



Tribunal de Contas

*Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do
Médio Tejo, EPE*



CHMT



Processo n.º 31/09 - Audit

Relatório n.º 5/10 - 2ª S

Volume I

CAPA Em cima: Detalhe da tapeçaria "O Contador" de Almada Negreiros, exposta no átrio do edifício-sede do Tribunal de Contas
Em baixo: Fotografias das três unidades hospitalares que compõem o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, publicadas no respectivo sítio oficial da Internet.



VOLUME I

RELATÓRIO

ÍNDICE GERAL

<i>Índice de Quadros</i>	4
<i>Índice de Gráficos</i>	5
<i>Índice de Figuras</i>	5
<i>Ficha Técnica</i>	6
<i>Relação de Siglas</i>	7
I – SUMÁRIO	9
1. CONCLUSÕES	9
2. RECOMENDAÇÕES	29
II – INTRODUÇÃO	33
3. OBJECTIVOS E ÂMBITO DA AUDITORIA	33
4. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS	33
5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES	34
6. AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO	34
III – DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA	36
7. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA ENTIDADE	36
7.1. ENQUADRAMENTO JURÍDICO – INSTITUCIONAL	36
7.2. ENQUADRAMENTO JURÍDICO – FINANCEIRO	37
7.3. CRIAÇÃO DO CHMT – ESTUDOS DE VIABILIDADE ECONÓMICO-FINANCEIRA	39
7.4. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO	41
8. ACÇÕES DE FISCALIZAÇÃO REALIZADAS POR ÓRGÃOS DE CONTROLO	46
9. CERTIFICAÇÃO LEGAL DE CONTAS E APROVAÇÃO PELOS MINISTROS DAS FINANÇAS E DA SAÚDE	46
10. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE CONTROLO INTERNO	47
11. ACTIVIDADE HOSPITALAR	48
11.1. PRINCIPAIS LINHAS DE PRODUÇÃO E ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELO PAGAMENTO	48
11.2. FACTURAÇÃO DA ACTIVIDADE ASSISTENCIAL	49
11.3. COBRANÇA DE TAXAS MODERADORAS.....	50
11.4. EXECUÇÃO DO CONTRATO-PROGRAMA	51
11.5. EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE CIRÚRGICA	52
11.6. RECLAMAÇÕES RECEBIDAS PELO GABINETE DO UTENTE	54
12. SITUAÇÃO ECONÓMICO - FINANCEIRA	56
12.1. BALANÇO.....	56
12.1.1. <i>Imobilizado Corpóreo</i>	57
12.1.2. <i>Existências</i>	59
12.1.3. <i>Evolução da Dívida de Terceiros</i>	61
12.1.4. <i>Disponibilidades</i>	64
12.1.5. <i>Evolução da Dívida a Terceiros</i>	66
12.1.5.1. <i>Validação dos dados reportados ao TC – Principais Credores do Estado</i>	68
12.1.6. <i>Provisões</i>	69
12.1.7. <i>Acréscimos e Diferimentos</i>	71
12.2. DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS	71



12.2.1.	Custos e Perdas	72
12.2.1.1.	Custos das Matérias de Consumo.....	72
12.2.1.2.	Custos com Pessoal.....	74
12.2.1.3.	Contratação de serviços médicos com entidades privadas	76
12.2.1.4.	Fornecimentos e Serviços Externos	82
12.2.1.5.	Outros Custos Operacionais	84
12.2.1.6.	Custos e Perdas Financeiras.....	85
12.2.1.7.	Custos e Perdas Extraordinárias	85
12.2.2.	Proveitos e Ganhos.....	85
12.3.	DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA	87
12.4.	ANÁLISE DO EQUILÍBRIO FINANCEIRO.....	88
12.5.	FIABILIDADE DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS	90
IV	– EVENTUAIS INFRAÇÕES FINANCEIRAS.....	91
V	– VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO	91
VI	– EMOLUMENTOS.....	91
VII	– DETERMINAÇÕES FINAIS.....	92

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I	– EPISÓDIOS POR LINHA DE PRODUÇÃO	48
QUADRO II	– SITUAÇÃO DA COBRANÇA DE TAXAS MODERADORAS	51
QUADRO III	– EVOLUÇÃO DAS EXPOSIÇÕES AO GU.....	55
QUADRO IV	– BALANÇO	57
QUADRO V	– RESULTADO LÍQUIDO	57
QUADRO VI	– IMOBILIZADO CORPÓREO BRUTO	58
QUADRO VII	– AMORTIZAÇÕES	59
QUADRO VIII	– EXISTÊNCIAS.....	60
QUADRO IX	– DECOMPOSIÇÃO DAS EXISTÊNCIAS	60
QUADRO X	– DÍVIDAS DE TERCEIROS	62
QUADRO XI	– ANTIGUIDADE DA DÍVIDA DAS ARS, IP	62
QUADRO XII	– TAXAS MODERADORAS POR COBRAR	63
QUADRO XIII	– DAYS CASH ON HAND	66
QUADRO XIV	– DÍVIDA A TERCEIROS.....	66
QUADRO XV	– PRAZOS MÉDIO DE PAGAMENTO A FORNECEDORES	67
QUADRO XVI	– ANTIGUIDADE DA DÍVIDA A FORNECEDORES	68
QUADRO XVII	– DÍVIDA VENCIDA E VINCENDA EM 31 DE DEZEMBRO DE 2008.....	68
QUADRO XVIII	– DIFERENÇAS ENCONTRADAS ENTRE O REPORTE DO CHMT E O DOS RESPECTIVOS CREDORES	69
QUADRO XIX	– ACRÉSCIMOS E DIFERIMENTOS	71
QUADRO XX	– CUSTOS E PERDAS	72
QUADRO XXI	– CUSTOS DAS MATÉRIAS DE CONSUMO	72
QUADRO XXII	– RECURSOS HUMANOS, POR TIPO DE VÍNCULO	74
QUADRO XXIII	– HORAS EXTRAORDINÁRIAS	74
QUADRO XXIV	– PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS EM 2008 – VALORES / HORA SUPERIORES A €35	80
QUADRO XXV	– DECOMPOSIÇÃO DOS CUSTOS E PERDAS FINANCEIRAS.....	85
QUADRO XXVI	– PROVEITOS E GANHOS	86
QUADRO XXVII	– PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.....	86
QUADRO XXVIII	– DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA – MÉTODO INDIRECTO	88
QUADRO XXIX	– INDICADORES	89
QUADRO XXX	– RENDIBILIDADE DOS CAPITAIS PRÓPRIOS E ALAVANCA FINANCEIRA	90



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO I – ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELO PAGAMENTO	48
GRÁFICO II – EPISÓDIOS POR FACTURAR.....	49
GRÁFICO III – PRAZOS MÉDIOS PARA EMISSÃO DE FACTURA	50
GRÁFICO IV – MÉDIA E MEDIANA DO TEMPO DE ESPERA	52
GRÁFICO V – RÁCIOS DE COBERTURA DAS NOVAS ENTRADAS DE UTENTES EM 2007 E 2008	53
GRÁFICO VI – MÉDIAS DOS TEMPOS DE ESPERA EM DIFERENTES UNIDADES HOSPITALARES.....	53
GRÁFICO VII – MÉDIAS DO TEMPO DE ESPERA EM GDHS SELECIONADOS.....	54
GRÁFICO VIII – SALDO FINAL EM BANCOS - 2008.....	65
GRÁFICO IX – MÉDICOS: HORAS EXTRAORDINÁRIAS VS. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	77
GRÁFICO X – PROVEITOS E GANHOS FINANCEIROS.....	87
GRÁFICO XI – ESTRUTURA DO BALANÇO	89

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – ÁREA DE INFLUÊNCIA	37
-------------------------------------	----



FICHA TÉCNICA

Nome	Categoria	Qualificação Académica
Coordenação e Controlo		
<i>Abílio Pereira de Matos</i>	<i>Auditor-Coordenador</i>	<i>Licenciado em Economia</i>
<i>Maria Isabel Viegas</i>	<i>Auditora-Chefe</i>	<i>Licenciada em Organização e Gestão de Empresas</i>
Equipa de Auditoria		
<i>Maria João Morgado</i>	<i>Técnica Superior</i>	<i>Licenciada em Direito</i>
<i>Pedro Fonseca</i>	<i>Técnico Superior</i>	<i>Licenciado em Economia</i>



