3	93,4	99,4	87,9
Total	39,7	99,1	128,5	193,4	144,1	127,3

Resposta em termos de Contradiatório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

O valor de referência de 125 dias para o “Tempo Médio de Resposta aos Pedidos de Consulta”, encontra-se praticamente em linha com os resultados já apurados no decorrer de 2014, tendo sido atingido na generalidade dos Serviços com actividade na Consulta Externa. Este esforço traduz uma resposta adequada às solicitações dos ACES Sintra e Amadora com os quais o HFF se articula.



Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Última Especialidade do pedido	% pedidos atendidos em tempo adequado					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cardiologia	100,0%	86,0%	73,3%	46,1%	64,3%	77,6%
Cirurgia Geral	96,9%	94,1%	77,7%	82,2%	97,5%	98,7%
Cirurgia Geral - Obesidade			40,0%	0,0%	5,9%	2,9%
Cirurgia Maxilofacial	100,0%	81,5%	92,9%	96,1%	91,6%	78,6%
Cirurgia pediátrica	80,0%	88,9%	90,3%	87,5%	87,2%	88,3%
Cirurgia Plástica Reconstructiva	95,2%	93,4%	87,5%	97,4%	98,4%	99,1%
Doenças Infecciosas	100,0%	81,4%	68,7%	79,6%	89,0%	94,9%
Gastroenterologia	69,6%	30,5%	56,0%	61,6%	18,8%	18,1%
Ginecologia	80,5%	46,9%	52,7%	37,3%	61,7%	88,0%
Ginecologia - Apoio à Fertilidade						
Imuno-hemoterapia						
Medicina Física e de Reabilitação - Fisioterapia						100,0%
Medicina interna	83,3%	76,1%	70,5%	59,8%	83,2%	87,9%
Nefrologia	28,6%	64,7%	81,2%	88,8%	94,4%	98,0%
Neurologia	100,0%	98,2%	98,2%	92,5%	89,3%	87,8%
Obstetrícia			100,0%	99,1%	99,7%	99,9%
Oftalmologia	27,3%	0,4%	2,2%	9,8%	7,6%	4,5%
Ortopedia	100,0%	51,0%	3,4%	7,2%	8,4%	5,9%
Otorrinolaringologia	60,0%	18,5%	17,3%	14,2%	53,8%	90,6%
Pediatria	90,5%	80,0%	75,7%	58,6%	70,7%	90,3%
Pneumologia	92,9%	40,6%	28,7%	22,5%	21,1%	41,4%
Psiquiatria - Consulta Geral					96,6%	95,3%
Urologia	82,4%	42,6%	66,9%	54,4%	58,2%	55,8%
Total	87,1%	57,0%	54,9%	44,7%	57,5%	63,6%

Handwritten signatures and initials

Resposta em termos de Contraditório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

1.1.5. Outro sinal do esforço do HFF no sentido de garantir a acessibilidade, é o peso relativo das primeiras consultas no total das consultas realizadas. Na tabela seguinte é notória a evolução consistente no aumento do peso relativo das primeiras consultas (24,79% em 2009 para 32,01% em 2014).

% de primeiras consultas				
2010	2011	2012	2013	2014
24,79%	28,34%	31,60%	31,58%	32,01%

1.1.6. Em relação aos pedidos em triagem, o HFF apresenta, igualmente, uma evolução muito favorável, com um tempo médio de 8,6 dias em 2014. Esta variação corresponde a uma diminuição de 38% face a 2013.



Última Especialidade do pedido	Tempo médio de triagem (dias)					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cardiologia	4,9	3,9	5,2	9,0	4,3	3,8
Cirurgia Geral	13,3	5,1	7,2	7,5	6,0	4,7
Cirurgia Geral - Obesidade			10,9	14,1	280,8	150,7
Cirurgia Maxilofacial	7,0	11,6	5,9	3,3	2,7	1,5
Cirurgia pediátrica	8,7	15,8	22,0	16,0	4,3	3,4
Cirurgia Plástica Reconstructiva	10,0	8,0	17,6	6,7	7,0	5,8
Doenças Infecciosas	5,8	5,8	13,7	9,4	6,4	4,7
Gastrenterologia	10,6	15,4	18,3	26,6	24,7	26,2
Ginecologia	6,1	9,6	10,7	11,0	7,0	4,1
Ginecologia - Apoio à Fertilidade						
Imuno-hemoterapia						
Medicina Física e de Reabilitação - Fisioterapia						9,4
Medicina Interna	2,3	8,1	4,2	7,0	7,0	7,0
Nefrologia	11,1	22,3	20,2	18,2	10,2	4,7
Neurologia	32,7	12,3	8,2	6,8	4,6	4,0
Obstetrícia			2,4	1,5	1,6	1,3
Oftalmologia	49,3	177,2	254,5	103,0	6,6	8,7
Ortopedia	12,5	46,2	115,8	58,1	54,8	30,0
Otorrinolaringologia	2,0	8,4	15,0	20,0	8,0	3,1
Pediatria	8,9	18,7	34,1	49,1	14,3	4,4
Pneumologia	6,3	14,5	9,2	10,1	10,6	7,4
Psiquiatria - Consulta Geral					2,9	3,6
Urologia	11,3	12,9	14,6	12,9	12,3	13,4
Total	11,5	23,4	40,6	38,7	11,9	8,6

Handwritten signatures and initials

Resposta em termos de Contraditório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

1.2. Internamento

(Pontos 7.3. e 7.4. do Relatório do Processo n.º 05/2013-Audit, Volume I)

Actividade Cirúrgica e Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)

Ao nível da LIC, o HFF tem procurado assegurar, igualmente, tempos de resposta dentro do referencial estabelecido no âmbito do Contrato Programa celebrado com a ARSLVT, conforme se pode observar no quadro apresentado de seguida. É de realçar o esforço adicional para garantir estas metas, considerando as dificuldades verificadas na substituição de médicos, quer devido aos prazos associados à efectiva contratação, quer devido à não contratação. Este facto tem impacto na programação das actividades do HFF, particularmente, na actividade cirúrgica, devido ao contexto delicado em matéria de recursos humanos, associado ao Serviço de Anestesiologia.

Especialidade	N.º Utentes em espera na LIC					Mediana do tempo de espera da LIC (dias)				
	dez-09	dez-10	dez-11	dez-12	dez-13	dez-09	dez-10	dez-11	dez-12	dez-13
Cirurgia Geral	1.065	1.114	979	1.145	832	76,0	97,3	88,2	82,1	70,0
Cirurgia Plástica	453	566	468	593	547	133,8	100,4	88,2	85,2	112,5
Cirurgia Maxilo-Facial	16	17	38	18	8	53,2	118,6	33,5	36,5	44,1
Oftalmologia	325	289	242	528	551	76,0	54,8	36,5	73,0	133,8
Otorrinolaringologia	165	194	210	448	462	57,8	79,1	57,8	70,0	103,4
Urologia	129	224	272	348	274	48,7	57,8	42,6	48,7	60,8
Ortopedia	428	486	575	614	367	124,7	118,6	124,7	94,3	136,9
Ginecologia	352	283	200	199	383	82,1	97,3	70,0	48,7	97,3
Cirurgia Pediátrica	354	338	324	201	160	173,4	97,3	97,3	124,7	68,4
TOTAL	3.287	3.511	3.308	4.094	3.584	91,3	97,3	85,2	79,1	91,3



Especialidade	Média do TE dos operados no HFF (Programados)					N.º doentes operados no HFF (Programados)				
	2009	2010	2011	2012	dez-13	2009	2010	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	49,9	49,6	47,1	49,9	53,6	4.954	4.690	4.759	4.889	5.266
Cirurgia Plástica	62,4	76,4	42,9	34,0	40,8	1.280	1.517	1.884	1.871	1.878
Cirurgia Maxilo-Facial	39,5	29,9	41,2	43,0	37,0	155	152	160	203	147
Oftalmologia	27,2	24,9	17,9	24,2	35,7	2.611	3.103	3.176	3.358	3.160
Otorrinolaringologia	30,6	32,2	40,9	48,4	66,7	1.570	1.579	1.447	1.470	1.313
Urologia	67,8	52,3	53,8	48,0	60,5	1.297	1.497	1.501	1.499	1.379
Ortopedia	20,5	23,7	26,4	29,8	30,0	2.512	2.526	2.499	2.556	2.424
Ginecologia	76,3	88,0	85,7	72,4	77,5	995	1.040	930	821	750
Cirurgia Pediátrica	159,6	143,7	121,7	125,2	82,3	656	700	742	690	753
TOTAL	48,2	48,3	43,5	43,9	49,3	16.030	16.804	17.098	17.357	17.070

Handwritten initials and marks on the right side of the table.

Em 2012, o aumento verificado na Lista de Inscritos para Cirurgia, na especialidade de Oftalmologia, não pode deixar de estar associado ao reforço da actividade na linha de produção da Consulta Externa e consagrado no Acordo Modificativo do Contrato-Programa de 2012, celebrado entre a ARSLVT e o HFF. A partir da análise da Lista de Espera da Consulta (LEC), foram contratualizados acréscimos significativos na actividade de consulta para as especialidades que apresentavam números mais elevados de doentes em espera, nomeadamente, na Oftalmologia. Assim, considerando o ano de emissão do pedido, o esforço realizado pelo HFF, no caso particular da Oftalmologia, levou a que cerca de 78% das consultas realizadas tivessem entrada em Lista de Espera em 2010 e 2011. Daqui resultou, naturalmente, um acréscimo de doentes em lista de espera cirúrgica.

Complexidade – Índice de Case-Mix (ICM)

Ao nível do internamento, entre 2011 e 2012, o HFF aumentou, de forma significativa, a sua complexidade, devido à melhoria dos registos clínicos e à diferenciação dos procedimentos efectuados; no internamento cirúrgico, o ICM passou de 1,2096 para 1,2232 e no internamento médico, passou de 0,7923 para 0,8052. No entanto, entre 2012 e 2013, houve uma inversão no comportamento, devido ao novo *Agrupador de GDH AP27*. Assim, registou-se uma redução acentuada do ICM do internamento cirúrgico, 1,2232 para 0,9532 e um aumento significativo do internamento médico, de 0,8052 para 0,9161. Refira-se que, entre 2013 e 2014, foi retomada, novamente, a subida do ICM cirúrgico que passou de 0,9532 para 1,1027.

ICM - 2011/2014				
	2011	2012	2013	2014
C	1,2096	1,2232	0,9532	1,1027
M	0,7923	0,8052	0,9161	0,9143

Resposta em termos de Contraditório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.



Internamento – Eficiência e Qualidade

Quanto ao reporte dos resultados referentes à eficiência e qualidade no internamento, o HFF comunicou os seguintes indicadores, em 2012 (Janeiro a Outubro/último mês disponibilizado pela ACSS):

- % de doentes sinalizados para a RNCC (o HFF não dispõe desta informação internamente, mas encontra-se disponível na plataforma da RNCC);
- % de internamentos com demora superior a 30 dias (disponível no “tableau de bord” publicado pela ACSS);
- % de reinternamentos em 5 e 30 dias; (disponível no “tableau de bord” publicado pela ACSS).

[Handwritten signatures and initials]

Assim, não está correcta a afirmação que consta do Ponto 19. do Relato da Auditoria.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

As dificuldades e constrangimentos associadas à referenciação de doentes para a RNCCI e Rede Social, têm provocado dificuldades crescentes aos Serviços do HFF, conduzindo ao aumento de dias de internamento e agravando a *demora média*, nomeadamente, pelo atraso na concretização das propostas de encaminhamento dos doentes. Pela criticidade, importa referir os constrangimentos associados à referenciação de doentes para a Rede Social e ainda, no âmbito da continuidade de cuidados de natureza social, obrigando à manutenção de utentes com alta clínica, decorrente da quase nula resposta das entidades externas.

Apesar de se evidenciar uma ligeira melhoria face a 2012, constata-se, ainda assim, uma forte pressão no sentido da utilização da plataforma do internamento para resposta a situações não clínicas e de garantia de continuidade de cuidados de saúde não hospitalares, com todos os inconvenientes daí decorrentes. Esta incapacidade de assegurar a continuidade de cuidados, constitui um factor agravante da permanência dos doentes em meio hospitalar com, frequentemente, uma demora superior a 30 dias.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Resumo Acumulado do Internamento Social e RNCCI (Internados no HFF)

Ano	Int. Social e Ped.	RNCCI	Social c/ Alta	Pediatria Social c/ Alta	Ref.ª RNCCI c/ Alta	Total HFF	Total Adultos	% Lotação HFF (c/Pediatria)
2008	18	18	14	5	18	36	31	4,58%
2009	12	14	10	2	14	26	24	3,30%
2010	24	15	21	2	15	38	36	4,89%
2011	26	25	23	3	25	51	48	6,52%
2012	17	29	14	4	29	46	43	5,87%
2013	16	28	14	3	28	44	41	5,83%

Taxa de Cesarianas

A monitorização e controlo da taxa de cesarianas têm sido objecto de particular atenção por parte do HFF, não só por constar nos incentivos institucionais, como ainda, considerando a necessidade de correcção da sua evolução. Neste sentido, o Serviço de Obstetrícia e a sua Urgência - Bloco de Partos, reviram a evolução da *Taxa de Cesarianas* e as suas principais indicações (estado fetal não tranquilizador, suspeita de incompatibilidade fetopélvica, apresentação anómala, útero cicatricial, trabalho de parto estacionário, patologia materna que contra-

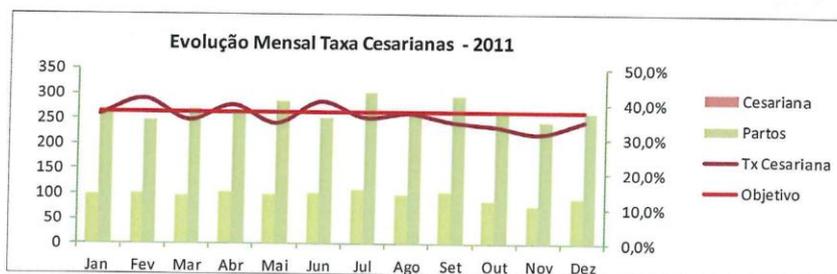


Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

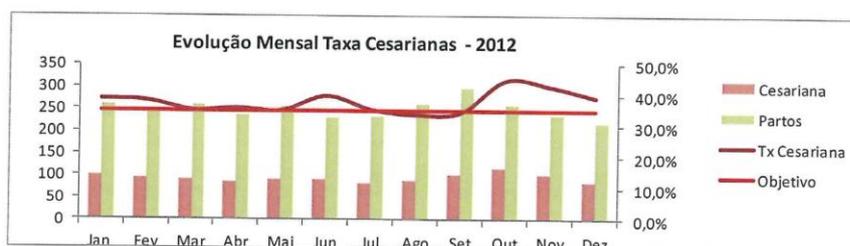
indica parto vaginal e patologia grave própria ou associada à gravidez) e reviram ainda os procedimentos (indução do trabalho de parto).

Assim, foi possível inverter o sentido da evolução da Taxa de Cesarianas, em 2014, face ao período 2011-2013.