RELAÇÃO DE SIGLAS

<i>Sigla</i>	<i>Designação</i>
ACSS	<i>Administração Central do Sistema de Saúde</i>
ADM	<i>Serviço de Assistência na Doença – Militares</i>
ADMG	<i>Serviço de Assistência na Doença – Guarda Nacional Republicana</i>
ADSE	<i>Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado</i>
ARS	<i>Administração Regional de Saúde</i>
BES	<i>Banco Espírito Santo</i>
CA	<i>Conselho de Administração</i>
CEDIC	<i>Certificados Especiais de Dívida de Curto Prazo</i>
CHMT	<i>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.</i>
CIT	<i>Contrato Individual de Trabalho</i>
CP	<i>Contrato-Programa</i>
EPE	<i>Entidade Pública Empresarial</i>
ERS	<i>Entidade Reguladora da Saúde</i>
FASPSNS	<i>Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde</i>
HD	<i>Hospital de Dia</i>
INTOSAI	<i>International Organization of Supreme Audit Institutions</i>
IGCP	<i>Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP</i>
IGF	<i>Inspecção-Geral de Finanças</i>
LOE	<i>Lei do Orçamento do Estado</i>
LOPTC	<i>Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas</i>
IP	<i>Instituto Público</i>
MCDT	<i>Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica</i>
MS	<i>Ministério da Saúde</i>
MUST	<i>Monetary Unit Sampling Technique</i>
NC	<i>Nota de Crédito</i>
PIDDAC	<i>Plano de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central</i>
PGA	<i>Plano Global de Auditoria</i>
PMP	<i>Prazo Médio de Pagamento</i>
POC	<i>Plano Oficial de Contabilidade</i>
POCMS	<i>Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde</i>
PA	<i>Programa de Auditoria</i>
RCM	<i>Resolução do Conselho de Ministros</i>
RHV	<i>Recursos Humanos e Vencimentos</i>
RTE	<i>Regime de Tesouraria do Estado</i>
SA	<i>Sociedade Anónima</i>
SAMS	<i>Serviço de Assistência Médico Social - Sindicato dos Bancários</i>
SNS	<i>Serviço Nacional de Saúde</i>
SIGIC	<i>Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>
SONHO	<i>Sistema de Informação de Gestão de Doentes</i>
SEE	<i>Sector Empresarial do Estado</i>
SPA	<i>Sector Público Administrativo</i>
SUCH	<i>Serviço de Utilização Comum dos Hospitais</i>
TC	<i>Tribunal de Contas</i>
TPA	<i>Terminais de Pagamento Automático</i>
UCGIC	<i>Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia</i>



I – Sumário

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas para 2009, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma **auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE**, com o objectivo de analisar a gestão sob o ponto de vista da economia, da eficiência e da eficácia.

No âmbito da acção “*Identificação dos principais Credores do Estado e caracterização das respectivas dívidas a 31 de Dezembro de 2008*”, na sequência dos trabalhos levados a cabo pelo Tribunal de Contas em 2006, 2007 e 2008, foi ainda objecto da auditoria a validação das dívidas, referentes a 31 de Dezembro de 2008, reportadas pelo Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, ao Tribunal de Contas.

1. Conclusões

Enquadramento Institucional e Financeiro – cf. pontos 7.1 e 7.2

- O **Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE**, é **legalmente uma pessoa colectiva de direito público, de natureza empresarial**, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sendo parte integrante do Sector Empresarial do Estado. A sua missão é a produção de cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Abrantes, Tomar e Torres Novas.
- A **estrutura orgânica** encontra-se de acordo com o estabelecido no artº 9º do Decreto – Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro e nos **Estatutos dos Hospitais, EPE**, tendo o Regulamento Interno sido aprovado por deliberação do Conselho de Administração, mas ainda não homologado pela tutela.
- Utiliza o **Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde**, com as adaptações estabelecidas no despacho conjunto dos Ministros do Estado e das Finanças e da Saúde¹.
- Como **instrumentos de gestão previsional**, o Centro Hospitalar elaborou documentos que designou de planos e orçamentos anuais. Não constituem no entanto verdadeiros planos, facto reconhecido por um dos vogais que, em documentos internos, afirma que o CA “...*podia e deveria ter efectuado já o Orçamento de Exploração de 2008...*” tendo por base um “...*Sistema de Controlo Orçamental assente em Contas de Exploração*” e na “...*orçamentação interna por Serviços*”, admitindo que só assim “...*se poderá assegurar a responsabilização profissional em toda a linha descendente...*”.
- O Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, **está sujeito à prestação de contas ao Tribunal de Contas**, tendo remetido o Relatório e Contas de 2008, em 31 de Março de 2009 (Relatório e Contas nº 15/2008).

Criação do Centro Hospitalar – Estudos de viabilidade económico-financeira – cf. ponto 7.3

- O Centro Hospitalar do Médio Tejo não foi constituído com base em **estudos de viabilidade económico-financeira**, o que inviabilizou a análise comparativa entre resultados *ex-ante* e *ex-post*.

¹ Nº 17164/2006, de 7 de Junho.



- O **único estudo**, neste âmbito, foi **desenvolvido em 2006**, seis anos após a criação do grupo hospitalar, por um grupo de trabalho com elementos da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Centro Hospitalar do Médio Tejo, com o objectivo de produzir um plano de reestruturação das três unidades do Centro Hospitalar. Foram apresentados dois trabalhos, um relativo à Análise de Capacidade/Produtividade, utilizando técnicas de benchmarking, e outro sobre a Reorganização de Serviços, resultante das conclusões do primeiro.
- **As propostas apresentadas** não se encontram, no entanto, justificadas através de estimativas de custos e benefícios esperados com a sua aplicação, pelo que não constituem verdadeiros estudos económicos.
- Destacam-se, como propostas mais objectivas, as **alterações das lotações** praticadas nos internamentos das três unidades hospitalares, verificando-se, no entanto, que a maioria das alterações ocorridas não seguiu as propostas do referido plano, pelo que as despesas em que se incorreu nesse estudo acabaram de redundar em desperdícios.
- Constatou-se, **em 2009, que as preocupações iniciais se mantêm**, nomeadamente a procura de um modelo estrutural apto a dar resposta à necessária flexibilidade de articulação e complementaridade dos recursos existentes nas três unidades hospitalares, encontrando-se em curso trabalhos para o desenvolvimento de um Plano Estratégico, que só poderá originar mudanças estruturais com um Conselho de Administração coeso, liderante e com ideias sedimentadas sobre o que quer para o Centro Hospitalar, pelo que é de ponderar se o actual Conselho de Administração tem condições para o vir a implementar.

Organização e Funcionamento – cf. ponto 7.4

- Em termos de **organização geral e geográfica** dos serviços, o Conselho de Administração e a maioria dos serviços de staff (Financeiros e Administrativos) encontram-se **centralizados na unidade hospitalar de Torres Novas**.
- Os **serviços clínicos funcionam** de modo assinérgico, existindo várias especialidades comuns às três unidades prestadoras de cuidados de saúde, especialmente **na área de Consulta Externa**. Estas assinergias são, com elevado grau de verosimilhança, potenciais fontes de desperdício.
- Analisando a **estrutura do Internamento**, desde 2003, verificou-se que as especialidades cuja dispersão diminuiu até 2008 foram as de Gastrenterologia (em 2005 passou a funcionar apenas em Torres Novas), Ginecologia (em 2006 passou a funcionar apenas em Abrantes), Oftalmologia (em 2004 passou a funcionar apenas em Tomar).
- Na especialidade de **Oftalmologia**, verificou-se um aumento da taxa de ocupação do internamento de 15%, em 2004, para 46%, em 2005, o que revela um elevado grau de subutilização da capacidade instalada, não obstante a concentração verificada. Constatou-se ainda o aumento dos doentes saídos por cama, em 276%, e das cirurgias convencionais por cama, em 155%. Verificou-se também uma diminuição do custo unitário em 27%, para € 2.702, resultante, pelo menos em parte significativa, das sinergias obtidas com a centralização do serviço de Oftalmologia.
- O custo unitário da globalidade do internamento aumentou 13%, o que se deveu, eventualmente, à desconsideração das sinergias decorrentes da centralização de cada uma das especialidades. Rememore-se que na especialidade de Oftalmologia o custo unitário decresceu



27%, pelo que, salvo demonstração em contrário, trata-se de desperdícios evitáveis por parte de quem detém competências próprias na gestão da produção hospitalar.