2011													
TIPO PARTO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Acum
Eutóxico	152	123	148	136	163	127	168	142	175	149	151	139	1773
Fórceps	4	3	3	5	4	6	7	4	1	2	3	2	44
Ventosa	14	18	23	17	19	16	18	20	17	22	14	30	228
Cesariana	100	102	96	104	98	102	109	99	103	87	77	92	1168
Partos	270	246	269,5	262	284	251	302	265	296	260	245	263	3213
Tx Cesariana	37,0%	41,5%	35,4%	39,7%	34,5%	40,6%	36,1%	37,2%	34,8%	33,5%	31,4%	35,0%	36,4%



2012													
TIPO PARTO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Acum
Eutóxico	131	128	138	128	146	121	122	141	159	113	121	114	1562
Fórceps	6	4	1	3	3	6	1	5	11	3	3	6	52
Ventosa	21	18	28	19	17	11	27	27	24	26	11	13	242
Cesariana	100	93	91	84	90	91	82	88	102	115	101	86	1123
Partos	258	243	258	234	256	229	232	261	296	257	236	219	2979
Tx Cesariana	38,8%	38,3%	35,3%	35,9%	35,2%	39,7%	35,3%	33,7%	34,5%	44,7%	42,8%	39,3%	37,7%

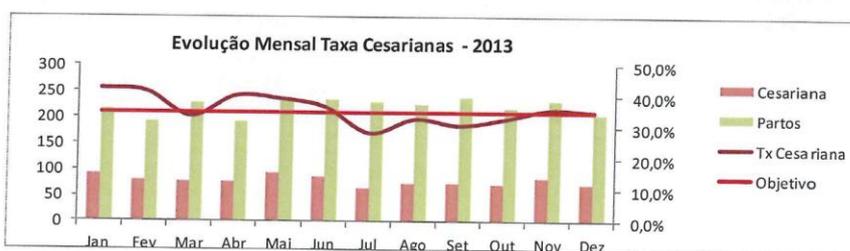


Resposta em termos de Contraditório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



2013													
TIPO PARTO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Acum
Eutóxico	101	92	132	91	114	117	135	121	142	124	124	114	1407
Fórceps	8	5	4	5	9	6	7	6	6	3	7	3	69
Ventosa	15	15	15	18	20	25	22	24	18	20	18	16	226
Cesariana	92	80	77	77	93	86	65	74	74	72	83	72	945
Partos	216	192	228	191	236	234	229	225	240	219	232	205	2647
Tx Cesariana	42,6%	41,7%	33,8%	40,3%	39,4%	36,8%	28,4%	32,9%	30,8%	32,9%	35,8%	35,1%	35,7%

Handwritten notes and signatures on the right side of the table.



Para 2014, foi definida uma *Taxa de Cesarianas* inferior a 31%, estando o HFF a aproximar-se deste valor de referência, como resultado de um trabalho integrado com o Serviço de Obstetrícia, incluindo partilha de informação por todos os intervenientes e monitorização diária do indicador.

Taxa Cesariana < 31%

2014													
TIPO PARTO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Acum
Eutóxico	116	101	118	98	118	106							657
Fórceps	11	2	6	9	8	12							48
Ventosa	27	14	16	21	17	23							118
Cesariana	72	53	61	63	73	66							388
Total Partos	226	170	201	191	216	207							1211
Tx Cesariana	31,9%	31,2%	30,3%	33,0%	33,8%	31,9%							32,0%

1.3. Urgência

(Ponto 24. do Relato do Processo n.º 05/2013-Audit, Volume I)

No ponto 24. do Relato é referido que “ (...) não se encontra uma redução estatisticamente significativa da utilização de urgências em resultado do aumento das taxas moderadoras.”

Para além do estudo referido pelo Tribunal de Contas, foram realizados outros estudos que concluíram que o aumento das taxas moderadoras conduz a uma redução global das admissões. Ver estudo realizado em 2013 - AUMENTO DAS TAXAS MODERADORAS NAS URGÊNCIAS HOSPITALARES: QUE IMPACTO SOBRE A PROCURA? - <http://run.unl.pt/bitstream/10362/11372/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Soares.pdf>

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



De forma resumida, os "estudos sobre elasticidade procura-preço", mencionados no trabalho, referem o seguinte:

- ↑ Co-pagamento induz ↓ em 38% a hospitalização e ↓ em 28% de consultas médicas;
- Taxa co-pagamento 0% utiliza 40% mais os SUH do que os indivíduos com taxa de co-pagamento 95%;
- Presença co-pagamento induz ↓ da procura dos SUH em 14,6%;
- ↑ Co-pagamento induz ↓ procura dos SUH.

O estudo também refere que "Os acréscimos ao preço foram os seguintes: 108% para Serviço de Urgência Polivalente; 103% para Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica; 74% para Serviço de Urgência Básica e 163% para Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado."

No mesmo estudo, elaborado para a Urgência Hospitalar do Hospital Garcia de Orta, verificou-se que "os utentes não isentos são os realmente afectados pelo aumento de preço da taxa moderadora dos cuidados de saúde" e que "em ambos os sexos houve uma redução da procura do SUH, em 2012, de 14% por parte do sexo masculino e 10% no sexo feminino". As conclusões do estudo em que verifica que a procura é inelástica, têm relação directa com as situações de isenção de pagamento de taxas moderadoras e não com os utentes não isentos em que se verificou uma redução significativa de admissões.

1.4. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

(Ponto 7.6. do Relato do Processo n.º 05/2013-Audit, Volume I)

No que respeita à contratualização de exames ao exterior e conforme evidenciado, o HFF tem promovido uma particular atenção, no que respeita à redução de custos na aquisição destes serviços ao exterior. Este recurso a entidades externas está associado a áreas, relativamente às quais, o HFF:

- Não dispõe de recursos internos (humanos e equipamentos);
- Tem um custo de produção interna de exames superior ao realizado no exterior;
- Enfrenta situações de urgência, especialmente associadas a avaria de equipamentos (nomeadamente, dificuldades associadas à TAC).

O HFF tem dado particular relevância à solicitação de execução de exames, para resposta a necessidades internas, junto de estabelecimentos hospitalares do SNS e ainda, à disponibilidade do HFF em afectar a sua capacidade instalada, à satisfação de necessidades de outras instituições do SNS. Em relação às necessidades internas, já em 2014, o HFF procedeu a auscultação dos estabelecimentos hospitalares do SNS, tendo endereçado convite às instituições do SNS com indicação de inscrição na plataforma Saphety. Em futuros procedimentos, estas instituições já estarão registadas como fornecedoras. Em relação à disponibilidade do HFF para executar exames para outras Instituições, desde 2013, que este Hospital assegura os MCDT de Patologia Clínica do ACES da Amadora.



Gastrenterologia – Colonoscopias

No âmbito dos MCDT realizados pelo Serviço de Gastrenterologia, em especial no que respeita às colonoscopias, foram implementadas várias iniciativas, já oportunamente comunicadas, e que se apresentam de seguida:

- Reforço da capacidade instalada;
- Medidas para maximizar a resposta à acessibilidade de MCDT, através dos recursos humanos;
- Medidas de reforço da monitorização e controlo da actividade realizada.

Os resultados previstos a curto prazo, são:

- Aumento de 3 períodos de exames, em actividade normal;
- Período ocupado quinzenalmente, passará a ser ocupado semanalmente, em actividade normal;
- Aumento de 2 períodos de exames, em actividade complementar.

Com base nas iniciativas atrás descritas, a estimativa de produção para 2014, é a seguinte:

Serviço de Gastrenterologia - Colonoscopias (Julho 2014)				
Período	Ambulatório	Internamento	Total	Previsão 2014
2010			1842	
2011			1991	
2012			2011	
2013			1638	
2014	1028	287	1315*	2350

*Julho 2014

Ainda na área dos MCDT, importa referir, igualmente, as iniciativas implementadas e as actualmente em curso, com vista a melhorar a capacidade de oferta do Serviço de Imagiologia:

- Medidas implementadas ou em avaliação
 - Reforço de agendas ao nível da TAC, nomeadamente, manhãs de 2ª a 6ª feiras e tardes de 6ª feira, bem como sábados à tarde, ao nível da RM;
 - Início de triagem da Lista de Espera de MCDT, através da avaliação e decisão efectuados, internamente, por clínicos do Serviço;
 - Proposta de reforço da triagem da Lista de espera (LE) de MCDT, através da implementação de metodologia mais efectiva, ao nível de triagem administrativa e/ou triagem efectuada por médico a tempo inteiro;
 - Monitorização de pedidos vs capacidade de resposta e adequabilidade de atribuição de Quotas (já existentes), numa 1ª fase. Numa fase posterior, e que carece ainda de respectiva avaliação, aplicação de quotas adequadas a cada Serviço, em função da respectiva especificidade;
 - Aumento da dotação e disponibilidade de RH médicos vs TDT, face à recente autorização tutelar;
 - Introdução de mecanismos automáticos que impossibilite a prescrição de exames em duplicado, triplicado, etc.
- Promoção da acessibilidade
 - Reajuste das vagas disponibilizadas, de 15 para 20, por dia, na TAC, para doentes provenientes do internamento;

Resposta em termos de Contraditório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



- Ao mesmo tempo procurou-se ainda a assegurar, regularmente, o acesso à ecografia geral e EcoDoppler, aos doentes do internamento.
- Plano de Investimentos - Equipamentos
 - Expectativa de significativo aumento da capacidade de realização de MCDT, ao nível da TAC e RM, considerando a perspectiva de aquisição de novos equipamentos. Actualmente, o HFF confronta-se com significativos constrangimentos nesta área, decorrentes dos equipamentos estarem obsoletos;
 - Proposta de aquisição de novo ecógrafo.
- Monitorização e controlo de prescrição de exames
 - Proposta de introdução de mecanismo automático para saída de LE de pedidos de exames em “duplicado”, logo após a realização de exame;
 - Introdução de mecanismo de diferenciação de LE de exames, com e sem tempo clínico (i.é., com ou sem consulta agendada);
 - Acções de sensibilização periódicas e contínuas, ao corpo clínico do Hospital, devido à crescente “duplicação e/ou triplicação” de pedidos de exames.

1.5. Gabinete do Utente

(Ponto 7.8. do Relato do Processo n.º 05/2013-Audit, Volume I)

Reclamações

Na que respeita ao Ponto 51. do Relato de Auditoria, importa referir que o Gabinete do Utente, respeita a legislação prevista referente ao tratamento das reclamações, nomeadamente, fazendo cumprir o previsto no Despacho n.º 8958/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Sobre este assunto, foi ainda disponibilizada a Circular Normativa n.º4/CD/2013 com a data de 01.02.2013, pela ARSLVT, que reforça a necessidade de envio das vias azul e amarela das reclamações apresentadas, dentro do prazo de 5 dias úteis, respectivamente ao Gabinete do Ministro da Saúde e à Direcção-Geral da Administração e Emprego Público (DGAEP).

É de referir que a posição dos utentes e que consta do Livro de Reclamações, é utilizada. De facto, esta informação consta dos Planos de Actividades dos Serviços, integrada no Capítulo da Qualidade e são discutidos, individualmente e anualmente, com o Conselho de Administração. Note-se, igualmente, que o HFF disponibiliza instalações específicas nas Urgências e ainda na Consulta Externa, devidamente assinaladas, para apresentação de reclamações com apoio administrativo. Ao mesmo tempo, é disponibilizado Livro de Reclamações em diversos locais do HFF e ainda no exterior, onde se verifica a realização de actividade hospitalar.

Em 2012, o HFF identificou a necessidade de melhorar o processo de tratamento das Reclamações e decidiu implementar uma solução aplicacional que eliminasse o papel, que permitisse a rastreabilidade de toda a gestão das reclamações e que possibilitasse efectuar insistências automáticas junto dos Serviços e respectivas Direcções, com o objectivo de diminuir o tempo de resposta. Assim, procedeu-se ao desenho e implementação da fase 1 de uma aplicação informática para a gestão de reclamações, “Sugira”, com o objectivo de permitir a rastreabilidade de toda a gestão das reclamações, nomeadamente:

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



- Desde a data de entrada até à resposta ao utente;
- Identificar e notificar os Responsáveis pelas respostas;
- Tornar obrigatória a descrição de medidas correctivas a adoptar pelos Serviços;
- Identificar os prazos de resposta associados às diversas fases do respectivo processo e envio de alertas para os responsáveis por essas respostas.

Já em 2013, iniciou-se a utilização da referida aplicação. Esta assegura um fluxo que permite aos Directores de primeira linha terem conhecimento das suas reclamações e encaminhar aos visados nas mesmas, para elaboração de justificações, nomeadamente, a obrigatoriedade de descrição de medidas correctivas a adoptar pelos Serviços. Adicionalmente, foi ainda disponibilizada uma solução aplicacional de gestão, em articulação com a Direcção de Qualidade, que permite aos Serviços verificarem, estatisticamente, indicadores de gestão referentes às Reclamações. Para garantir a adequada implementação, foi proporcionada formação à equipa dos Directores de primeira linha, incluindo Directores de Serviços clínicos, enfermagem, técnicos superiores de saúde e técnicos superiores.

2. Recursos Humanos

(Ponto 8. do Relato do Processo n.º 05/2013-Audit, Volume I)

Em relação às conclusões apresentadas no Relato, relativas aos Recursos Humanos, o nosso entendimento é o seguinte:

2.1. Mobilidade por Cedência de Interesse Público

Relativamente à motivação das cedências de interesse público, informamos que a decisão do Conselho de Administração em contratar os referidos profissionais assentou em necessidades reais deste Hospital, devidamente identificadas e fundamentadas, sendo que as mesmas foram antecipadas quanto aos seus efeitos em razão dos pedidos formais promovidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – Instituto a quem compete prosseguir as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo Ministro, tendo, nomeadamente, a atribuição de Coordenar as actividades no MS para a definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente definindo normas e orientações relativas a (...) regimes de trabalho, (...), e pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Instituto a quem compete, designadamente, garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde.

Efectivamente, a posterior integração dos técnicos Nuno Tiago Costa Arraiolos e Ana Maria Sofia Macias Ferreira neste HFF, a partir de Junho e Dezembro de 2012, respectivamente, assim o demonstram.

Por outro lado, o HFF assegurou, nos casos em concreto, recursos humanos tecnicamente qualificados e experimentados na área da saúde.

[Handwritten signatures and initials]

Resposta em termos de Contradiatório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



Por último, nada na lei impede que a entidade empregadora entenda ceder um seu trabalhador a entidade terceira, assim todos os contraentes o acordem.

2.2. Recrutamento dos Trabalhadores

No que concerne às conclusões sobre os «processos de recrutamento dos trabalhadores cedidos», inseridas no ponto 59.º do Relatório, constata-se que o mesmo ignora o instrumento de regulamentação colectiva de trabalho aplicável aos mencionados grupos profissionais (que vigora desde Novembro de 2003, e no qual, como é consabido, este HFF sucedeu à então Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA). Neste, poder-se-á verificar (respectivamente, cláusulas 3.ª e 4.ª) a incumbência do HFF em promover o recrutamento em obediência a critérios objectivos e cumprindo inclusive condições de preferência quando as mesmas se verificarem.

Ora, foi precisamente sustentado em critérios objectivos, como sejam i) a aferição da necessidade do recurso; ii) existência dos critérios de dotação de pessoal; iii) dos requisitos legalmente exigidos aos candidatos; iv) da experiência profissional comprovada e aferida no decurso profissional que pré-existia à contratação pelo HFF, designadamente em Entidades da área da Saúde com o prestígio e abrangência de matérias como se constata na ACSS, I.P., que o HFF entendeu como adequados e efectivos mais-valias para esta Entidade assegurar os identificados recursos humanos.

Sem prejuízo do que objectivamente respeita ao HFF, em concreto o quadro legal que se nos coloca em sede do acordo de empresa aplicável aos mencionados recrutamentos, permitimo-nos acrescentar não ser crível que a quem compete prover o Sistema Nacional de Saúde das orientações sobre a correspondência legal em sede de regimes de trabalho, como é o caso singular da ACSS, I.P., tenha promovido, indiciado, ou sequer sugerido práticas ilegais em sede de provimento de recursos humanos.

Mas, ainda que pretenda reconduzir o processo de recrutamento do regime de pessoal deste Hospital, única e exclusivamente, ao plasmado no mencionado n.º 4 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, convirá certamente o entendimento desse Tribunal de Contas que nuns casos a lei pormenoriza, até onde é possível ou conveniente, os actos que a Administração deve praticar, e noutros deixa-lhe, no âmbito do exercício das respectivas funções, acentuada margem de liberdade, ocorrendo ali uma situação de predominante vinculação, e aqui de predominante discricionariedade.

Ora, parece ser precisamente esta última a praxis legal que impera para o regime de recrutamento do sector empresarial do Estado, pois não apenas a mencionada disposição decorre como um complemento ao âmbito liberal no recrutamento de pessoal (ao remeter para o regime do Código do Trabalho), como é pacífico e do conhecimento geral que os procedimentos de recrutamento de pessoal nas entidades do Estado que seguem o regime de direito privado não se consomem numa obediência estrita aos mencionados princípios.

Se assim não fosse, estariam certamente os Ministérios das Finanças e da Saúde a exigir a evidência do cumprimento desses mesmos princípios quando analisam e deferem os recrutamentos nos hospitais EPE.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



2.3. Reformados/Aposentados

Relativamente à conclusão apresentada sobre a impossibilidade de recrutar 3 trabalhadores reformados, com recurso a mecanismos de antecipação ou com fundamento em incapacidade, desde logo reiterar que, nos casos identificados (todos técnicos de diagnóstico e terapêutica), não estamos perante contratações deste HFF, antes sim da Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA.

Carece, assim, de rigor o descrito a páginas 72 do Volume I, designadamente «*No entanto, e apesar dos responsáveis do HFF conhecerem os impedimentos legais à contratação dos referidos profissionais, como aliás, se comprova pela Informação e Parecer que sobre esta matéria foi emitido pela Caixa Geral de Aposentações (CGA) 91, não deixaram de os contratar.*»

Não obstante, e detendo-nos no Volume II, ponto 8.2.1, a saber «*ilegalidade decorrente da manutenção de profissionais reformados*», e afastando, desde já, a violação do normativo previsto n.º 2 do art.º 3º do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de Julho (por se tratar de diploma específico sobre o regime excepcional de contratação de médicos aposentados), permitimo-nos recuperar a exposição feita junto da CGA (N/ofício com a referência DRH/143, de 22 de Março de 2011) e reiterar todo o exposto, designadamente a factualidade vertida nos pontos 3 a 6.

Ou seja, tendo os mencionados contratos sido celebrados pela Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S. A. e assumidos na sua plenitude pelo Estado, através do n.º 4 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 233/2008, de 10 de Outubro, não se verifica nenhuma violação do normativo legal. Tanto assim é que tão pouco o Estado, fosse através do Ministério da Saúde ou da CGA, sancionaram como ilegais os contratos subsistentes, não obstante toda a informação despoletada oportunamente pelo Conselho de Administração deste HFF.

2.4. Abonos Para Além da Remuneração Base - Pagamentos indevidos a título de Subsídio de Função

No que aos médicos respeita, está em causa diferenciação residual nos valores pagos comparativamente com os montantes previstos no acordo de empresa da carreira médica, em função da actualização anual dos vencimentos base.

Efectivamente, está em causa prática consuetudinária emergente da, então, Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA a qual, necessariamente, produz um comportamento vinculativo para a entidade empregadora na relação contratual estabelecida com os seus trabalhadores sindicalizados, o que garante a estabilidade nas condições do exercício de cargo da maior relevância, das quais o direito à retribuição é elemento essencial.

Acresce informar que tais pagamentos não contrariam normas legais imperativas e que, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, mantém este Hospital uma configuração sobre a forma de remunerar funções de enquadramento para os profissionais médicos que não encontra paralelo em nenhum outro Hospital, inclusive após o que surtiu ao nível da mais recente regulamentação colectiva entre o Ministério da Saúde e as carreiras Médicas.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Resposta em termos de Contraditório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



Já sobre os enfermeiros, e informando de que não está em causa qualquer pagamento «de quantias superiores às previstas no acordo de empresa», estamos, novamente, perante prática consuetudinária emergente da, então, Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA a qual, necessariamente, produz um comportamento vinculativo para a entidade empregadora na relação contratual estabelecida com os seus trabalhadores sindicalizados, o que garante a estabilidade nas condições do exercício de cargo da maior relevância, das quais o direito à retribuição é elemento essencial.

2.5. Abonos Para Além da Remuneração Base - Pagamentos indevidos por atribuição de Isenção de Horário

Quanto às conclusões do Relato sobre eventuais atribuições de suplementos remuneratórios a médicos e enfermeiros, mediante o regime da isenção do horário de trabalho, com o pagamento de montantes acima do previsto na regulamentação colectiva aplicável, refira-se:

Quanto aos médicos, estão em causa contratos de comissão de serviço residuais, os quais, por especial necessidade deste Hospital, legitimaram a adopção do pagamento de regime de isenção de horário de trabalho de 30% sobre o vencimento base, que não os 20% previstos como valor indicativo no acordo de empresa da carreira médica. A racionalidade de organização e de funcionamento da estrutura produtiva deste Hospital assim o impôs.

Ora, a dupla e simultânea conexão entre os destinatários de um instrumento de regulamentação colectiva não impede que estes adoptem, na relação de trabalho entre si, tratamento mais vantajoso para o trabalhador, assim inexistindo norma legal imperativa que o impeça.

É o que se verifica nesta circunstância, aferindo o regime subsidiário do Código do Trabalho.

Relativamente aos enfermeiros, a conclusão do Relato tem um erro de conteúdo, uma vez que remete para o mesmo acordo de empresa dos profissionais médicos, quando aos profissionais de enfermagem se aplica o acordo de empresa publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, 1.ª série, n.º 45, de 8/12/2003 com as alterações que constam dos Boletim do Trabalho e Emprego n.º 26, de 15/07/2008 e n.º 22, de 15/06/2009, designadamente (n.º 2 da cláusula 31.ª), «2-Os profissionais com isenção de horário têm direito a uma retribuição adicional, não inferior a 20%, calculada sobre a sua retribuição».

2.6. Abonos Para Além da Remuneração Base – Benefícios Atribuídos aos Membros do CA

Como refere o Relato da Auditoria, “Para além da remuneração a que têm direito como contrapartida do seu trabalho, os membros do CA podem ainda usufruir dos vários benefícios cujo direito lhes é reconhecido pelo próprio Estatuto do Gestor Público (EGP), designadamente o reembolso de despesas com a utilização de telefone móvel, telefone domiciliário e internet, bem como a utilização de viatura de serviço.”

Foi entendimento do Conselho de Administração, vertido na “Política de Viaturas do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE”, aprovada em reunião do Conselho de Administração, de 20.12.2012, que as viaturas afectas aos membros do CA, são de utilização pessoal, com base na al. b) do n.º 4 do Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de Março. Outro é o entendimento do Tribunal de Contas, o qual respeitamos. No entanto, é

Resposta em termos de Contradiatório ao Relato da Auditoria de Resultados ao
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



inequívoco que, a ser irregular a utilização das referidas viaturas, ela não foi efectuada de forma consciente ou dolosa. Aliás, essa irregularidade não é compatível com o comportamento seguido pelo Conselho de Administração e que é reconhecido, inclusive, no Relatório da IGAS relativo à “Ação de Prevenção e Detecção de Situações de Corrupção e de Fraude nesse estabelecimento hospitalar”, Processo 16/2013-AP.

2.7. Controlo de Assiduidade – Registo Biométrico

A conclusão referenciada no ponto 65., sobre o registo biométrico, peca por lapso factual, porquanto a obrigatoriedade do registo biométrico dista desde Abril de 2013 (Deliberação do Conselho de Administração publicitada através do Boletim Informativo n.º 4/2013, de 18 de Março, que se anexa), sendo desde então obrigatório para todos os profissionais e colaboradores do HFF. A Auditoria, certamente por lapso, referencia erradamente que «à data de execução desta auditoria, apenas se encontra em pleno funcionamento no Serviço de Urgência», confundindo registo biométrico com a utilização da ferramenta informática da gestão de horários, a qual (inclusive) à época já era utilizada por todos os grupos profissionais, com excepção de uma grande parte dos médicos e alguns técnicos de diagnóstico e terapêutica.

3. Aquisição de Bens e Serviços

(Ponto 9. do Relato do Processo n.º 05/2013-Audit, Volume I)

3.1. Serviços Jurídicos

O Conselho de Administração (CA) do HFF, avaliou os contratos dos prestadores de serviços jurídicos, em regime de Avença, através da confrontação dos respectivos custos e benefícios e concluiu pelo excesso do número de prestadores. Desta forma, em Abril de 2014, com efeitos a Junho do mesmo ano, o CA do HFF deliberou cancelar um dos dois contratos de prestadores de serviços jurídicos, o que permitiu reduzir o custo em cerca de 23.200,00 euros por ano.

3.2. Outros Bens e Serviços

O Artigo 36.º do CCP - Decisão de contratar e decisão de autorização da despesa, tem no seu ponto n.º 1 - “O procedimento de formação de qualquer contrato inicia-se com a decisão de contratar, a qual cabe ao órgão competente para autorizar a despesa inerente ao contrato a celebrar, podendo essa decisão estar implícita nesta última”. Nesse sentido, foi entendido pelo HFF que a decisão de contratar e respectiva autorização de despesa, em relação aos dois investimentos referidos no Relato de Auditoria, aquisição de 252 camas no valor de 464.972,76 euros + IVA e aquisição de 21 máquinas de lavar arrastadeiras, no montante de 121.955,00 euros + IVA, teve início através da abertura dos respectivos Concursos Públicos, durante os anos de 2010 e 2011 (decisões anteriores ao Despacho do SES n.º 3402/2012, de 28 de Fevereiro).

No entanto, compreendemos o entendimento do Tribunal de Contas. Aliás, queremos reafirmar o nosso compromisso de cumprimento do supra identificado Despacho do Secretário de Estado da Saúde. De facto, desde a entrada em vigor do referido Despacho, o HFF, à presente data, já enviou três procedimentos de pedido de

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



autorização prévia, precedidos do envio dos respectivos formulários para certificação da ARSLVT. Todos os três pedidos enviados, tiveram parecer favorável para os respectivos investimentos.

Handwritten notes and signatures:
H
J
-17
m
K

4. Incentivos Institucionais

4.1. Acessibilidade

Conforme referido no ponto 2 e tendo presente as metas de desempenho contratualizadas ao nível da acessibilidade foram implementados mecanismos de monitorização, acompanhamento e controlo com vista ao HFF garantir a sua concretização. Particular importância assume a actividade cirúrgica e ainda a Consulta Externa, cujos resultados não deixam de evidenciar o percurso realizado pelo HFF, traduzindo uma efectiva preocupação em garantir a necessária acessibilidade, em tempo útil aos cuidados de saúde requeridos pela Comunidade. Assim, o HFF procurou garantir tempos de resposta dentro do referencial estabelecido no âmbito do Contrato Programa e de acordo com as respectivas metas, conforme se pode apreender através do quadro apresentado de seguida.

Execução dos Indicadores Institucionais - CP 2013

Natureza Objectivo	Tipo de Objectivo	Descrição	Objectivo 2013	Realizado 2013	Taxa de Cumprimento
Objectivos Nacionais					
	Acesso				
A.1		% das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas (%)	34,50%	31,60%	91,59%
A.2		% de utentes referenciados para a consulta externa atendidos em tempo adequado	59,90%	57,50%	95,99%
A.4		% de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado	90,40%	89,35%	98,84%
Objectivos da Região					
	Acesso				
		Tempo Médio de Resposta em LIC <	120	122	101,42%

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

4.2. Incentivos Institucionais de 2012

Após a elaboração do Relato da Auditoria, por parte do Tribunal de Contas, foi feita actualização pela ACSS, dos montantes a atribuir, por via do cumprimento dos Incentivos Institucionais de 2012. O montante inscrito no Relato refere o montante a atribuir de 5.135.067,87€, o que reflecte um nível de execução de 88,4%. Entretanto, a ACSS disponibilizou, na plataforma SICA, um valor mais actualizado que atribui uma taxa de execução de 95,8%, com o consequente montante de 5.562.467,56€, conforme pode ser constatado no mapa apresentado na página seguinte.



Hospitais Gerais e IPO
Índice Desempenho Global



Instituição: Hospital Fernando da Fonseca, EPE
Monitorização Mensal Dezembro 2012

Objectivos	Peso Relativo Indicador (%)	2012			2012	
		Meta	Real	Grau de Cumprimento (%)	Grau de Cumprimento Ajustado (%)	Índice de Desempenho
Objectivos Nacionais	50					
Acesso	15					14,7
Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas (%)	3	32,1	32,3	100,6	100,6	3,0
Permitagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado, no	3	15,70	27,71	176,5	120,0	3,6
Percentagem de consultas realizadas e registadas no CTH no total de las	3	30,0	30,6	102,0	102,0	3,1
Percentagem de doentes cirúrgicos tratados em tempo adequado (K)	3	92,5	90,4	97,7	97,7	2,9
Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em	3	65,0	44,7	68,8	68,8	2,1
Desempenho Assistencial	20					18,9
Demora média (dias)	5	7,70	7,85	98,1	98,1	4,9
Percentagem de doentes saídos com duração de internamento acima do	3	1,4	1,9	64,3	64,3	1,9
Percentagem de reinternamentos em 30 dias (K)	3	8,5	8,2	103,5	103,5	3,1
Percentagem de partos por cesariana (K)	3	35,0	37,8	92,0	92,0	2,8
Percentagem da cirurgia de ambulatório (GDH) no total de cirurgias	3	54,8	56,5	103,1	103,1	3,1
Percentagem do consumo de embalagens de medicamentos genéricos, no	3	35,0	36,2	103,4	103,4	3,1
Desempenho Económico-Financeiro	15					16,1
Percentagem dos custos com pessoal ajustados no total de proveitos	3	51,5	51,5	100,0	100,0	3,0
Percentagem dos custos com horas extraordinárias, suplementos e FSE	3	33,2	34,7	95,5	95,5	2,9
Percentagem de proveitos operacionais extra contrato-programa, no total	3	3,9	8,4	215,4	120,0	3,6
EBITDA (€)	3	7.790.929,00 €	7.863.131,04 €	100,9	100,9	3,0
Acréscimo de Dívida Vendida (€)	3	0,00 €	-30.890.651,74 €	3.089.065.174.200,0	120,0	3,6
Objectivos Regionais Lisboa e Vale do Tejo	50					46,1
Tempo Médio de Resposta para Consultas Realizadas no CTH	10	125,0	193,4	45,3	0	0,0
Tempo Médio de Espera para Cirurgia (dias)	15	125,0	115,9	107,3	107,3	16,1
Redução do Nº Camas Hospitalares (botação praticada)	15	-10,0	-13,0	130,0	120	18,0
% Variação de Custos com MCDT solicitados ao Exterior (K)	10	-5,1	-8,1	158,8	120	12,0
Índice de Desempenho Global						95,8
Valor Incentivos Contratados (€)						5.806.333,6
Valor Incentivos Realizados (€)						5.562.467,56

FONTE: SICA

5. Situação Económico-Financeira

5.1. Balanço

À data de 31 de Dezembro de 2012, o total do saldo bancário à ordem ascendia a 1.808.672,49 euros, estando 331.569,37 euros mantidos na banca comercial e 1.477.103,12 Euros no IGCP, conforme consta do Quadro 56 do presente Relato (no Quadro 56 verifica-se uma troca entre a composição do saldo do Millennium e do BES).

A este saldo à ordem, deverá acrescentar-se a aplicação financeira CEDIC efectuada no IGCP, no montante de 4.200.000,00 euros, donde resulta que as disponibilidades do HFF encontram-se repartidas por 94,48% no IGCP e 5,52% na banca comercial.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.



Como se refere na nota 116 da página 81 do mesmo Relato, a utilização de contas na banca comercial assenta exclusivamente nas facilidades operacionais da plataforma electrónica dessas instituições face à plataforma do IGCP, para o pagamento mensal por lote a fornecedores e colaboradores.

Verifica-se, contudo, que a plataforma do IGCP foi sofrendo melhorias operacionais, estando criadas as condições para o HFF utilizar a plataforma desta instituição para o pagamento de salários logo que esteja estabilizada e implementada a nova aplicação de processamento de salários, que produzirá o novo ficheiro de integração com SAP e inclusão na plataforma do IGCP.