- Em **Gastrenterologia**, verificou-se que, após o período de transição em 2004, o ano de 2005 se traduziu numa melhoria dos indicadores de doentes saídos por cama em 15% e num aumento da taxa de ocupação do internamento de 63%, em 2004, para 66%, em 2005, tendo esta taxa atingido 88%, em 2006, e de 89%, em 2007.
- No caso da especialidade de **Ginecologia**, verificaram-se aumentos nos indicadores de doentes saídos (18%), nas cirurgias convencionais por cama (25%) e na taxa de ocupação (de 60%, em 2006, para 106%, em 2007, mantendo-se estável, em 2008, (99%)).
- A **experiência de centralização de serviços na área do Internamento originou sinergias para o Centro Hospitalar**, quer em termos de redução de custos, quer em termos de aumento da produtividade dos recursos instalados, pelo que deve ser estendida aos restantes serviços.
- A **concentração de especialidades em determinada unidade hospitalar** origina um “repasso” de custos para o utente que terá que ter, necessariamente, contrapartidas na qualidade dos serviços médicos prestados, resultantes da concentração de competências e de serviços.
- O **Conselho de Administração não se tem revelado nem homogéneo, nem coeso, e é constituído por um número elevado de vogais (5)**, não justificado pela dimensão e complexidade do Centro Hospitalar, o que se traduz na **inexistência de uma estratégia comum, clara e inequivocamente assumida**, para a reorganização e reforma do Centro Hospitalar, na falta de delegação de competências, em situações recorrentes de “voto de vencido” e de “abstenções”, patentes nas actas das reuniões do Conselho de Administração. Estes são elementos geradores de instabilidade gestionária e de entropia no processo decisional, prejudicando a celeridade e a economia exigidas por muitas das decisões que compete a esse órgão tomar. Esta situação também mereceu ênfase do Revisor Oficial de Contas, no relatório do 2º trimestre de 2008, no qual constata “(...) *as dificuldades de funcionamento do Conselho de Administração, caracterizado por votações não unânimes, declarações de voto, necessidade de revisão de assuntos, etc*” e “(...) *o recurso sistemático a consultores para elaboração de estudos, assessorias e poucas decisões tendentes a reduzir custos e aumentar a produção*”.
- Com efeito, em termos operacionais, a produção está na dependência de 2 vogais do Conselho de Administração, sendo que os restantes têm a sua actividade associada, no fundamental, a funções de staff que, em parte, poderão ser assumidas por uma empresa de serviços partilhados. O Presidente exerce, no fundamental, funções de coordenação e representação.
- Nas respostas recebidas de um dos membros do CA, no âmbito do exercício do contraditório, é referido que as divergências estratégicas registadas, entre os seus membros, conduziram a uma **paralisação da tomada de decisões estruturantes e estratégicas**, com notórias deficiências na gestão do pessoal de enfermagem, e, conseqüentemente, repercussões directas na qualidade dos serviços prestados aos doentes, referindo, ainda, a necessidade de ser reponderada, com urgência, a composição do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, situação já comunicada às instâncias superiores, em Novembro de 2008 e Janeiro de 2009, ao que tudo indica, sem resultados.
- Os problemas detectados evidenciam a necessidade de **revisão dos Estatutos dos Hospitais/Centros Hospitalares, EPE**, no âmbito de uma reorganização estrutural destas entidades do SNS. De facto, a acumulação de funções de Director Técnico (Director Clínico e



Enfermeiro Director) com funções de Administrador Executivo pode tornar o Hospital de difícil governo. É o caso dos problemas na gestão do pessoal de enfermagem mencionados anteriormente, facilmente solucionável com o afastamento do director respectivo, solução impossibilitada pelos próprios estatutos dos hospitais EPE, segundo os quais o Enfermeiro Director é nomeado por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, pelo que continua sem solução com prejuízos, difíceis de mensurar, para os doentes.

- Mais, o Estatuto dos Hospitais, EPE, não favorece a constituição de Conselhos de Administração reduzidos, coesos e com liderança forte.
- A ciência empresarial aconselha que os directores não ocupem lugares de administradores executivos². Este é um exemplo em que a violação deste princípio acarretou prejuízos para os utentes e, muito provavelmente, para o erário público.
- Neste sentido se pronunciou igualmente o Grupo de Trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Ministério da Saúde, constituído para repensar o modelo de governação dos hospitais, que no documento intitulado “Governação dos Hospitais” apresenta as conclusões consensualizadas a que chegou, referindo que “*A governação clínica deve ser personalizada num órgão uninominal – o director do hospital – médico responsável pela gestão de toda a actividade clínica, nomeado pelo CA, mas que não integra este órgão e que preside a uma direcção técnica/clínica...*”³
- A organização dos serviços é feita por centros de responsabilidade, que constituem centros de custo. No entanto, a **actual Contabilidade Analítica / de Custos / de Gestão apresenta deficiências** ao nível da correcção e actualização dos parâmetros de imputação dos custos e **não é utilizada como instrumento de gestão**.

Acções de fiscalização de órgãos de controlo interno – cf. ponto 8

- Na sequência da **auditoria** realizada pela **Inspecção-Geral de Saúde**, sobre “*Remunerações e outras regalias sociais dos dirigentes dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde*”, relativa ao período de 2003 verificou-se que foram repostas as verbas correspondentes aos pagamentos indevidos de dois meses de suplemento para despesas de representação.
- Na sequência da **auditoria** realizada pela **Inspecção-Geral das Actividades em Saúde** sobre “*O controlo da facturação do transporte de doentes*”, relativa a 2007, verificou-se que foram desenvolvidos novos controlos, nomeadamente quanto às distâncias percorridas, através da utilização de ferramentas gratuitas de mapas e percursos rodoviários disponíveis na Internet.

Certificação legal de contas e aprovação pelos Ministros das Finanças e da Saúde – cf. ponto 9

- O **Relatório de Gestão e as Contas** do exercício de 2008, bem como a proposta de aplicação de resultados, foi objecto de parecer favorável do fiscal único, e, **as demonstrações financeiras**

² Rafael La Porta, Andrei Shleifer, Florencio Lopez-de-Silanes e Robert Vishny, em artigo intitulado “*Investor protection and corporate governance*”, publicado no Journal of Financial Economics, v. 58, p. 3-27, October, 2000, referem que “*Corporate governance, to a large extent, is a set of mechanisms through which outside investors protect themselves against expropriations by the insiders*”, entendendo-se por “*the insiders*”, gestores/administradores e accionistas maioritários. Com efeito, a empresarialização dos hospitais deve começar pela empresarialização da governação dos hospitais, por forma a “*...ultrapassar a gestão clássica hospitalar sustentada pelo princípio (ou suspeita) de que o interesse corporativo dos profissionais tenderá a impor-se aos doentes e à instituição*”, tal como é referido nas conclusões do Grupo de Trabalho da ARSLVT sobre a “Governação dos Hospitais”, 2009.

³ Sublinhado nosso.



objecto de certificação legal, ambas com reservas relativas à não contabilização das responsabilidades com pensões de reformas dos ex-trabalhadores das Misericórdias.

- Os **documentos de prestação de contas** de 2008 foram aprovados por Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 9 de Outubro de 2009.

Avaliação do sistema de controlo interno – cf. ponto 10

- O Centro Hospitalar aplica **métodos e procedimentos de controlo interno** que, na generalidade, vão ao encontro dos objectivos definidos no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, e que garantem a segregação de funções, a legalidade e a regularidade das operações administrativas e contabilísticas, apresentando algumas debilidades, nomeadamente, na área de aquisição de bens e serviços e no funcionamento do Conselho de Administração.
- Relativamente à **organização dos processos de aquisição**, verificou-se que o Centro Hospitalar recorreu, **até 2008**, ao procedimento por ajuste directo para a aquisição de bens e serviços, o que não garante, de *per se*, os princípios da boa gestão dos dinheiros públicos, designadamente a escolha da proposta mais económica, eficiente e eficaz, que apenas um procedimento concorrencial, de princípio, permite alcançar.