5.2. Taxas Moderadoras em Dívida

Nas demonstrações financeiras do HFF estão registadas as dívidas de taxas moderadoras e procedimentos não facturáveis ao SNS, cuja **probabilidade de cobrança foi considerada adequada**, essencialmente, por se tratar de situações com apólices de seguro accionadas (acidentes de viação, de trabalho, etc.) ou onde existem outras entidades financeiras responsáveis, como por exemplo, clubes desportivos e agrupamentos de escolas. À data de 31/12/2012, esse valor em dívida e contabilizado, maioritariamente nas contas 21130000 e 2119000, ascende a 719.180,83 Euros.

As dívidas de taxas moderadoras e procedimentos não facturáveis ao SNS, cuja **probabilidade de cobrança seja considerada remota**, por norma associadas a utentes particulares, muitas vezes sem entidade financeira responsável ou com situações de isenção ou dispensa de pagamento por regularizar, são contabilizadas apenas quando ocorre a cobrança e não aquando da geração da dívida. À data de 31 de Dezembro de 2012, esse valor por contabilizar, relativo a taxas moderadoras, ascende a 2.907.211,12 euros e o relativo a procedimentos, ascende a 724.850,58 euros.

Como questão prévia de enquadramento à política seguida pelo HFF, no que diz respeito à contabilização das taxas moderadoras, importa salientar que não podem as instituições do SNS suspender os cuidados de saúde aos utentes devedores, seja qual for a fase judicial ou extrajudicial em que a cobrança do crédito se encontre (Circular Informativa n.º 6/2011 da ACSS).

Analisando o historial de cobranças, verifica-se que, estatisticamente, existe uma elevada percentagem de incobrabilidade das taxas moderadoras em dívida, pelo que a **probabilidade de transformar esta dívida em liquidez é muito reduzida**. Verifica-se que os valores não pagos pelos utentes, no momento da prestação do acto médico, acabam por ter um fraco sucesso de cobrança, em momento posterior. Cerca de 95% dos recibos emitidos (cobranças efectuadas) dizem respeito a dívidas do próprio período, e os restantes 5% a actos de anos e períodos anteriores.

De facto, analisando a generalidade dos valores não liquidados pelos utentes, após serem solicitados a fazê-lo no momento da efectivação dos actos médicos em que comparecem, verifica-se que para além da antiguidade de muitas situações, acabam por se integrar, em parte ou na totalidade, nos critérios definidos no Despacho n.º 267/2005 do MS, por forma as administrações dos hospitais poderem declará-las incobráveis: i) insuficiência

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



económica do devedor; ii) inexistência de elementos que permitam identificar a entidade responsável ou a localização do devedor; iii) valor de dívida inferior a 3 unidades de conta processual; iv) custas judiciais para a cobrança coerciva seja 80% do valor da acção.

Ainda neste âmbito da impossibilidade de recuperação de dívidas, importa ter presente que o prazo de prescrição aplicável à cobrança de taxas moderadoras, pelos serviços do SNS, é de três anos, conforme Circular Informativa n.º 26/2011 da ACSS, a propósito do estabelecido pelo Art.º 3º do DL n.º 218/99, de 15 de Junho.

Pese embora esta fraca adesão à liquidação de valores em atraso, o processo de tentativa de recuperação da dívida gerada não é negligenciado no HFF, pois, diariamente, são notificados utentes para regularizarem os valores em dívida, mediante pagamento, quer através do envio de carta para o domicílio, quer no momento da presença no Hospital para um novo episódio.

Pese embora este trabalho diário de cobrança de dívida, também não podem deixar de ser ponderados os custos directos associados – selos, cartas, registos, trabalho administrativo, etc. – para dívidas que, muitas vezes, são claramente inferiores ao custo de cobrança.

Desta forma, o HFF entende a não integração desta dívida nas contas a receber, como uma decisão conservadora, face às evidentes condições de incobrabilidade da mesma (princípio da prudência), promovendo desta forma uma imagem verdadeira e apropriada das demonstrações financeiras, prevalecendo a substância sobre a forma, princípio fundamental no actual Sistema de Normalização Contabilística.

Para estas situações de elevada incobrabilidade, a contabilizar-se o acréscimo de proveito, teria que ser constituída em paralelo uma provisão a 100%, não aceite fiscalmente, e incongruente no plano da clareza das demonstrações financeiras por, simultaneamente com a estimativa do respectivo acréscimo de proveito, se constituir um lançamento de sinal contrário que o anulária.

Entendemos, à semelhança do nosso Revisor Oficial de Contas, que a adopção do procedimento seguido pelo Hospital é o que melhor serve a necessidade de evidenciar, cumulativamente, os proveitos quando incorridos (princípio da especialização ou do acréscimo), a integração nas contas de um grau de precaução adequado ao fazer estimativas em condições de incerteza (princípio da prudência), e a elevada probabilidade que os benefícios económicos associados fluam para a entidade (NCRF 20).

Deste modo, o Hospital zela pelo correcto reflexo contabilístico da sua situação patrimonial nos seus activos e passivos e, garante que as características qualitativas das suas demonstrações financeiras, particularmente, que a sua compreensibilidade e relevância não estão comprometidas, mas antes garantidas, com o procedimento actualmente em vigor.

Resposta em termos de Contraditório ao Relatório da Auditoria de Resultados ao
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



6. Redução do financiamento

A redução de financiamento do Hospital foi significativa nos últimos anos. De 2010 para 2014, o HFF sofreu uma redução de cerca de 30.835.000€ (-19%). Neste valor, foi retirado, do ano de 2014, a entrada do programa de pagamento da gestão de Camas de internamento de Doentes Psiquiátricos no Exterior, que passou a ser da responsabilidade de gestão do Hospital e representam um valor ano de 13.584.000€. Este montante, é considerado no Contrato Programa deste ano, mas reflecte-se na íntegra, na estrutura de custos do hospital, visto ser destinado ao pagamento das referidas camas. Consideramos esta redução de financiamento muito significativa e percentualmente superior à registada em outras unidades hospitalares.

Com a entrada, em 2013, do novo Agrupador de GDH (AP27), o preço dos actos sofreu uma redução significativa que ficou reflectida na redução de verba disponibilizada para efeitos de Contrato Programa. A redução de preço encontra-se reflectida no quadro abaixo apresentado.

	AP21	AP27	Δ	
Internamento Médico	1.781,35	2.108,72	327,37	18,38%
Internamento Cirúrgico	2.447,16	1.958,16	-489,00	-19,98%
Médicos Ambulatório	459,89	482,10	22,21	4,83%
Cirúrgicos Ambulatório	1.352,57	738,46	-614,11	-45,40%
Primeiras Consultas Médicas	83,79	76,73	-7,07	-8,43%
Consultas Subsequentes Médicas	76,17	69,75	-6,42	-8,43%
Urgência Médico-Cirúrgica	61,04	56,16	-4,88	-7,99%
Urgência Básica	34,76	31,98	-2,78	-8,00%
Imuno-hemoterapia	325,27	305,75	-19,52	-6,00%
Psiquiatria	33,79	31,79	-2,00	-5,92%
Outras	22,32	20,98	-1,34	-6,00%

Em 2013, o valor dos Contratos Programa dos Hospitais do SNS tiveram uma redução, em média, de 2,7%. No mesmo ano, o HFF sofreu uma redução de 5,3% no montante do respectivo Contrato Programa.

7. Facturação

7.1. Urgência Geral

(Ponto 7.5.1. do Relato do Processo n.º 05/2013-Audit, Volume I)

Os doentes que em 2012 não tiveram 24 horas de internamento no UICD (Unidade de Internamento de Curta Duração) não foram considerados para efeitos de facturação deste ano, enquanto doentes saídos (episódio de internamento) tendo-se promovido as necessárias correcções para esse efeito. Estes doentes foram considerados apenas como doentes de ambulatório (episódio de urgência). Foi assim dado cumprimento às recomendações da Auditoria Interna do HFF.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



7.2. Ponto de situação do processo de facturação

O processo de facturação dos diversos anos do Contrato Programa, revelou-se, por diversos motivos, um processo moroso e de alta complexidade para o HFF. Por ser um Hospital no qual não está implementado o sistema de gestão de doentes (SONHO), utilizado e gerido pelos órgãos centrais de gestão da saúde, todo o processo tem que ser ajustado ao sistema de informação em utilização, sendo por isso bastante complexo. Contrariamente aos restantes Hospitais, o HFF tem que parametrizar todas as componentes de facturação do contrato, ajustando, anualmente, o sistema de facturação às regras definidas para o ano. Por este motivo, as interações com a ACSS têm sido a chave para o avanço do processo e, estas, nem sempre têm sido efectuadas com a celeridade desejada, tanto por parte do fornecedor do sistema de informação do HFF, como da capacidade de resposta às diversas solicitações do Hospital para a ACSS.

A facturação dos anos de 2009 e 2010, devido à necessidade e correcção dos episódios relacionados com o GDH 410, e por forma a facilitar o processo, teve que ser reemitida na íntegra, substituindo a já existente e validada, em parte, pela ACSS.

O ponto de situação do processo de facturação do HFF, no momento, é o seguinte:

- Ano de 2009 - Facturação emitida desde Fevereiro de 2014, a aguardar validação final por parte da ACSS;
- Ano de 2010 - Facturação emitida desde Maio de 2014, a aguardar validação final por parte da ACSS. Excepção para a linha de financiamento para o programa TARV/HIV, cujo valor foi contestado pelo HFF em Novembro de 2012 e que, apesar das insistências já efectuadas, ainda não teve resposta por parte da ACSS;
- Ano de 2011 - Facturação emitida desde Julho de 2014, a aguardar validação final por parte da ACSS;
- Ano de 2012 - Neste momento, está a decorrer o processo de emissão da facturação do ano. Posteriormente, será enviada a facturação para validação por parte da ACSS;
- Ano de 2013 e 2014 - Está prevista a emissão da facturação, através do ajuste do sistema de informação às novas regras de facturação, estabelecidas em 2013 e 2014, e definiu-se como objectivo, no decorrer de 2014, começar a emitir a facturação, actualizada, a 90 dias.

8. Redução de Custos e Sustentabilidade

Conforme ficou detalhado no ponto 11 do Relato, o HFF tem efectuado um esforço na redução da sua estrutura de custos. Efectivamente, de 2010 para 2012, o HFF viu reduzida a sua estrutura de custos operacionais em 8%, cerca de 13 milhões de euros. No entanto, para além das poupanças referidas no Relato (entre outras, a co-geração e renegociação de contratos), houve outras medidas adoptadas pelo Conselho de Administração, com grande impacto.

Uma dessas medidas implementadas, ocorreu ao nível da negociação de valores de pagamento de actividade complementar com os profissionais do Hospital (processo que ocorreu já por duas vezes, em Outubro de 2011 e Julho de 2013), ajustando o modelo à realidade de financiamento do Hospital. Estas medidas traduziram-se numa

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



redução de custos de cerca de **1,1 milhão de euros**, considerando o valor pago em 2012 e o valor já aplicado no segundo semestre de 2013 e no primeiro semestre de 2014. Consideramos trata-se de uma redução significativa na rubrica de maior relevo na estrutura de custos do Hospital, sendo esta uma medida de gestão e sustentabilidade do HFF.

Foram identificadas e implementadas outras medidas, igualmente, de grande impacto, mas, apesar das insistências e reforços junto da tutela, não temos visto concretizadas. Temos o exemplo do encerramento da Urgência Básica de Algueirão e Mem-Martins, apenas no período das 24h-8h, com um impacto de redução de custos directa de cerca de 500.000€ (referida no Relato) e outro exemplo, ao nível dos sistemas de informação, seria a implementação do sistema SONHO, que apesar das insistências do Hospital, tem visto o seu início sucessivamente adiado por parte da tutela (SPMS). Esta substituição do sistema de gestão administrativa de doentes teria, directamente, um impacto de **200.000€** nos custos do Hospital. Adicionalmente e não quantificada, teríamos, ainda, uma poupança associada ao esforço dos recursos humanos do HFF, alocados aos desenvolvimentos da actual aplicação HOSIX, por forma a ajustá-la à realidade de facturação já existente no SONHO.

Outro aspecto que tem penalizado a eficiência do Hospital tem sido o custo suportado com os médicos internos. De facto, o número crescente de internos no Hospital, nos últimos anos, tem sido também um factor de aumento dos custos com recursos humanos. Entre 2009 e 2014, registou-se um aumento de 127 internos, existindo, actualmente, em formação, no HFF, cerca de 253 médicos internos. Estes 253 médicos internos em formação, têm um reembolso previsto em Contrato Programa, de 1.225.000,00€. No entanto, esta verba está longe de cobrir a totalidade de encargos incorridos nesta formação. De facto, em 2014, a formação de internos vai ter um custo previsto de cerca de 7.670.000,00€. Este desequilíbrio entre o custo real da formação de internos e a compensação económica pelo mesmo, estabelecida em Contrato Programa, origina uma perda directa de 6.445.000,00€, tendo-se vindo a agravar nos últimos anos.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



9. Correções

No decorrer da leitura do Relato, foram identificadas algumas situações que carecem de revisão, nomeadamente:

- *Relato, Volume I, Quadro 30 (Pág.55) – Potencial de exames a realizar no período de 8 horas*
 - O potencial da produção da TAC, deve ser considerada a partir do funcionamento permanente deste equipamento, ou seja, 24hX7 dias. Ora, verifica-se que a análise efectuada considera um período de 12hX5 dias.
 - De igual modo, a avaliação do potencial da produção da Ressonância Magnética, deve ter em conta que o seu funcionamento é de 12hX5 dias e não de 24hX7 dias, como indicado no texto do Relato.

- *Relato, Volume III, Quadro 2 (Pág.6) – Grau de execução dos incentivos institucionais – 2011*
 - No indicador “Peso dos custos com pessoal ajustados nos proveitos operacionais (%)”, no valor do “objectivo”, onde se lê 51,4, deverá ser colocado o valor de 53,2. Na coluna do “realizado”, onde se lê -1,8, deverá ser colocado o valor de 51,4. Na coluna do “desvio”, onde não se encontra colocado qualquer valor, deverá ser colocado o valor de -1,8.

- *Relato, Volume III, Quadro 4 (Pág.8) – Grau de execução dos incentivos institucionais – 2013*
 - No indicador “Peso das consultas externas com registo de alta no total de consultas externas”, na coluna do “Grau de cumprimento”, onde se lê -38,16%, deverá ser colocado o valor de 38,18%;
 - No indicador “Permilagem de doentes sinalizados a RNCCI em tempo adequado, no total de doentes tratados”, na coluna do “Objectivo para 2013”, onde se lê -8,5%, deverá ser colocado o valor de 8,51%. Na coluna do “Realizado”, onde se lê -159,7%, deverá ser colocado o valor de 159,73%;
 - No indicador “Demora Média (dias)”, nas colunas do “Objectivo para 2013” e “Realizado”, a unidade de medida é em dias e não em percentagem, conforme colocado no mapa;
 - No indicador “% doentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo”, na coluna do “Objectivo para 2013”, onde se lê -1,0%, deverá ser colocado o valor de 1,03%;
 - No indicador “% de consumo emb. medicamentos genéricos no total de emb. de medicamentos”, na coluna do “Realizado”, falta colocar o sinal percentual;
 - No indicador “% dos custos com horas extraordinárias, suplementares e fornecimentos e serviços externos III (seleccionados), no total de custos com pessoal”, na coluna do “Grau de cumprimento”, onde se lê -72,92%, deverá ser colocado o valor de 70,92%;
 - No indicador “Variação 2013/2012 do custo unitário por doente tratado/ano em VIH/(medicamentos dispensados em ambulatório)”, na coluna do “Objectivo para 2013”, onde se lê -0,5%, deverá ser colocado o valor de 5%. Na coluna do “Realizado”, onde se lê -0,5%, deverá ser colocado o valor de -5%;
 - No indicador “N.º consultas externas por médico ETC/ano na especialidade de Oftalmologia”, na coluna do “Incentivo atribuído”, onde se lê 9,6%, deverá ser colocado o valor de 9,8%.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



- *Relato, Volume III, Quadro 14 (Pág. 15) – Preços unitários MCDT realizados no exterior e preços da Portaria*
 - A variação, entre o Preço Unitário e o Preço da Portaria, do exame com o código “52330;52325”, “Manometria + PHmetria esofágica com impedância”, é de +51,3€ e não de -283€, como é apresentado no quadro;
 - A variação, entre o Preço Unitário e o Preço da Portaria, do exame com o código “58020”, “Cintigrafia miocárdica de perfusão em repouso”, é de +0,5€ e não de -289,5€, como é apresentado no quadro.

- *Relato, Volume III, Quadro 18 (Pág.22) – Execução do Orçamento*
 - Na rubrica de “Custos e Perdas – CMVMC”, o valor orçamentado em 2012 foi de 46.429.505€, que reflecte um desvio (valor) de -514.201€, com um desvio percentual de 1,1;
 - Na rubrica de “Custos e Perdas Extraordinários”, o valor orçamentado para 2013 foi de 0 (zero), que reflecte um desvio (valor) de 542.058€;
 - Na rubrica de “Proveitos e Ganhos – Outros Proveitos e Ganhos Operacionais”, o valor orçamentado, em 2011, foi de 3.214.253€.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



III - EVENTUAIS INFRAÇÕES FINANCEIRAS

Ponto 8.1.1. - Relato do Tribunal de Contas

“Celebração de contratos de trabalho sem que os processos de recrutamento tenham cumprido os princípios da igualdade de oportunidades e da imparcialidade, bem como da publicidade.”

De acordo com o exposto nos pontos 2.1. e 2.2. desta Resposta, consideramos não ter havido violação do n.º 4, do art.º 14, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 27 de Fevereiro. E a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração, concordando estes, com o n.º XI. do Projecto de Recomendações ao Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Pág. 26 do Relato do Tribunal de Contas).

Ponto 8.2.1. - Relato do Tribunal de Contas

“Ilegalidade decorrente da manutenção de profissionais reformados, que adquiriram essa qualidade por recurso a mecanismos de antecipação e por incapacidade, factos que constituíam impedimentos legais às respectivas contratações. Apesar de as respectivas contratações terem tido lugar no tempo da sociedade gestora do Hospital Amadora Sintra, S.A., mesmo tendo conhecimento dos impedimentos legais a essas contratações e bem assim, à manutenção dessas situações profissionais, designadamente na sequência da Informação e Parecer que sobre esta matéria foi emitido pela Caixa Geral de Aposentações (CGA), os responsáveis indigitados não deixaram de os manter em exercício de funções.”

De acordo com o exposto no ponto 2.3. desta Resposta, consideramos não ter havido violação do n.º 4, do art.º 78º, do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de Novembro; n.º 2 do art.º 3º do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de Julho. E a haver irregularidade, esta não foi intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.3.1. - Relato do Tribunal de Contas

“Pagamentos a funcionários, a título de subsídio de função, de quantias superiores às previstas no Acordo de Empresa. Entre 2009 e 2012, o HFF pagou em excesso aos médicos e enfermeiros ...”

De acordo com o exposto no ponto 2.4. desta Resposta, consideramos não ter havido violação do estabelecido no Acordo de Empresa do HFF (AE HFF). A haver irregularidade, esta não foi intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração, concordando estes, com o n.º XIII. do Projecto de Recomendações ao Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Pág. 26 do Relato do Tribunal de Contas).

Handwritten initials and signatures in blue ink.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



Ponto 8.3.2. - Relato do Tribunal de Contas

“Pagamento de suplementos remuneratórios de 30% quando, nos termos do Acordo de Empresa, os profissionais que beneficiem de isenção de horário de trabalho apenas teriam direito a um adicional de 20%”

De acordo com o exposto no ponto 2.5. desta Resposta, consideramos não ter havido violação do estabelecido no art.º 30.º do Acordo de Empresa; al. A) do n.º 1 e n.º 2 do art.º 22 do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de Julho. E a haver irregularidade, esta não foi intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração, concordando estes, com o n.º XIII. do Projecto de Recomendações ao Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Pág. 26 do Relato do Tribunal de Contas).

Ponto 8.3.3. - Relato do Tribunal de Contas

“Utilização das viaturas afectas aos membros do Conselho de Administração para fins particulares...”

De acordo com o exposto no ponto 2.6. desta Resposta, consideramos não ter havido violação do estabelecido no art.º 33.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março, na redacção que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro. E a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional.

Ponto 9.2. - Relato do Tribunal de Contas

“O HFF não deu cumprimento ao estipulado no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, n.º 3402/2012, de 28 de Fevereiro, segundo o qual, ficam sujeitas a autorização prévia do Ministro da Saúde, quaisquer despesas cujo valor total de investimento, a ser pago em 2012 ou anos posteriores, ultrapasse 100.000, uma vez que não respeitou aquela determinação nos concursos para aquisição de 252 camas e para aquisição de 21 máquinas de lavar arrastadeiras, os quais ultrapassaram em ambos os casos aqueles limites.”

De acordo com o exposto no ponto 3.2. desta Resposta, consideramos não ter havido violação do estabelecido no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, n.º 3402/2012, de 28 de Fevereiro. E a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração, os quais reafirmam o compromisso de cumprimento do supra identificado Despacho do Secretário de Estado da Saúde. Aliás, desde a entrada em vigor do referido Despacho, o HFF, à presente data, o CA do HFF já enviou três procedimentos de pedido de autorização prévia, precedidos do envio dos respectivos formulários para certificação da ARSLVT.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.



Ponto 10.1. - Relato do Tribunal de Contas

“Existência de contas na banca comercial utilizadas para pagamento a fornecedores e salários. Violação do princípio da unidade de tesouraria do estado”

De acordo com o exposto no ponto 5.1. desta Resposta, consideramos não ter havido violação do estabelecido no n.º 2 do art.º 2, do DL 191/99, de 5 de Junho. E a haver violação, esta foi parcial e não, certamente, intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração. De facto, em 31 de Dezembro de 2012, as disponibilidades do HFF encontram-se repartidas por 94,48% no IGCP e 5,52% na banca comercial. No entanto, verificando-se, que a plataforma do IGCP foi sofrendo melhorias operacionais, cremos estarem reunidas as condições para o HFF utilizar a plataforma do IGCP para o pagamento de salários logo que esteja estabilizada e implementada neste Hospital, a nova aplicação de processamento de salários.

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



IV - RECOMENDAÇÕES

Na *Introdução* desta resposta, afirmamos que o Conselho de Administração concorda, na globalidade, com o conteúdo do Relato de Auditoria, nomeadamente, no que diz respeito às conclusões e recomendações, estas últimas, na sua maioria já implementadas ou próximas de implementação. No entanto, de seguida, fazemos um **ponto de situação actual** sobre o estado das **Recomendações ao Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**.

Recomendações Implementadas

Consideramos *implementadas*, as *recomendações* correspondentes aos pontos XI., XII., XIV., de acordo com o exposto nesta Resposta ao Relato de Auditoria.

Recomendações em Implementação

Consideramos *em implementação*, as *recomendações* correspondentes aos pontos V., VI., VII., X. e XV., de acordo com o exposto nesta Resposta ao Relato de Auditoria.

Recomendações a Implementar

Consideramos as *recomendações a implementar*, as correspondentes aos pontos VIII. (embora já se faça algumas análises deste tipo, necessitam de ser aprofundadas e utilizadas de forma sistemática) e IX., sendo que esta, será objecto de implementação imediata.

Recomendações com implementação dependente do entendimento do Tribunal de Contas ao exposto nesta Resposta ao Relato de Auditoria

Por haver um entendimento diferente entre o Tribunal de Contas e o HFF, em relação às matérias objecto destas recomendações, nesta situação encontram-se as correspondentes aos pontos XIII. E XVI..

Resposta em termos de Contraditório ao Relato da Auditoria de Resultados ao Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE



5. Hospital Amadora-Sintra Sociedade Gestora, S.A.



HOSPITAL AMADORA SINTRA
Sociedade Gestora, S.A.

TRIBUNAL DE CONTAS

Direcção-Geral

Avenida Barbosa du Bocage,
61

1069-045 Lisboa

Reg. c/A.R.

Carnaxide, 30 de Julho de 2014

V/ Ref. DAVI-UAT 1 Proc. N.º 05/2013-Audit

ASSUNTO: Auditoria de resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Exmos. Senhores,

Em resposta à v/ comunicação em referência datada de 14 do corrente e dirigida ao Senhor Presidente do Conselho de Administração da José de Mello Saúde, Dr. Salvador de Mello, junto se envia em anexo, a resposta da Hospital Amadora Sintra Sociedade Gestora S.A. ao Relato de Auditoria de resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E. a qual também seguirá por correio electrónico para o endereço disponibilizado por V. Exas.

Sem outro assunto de momento,

Com os melhores Cumprimentos,

Rui Manuel Assoreira Raposo

(Presidente do Conselho de Administração)

DGTC 31 7 14 13251

Capital Social 1.000.000€ - pessoa Colectiva N.º 503 573 663 CRC cascais n.º 09668
Escritórios: Avenida do Forte n.º3, Ed. Suécia III, Piso 2 2790-073 Carnaxide



HOSPITAL AMADORA SINTRA
Sociedade Gestora, S.A.

TRIBUNAL DE CONTAS

Direcção-Geral

Avenida Barbosa du Bocage,

61

1069-045 Lisboa

Reg. c/A.R.

Carnaxide, 30 de Julho de 2014

V/ Ref. DAVI-UAT 1 Proc. N.º 05/2013-Audit

ASSUNTO: Auditoria de resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Hospital Amadora Sintra – Sociedade Gestora, S.A. (“Sociedade Gestora”), notificada nos termos e para os efeitos do disposto nos artigos 13.º e 87.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, vem exercer o contraditório sobre o teor do Relato de Auditoria (“Relato”) acima referido, o que faz nos termos e com os seguintes fundamentos:

I INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

As conclusões constantes do Resumo Executivo da Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), sendo em termos globais objectivas, enfermam todavia de diversas imprecisões, as quais atribuímos à circunstância de apenas terem sido consultadas para recolha de informação a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, deixando-se de lado a ora Exponente que apenas agora tem oportunidade de se pronunciar sobre as matérias aqui em causa.

Capital Social 1.000.000€ - pessoa Colectiva N.º 503 573 663 CRC cascais n.º 09668
Escritórios: Avenida do Forte n.º3, Ed. Suécia III, Piso 2 2790-073 Carnaxide



HOSPITAL AMADORA SINTRA
Sociedade Gestora, S.A.

Resta-nos, pois, procurando corresponder à solicitação de apresentação de uma resposta objectiva e quantificada aos pontos do Relato que merecem observação, tentar corrigir essas imprecisões, o que fazemos por referência directa ao ponto do Relato em causa.

II DO RELATO

Ponto 13. Avaliação da performance do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca como entidade pública empresarial por comparação com a gestão privada anterior e com outros hospitais do SNS (pág. 91 e ss).

1. No ponto 13.1.1. (cfr. ponto 89. do nº 1 Conclusões) é feita uma avaliação da eficácia da gestão através da análise da execução física e financeira da actividade contratada vs realizada.

Para o efeito foi elaborado um quadro comparativo (Quadro 67) da actividade contratada vs realizada nos anos de 2006 a 2009, a partir do qual se conclui que *“em 2009, já com a gestão pública do hospital, as taxas de execução das linhas de produção foram superiores face às do último ano de gestão privada, excepto no internamento”*.

No entanto, reconhece-se que a análise efectuada neste ponto e nos seguintes está condicionada pelo facto de a produção realizada e a correspondente remuneração durante o período de gestão privada do HFF ser ainda matéria de litígio entre a Sociedade Gestora e a ARSLVT.

Com efeito, a informação prestada pela ARSLVT com base na qual foi elaborado o referido Quadro 67 é incorrecta, tendo sido objecto de correcção na decisão do tribunal arbitral de Dezembro de 2012, de que abaixo se dará detalhe.

A título de exemplo, atente-se à comparação dos números da produção contratada em 2007 com a produção realizada indicada pela ARSLVT, a considerada pela Sociedade Gestora e a considerada provada pela referida decisão arbitral:

Capital Social 1.000.000€ - pessoa Colectiva N° 503 573 663 CRC cascais n° 09668
Escritórios: Avenida do Forte n.º3, Ed. Suécia III, Piso 2 2790-073 Carnaxide



HOSPITAL AMADORA SINTRA
Sociedade Gestora, S.A.

	<u>Pr. contratada.</u>	<u>ARSLVT</u>	<u>Soc. Gestora</u>	<u>Tribunal Arbitral</u>
Consultas Externas	212.873	220.599	223.838	220.180
Internamento	35.877	36.562	37.260	37.027
Cir. Ambulatório	1.873	484	1.955	1.651
Urgência	191.368	199.075	201.495	201.207
Hospital Dia	14.830	16.323	17.717	16.956

Ou seja, o mesmo exercício realizado com base nos números da Sociedade Gestora ou com os considerados demonstrados na arbitragem que dirimiu o litígio entre a ARSLVT e a Sociedade Gestora, daria resultados significativamente diferentes.

- No ponto 13.1.2. (cfr. pontos 90. e 91. do n.º 1 Conclusões) e tendo por objectivo avaliar a performance do HFF como entidade pública empresarial por comparação com a gestão privada anterior, foram analisados os custos operacionais médios por doente/padrão nos anos de 2007 a 2012.

Dessa análise, conclui-se que “...em 2 dos 4 anos de gestão pública registaram-se níveis de eficiência superiores ao ano mais eficiente de gestão privada (2007)”.

Sucedem que o número de doentes padrão considerados nos anos de 2009 a 2012 resultam de informação prestada pela ACSS, enquanto que o número de doentes padrão de 2007 e 2008 foram estimados em função da evolução percentual verificada entre 2009 e 2010 (3,76%).

De acordo com o Relato, tal deve-se ao facto de a Sociedade Gestora não haver facultado os referidos elementos.

Desde logo, importa referir que, de acordo com os nossos registos, não foi recepcionado pela Sociedade Gestora qualquer pedido de informação ou elementos por parte desse Tribunal. De todo o modo, em qualquer caso não estaria a Sociedade Gestora em condições de providenciar informação sobre doentes padrão, uma vez que a título de exemplo, a actividade de Cirurgia do Ambulatório não era codificada (GDH's) não sendo, consequentemente, possível determinar essa informação com precisão.

Capital Social 1.000.000€ - pessoa Colectiva N.º 503 573 663 CRC cascais n.º 09668
Escritórios: Avenida do Forte n.º3, Ed. Suécia III, Piso 2 2790-073 Carnaxide



HOSPITAL AMADORA SINTRA
Sociedade Gestora, S.A.

Ou seja, o método utilizado, “Custos operacionais por doente padrão”, não pode ser utilizado na aferição da eficiência da performance do HFF vs Sociedade Gestora já que no período de gestão desta não é possível calcular com rigor o número de doentes padrão.

Acresce que a fórmula utilizada para estimar o número de doentes padrão nos anos de 2007 e 2008, ou seja, a evolução percentual verificada entre 2009 e 2010, dificilmente terá qualquer correspondência com a realidade. A título de exemplo, em 2009 foi criado o serviço de urgência básica de Algueirão que contribuiu para um aumento de actividade em 2010 de 47.765 episódios de urgência e, conseqüentemente, um aumento significativo do número de doentes padrão nesse ano e a correspondente redução do rácio “custos operacionais/doente padrão”.

3. No ponto 13.1.3. (cfr. ponto 87. do nº 1 Conclusões) e da análise do quadro 69 (Produção realizada e remuneração) conclui-se no Relato que os montantes financeiros em litígio são significativos, sendo que, no pior cenário, a ARSLVT pode ter de vir a assumir despesa superior a €11,4 milhões.

O referido valor foi calculado apenas com base na divergência existente entre as partes relativamente às componentes fixas, e apenas para os exercícios de 2006 a 2008. A este valor acrescia ainda o resultante das componentes variáveis, reequilíbrios financeiros (IVA, IVG, Interferão, pagamento por conta, etc.), activos fixos e juros.

Como julgamos ser do conhecimento do Tribunal de Contas, as divergências entre a ARSLVT e a Sociedade Gestora relativamente à produção e respectiva remuneração dos anos de 2004 a 2008, foi objecto de arbitragem que decorreu entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012.