No entanto, a **política de aquisições, em 2008 e 2009**, já se pautou pela negociação de propostas no âmbito de abertura de processos concursais e pelo planeamento das necessidades, assegurando, de princípio, uma melhor gestão dos dinheiros públicos.

- A **contratação de serviços médicos** não cumpre as formalidades em termos de organização processual e não apresenta justificação para os valores/hora pagos, quando estes ultrapassam os limites fixados pela tutela.
- É de salientar o **trabalho realizado pelo Gabinete da Qualidade**, em áreas como a Farmácia, o Gabinete do Utente, a gestão de Recursos Humanos e o início da actividade do **Auditor Interno**.
- Salienta-se, em termos de **informatização**, a implementação, em curso, do processo clínico electrónico, sendo imperioso que este esforço de informatização continue de forma sustentada.

Actividade hospitalar – cf. ponto 11

- O Centro Hospitalar do Médio Tejo utiliza o **Sistema de Informação de Gestão de Doentes** para o registo de todos os cuidados de saúde prestados aos seus utentes e para a consequente emissão de facturas às entidades públicas ou privadas responsáveis pelo pagamento desses serviços.
- Da análise dos dados registados neste sistema e relativos à actividade assistencial, do ano de 2008, constatou-se que as **linhas de produção hospitalar** com maior volume de facturação são o Internamento, a Consulta Externa e a Urgência.
- A maior parte dos pagamentos desta actividade são da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde (86%), destacando-se como outras **entidades responsáveis pelo pagamento** a ADSE (8%) e o Instituto de Acção Social das Forças Armadas (2%), respeitando os restantes 4% à agregação de outras entidades.
- Verificou-se existirem, em Setembro de 2009, **episódios por facturar**, relativos ao ano de 2008, destacando-se os episódios de urgência (13%), de consulta (10%) e de internamento (6%), existindo, assim, algum *gap* explorável em termos de “criação de valor”.



- Os **prazos médios para emissão de factura** afiguram-se como razoáveis na maioria das situações, variando entre os 19 e 58 dias para as Consultas, entre os 19 e 51 dias para as Urgências e entre os 63 e os 75 dias nos Internamentos, excluindo a facturação emitida a seguradoras.
- Os **prazos mais elevados para emissão de factura** verificam-se no caso dos Internamentos, cujos episódios passam por um processo de codificação (em média 46 dias) antes de poderem ser facturados, e no caso das companhias de seguros (96 dias nas Consultas, 80 dias nas Urgências e 124 dias nos Internamentos), que exigem frequentemente diligências mais demoradas, devido a litígios, para identificação da entidade responsável pelo pagamento. Este problema é inaceitável para os hospitais, que são alheios a esses processos litigiosos, já incorreram na despesa e dela têm de ser ressarcidos atempadamente, sob pena de ser o SNS a pagar as delongas na resolução dos conflitos com as companhias de seguro.
- O Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, tem desenvolvido esforços para um **maior controlo no desenvolvimento do processo de codificação**, no sentido de diminuir o tempo gasto com o mesmo, para que a emissão da facturação e a correspondente arrecadação da receita própria seja mais célere.
- A **percentagem de cobrança global das taxas moderadoras** pagas pelos utentes é de cerca de 92%, sendo mais elevada no caso das Consultas Externas, com 95%, e mais baixa na Urgência e no Internamento com 89% e 84%, decorrentes da dificuldade no processo de cobrança das referidas taxas, quando esta não ocorre simultaneamente com a prestação do acto médico. Porém, o Centro Hospitalar desenvolveu ações de controlo e mecanismos de cobrança das taxas moderadoras em dívida, através do contacto directo com os utentes, da emissão de listagens com episódios não cobrados e da gestão de processos em contencioso.

Execução do Contrato-Programa – cf. ponto 11.4

- Na sequência da análise da produção realizada em 2008, verificou-se que as **linhas de produção do Ambulatório, da Consulta Externa e da Urgência** ultrapassaram as metas estabelecidas no contrato-programa, tendo o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, já facturado à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, o valor de € 23.785.476,94, correspondente a 99,9% do valor contratado nestas áreas. Não se averiguou, no entanto, a existência de eventuais disfunções na fixação daquelas metas.
- Não foram atingidas as metas contratadas **na produção do Internamento e do Hospital de Dia**, tendo as taxas de execução física atingido 93,7% e 86,4%, respectivamente, tendo sido, facturados € 28.697.798,73, correspondentes a 92% do valor contratado.
- Salienta-se, no entanto, que o **processo de facturação de 2008** ainda não se encontrava encerrado pela Administração Central do Sistema do Saúde, IP, à data de realização da auditoria⁴.
- Relativamente ao cumprimento dos **objectivos de qualidade e eficiência** fixados no contrato-programa,⁵ verifica-se que os maiores desvios desfavoráveis ocorreram nos indicadores relativos ao resultado operacional, à evolução das principais rubricas de custos e à gestão das listas de inscitos para cirurgia. O Centro Hospitalar atingiu os objectivos definidos para a

⁴ Outubro de 2009.

⁵ Em função dos quais são pagos os incentivos institucionais -no valor de € 1,3 milhões - (valor de convergência variável).



formação, para o rácio de primeiras consultas, para o peso da cirurgia de Ambulatório no total de cirurgias programadas e para o **custo unitário por doente padrão**⁶.

- O custo unitário do doente padrão, em 2007, foi de € 3.630,50, e, em 2008, de € 3.748, verificando-se, assim, que apesar do valor de convergência atribuído (€ 15,6 milhões) que representou € 595 por doente padrão, o custo unitário divergiu, uma vez que aumentou € 118, (3,2%).

Evolução da Actividade Cirúrgica – cf. ponto 11.5

- A **produção cirúrgica** aumentou 0,4%, em 2008, mas, apesar da diminuição da procura em 0,67%, verificou-se o recurso à emissão de Vales-Cirurgia⁷, contribuindo para a redução no número de utentes que aguardavam intervenção cirúrgica (de 4.494, em 2006, para 3.317, em 2008) e da mediana do tempo de espera dos utentes em lista (de 5,3 meses, em 2006, para 3,3 meses, em 2008).
- As especialidades de **Oftalmologia** (1.159 utentes) e **Ortopedia** (1.060 utentes) são as que apresentam, em 31 de Dezembro de 2008, maior lista de espera, sendo também, conjuntamente com a **Cirurgia Plástica**, as especialidades com os maiores tempos de espera (as medianas do tempo de espera atingiram, naquela data, os 3,5, 5,4, e 3,7 meses).
- O Centro Hospitalar do Médio Tejo registou, em 2008, comparativamente a 2007, uma **diminuição geral do número de inscritos e das medianas do tempo de espera** em todas as especialidades, exceptuando a Cirurgia Vasculiar e a Oftalmologia, nas quais ambos os indicadores registaram aumentos.
- Apuraram-se diferenças significativas nos tempos **médios de espera até à realização da intervenção cirúrgica** em serviços das três unidades hospitalares do Centro Hospitalar do Médio Tejo, pertencentes à mesma especialidade, nomeadamente em Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia.
- Os **tempos de espera são particularmente díspares** em Ortopedia, cerca de mais 3,5 meses de espera na unidade hospitalar de Tomar, comparativamente à de Abrantes. Além disso, constata-se que na **unidade hospitalar de Tomar**, na qual **os tempos de espera são mais elevados**, cerca de 10% dos utentes inscritos para cirurgia e intervencionados em 2007 e 2008 o foram em entidades convencionadas, através da emissão de Vales-Cirurgia, consequência da não resposta atempada na garantia dos tempos máximos de espera definidos. Esta percentagem foi de apenas 2,4% na unidade hospitalar de Abrantes.
- Conclui-se, portanto, que o **Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, tem gerido assinergeticamente as listas de espera das três unidades hospitalares** que o compõem. Esta situação é, ainda, fonte de desigualdade no tratamento dos doentes e de eventuais desperdícios de recursos públicos.

Reclamações recebidas pelo Gabinete do Utente – cf. ponto 11.6

- Encontram-se implementadas **medidas para o acolhimento e atendimento dos cidadãos em geral**, nomeadamente no que respeita aos mecanismos de audição e resposta aos utentes, e

⁶€ 3.748,00 - Ligeiramente abaixo do objectivo estipulado - € 3.774.

⁷ No âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia foram emitidos Vales-Cirurgia (para entidades privadas convencionadas) ou Notas de Transferência (para outros hospitais do SNS) aos utentes em lista de espera, sempre que o CHMT não conseguiu proceder à intervenção cirúrgica dentro do tempo máximo de espera previsto – cf. Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro).



registadas no “SGSR - Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações” todas as exposições de utentes, independentemente da forma de recepção das mesmas.

- Em 2008, o **número de reclamações** apresentadas foi de 455, destacando-se como **serviço mais visado** a **Urgência** (317), como o Grupo Profissional o **peçoal médico** (321) e como tipologia: a **Prestação de Cuidados de Saúde** (268), os **Actos Administrativos de Gestão** (127) e as **Relações/Comportamentos** (102).
- O **elevado número** de reclamações relativas aos **comportamentos e relações**, poderá evidenciar uma deficiente **formação do peçoal em técnicas de atendimento e de relacionamento com o público e/ ou uma “correlação de forças” favorável aos profissionais de saúde**.
- Da análise dos **Relatórios de Actividades do Gabinete do Utente**, de 2007 e 2008, conclui-se que os problemas por este identificados em 2007, apresentados ao Conselho de Administração, se **reiteram no ano de 2008**, sem que tenham sido implementadas as propostas do Gabinete do Utente, por parte daquele Conselho, o que se traduz num desperdício dos dinheiros públicos investidos no Gabinete do Utente.
- Verificou-se que grande parte das **reclamações sobre peçoal médico** analisadas incidia sobre profissionais que exercem a sua **actividade em regime de prestação de serviços** e que muitas resultam da existência natural de assimetrias de informação na relação médico - utente, que deveriam, no entanto, ser minimizadas pelo profissional médico, através do esclarecimento de toda e qualquer dúvida colocada pelos utentes quanto aos cuidados de saúde prestados.
- Verificou-se, ainda, que as **reclamações** (455) **ou elogios** (156) recebidos não são parte integrante do processo individual, tendo, no entanto, o **Gabinete do Utente desenvolvido recentemente um procedimento de controlo dos profissionais visados pelas reclamações**, que consiste na elaboração de listagem, a apresentar ao Conselho de Administração, com a indicação dos profissionais com mais de 3 reclamações por semestre, não tendo sido recolhida evidência de qualquer resultado deste procedimento nos processos de contratação seguintes com os referidos profissionais, o que também evidencia o desperdício dos dinheiros públicos investidos no Gabinete do Utente.
- Em 2008, não foram desenvolvidas pelo Centro Hospitalar **acções directas de avaliação da satisfação dos utentes**.

ANÁLISE FINANCEIRA

Situação Financeira e Patrimonial – cf. ponto 12.1

- Da análise ao **balanço** são de destacar os **resultados líquidos negativos** obtidos, de 2006 a 2008, que têm contribuído para a diminuição acentuada do valor dos Fundos Próprios (-23,5% de 2006 para 2007 e -27,7% de 2007 para 2008).
- Os **resultados líquidos negativos nos últimos três anos**, num total de € 43.364.361, resultaram fundamentalmente do **défi ce recorrente gerado pela actividade produtiva**. Este foi, no entanto, ligeiramente inferior em 2008 (€ 15 milhões) quando comparado com o de 2006 (€ 15,8 milhões).

Imobilizado – cf. ponto 12.1.1

- O **imobilizado corpóreo bruto** foi, no triénio 2006-2008, composto maioritariamente pelos edifícios e pelo equipamento básico.



- Verificou-se que os **edifícios e os terrenos**, nos quais funciona o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, não estão registados matricialmente em nome do Estado ou do Centro Hospitalar, e que os mesmos não foram objecto da avaliação prevista no diploma que procedeu à transformação do Hospital em sociedade anónima em função da qual devia ter sido alterado o valor do capital social (actual capital estatutário).
- O terreno no qual funciona a unidade hospitalar de Torres Novas não está valorizado no activo imobilizado, originando a subavaliação do activo líquido do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.
- A **não actualização do valor dos bens imóveis** foi ao encontro de orientação da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, que, visando a definição de uma solução global relativa às entidades públicas empresariais do sector da saúde, considerou “prudente”, que as entidades que ainda não tivessem procedido àquela regularização, não o fizessem até à conclusão de um estudo sobre o impacto dessas situações, nas respectivas contas, a desenvolver pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, pela Inspeção-Geral de Finanças e pela Direcção-Geral do Tesouro e das Finanças, o que não ocorreu até à data. No âmbito do contraditório, a Direcção-Geral do Tesouro e Finanças informa que “...foram efectuadas diversas reuniões de trabalho no sentido...” do “...*levantamento dos bens imóveis da propriedade dos hospitais ou que lhe estão afectos, sua valorização e proposta de regularização global...*” e que “...*a DGTF (...) já manifestou a sua disponibilidade para, em articulação com a ACSS, emitir instruções dirigidas individualmente não apenas ao CHMT mas a todos os Hospitais EPE, no sentido de concluírem a inventariação e/ou avaliação dos bens a contabilizar e procederem aos registos da titularidade dos mesmos e à respectiva relevação contabilística*”.
- Os **investimentos, em 2008**, orientaram-se essencialmente para o equipamento básico, registando um aumento de 5,5% face ao ano anterior, cerca de € 1,9 milhões.
- Os **bens de imobilizado corpóreo** encontravam inventariados e etiquetados, não existindo, no entanto, procedimentos regulares de controlo físico da localização dos bens, nem identificação dos mesmos por sala.
- As **amortizações** foram calculadas ao longo do ano, segundo as taxas estipuladas na Portaria n.º 671/2000, de 17 de Abril, pelo método das quotas constantes a partir do mês da entrada em funcionamento dos bens, e incluídas nos balancetes mensais.
- Não foi prática corrente a utilização da **Análise Custo-Benefício (ACB)**, como suporte às decisões de investimento e de outras despesas, o que condicionou a economia, a eficiência e a eficácia da afectação de recursos públicos. Com efeito, o ponto fraco deste Centro Hospitalar reside precisamente na qualidade da governação.
- Nos testes realizados aos processos de aquisição de 2008, verificou-se **que estavam reunidas as condições do ponto de vista da legalidade e de concordância com as boas práticas de gestão na realização da despesa**, nomeadamente pela abertura de procedimentos concorrenciais, de Consulta Prévia com vista à contratação.

Existências – cf. ponto 12.1.2

- No final de 2008 as **existências** atingiram o valor de € 1.162.599 (representando uma diminuição de 18%, em relação a 2007, e de 29%, em relação a 2006).



- Os **stocks de produtos farmacêuticos e de material de consumo clínico** representaram, em 2008, cerca de 44% e 33% das existências finais, tendo o valor dos primeiros, face a 2006, diminuído 38% e o valor dos segundos 28%. Considerando que, entre 2006 e 2008, tanto o custo dos produtos farmacêuticos como o custo do material de consumo clínico consumidos cresceu, a diminuição verificada nestas existências finais **revela um maior cuidado em minimizar os recursos financeiros empregues em stocks**.
- O Centro Hospitalar registou as **entradas de existências** pelo custo de aquisição e as saídas e consumos pelo custo médio, tendo os saldos finais de Balanço sido ajustados na sequência das contagens físicas efectuadas com referência ao final do exercício.
- Os **saldos finais de existências** não incluem os stocks existentes nos serviços, resultando numa **subavaliação das existências finais**, ao longo do triénio.
- Em resultado da análise efectuada aos **processos de aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico** foi confirmada a legalidade e a regularidade dos procedimentos e dos registos contabilísticos.
- A **política de aquisições, em 2008 e 2009**, pautou-se por um maior formalismo nos procedimentos de aquisição, por meio de negociação de propostas no âmbito de abertura de processos concursais, pela compra em quantidades para dar cobertura às três unidades hospitalares, permitindo, em princípio, uma gestão mais racional das aquisições e a obtenção de ganhos de eficiência.