No acórdão arbitral proferido em 12.12.2012, por decisão unânime dos três árbitros, a ARSLVT foi condenada a pagar à Sociedade Gestora o valor de **€18.123.526,00**, acrescido de uma penalidade no valor de € 906.176,30, correspondente a 5% do valor da condenação, caso a ARSLVT não procedesse ao pagamento do montante em que foi condenada no prazo de 45 dias, e ao pagamento de juros de mora contados da data da sentença calculados

Capital Social 1.000.000€ - pessoa Colectiva Nº 503 573 663 CRC cascais nº 09668
Escritórios: Avenida do Forte n.º3, Ed. Suécia III, Piso 2 2790-073 Carnaxide



HOSPITAL AMADORA SINTRA
Sociedade Gestora, S.A.

à taxa Euribor acrescida de 5% (os juros de mora correspondem a um valor aproximado de € 2.800,00/dia).

Não tendo a ARSLVT pago à Sociedade Gestora o valor a que foi condenada, em 05.06.2014 o crédito da Sociedade Gestora sobre a ARSLVT ascendia a € 20.063.528,00.

Não obstante a decisão arbitral não ser recorrível, a ARSLVT requereu no Tribunal Administrativo uma acção administrativa de anulação da decisão arbitral.

Por seu lado e por considerar que a referida acção de anulação transitou em julgado, a Sociedade Gestora requereu no Tribunal Administrativo a execução da decisão arbitral.

Ambos os processos aguardam decisão do tribunal.

4. Ainda no ponto 13.1.3. (cfr. ponto 92. do nº 1 Conclusões), é analisada a economia da gestão com base na remuneração da produção realizada.

Neste ponto, fazendo uma avaliação *ex post* da economia do contrato de gestão, procedeu-se à análise comparativa da remuneração recebida pelo HFF em 2009 com os montantes que seriam pagos à Sociedade Gestora considerando a mesma produção, caso o contrato de gestão houvesse sido prolongado.

Verifica-se, de forma inconsistente com as conclusões retiradas nos números anteriores do Relato, que enquanto a HFF recebeu €137.864.930,00 a Sociedade Gestora teria recebido €125.230.022,00 pela mesma produção. Ou seja, a passagem para a gestão pública do Hospital custou ao Orçamento do Estado mais **€12,7 milhões**.

Com efeito, como é expressamente referido no terceiro parágrafo da pág. 89 do Relato, “*Comparando os preços unitários pagos pela ARS à Sociedade Gestora respeitantes à produção realizada no ano de 2008, verifica-se que os mesmos eram inferiores aos preços unitários fixados nos contratos-programa dos restantes hospitais do SNS*”.

Capital Social 1.000.000€ - pessoa Colectiva N° 503 573 663 CRC cascais n° 09668
Escritórios: Avenida do Forte n.º3, Ed. Suécia III, Piso 2 2790-073 Carnaxide



HOSPITAL AMADORA SINTRA
Sociedade Gestora, S.A.

É, igualmente, indício da diminuição da eficiência da gestão do HFF o facto de no ano de 2009, primeiro ano de gestão pública, o número de trabalhadores ter aumentado em 10% (282 trabalhadores) (cfr. ponto 54 do nº 1 Conclusões)

5. Por último, no âmbito da análise comparativa dos resultados da gestão privada do HFF face aos demais hospitais do SNS, não podemos deixar de referir o estudo realizado pela Universidade Nova, coordenado pelo Prof. Neves Adelino, em Novembro de 2008 onde se concluiu ser a performance do HFF no período de 2004 a 2007 significativamente melhor que a do Hospital Garcia de Orta no mesmo período.

Pela Hospital Amadora Sintra – Sociedade Gestora, S.A.

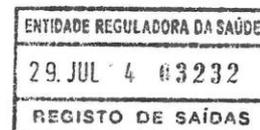
Rui Manuel Assoreira Raposo
(Presidente do Conselho de Administração)



6. Entidade Reguladora da Saúde



ERS
ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE



Venerando Juíz-Conselheiro
Dr. José Fernandes Farinha Tavares
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Registado

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
DAVI – UAT 1 Proc. n.º 05/2013 - Audit	10870 de 14-07- 2014	O.EXP/07426/14_1.ass	28/07/2014

**Assunto: Relato de auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor
Fernando Fonseca, E.P.E.**

Venerando Juíz-Conselheiro

Agradecendo o envio do Relato em epígrafe e considerando as conclusões respetivas, vem a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 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, apresentar as suas alegações, nos termos do documento anexo, que se remete em papel e em formato eletrónico, conforme solicitado.

Mais se reitera a inteira disponibilidade desta Entidade para qualquer esclarecimento adicional que repute necessário para a elaboração da versão final e definitiva do relato de auditoria.

Apresentando a V. Exa. os protestos da mais elevada consideração,

O Presidente do Conselho Diretivo

(Jorge Simões)

Rua São João de Brito, n.º 621 - L32
4100-455 Porto
TEL: 222 092 350 · FAX: 222 092 351
www.ers.pt · geral@ers.pt

BGTC 30 7 14 13182



Alegações referentes ao conteúdo do relato de auditoria de resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E.

Considerando o projeto de recomendação a emitir ao Conselho Diretivo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no sentido de *“reforçar as ações de fiscalização e aplicação das coimas previstas pelo incumprimento das obrigações das entidades prestadoras de cuidados de saúde quanto à utilização do Livro de Reclamações e ao tratamento das reclamações”*;

Considerando, ainda, o projeto de recomendação a emitir ao Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E. no sentido de *“afixar, de forma bem visível para os utentes, o dístico referindo explicitamente a existência do livro de reclamações, que deverá estar em local visível e acessível aos utentes e sem qualquer eventual tipo de entrave físico ou psicológico, garantindo que o original das reclamações apresentadas pelos utentes e/ou por seus familiares em nome daqueles, sejam remetidos no prazo legal à Entidade Reguladora da Saúde (ERS).*

Determinar que as referidas reclamações tenham o respetivo tratamento administrativo, nomeadamente que tenham sempre uma resposta em tempo útil.”.

A ERS vem, 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, apresentar as alegações referentes ao conteúdo do relato de auditoria de que foi notificada.

Compete à ERS, para cumprimento do seu objetivo de regulação de *garantia dos direitos e interesses legítimos dos utentes e de monitorização das queixas e reclamações dos utentes, bem como do seguimento dado pelos operadores às mesmas*¹, *“[...] assegurar o cumprimento das obrigações dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde relativas ao tratamento de queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, designadamente as previstas no Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro, bem como sancionar as respetivas infracções.”.*

¹ Cfr. alínea c) do artigo 33.º e alínea a) do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.



O Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 371/2007, de 6 de novembro, estabelece a obrigatoriedade de existência e disponibilização do livro de reclamações no âmbito do fornecimento de bens e prestação de serviços por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, integrados no setor não público.

Por outro lado, nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 73/2014, de 13 de maio, que estabelece as medidas de modernização administrativa aplicáveis a todos os serviços da administração central, regional e local, os serviços e organismos da Administração Pública ficam obrigados a adotar o livro de reclamações nos locais onde seja efetuado atendimento do público², devendo a sua existência ser divulgada aos utentes de forma visível, pelo que também todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos estão legalmente obrigados a disponibilizar imediata e gratuitamente o livro de reclamações, sempre que solicitado, e de acordo com as regras aí previstas³.

Assim, sem prejuízo de a ERS exercer as suas atribuições, mediante a realização de fiscalizações, emissão de ordens e/ou instruções e/ou recomendações e, quando aplicável, exercício do poder sancionatório, tudo com vista ao respeito da garantia do exercício do direito de queixa e reclamação, subsiste no setor da saúde uma diferenciação entre o regime legal aplicável a prestadores de cuidados de saúde públicos e privados, no que respeita ao tratamento das reclamações.

² Esta obrigação está contemplada na obrigação mais ampla de os prestadores do setor público integrarem o Sim-Cidadão, um sistema de rede que envolve todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do setor público do SNS, o qual tem como objetivo a recolha, registo, análise e tratamento de todas as exposições apresentadas por intermédio do "Livro Amarelo" (em cumprimento do disposto no referido Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril) ou nos próprios Gabinetes do Cidadão.

³ Atenta a nova redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 73/2014, de 13 de maio ao Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, nos termos do artigo 38.º n.º 3 do mencionado diploma, a cópia azul do livro de reclamações deve ser enviada pelo serviço reclamado ao gabinete do membro do Governo competente, acompanhada de informação sobre a reclamação, donde constem as medidas corretivas adotadas. O n.º 4 do artigo 38.º refere que a cópia amarela da reclamação deve ser enviada diretamente a AMA, I.P.. Por sua vez, o n.º 5 do mesmo preceito diz que independentemente da fase de tramitação em que se encontrem as reclamações na base de dados da AMA, I.P., cabe a cada serviço reclamado dar resposta ao reclamante, acompanhado da devida justificação, bem como das medidas tomadas ou a tomar, se for caso disso, no prazo máximo de 15 dias. Mais se refere que o assim disposto aplica-se com as devidas adaptações às reclamações apresentadas nas plataformas previstas no artigo 35.º - A, sendo o envio das cópias amarelas e azuis substituído pelo reencaminhamento automático e digital da reclamação apresentada no sítio na Internet.



De todo o modo, e conforme a ERS já vem manifestando⁴, não fará sentido que o direito do utente à reclamação sofra alterações consoante o mesmo se dirija a um estabelecimento público ou privado pois os cidadãos, que enquanto utentes recorrem aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, públicos ou privados, convencionados ou não, são titulares de um direito à reclamação, o qual se encontra *prima facie* consagrado, desde logo, na alínea g) do n.º 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde – direito a “[...] *reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados* [...]”.

Importa, todavia, salientar que com a publicação da Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto, que aprovou a lei-quadro das entidades reguladoras, assistiu-se a um reforço dos poderes de regulação.

Concretamente, nos termos do disposto na alínea e) do n.º 3 do artigo 47º, “*Sem prejuízo do disposto no Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, compete às entidades reguladoras a resolução de conflitos entre operadores sujeitos à sua regulação, ou entre estes e consumidores, designadamente: [...] e) emitir recomendações ou, na sequência do tratamento das reclamações, ordenar aos operadores sujeitos à sua regulação a adoção das providências necessárias à reparação justa dos direitos dos consumidores.*”.

Ora, de acordo com o n.º 1 do artigo 3º da referida Lei n.º 67/2013, os estatutos de cada uma das entidades reguladoras deveria ser adaptado, por decreto-lei, à Lei-quadro no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor, pelo que a ERS remeteu ao Governo um projeto de alteração de Estatutos, aguardando-se neste momento a sua adoção.

Não podendo ainda afirmar-se, com certeza, qual será a solução legislativa a final, certo é que, espera-se que seja alcançada uma melhor clarificação com a publicação dos novos Estatutos da ERS, mediante a previsão expressa de que competirá a esta Entidade Reguladora apreciar as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, assegurar o cumprimento das obrigações dos estabelecimentos relativas ao tratamento das mesmas, irrelevantemente da natureza jurídica do prestador de cuidados de saúde envolvido, bem como sancionar as respetivas infrações.

Em conclusão, e salvo melhor opinião, entende a ERS que, face ao enquadramento legal atualmente aplicável e *supra* explicitado, não haverá lugar à emissão da

⁴ Cfr. a intervenção regulatória no âmbito do processo de inquérito n.º ERS/010/13, disponível em https://www.ers.pt/pages/66?news_id=814 e no processo de inquérito n.º ERS/095/13, disponível em https://www.ers.pt/pages/66?news_id=873



Recomendação projetada, porquanto a ERS não tem deixado de intervir e é objetivo da ERS reforçar e zelar pelo direito a reclamar, ao abrigo mas também com respeito pelo limite das suas atribuições e competências.

Porto, 28 de julho de 2014,

O Presidente do Conselho Diretivo

(Jorge Simões)



7. Artur Aires Rodrigues de Morais Vaz

**Resposta em termos de Contraditório de Artur Aires Rodrigues de Morais Vaz ao Relato
Processo nº 05/2013-Audit – Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca,
EPE**

O facto de ter abandonado as funções de Presidente do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF) em 30 de abril de 2011 impede-me, naturalmente, de ter acesso a informação relevante para responder de forma detalhada às conclusões da Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (Auditoria) realizada pelo Tribunal de Contas já após a minha saída da instituição.

Assim, a presente resposta à Auditoria dividir-se-á em duas partes distintas.

A primeira, em que se abordarão, de forma obrigatoriamente genérica, questões relativas à gestão do HFF entre 2009 e 2011 e uma segunda parte em que se abordarão as eventuais infrações financeiras identificadas no ponto 14 do Relato e cometidas durante o meu exercício enquanto Presidente do Conselho de Administração do HFF.

1. Considerações Genéricas sobre a Gestão do HFF entre 2009 e 2011

1.1. Os primeiros anos de gestão do HFF após o regresso à esfera pública (a 1 de janeiro de 2009) foram genericamente marcados pelo ajustamento necessário e paulatino da instituição às regras e procedimentos vigentes no universo dos hospitais EPE, designadamente: i) ao nível da gestão de recursos humanos, ii) das aquisições de equipamentos e consumíveis iii) da negociação da produção anual e parâmetros de desempenho institucionais, iv) do modelo de financiamento e v) da articulação/integração de sistemas de informação;

1.2. Este processo de ajustamento foi propositadamente definido como gradual e paulatino especialmente no que diz respeito à gestão de recursos humanos, de forma a garantir a manutenção da paz social na instituição e os níveis anteriores de produtividade e produção. Foi igualmente necessário regularizar a situação de dezenas de trabalhadores herdados da Sociedade Gestora e fazer face a novas necessidades (como a criação do Serviço de Urgência Básica de Algueirão-Mem Martins decidida pelo Ministério da Saúde em 2009);



1.3. No que respeita aos ajustamentos no âmbito das aquisições de equipamentos e consumíveis, verificou-se a necessidade não só de acomodar as diferenças para o regime privado da anterior Sociedade Gestora que centralizava (ao nível da José de Mello Saúde) uma parte substancial do *procurement* e aquisições mas, também, de aderir aos modelos de aquisições dos hospitais EPE o que determinou, por exemplo, a necessidade de contratar apoio jurídico adicional nesta área (aspeto referido na Auditoria), por inexistência de experiência interna nesta matéria;

1.4. Relativamente aos processos de negociação de produção e de parâmetros de desempenho, o HFF EPE confrontou-se com a falta de clarificação do modelo de governo central dos hospitais EPE, com uma confusão difícil de gerir entre os papéis de “cliente” e de “acionista” do Estado (Ministério da Saúde), com imposição, na negociação da atividade, de limitações à produção anual do HFF e simultânea exigência de obtenção de melhores níveis de desempenho económico-financeiro. Por outro lado, e agravando-se em 2010, verificou-se a alteração de pressupostos definidos centralmente pela ACSS, designadamente no que diz respeito à diminuição substancial do financiamento do HFF (pela utilização de um índice de *Case-mix* desatualizado – 2007 - para cálculo dos doentes equivalentes e, posteriormente, pela redução unilateral dos preços praticados pelas ARSs);

1.5. No que se refere aos ajustamentos ao novo modelo de financiamento, foi necessário, por exemplo, potenciar a linha de cirurgia ambulatória obrigando, inclusive, à realização de obras de vulto para criação de uma unidade de cirurgia ambulatória, de acordo com as regras definidas para este tipo de unidades, como muito bem caracteriza o Relato da Auditoria em análise;

1.6. Finalmente, em relação à articulação/integração de sistemas de informação e ao fornecimento de informação, o HFF teve que fazer um enorme esforço de investimento e adaptação, de forma a satisfazer os crescentes (e muitas vezes redundantes) pedidos de informação e a integração do seu sistema de informação com as aplicações (a maior parte das quais em regime de *stand alone* e obrigando à duplicação de registos). Esta situação só recentemente, com a criação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e a atribuição de competências na gestão dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, conheceu melhorias substanciais;

1.7. Em termos genéricos, o HFF manteve, no período analisado, elevados níveis de produção e produtividade, sendo certo que não foi possível, apesar dos esforços desenvolvidos para esse efeito,



colmatar a dissonância (aliás, original e verificada desde a abertura do HFF em 1996) existente entre a capacidade instalada e as necessidades da população que, simultaneamente, vem aumentando de efetivos (principalmente no concelho de Sintra) e envelhecendo de forma significativa (principalmente no concelho da Amadora);

1.8. O desempenho económico-financeiro do HFF EPE foi, entre 2009 e 2011, positivo, com a apresentação de resultados positivos, sendo um dos poucos hospitais EPE nessa situação;

1.9. Pode assim considerar-se, genericamente, que o HFF demonstrou uma assinalável capacidade de rápido ajustamento a uma nova realidade com a sua integração, em 2009, no universo dos hospitais EPE, mantendo uma boa performance económico-financeira, de produção e produtividade e garantindo, sem sobressaltos assinaláveis, a assistência às populações dos concelhos de Amadora e Sintra;

1.10. Enquanto Presidente do seu Conselho de Administração entre outubro de 2008 e abril de 2011, foi uma honra e um prazer profissional e pessoal poder ter estado associado a este processo.