Dívidas de terceiros – cf. ponto 12.1.3

- As **dívidas de terceiros** diminuíram, de 2006 para 2007, em 27% e aumentaram, de 2007 para 2008, em 14%. As dívidas de subsistemas de saúde públicos e privados, que representam cerca de 34% do total das dívidas de terceiros em 2008, diminuíram 10%, entre 2007 e 2008, o que contrasta com a preponderância das dívidas de Instituições do Estado (59%), que aumentaram cerca de 38%, de 2007 para 2008. De entre estas, destacam-se as dívidas das Administrações Regionais de Saúde, IP, e da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, que representam, respectivamente, 69% e 22% do total das dívidas de Instituições do Estado, em 31 de Dezembro de 2008.
- A **dívida da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP**, para com o Centro Hospitalar, totalizava, em 31 de Dezembro de 2008, € 5.868.560,89, respeitante na sua maioria à facturação de medicamentos cedidos na farmácia hospitalar.
- Salienta-se, no entanto, que o **Centro Hospitalar apresenta também dívidas por pagar às Administrações Regionais de Saúde, IP**, no valor de € 4,2 milhões (cf. ponto 12.1.5) e que os débitos e créditos entre instituições do SNS são frequentemente alvo de procedimentos de encontro de contas.
- A **manutenção de dívidas entre instituições do Serviço Nacional de Saúde**, com antiguidades elevadas, distorce as demonstrações financeiras, originando valores elevados de responsabilidades e de direitos entre elas, em montantes que, na sua maioria, não oferecem risco de cobrança e poderão ser objecto de simples encontro de contas.
- Em 2008, o valor total das **dívidas das taxas moderadoras por cobrar** era cerca de € 601 864, valor que não se encontrava reflectido contabilisticamente, apesar de terem sido emitidas as



correspondentes notas de débito⁸. A contabilização da dívida dos utentes resultante do não pagamento das taxas moderadoras é o procedimento adequado do ponto de vista contabilístico, e contribui para que as demonstrações financeiras reflectam todos os elementos relevantes para as avaliações ou decisões dos gestores.

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar não efectuou, até à conclusão da fase de execução da auditoria, quaisquer diligências junto da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, nem implementou outros procedimentos conducentes àquela contabilização, o que configura eventual infracção financeira susceptível de gerar responsabilidade financeira sancionatória, designadamente por violação do princípio contabilístico da materialidade e das normas previstas no Estatuto do SNS relativas à cobrança e destino do preço das unidades de saúde. Em sede de contraditório, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar informou estar a “...procurar activamente uma solução (...) tendo para o efeito já contactado a ACSS...”.

Disponibilidades – cf. ponto 12.1.4

- No exercício de 2008, o Centro Hospitalar detinha, para além das contas no Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP, duas contas na banca comercial, com saldos médios de € 59.511,12 (no Banco Espírito Santo) e outra de valor negligenciável, que representavam, em 31 de Dezembro de 2008, cerca de 0,51% do total das disponibilidades e aplicações financeiras do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE⁹, justificando a sua manutenção pela necessidade de realizar os depósitos diários e operações bancárias que não eram asseguradas, à data, pelo Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP. No exercício do princípio do contraditório, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar justificou a manutenção das contas com a “...necessidade de garantir alguns serviços bancários que não eram assegurados, à data, pelo IGCP...”, reafirmando que “...os saldos médios (...) são diminutos e os saldos da conta existente no BES são objecto de transferência periódica (sensivelmente duas vezes por mês) dessa conta para a conta detida no IGCP...”, e que “...o CHMT tem mantido contactos com os responsáveis dos serviços bancários prestados pelo IGCP no sentido de averiguar da possibilidade de este Instituto assegurar as operações atrás referidas ...”, afirmando que “...irá de imediato implementar as necessárias alterações...”.
- Existiu um **controlo efectivo das disponibilidades** através da elaboração de balanços diários de caixa, de reconciliações bancárias mensais, justificativas de todos os movimentos em trânsito, e de outros controlos instituídos para o efeito.
- A **constituição e reposição dos fundos de manei**o, em funcionamento no Aproveitamento e nos locais de atendimento ao público, são efectuadas pela Tesouraria, e os montantes utilizados repostos diariamente mediante a entrega do documento de despesa devidamente autorizado.
- O **rácio Days Cash on Hand** aumentou ligeiramente ao longo do triénio, tendo atingido os 52 dias em 2008. Excluindo as disponibilidades aplicadas em depósitos a prazo, aplicações financeiras e títulos negociáveis, o rácio atingiu, em 2008, cerca de 5 dias, superior ao verificado no início do triénio, mas razoável quando comparado com o de outros hospitais.

⁸ O Sistema de Informação de Gestão de Doentes não permite a integração automática das notas de débito no sistema informático da contabilidade. Tal é também referido pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, no âmbito do contraditório. Afirma ainda que “...o procedimento acima descrito (...) foi adoptado por razões de prudência e simplificação administrativa.

⁹ Em 30 de Setembro de 2009, as disponibilidades mantidas na banca comercial ascendiam a € 77.237,94, cerca de 0,60% do total das disponibilidades e aplicações financeiras do Centro Hospitalar naquela data.



Dívida a terceiros – cf. ponto 12.1.5

- Na área de **dívidas a terceiros** observou-se, no triénio 2006-2008, um agravamento substancial dos valores em dívida (93,4%), cujo saldo global, no final do exercício de 2008, ascendia a € 37.667.444 de dívidas de curto prazo e € 4.409.715, de dívidas de médio/longo prazo. Verificou-se uma **diminuição de 66% nas dívidas de fornecedores c/c, em 2008 face a 2007**¹⁰, em resultado do adiantamento de € 27.414.357 concedido ao Centro Hospitalar nesse ano, no **âmbito do Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde**. Esta diminuição não tem correspondência na variação do saldo global de dívidas a terceiros, uma vez que aquele adiantamento para pagamento a fornecedores passou a constituir um empréstimo obtido de curto prazo e por conseguinte uma dívida a terceiros.
- Nos anos de 2006, 2007 e 2008, os **prazos médios de pagamento** foram de, respectivamente, 203, 207 e 71 dias. A redução verificada, em 2008, resulta, essencialmente, dos pagamentos efectuados com recurso ao FASP, ocorridos no final desse ano, originando que 94,3% das dívidas a fornecedores apresentassem, em 31 de Dezembro de 2008, antiguidades inferiores a 90 dias.
- **Esta redução não** resulta de uma reestruturação da economia interna nem de qualquer mudança profunda na gestão do CHMT; se este não alterar substancialmente a governação, e consequentemente a sua própria economia interna, não assegurará a sua sustentabilidade, continuando, eventualmente, a ser um consumidor *ad eternum*, ineficaz, de recursos públicos.
- Alguns fornecedores do Centro Hospitalar do Médio Tejo procederam à **cobrança de juros de mora**, que têm vindo a aumentar no triénio (€ 2.523 em 2006, € 2.915 em 2007 e € 7.095 em 2008).
- O atraso nos pagamentos tem colocado o Centro Hospitalar numa posição de **desvantagem na negociação com os seus fornecedores**, nomeadamente quanto às condições comerciais contratadas, pelo que o Centro Hospitalar não deixará de suportar elevados juros implícitos, incorporados pelos fornecedores no preço dos bens e serviços para compensar os prazos dilatados de pagamento.
- Foi instituído o procedimento contabilístico de **utilização da “conta 228 – Fornecedores – facturas em recepção e conferência”**, para todas as facturas entradas e não conferidas.

Identificação dos Principais Credores do Estado – cf. ponto 12.1.5.1

- A **dívida total** do Centro Hospitalar do Médio Tejo, a 31 de Dezembro de 2008, atingiu o montante de € 7.773.346, do qual € 7.421.520 (95%) respeita a dívidas superiores a € 5.000 por credor – 2% dívida vencida e 98% dívida vincenda – e € 351.826 (5%) a dívidas inferiores a € 5.000 por credor, não tendo sido identificadas divergências entre o total da dívida reportada e a dívida validada pela equipa de auditoria.
- Comparando os valores de dívida por fornecedor, reportados ao Tribunal de Contas, com os constantes das demonstrações financeiras, identificaram-se algumas diferenças, no total de € 2.257.316, que respeitam às **dívidas a empresas de factoring** que, por não prestarem qualquer serviço ou venda de produto directamente ao Centro Hospitalar, não têm evidência própria nas suas demonstrações financeiras.

¹⁰ Em 2007 e em 2008, ascendiam a € 20.462.248 e € 6.958.286, respectivamente.



- Do **total das dívidas reportadas e validadas com as demonstrações financeiras**, referentes aos credores circularizados (€ 5.415.511), foram confrontados 53,8% (€ 2.911.954) com as dívidas reportadas pelos respectivos credores, tendo sido apuradas divergências que totalizaram € - 616.730, referentes a 16 entidades.
- Confirmou-se a **fidedignidade dos valores reportados pelo Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE**, uma vez que a maioria das **divergências decorrem de lapsos do credor no reporte ou de diferentes datas de reconhecimento do pagamento/recebimento**, tendo o Centro Hospitalar apenas não reportado ao Tribunal de Contas € 22.113, referentes a facturas de juros de mora, devolvidas ao fornecedor solicitando a sua anulação.

Provisões – cf. ponto 12.1.6

- Em cumprimento do **princípio da prudência**, estabelecido no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, foram constituídas provisões para riscos e encargos e para dívidas a receber, num total que ascendeu a € 426.599.
- Os critérios utilizados para a **constituição de provisões para dívidas** a receber foram além do disposto no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, uma vez que foram constituídas provisões a 100% relativamente às dívidas com antiguidade de 6 a 24 meses, quando tal só o deveria ser para dívidas com antiguidade superior a 24 meses.
- Além disso, estão **provisionadas dívidas da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP**, no valor de € 632.056,77, apesar de o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde as excluir.
- **Esta situação origina uma subvalorização do Activo líquido** do Centro Hospitalar do Médio Tejo e uma **sobrevalorização dos custos com provisões**.

Acréscimos e diferimentos – cf. ponto 12.1.7

- Foi cumprido o **princípio de especialização do exercício**, estabelecido no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde.
- Os **acréscimos de proveitos** referem-se maioritariamente aos cuidados de saúde prestados aos utentes do Centro Hospitalar e, ainda, não facturados, até ao final do exercício de 2008, às respectivas entidades responsáveis pelo seu pagamento¹¹; em custos diferidos foram registados os custos com seguros de acidentes de trabalho e com o aluguer de equipamentos, relativos ao mês de Janeiro de 2009, já pagos em 2008.
- Na conta de **acréscimos de custos** salientam-se os encargos com remunerações a liquidar, em 2009, € 7.134.615,73, e em proveitos diferidos estão contabilizados diversos subsídios à aquisição de imobilizado, provenientes do PIDDAC e de Fundos Comunitários, reconhecidos em resultados na proporção das respectivas amortizações.

Demonstração dos fluxos de caixa – cf. ponto 12.3

- Verificou-se uma **variação positiva de caixa**, em 2008, de € 2.152.184, para a qual contribuíram, fundamentalmente, os recursos obtidos pelas actividades de financiamento (€ 27.607.826), nomeadamente pelo recebimento relativo à participação do Centro Hospitalar no Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde, e os fluxos negativos da actividade operacional que, em 2008, ascenderam a € - 23.535.876.

¹¹ Subsistemas públicos ou privados, seguradoras ou particulares.



Análise do equilíbrio financeiro – cf. ponto 12.4

- Os **Capitais Permanentes**, apesar da diminuição verificada no triénio, pelo acumular de resultados líquidos negativos, representam ainda 46% do total das origens de fundos.
- Os activos fixos encontram-se financiados em 23% por passivos de curto prazo, o que evidencia um desequilíbrio na situação financeira do Centro Hospitalar.
- O **rácio de solvabilidade** (2,04, em 2006, e 0,69, em 2008) demonstra a decrescente capacidade financeira do Centro Hospitalar em satisfazer os seus compromissos.
- A diminuição do **indicador de autonomia financeira** de 2006 (0,67) para 2008 (0,41) é consequência do aumento das dívidas a terceiros de curto prazo.
- Os **indicadores de liquidez geral** (0,80, em 2007, e 0,58, em 2008) e **reduzida** (0,76, em 2007, e 0,56, em 2008) são reveladores da falta de capacidade do Centro Hospitalar em solver as suas obrigações de curto prazo através da realização dos seus direitos de curto prazo.
- Os montantes de **fundo de manei**o, € 4.145.819 em 2006, € -7.647.196 em 2007 e € -19.812.435 em 2008, indicam que, a partir de 2007, o Centro Hospitalar não estaria em condições de honrar a sua dívida exigível a curto prazo, com recurso aos activos com o mesmo grau de exigibilidade, nomeadamente às dívidas de clientes e aos outros devedores de curto prazo.
- Ao longo do triénio, verificou-se a **diminuição da rendibilidade dos capitais próprios** (de – 22% para – 39%), tendo aumentado substancialmente o risco de eventual insolvência.

ANÁLISE ECONÓMICA

Custos e perdas do exercício – cf. ponto 12.2.1

- Em termos globais, os **custos e perdas** sofreram um aumento de 3%, entre 2006 e 2008, resultante da variação ocorrida no exercício de 2007, tendo-se mantido relativamente constantes entre 2007 e 2008. No entanto, os custos operacionais aumentaram 4,4%, no triénio, e 3%, entre 2007 e 2008; excluindo os custos com amortizações e provisões, este crescimento foi de 6,7%, no triénio, e de 4,1%, entre 2007 e 2008.
- Os **custos com o pessoal**, com fornecimentos e serviços externos e com as matérias de consumo, representam mais de 90% do total dos custos, ao longo do triénio 2006-2008, tendo uma taxa de crescimento de 6,6%.

Custos com as matérias de consumo – cf. ponto 12.2.1.1

- Os **custos com as matérias de consumo** registaram, em 2008, um aumento de 5,9% face ao ano anterior, o qual resultou do acréscimo de 6% e 8% verificados, respectivamente, nos produtos farmacêuticos e no material de consumo clínico, com destaque para os consumos de medicamentos que aumentaram 7%.
- O aumento de **consumo de medicamentos** ocorreu, essencialmente, nos medicamentos de cedência gratuita (€0,4 milhões) e o do consumo de material clínico é explicado pelo acréscimo da actividade de Ortopedia, nomeadamente colocações de próteses.
- A **distribuição dos medicamentos** foi feita, na sua quase totalidade, através da resposta a requisições registadas na aplicação informática de gestão integrada do circuito do medicamento.



- Verificou-se no entanto que os medicamentos continuam a ser comprados em embalagens e não em unidose, o que só será conseguido por uma alteração na “relação de forças” entre os hospitais e os laboratórios. Esta situação obriga à desembalagem dos medicamentos e à preparação de unidoses para uso hospitalar, com o desperdício de recursos que daí advém. Este desperdício só será eliminado se os hospitais do SNS incrementarem, significativamente, o seu “buyer leverage”, através, entre outros mecanismos, da centralização de compras.
- As **saídas dos armazéns**, quer dos produtos farmacêuticos, quer do material de consumo clínico, **são registadas como consumo**, mesmo quando essa saída tenha como destino a reposição dos níveis de stock dos vários serviços clínicos, o que limita o controlo exercido sobre estes stocks.
- Concluiu-se pela **adequação dos controlos instituídos na gestão e distribuição dos produtos em stock nos armazéns**. Nos testes realizados na **farmácia**, verificou-se a convergência entre os registos do sistema informático, os registos manuais, e as existências. Nos **armazéns de material de consumo clínico** foram apuradas diferenças mínimas, justificadas pela falta de registo de saída do material e por uma não actualização atempada dos registos.
- A gestão **das farmácias** é realizada de forma assinérgica por cada uma das unidades hospitalares existindo procedimentos distintos em funcionamento. A centralização das farmácias, numa só, conduzirá, muito provavelmente, a economias significativas.
- Os **armazéns gerais**, dependentes da área do Aprovisionamento, têm uma coordenação comum, existindo responsáveis pela gestão corrente associada a cada um dos três espaços físicos distintos.