2. Eventuais Infrações Financeiras

Ponto 8.1.1.

“Celebração de contratos de trabalho sem que os processos de recrutamento tenham cumprido os princípios da igualdade de oportunidades e da imparcialidade, bem como da publicidade.”

Relativamente à motivação das cedências de interesse público, informamos que a decisão do Conselho de Administração em contratar os referidos profissionais assentou em necessidades reais deste Hospital, devidamente identificadas e fundamentadas, sendo que as mesmas foram antecipadas quanto aos seus efeitos em razão dos pedidos formais promovidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – Instituto a quem compete prosseguir as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro, tendo, nomeadamente, a atribuição de Coordenar as atividades no MS para a definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente definindo normas e orientações relativas a (...) regimes de trabalho, (...), e pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Instituto a quem compete, designadamente, garantir à



população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde.

Efetivamente, a posterior integração, ao que sabemos, dos técnicos Nuno Tiago Costa Arraiolos e Ana Maria Sofia Macias Ferreira no HFF, a partir de junho e dezembro de 2012, respetivamente, assim o demonstram.

Por outro lado, o HFF assegurou, nos casos em concreto, recursos humanos tecnicamente qualificados e experimentados na área da saúde.

Por último, nada na lei impede que a entidade empregadora entenda ceder um seu trabalhador a entidade terceira, assim todos os contraentes o acordem.

No que concerne às conclusões sobre os «processos de recrutamento dos trabalhadores cedidos», insertas no ponto 59.º do Relatório, constata-se que o mesmo ignora o instrumento de regulamentação coletiva de trabalho aplicável aos mencionados grupos profissionais (que vigora desde Novembro de 2003, e no qual, como é consabido, o HFF sucedeu à então Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA). Neste, poder-se-á verificar (respetivamente, nas suas cláusulas 3.ª e 4.ª) a incumbência do HFF em promover o recrutamento em obediência a critérios objetivos e cumprindo inclusive condições de preferência quando as mesmas se verificarem.

Ora, foi precisamente sustentado em critérios objetivos, como sejam i) a aferição da necessidade do recurso; ii) existência dos critérios de dotação de pessoal; iii) dos requisitos legalmente exigidos aos candidatos; iv) da experiência profissional comprovada e aferida no decurso profissional que pré-existia à contratação pelo HFF, designadamente em entidades da área da Saúde com o prestígio e abrangência de matérias como se constata na ACSS, I.P., que o HFF entendeu como adequados e efetivas mais-valias para esta Entidade assegurar os identificados recursos humanos.

Sem prejuízo do que objetivamente respeita ao HFF, em concreto o quadro legal que se coloca em sede do acordo de empresa aplicável aos mencionados recrutamentos, permitimo-nos acrescentar não ser crível que a quem compete prover o Sistema Nacional de Saúde das orientações sobre a correspondência legal em sede de regimes de trabalho, como é o caso singular da ACSS, I.P., tenha promovido, indiciado, ou sequer sugerido práticas ilegais em sede de provimento de recursos humanos.

Mas, ainda que pretenda reconduzir o processo de recrutamento do regime de pessoal deste Hospital, única e exclusivamente, ao plasmado no mencionado n.º 4 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, convirá certamente o entendimento desse Tribunal de Contas que nuns casos a lei pormenoriza, até onde é possível ou conveniente, os atos que a Administração deve praticar, e noutros



deixa-lhe, no âmbito do exercício das respetivas funções, acentuada margem de liberdade, ocorrendo ali uma situação de predominante vinculação, e aqui de predominante discricionariedade.

Ora, parece ser precisamente esta última a prática legal que impera para o regime de recrutamento do setor empresarial do Estado, pois não apenas a mencionada disposição decorre como um complemento ao âmbito liberal no recrutamento de pessoal (ao remeter para o regime do Código do Trabalho), como é pacífico e do conhecimento geral que os procedimentos de recrutamento de pessoal nas entidades do Estado que seguem o regime de direito privado não se consomem numa obediência estrita aos mencionados princípios.

Assim, considera-se não ter havido violação do n.º 4, do art.º 14, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 27 de fevereiro. E, a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.2.1.

“Ilegalidade decorrente da manutenção de profissionais reformados, que adquiriram essa qualidade por recurso a mecanismos de antecipação e por incapacidade, factos que constituíam impedimentos legais às respetivas contratações. Apesar de as respetivas contratações terem tido lugar no tempo da sociedade gestora do Hospital Amadora Sintra, S.A., mesmo tendo conhecimento dos impedimentos legais a essas contratações e bem assim, à manutenção dessas situações profissionais, designadamente na sequência da Informação e Parecer que sobre esta matéria foi emitido pela Caixa Geral de Aposentações (CGA), os responsáveis indigitados não deixaram de os manter em exercício de funções.”

Relativamente à conclusão apresentada sobre a impossibilidade de recrutar 3 trabalhadores reformados, com recurso a mecanismos de antecipação ou com fundamento em incapacidade, importa desde logo reiterar que, nos casos identificados (todos técnicos de diagnóstico e terapêutica), não estamos perante contratações deste HFF EPE, antes sim da Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA.

Carece, assim, de rigor o descrito a páginas 72 do Volume I, designadamente *«No entanto, e apesar dos responsáveis do HFF conhecerem os impedimentos legais à contratação dos referidos profissionais, como aliás, se comprova pela Informação e Parecer que sobre esta matéria foi emitido pela Caixa Geral de Aposentações (CGA) 91, não deixaram de os contratar.»*

Não obstante, e detendo-nos no Volume II, ponto 8.2.1, a saber *«Ilegalidade decorrente da manutenção de profissionais reformados»*, e afastando, desde já, a violação do normativo previsto n.º 2 do art.º 3º do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho (por se tratar de diploma específico sobre o regime



excecional de contratação de médicos aposentados), permitimo-nos recuperar a exposição feita junto da CGA (ofício do HFF com a referência DRH/143, de 22 de março de 2011, que poderá ser disponibilizada pelo HFF) e reiterar todo o exposto.

Ou seja, tendo os mencionados contratos sido celebrados pela Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S. A. e assumidos na sua plenitude pelo Estado, através do n.º 4 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 233/2008, de 10 de outubro, não se verifica nenhuma violação do normativo legal. Tanto assim é que tão pouco o Estado, fosse através do Ministério da Saúde ou da CGA, sancionaram como ilegais os contratos subsistentes, não obstante toda a informação despoletada oportunamente pelo Conselho da Administração do HFF.

Assim, consideramos não ter havido violação do n.º 4, do art.º 78º, do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de Novembro; n.º 2 do art.º 3º do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho. E a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.3.1.

“Pagamentos a funcionários, a título de subsídio de função, de quantias superiores às previstas no Acordo de Empresa. Entre 2009 e 2012, o HFF pagou em excesso aos médicos e enfermeiros ...”

No que aos médicos respeita, está em causa diferenciação residual nos valores pagos comparativamente com os montantes previstos no acordo de empresa da carreira médica, em função da atualização anual dos vencimentos base.

Efetivamente, está em causa prática consuetudinária emergente da, então, Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA a qual, necessariamente, produz um comportamento vinculativo para a entidade empregadora na relação contratual estabelecida com os seus trabalhadores sindicalizados, o que garante a estabilidade nas condições do exercício de cargo da maior relevância, das quais o direito à retribuição é elemento essencial.

Acresce informar que tais pagamentos não contrariam normas legais imperativas e que, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, mantém o HFF uma configuração sobre a forma de remunerar funções de enquadramento para os profissionais médicos que não encontra paralelo em nenhum outro Hospital público, inclusive após o que surtiu ao nível da mais recente regulamentação coletiva das carreiras Médicas.



Já sobre os enfermeiros, e informando de que não está em causa qualquer pagamento «de quantias superiores às previstas no acordo de empresa», estamos, novamente, perante prática consuetudinária emergente da, então, Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA a qual, necessariamente, produz um comportamento vinculativo para a entidade empregadora na relação contratual estabelecida com os seus trabalhadores sindicalizados, o que garante a estabilidade nas condições do exercício de cargo da maior relevância, das quais o direito à retribuição é elemento essencial.

Assim, consideramos não ter havido violação do estabelecido no Acordo de Empresa do HFF. A haver irregularidade, esta não foi intencional nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.3.2.

“Pagamento de suplementos remuneratórios de 30% quando, nos termos do Acordo de Empresa, os profissionais que beneficiem de isenção de horário de trabalho apenas teriam direito a um adicional de 20%”

Quanto às conclusões do Relato sobre eventuais atribuições de suplementos remuneratórios a médicos e enfermeiros, mediante o regime da isenção do horário de trabalho, com o pagamento de montantes acima do previsto na regulamentação coletiva aplicável, refira-se:

Quanto aos médicos, estão em causa contratos de comissão de serviço residuais, os quais, por especial necessidade do HFF, legitimaram a adoção do pagamento de regime de isenção de horário de trabalho de 30% sobre o vencimento base, que não os 20% previstos como valor indicativo no acordo de empresa da carreira médica. A racionalidade de organização e de funcionamento da estrutura produtiva deste Hospital assim o impôs.

Ora, a dupla e simultânea conexão entre os destinatários de um instrumento de regulamentação coletiva não impede que estes adotem, na relação de trabalho entre si, tratamento mais vantajoso para o trabalhador, assim inexista norma legal imperativa que o impeça.

É o que se verifica nesta circunstância, aferindo o regime subsidiário do Código do Trabalho.

Relativamente aos enfermeiros, a conclusão do Relato tem um erro de conteúdo, uma vez que remete para o mesmo acordo de empresa dos profissionais médicos, quando aos profissionais de enfermagem se aplica o acordo de empresa publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, 1.ª série, n.º 45, de 8/12/2003 com as alterações que constam dos Boletim do Trabalho e Emprego n.º 26, de 15/07/2008 e n.º 22, de 15/06/2009, designadamente (n.º 2 da cláusula 31.ª), «2-Os profissionais com isenção de horário têm direito a uma retribuição adicional, não inferior a 20%, calculada sobre a sua retribuição».



Assim, consideramos não ter havido violação do estabelecido no art.º 30.º do Acordo de Empresa; al. A) do n.º 1 e n.º 2 do art.º 22 do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho. E a haver irregularidade, esta não foi intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.3.3.

“Utilização das viaturas afetas aos membros do Conselho de Administração para fins particulares.”

A al. b) do n.º 4 do Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de março estatui que os membros dos conselhos de administração dos hospitais EPE beneficiam da utilização pessoal de viaturas de serviço. Foi entendimento do Conselho de Administração a que presidi, portanto, que as viaturas de serviço atribuídas se destinavam, também, a utilização pessoal. Outro é o entendimento do Tribunal de Contas, o qual respeitamos. No entanto, é inequívoco que, a ser irregular a utilização das referidas viaturas, ela não foi efetuada de forma consciente ou dolosa. Aliás, essa irregularidade não é compatível com o comportamento seguido pelo Conselho de Administração e que é reconhecido, inclusive, no Relatório da IGAS relativo à “Ação de Prevenção e Detecção de Situações de Corrupção e de Fraude nesse estabelecimento hospitalar”, Processo 16/2013-AP.

Assim, consideramos não ter havido violação do estabelecido no art.º 33.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro que apenas se referem ao direito dos gestores públicos disporem de viaturas de serviço, nada referindo explicitamente relativamente ao regime da sua utilização, essa sim explicitamente autorizada pelo Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de março. E a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional.

Ponto 10.1.

**“Existência de contas na banca comercial utilizadas para pagamento a fornecedores e salários.
Violação do princípio da unidade de tesouraria do estado”**

As disponibilidades do HFF, tanto quanto me recordo, encontravam-se repartidas em duas partes, a maior das quais (cerca de 95%) no IGCP e o restante na banca comercial.

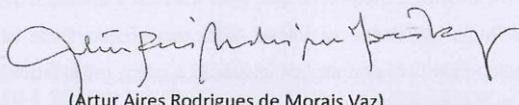


Esta repartição ficou a dever-se a limitações operacionais da plataforma de *netbanking* do IGCP que limitavam, de forma significativa, pagamentos a colaboradores e fornecedores, designadamente por não disponibilizarem facilidades de pagamentos em lote.

Como se refere na nota 116 da página 81 do Relato da Auditoria, a utilização de contas na banca comercial assenta exclusivamente nas facilidades operacionais da plataforma eletrónica dessas instituições face à plataforma do IGCP, para o pagamento mensal por lote a fornecedores e colaboradores.

Assim, consideramos não ter havido violação do estabelecido no n.º 2 do art.º 2, do DL 191/99, de 5 de junho. E a haver tal violação, esta foi parcial e não, certamente, intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Lisboa, 28 de julho de 2014



(Artur Aires Rodrigues de Moraes Vaz)



8. José Carlos Ferreira Caiado

Resposta em termos de Contraditório de José Carlos Ferreira Caiado ao Relato Processo nº 05/2013-Audit – Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Em primeiro lugar gostaria de referir que me revejo na resposta que foi elaborada pelo atual Conselho de Administração do Hospital Fernando Fonseca, EPE (HFF), a que tive acesso.

Gostaria de acrescentar, ainda assim, o seguinte:

Exerci as funções de Vogal do Conselho de Administração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF) até Fevereiro de 2010, pelo que, naturalmente, me impede de ter acesso a informação relevante para responder de forma detalhada às conclusões da Auditoria de Resultados ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (Auditoria) realizada pelo Tribunal de Contas já após a minha saída da instituição.

Assim, a presente resposta à Auditoria dividir-se-á em duas partes distintas.

A primeira, em que se abordarão, de forma obrigatoriamente genérica, questões relativas à gestão do HFF entre 2009 e 2010 e uma segunda parte em que se abordarão as eventuais infrações financeiras identificadas no ponto 14 do Relato.

1. Considerações Genéricas sobre a Gestão do HFF entre 2009 e 2011

1.1. Os primeiros anos de gestão do HFF após o regresso à esfera pública (a 1 de janeiro de 2009) foram genericamente marcados pelo ajustamento necessário e paulatino da instituição às regras e procedimentos vigentes no universo dos hospitais EPE, designadamente: i) ao nível da gestão de recursos humanos, ii) das aquisições de equipamentos e consumíveis iii) da negociação da produção anual, parâmetros de desempenho institucionais, iv) do modelo de financiamento e v) da articulação/integração de sistemas de informação;

1.2. Este processo de ajustamento foi propositadamente definido como gradual e paulatino especialmente no que diz respeito à gestão de recursos humanos, de forma a garantir a manutenção da paz social na instituição e os níveis anteriores de produtividade e produção. Foi igualmente necessário regularizar a situação de dezenas de trabalhadores herdados da Sociedade Gestora e fazer face a novas necessidades (como a criação do Serviço de Urgência Básica de Algueirão-Mem Martins decidida pelo Ministério da Saúde em 2009);



1.3. No que respeita aos ajustamentos no âmbito das aquisições de equipamentos e consumíveis, verificou-se a necessidade não só de acomodar as diferenças para o regime privado da anterior Sociedade Gestora (que centralizava, ao nível da José de Mello Saúde) uma parte substancial do *procurement* e aquisições mas, também, de aderir aos modelos de aquisições dos hospitais EPE o que determinou, por exemplo, a necessidade de contratar apoio jurídico adicional nesta área (aspeto referido na Auditoria);

1.4. Relativamente aos processos de negociação de produção e de parâmetros de desempenho, o HFF EPE confrontou-se com a falta de clarificação do modelo de governo central dos hospitais EPE, com uma confusão difícil de gerir entre os papéis de “cliente” e de “acionista” do Estado (Ministério da Saúde), com imposição, na negociação da atividade, de limitações à produção anual do HFF e simultânea exigência de obtenção de melhores níveis de desempenho económico-financeiro. Por outro lado, e agravando-se em 2010, verificou-se a alteração de pressupostos definidos centralmente pela ACSS, designadamente no que diz respeito à diminuição substancial do financiamento do HFF (pela utilização de um índice de *Case-mix* desatualizado – 2007 – para cálculo dos doentes equivalentes e, posteriormente, pela redução unilateral dos preços praticados pelas ARSs);

1.5. No que se refere aos ajustamentos ao novo modelo de financiamento, foi necessário, por exemplo, potenciar a linha de cirurgia ambulatória obrigando, inclusive, à realização de obras de vulto para criação de uma unidade de cirurgia ambulatória, de acordo com as regras definidas para este tipo de unidades;

1.6. Finalmente, em relação à articulação/integração de sistemas de informação e ao fornecimento de informação, o HFF teve que fazer um enorme esforço de investimento e adaptação, de forma a satisfazer os crescentes (e muitas vezes redundantes) pedidos de informação e a integração do seu sistema de informação com as aplicações (a maior parte das quais em regime de *stand alone* e obrigando à duplicação de registos). Esta situação só recentemente, com a criação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e a atribuição de competências na gestão dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, conheceu melhorias substanciais;

1.7. Em termos genéricos, o HFF manteve, no período analisado, elevados níveis de produção e produtividade, sendo certo que não foi possível, apesar dos esforços desenvolvidos para esse efeito,



colmatar a dissonância (aliás, original e existente desde a abertura do HFF em 1996) existente entre a capacidade instalada e as necessidades da população que, simultaneamente, vem aumentando de efetivos (principalmente no concelho de Sintra) e envelhecendo de forma significativa (principalmente no concelho da Amadora);

1.8. O desempenho económico-financeiro do HFF EPE foi, entre 2009 e 2010, positivo, com a apresentação de resultados positivos, sendo um dos poucos hospitais EPE nessa situação;

1.9. Pode assim considerar-se, genericamente, que o HFF demonstrou uma assinalável capacidade de rápido ajustamento a uma nova realidade com a sua integração, em 2009, no universo dos hospitais EPE, mantendo uma boa performance económico-financeira, de produção e produtividade e garantindo, sem sobressaltos assinaláveis, a assistência às populações dos concelhos de Amadora e Sintra;

1.10. Enquanto membro do seu Conselho de Administração entre outubro de 2008 e abril de 2010, foi uma honra e um prazer profissional e pessoal poder ter estado associado a este processo.

2. Eventuais Infrações Financeiras

Ponto 8.1.1.

“Celebração de contratos de trabalho sem que os processos de recrutamento tenham cumprido os princípios da igualdade de oportunidades e da imparcialidade, bem como da publicidade.”

Relativamente à motivação das cedências de interesse público, informamos que a decisão do Conselho de Administração em contratar os referidos profissionais assentou em necessidades reais deste Hospital, devidamente identificadas e fundamentadas, sendo que as mesmas foram antecipadas quanto aos seus efeitos em razão dos pedidos formais promovidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – Instituto a quem compete prosseguir as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro, tendo, nomeadamente, a atribuição de Coordenar as atividades no MS para a definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente definindo normas e orientações relativas a (...) regimes de trabalho, (...), e pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Instituto a quem compete, designadamente, garantir à população da respetiva



área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde.

Efetivamente, a posterior integração, ao que sabemos, dos técnicos Nuno Tiago Costa Arraiolos e Ana Maria Sofia Macias Ferreira no HFF, a partir de junho e dezembro de 2012, respetivamente, assim o demonstram.

Por outro lado, o HFF assegurou, nos casos em concreto, recursos humanos tecnicamente qualificados e experimentados na área da saúde.

Por último, nada na lei impede que a entidade empregadora entenda ceder um seu trabalhador a entidade terceira, assim todos os contraentes o acordem.

No que concerne às conclusões sobre os «processos de recrutamento dos trabalhadores cedidos», insertas no ponto 59.º do Relatório, constata-se que o mesmo ignora o instrumento de regulamentação coletiva de trabalho aplicável aos mencionados grupos profissionais (que vigora desde Novembro de 2003, e no qual, como é consabido, o HFF sucedeu à então Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA). Neste, poder-se-á verificar (respetivamente, nas suas cláusulas 3.ª e 4.ª) a incumbência do HFF em promover o recrutamento em obediência a critérios objetivos e cumprindo inclusive condições de preferência quando as mesmas se verificarem.

Ora, foi precisamente sustentado em critérios objetivos, como sejam i) a aferição da necessidade do recurso; ii) existência dos critérios de dotação de pessoal; iii) dos requisitos legalmente exigidos aos candidatos; iv) da experiência profissional comprovada e aferida no decurso profissional que pré-existia à contratação pelo HFF, designadamente em Entidades da área da Saúde com o prestígio e abrangência de matérias como se constata na ACSS, I.P., que o HFF entendeu como adequados e efetivas mais-valias para esta Entidade assegurar os identificados recursos humanos.

Sem prejuízo do que objetivamente respeita ao HFF, em concreto o quadro legal que se coloca em sede do acordo de empresa aplicável aos mencionados recrutamentos, permitimo-nos acrescentar não ser crível que a quem compete prover o Sistema Nacional de Saúde das orientações sobre a correspondência legal em sede de regimes de trabalho, como é o caso singular da ACSS, I.P., tenha promovido, indiciado, ou sequer sugerido práticas ilegais em sede de provimento de recursos humanos.

Mas, ainda que pretenda reconduzir o processo de recrutamento do regime de pessoal deste Hospital, única e exclusivamente, ao plasmado no mencionado n.º 4 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, convirá certamente o entendimento desse Tribunal de Contas que nuns casos a lei pormenoriza, até onde é possível ou conveniente, os atos que a Administração deve praticar, e noutros



deixa-lhe, no âmbito do exercício das respetivas funções, acentuada margem de liberdade, ocorrendo ali uma situação de predominante vinculação, e aqui de predominante discricionariedade.

Ora, parece ser precisamente esta última a prática legal que impera para o regime de recrutamento do setor empresarial do Estado, pois não apenas a mencionada disposição decorre como um complemento ao âmbito liberal no recrutamento de pessoal (ao remeter para o regime do Código do Trabalho), como é pacífico e do conhecimento geral que os procedimentos de recrutamento de pessoal nas entidades do Estado que seguem o regime de direito privado não se consomem numa obediência estrita aos mencionados princípios.

Assim, considera-se não ter havido violação do n.º 4, do art.º 14, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 27 de fevereiro. E, a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.2.1.

“Ilegalidade decorrente da manutenção de profissionais reformados, que adquiriram essa qualidade por recurso a mecanismos de antecipação e por incapacidade, factos que constituíam impedimentos legais às respetivas contratações. Apesar de as respetivas contratações terem tido lugar no tempo da sociedade gestora do Hospital Amadora Sintra, S.A., mesmo tendo conhecimento dos impedimentos legais a essas contratações e bem assim, à manutenção dessas situações profissionais, designadamente na sequência da Informação e Parecer que sobre esta matéria foi emitido pela Caixa Geral de Aposentações (CGA), os responsáveis indigitados não deixaram de os manter em exercício de funções.” Relativamente à conclusão apresentada sobre a impossibilidade de recrutar 3 trabalhadores reformados, com recurso a mecanismos de antecipação ou com fundamento em incapacidade, importa desde logo reiterar que, nos casos identificados (todos técnicos de diagnóstico e terapêutica), não estamos perante contratações deste HFF, antes sim da Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA.

Carece, assim, de rigor o descrito a páginas 72 do Volume I, designadamente *«No entanto, e apesar dos responsáveis do HFF conhecerem os impedimentos legais à contratação dos referidos profissionais, como aliás, se comprova pela Informação e Parecer que sobre esta matéria foi emitido pela Caixa Geral de Aposentações (CGA) 91, não deixaram de os contratar.»*

Não obstante, e detendo-nos no Volume II, ponto 8.2.1, a saber *«Ilegalidade decorrente da manutenção de profissionais reformados»*, e afastando, desde já, a violação do normativo previsto n.º 2 do art.º 3º do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho (por se tratar de diploma específico sobre o regime excecional de contratação de médicos aposentados), permitimo-nos recuperar a exposição feita junto da CGA (ofício do



HFF com a referência DRH/143, de 22 de março de 2011, que poderá ser disponibilizada pelo HFF) e reiterar todo o exposto.

Ou seja, tendo os mencionados contratos sido celebrados pela Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S. A. e assumidos na sua plenitude pelo Estado, através do n.º 4 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 233/2008, de 10 de outubro, não se verifica nenhuma violação do normativo legal. Tanto assim é que tão pouco o Estado, fosse através do Ministério da Saúde ou da CGA, sancionaram como ilegais os contratos subsistentes, não obstante toda a informação despoletada oportunamente pelo Conselho da Administração do HFF.

Assim, consideramos não ter havido violação do n.º 4, do art.º 78º, do Decreto-Lei n.º 179/2005, de 2 de Novembro; n.º 2 do art.º 3º do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho. E a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.3.1.

“Pagamentos a funcionários, a título de subsídio de função, de quantias superiores às previstas no Acordo de Empresa. Entre 2009 e 2012, o HFF pagou em excesso aos médicos e enfermeiros ...”

No que aos médicos respeita, está em causa diferenciação residual nos valores pagos comparativamente com os montantes previstos no acordo de empresa da carreira médica, em função da atualização anual dos vencimentos base.

Efetivamente, está em causa prática consuetudinária emergente da, então, Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA a qual, necessariamente, produz um comportamento vinculativo para a entidade empregadora na relação contratual estabelecida com os seus trabalhadores sindicalizados, o que garante a estabilidade nas condições do exercício de cargo da maior relevância, das quais o direito à retribuição é elemento essencial.

Acresce informar que tais pagamentos não contrariam normas legais imperativas e que, no contexto do Serviço Nacional de Saúde, mantém o HFF uma configuração sobre a forma de remunerar funções de enquadramento para os profissionais médicos que não encontra paralelo em nenhum outro Hospital público, inclusive após o que surtiu ao nível da mais recente regulamentação coletiva das carreiras Médicas.

Já sobre os enfermeiros, e informando de que não está em causa qualquer pagamento «de quantias superiores às previstas no acordo de empresa», estamos, novamente, perante prática consuetudinária



emergente da, então, Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA a qual, necessariamente, produz um comportamento vinculativo para a entidade empregadora na relação contratual estabelecida com os seus trabalhadores sindicalizados, o que garante a estabilidade nas condições do exercício de cargo da maior relevância, das quais o direito à retribuição é elemento essencial.

Assim, consideramos não ter havido violação do estabelecido no Acordo de Empresa do HFF. A haver irregularidade, esta não foi intencional nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.3.2.

“Pagamento de suplementos remuneratórios de 30% quando, nos termos do Acordo de Empresa, os profissionais que beneficiem de isenção de horário de trabalho apenas teriam direito a um adicional de 20%”

Quanto às conclusões do Relato sobre eventuais atribuições de suplementos remuneratórios a médicos e enfermeiros, mediante o regime da isenção do horário de trabalho, com o pagamento de montantes acima do previsto na regulamentação coletiva aplicável, refira-se:

Quanto aos médicos, estão em causa contratos de comissão de serviço residuais, os quais, por especial necessidade do HFF, legitimaram a adoção do pagamento de regime de isenção de horário de trabalho de 30% sobre o vencimento base, que não os 20% previstos como valor indicativo no acordo de empresa da carreira médica. A racionalidade de organização e de funcionamento da estrutura produtiva deste Hospital assim o impôs.

Ora, a dupla e simultânea conexão entre os destinatários de um instrumento de regulamentação coletiva não impede que estes adotem, na relação de trabalho entre si, tratamento mais vantajoso para o trabalhador, assim inexista norma legal imperativa que o impeça.

É o que se verifica nesta circunstância, aferindo o regime subsidiário do Código do Trabalho.

Relativamente aos enfermeiros, a conclusão do Relato tem um erro de conteúdo, uma vez que remete para o mesmo acordo de empresa dos profissionais médicos, quando aos profissionais de enfermagem se aplica o acordo de empresa publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, 1.ª série, n.º 45, de 8/12/2003 com as alterações que constam dos Boletim do Trabalho e Emprego n.º 26, de 15/07/2008 e n.º 22, de 15/06/2009, designadamente (n.º 2 da cláusula 31.ª), «2-Os profissionais com isenção de horário têm direito a uma retribuição adicional, não inferior a 20%, calculada sobre a sua retribuição».

Assim, consideramos não ter havido violação do estabelecido no art.º 30.º do Acordo de Empresa; al. A) do n.º 1 e n.º 2 do art.º 22 do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho. E a haver irregularidade, esta não



foi intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Ponto 8.3.3.

“Utilização das viaturas afetas aos membros do Conselho de Administração para fins particulares.”

A al. b) do n.º 4 do Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de março estatui que os membros dos conselhos de administração dos hospitais EPE beneficiam da utilização pessoal de viaturas de serviço. Foi entendimento do Conselho de Administração, que as viaturas de serviço atribuídas se destinavam, também, a utilização pessoal. Outro é o entendimento do Tribunal de Contas, o qual respeitamos. No entanto, é inequívoco que, a ser irregular a utilização das referidas viaturas, ela não foi efetuada de forma consciente ou dolosa. Aliás, essa irregularidade não é compatível com o comportamento seguido pelo Conselho de Administração e que é reconhecido, inclusive, no Relatório da IGAS relativo à “Ação de Prevenção e Detecção de Situações de Corrupção e de Fraude nesse estabelecimento hospitalar”, Processo 16/2013-AP.

Assim, consideramos não ter havido violação do estabelecido no art.º 33.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro que apenas se referem ao direito dos gestores públicos disporem de viaturas de serviço, nada referindo explicitamente relativamente ao regime da sua utilização, essa sim explicitamente autorizada pelo Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de março. E a haver irregularidade, esta não foi certamente intencional.

Ponto 10.1.

“Existência de contas na banca comercial utilizadas para pagamento a fornecedores e salários. Violação do princípio da unidade de tesouraria do estado”

As disponibilidades do HFF, tanto quanto me recordo, encontravam-se repartidas em duas partes, a maior das quais (cerca de 95%) no IGCP e o restante na banca comercial.

Esta repartição ficou a dever-se a limitações operacionais da plataforma de *netbanking* do IGCP que limitavam, de forma significativa, pagamentos a colaboradores e fornecedores, designadamente por não disponibilizarem facilidades de pagamentos em lote.



Como se refere na nota 116 da página 81 do Relato da Auditoria, a utilização de contas na banca comercial assenta exclusivamente nas facilidades operacionais da plataforma eletrónica dessas instituições face à plataforma do IGCP, para o pagamento mensal por lote a fornecedores e colaboradores.

Assim, consideramos não ter havido violação do estabelecido no n.º 2 do art.º 2, do DL 191/99, de 5 de junho. E a haver tal violação, esta foi parcial e não, certamente, intencional, nem dela decorreu qualquer vantagem, patrimonial ou outra, para os membros do Conselho de Administração.

Lisboa, 28 de julho de 2014

(José Carlos Ferreira Caiado)