Custos com pessoal e contratação de pessoal médico em regime de prestação de serviços e de tarefa – cf. pontos 12.2.1.2 e 12.2.1.3

- Em 2008, os **custos com pessoal** representaram 56% dos custos totais, ascendendo a € 54.725.249, verificando-se acréscimos de 4,1%, e 3%, respectivamente, entre 2006 e 2007 e 2007 e 2008, embora não incluam os custos com o recurso a prestadores de serviços médicos.
- Relativamente aos **funcionários com CIT**, constatou-se haver algumas situações, cinco delas identificadas, em que os funcionários mantêm o vínculo à função pública por lhes ter sido concedida a licença sem vencimento, prevista nos art.ºs 21.º e 22.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, sem que no entanto a contratação tenha sido autorizada pelo Ministro da Tutela, com fundamento em razões de interesse público, nem o interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento tenha sido justificadamente reconhecido pelo Conselho de Administração, o que revela a preterição do procedimento legalmente exigido, em função do regime transitório do pessoal com relação jurídica de emprego público. Esta situação configura eventual infracção financeira, susceptível de gerar responsabilidade financeira sancionatória. Nas alegações produzidas pelos responsáveis do Conselho de Administração do Centro Hospitalar, estes informam estar a “... *proceder a todas as diligências necessárias à cessação das situações de simultaneidade de licença sem vencimento e contrato individual de trabalho de quaisquer funcionários*”.
- Os custos com pessoal “**Front Office**” e com pessoal “**Back Office**” ascenderam a 91% e 9%, respectivamente, representando uma estrutura de retaguarda mais “pesada” do que a observada em outros hospitais. Esta situação explica-se pela existência das três unidades hospitalares, e revela a existência de sinergias e de economias de escala ainda não aproveitadas. Se analisarmos



este indicador agregando o número de efectivos por serviços, verifica-se que o peso do “Back Office” no número total de efectivos é de 21% (414 de 1950 efectivos).

- O recurso à **prestação de trabalho extraordinário** representou, em 2008, cerca de 7,1% (€ 3.614.016) no **total dos custos com pessoal**.
- No triénio 2006-2008, **os custos com a aquisição de serviços médicos externos** apresentaram um acréscimo de 20,5% (€ 986.418), essencialmente nas aquisições de serviços a empresas, e, em contrapartida, verificou-se uma **diminuição de 3,2%** (€ 118.535) **nos custos com a prestação de trabalho extraordinário** de profissionais médicos.
- O **aumento** verificado no recurso à **prestação de serviços** deve-se à escassez de médicos sentida há alguns anos, o que dificulta a contratação de profissionais médicos para o quadro do Centro Hospitalar.
- O **controlo de assiduidade** do pessoal contratado para prestação de serviços é efectuado nos Serviços de Recursos Humanos, com base nas folhas de presença individuais preenchidas pelo médico prestador e validadas pelo Director do serviço clínico onde foi prestado o serviço. Contudo, este controlo deve, na medida do possível, ser objecto de informatização ou, caso contrário, os custos inerentes a esse controlo devem acrescer ao valor das prestações de serviço.
- Quanto ao **controlo de qualidade**, o Centro Hospitalar não implementou nenhum processo de auditoria interna de avaliação do desempenho dos profissionais contratados. Porém, à semelhança do que é feito para os profissionais do quadro, existe, por parte do Gabinete do Utente, o controlo das reclamações recebidas por indivíduo visado.
- Em resultado da análise efectuada aos **processos de aquisição de serviços médicos externos**, verificou-se, de um modo geral, o recurso ao ajuste directo, não existindo uma adequada fundamentação, designadamente nas situações em que existia uma necessidade permanente de recurso a prestadores externos. Conclui-se, assim, pela **inexistência de um adequado planeamento das necessidades anuais** nesta matéria, não garantindo os princípios da boa gestão dos dinheiros públicos, designadamente a escolha da proposta mais económica, eficiente e eficaz, que apenas um procedimento concorrencial, de princípio, permite alcançar.
- Os processos de contratação de **prestação de serviços médicos não estavam devidamente** instruídos de acordo com o nº 7 do Despacho nº 8/SEAS/2008, que exige a documentação comprovativa da relação jurídica de emprego dos profissionais junto das instituições de saúde do Serviço Nacional de Saúde, onde os mesmos exercem a sua **actividade de forma a conferir eventuais situações de impedimento**.
- Nas alegações apresentadas no âmbito do contraditório, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, reconhece a “...*carência relativa de médicos no nosso País* “, salientando que “...*a formação de novos médicos e de novos especialistas exige tempo...*”, restando “...*ao Ministério da Saúde adoptar também medidas conjunturais [como a] contratação de serviços médicos, através de empresas de prestação de serviços*”, não se percebendo a que stock de médicos se refere.
- Tendo presente que tudo aponta, e bem, para o recurso à aquisição centralizada de “inputs” por parte dos Hospitais do SNS, com o objectivo de incrementar o seu “buyer leverage”, considera-se relevante, em termos de economia, eficiência e eficácia, que as aludidas contratações de serviços médicos passem a ser feitas de forma centralizada, seja a nível nacional, seja a nível regional.



- Além de permitir uma maior transparência e ganhos nos processos de aquisição, permitiria a centralização dos mecanismos de controlo e verificação do preenchimento dos pressupostos legais para a prestação de serviços médicos a instituições do SNS, de onde resultariam eventuais poupanças significativas de dinheiros públicos.
- Verificou-se que os **valores/hora ultrapassam largamente os limites estabelecidos** pelo Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 7 de Novembro, e fixados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, não se tendo recolhida evidência de qualquer reavaliação dos contratos em vigor, na sequência do referido despacho, o que deu azo a que, também em 2009, se procedesse a pagamentos de valores/hora, em determinadas especialidades, acima dos valores de referência fixados, sem que os mesmos tenham sido justificados. Esta situação configura eventual infracção financeira susceptível de gerar responsabilidade financeira sancionatória. Nas alegações produzidas pelo CA, no exercício do contraditório, este informa que, sendo “...certo que nem todos os contratos preexistentes foram reavaliados, (...) durante todo o ano de 2008 vinha decorrendo uma constante reavaliação das prestações de serviços contratadas...” resultando “...dessas avaliações os valores/hora globais de 30 e 45 euros”.
- Os valores / hora pagos pelo Centro Hospitalar traduzem uma escassez de recursos médicos maior do que aquela que está implícita nos valores fixados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. No mesmo sentido se pronuncia o CA do CHMT, que, nas suas alegações, refere que “...os referenciais da ACSS, IP, não podiam ser objectivamente cumpridos, porquanto do equilíbrio da oferta [e] da procura de tais serviços neste Centro Hospitalar, em concreto, não seriam praticáveis”.
- A Administração Central do Sistema de Saúde, IP, ao fixar os preços - valores / hora nos termos em que os fixou, está a dar, eventualmente, **informação distorcida ao mercado de profissionais de saúde**, designadamente no que respeita à oferta de serviços médicos. De facto, os valores/hora fixados pela ACSS não são preços de eficiência económica, não reflectindo a escassez relativa no mercado de médicos, existente a nível nacional e/ou a nível regional. São preços que não resultam de mecanismos objectivos de oferta e procura, destinados, presumivelmente, a serem utilizados como “primeiro lance” na negociação. Esta realidade é assumida pela ACSS ao referir que os mesmos “...tiveram como objectivo a obtenção de ganhos financeiros para as instituições do SNS” e que “...posteriormente, a partir do trabalho de levantamento técnico da ACSS...”, foram objecto de “...uma decisão política do Governo acerca do preço/hora de referência, no âmbito das suas competências próprias”. Note-se, a este propósito, que a realidade não se compadece com decisões políticas acerca do preço da mão-de-obra médica. Daí tornar-se necessário determinar, com o maior rigor possível, os preços sombra desta mão-de-obra qualificada.
- Os preços fixados dão informação ao mercado da existência de uma **oferta de médicos superior à que na prática se verifica**, não reflectindo a actual necessidade de maior produção de médicos, aliás assumida, em alegações produzidas no âmbito do contraditório, pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que refere a “...carência relativa de médicos no nosso país...”
- O recurso à **prestação de serviços médicos**, com valores tendencialmente crescentes, promove uma **leitura/informação distorcida dos custos reais com o pessoal**.



Fornecimentos e serviços externos – cf. ponto 12.2.1.4

- Os **processos de prestação de serviços** analisados, nomeadamente, na alimentação, na limpeza e na segurança, entre outros, compreendem a contratação que, até ao ano de 2008, apresentou menor rigor negocial e jurídico, situação tendencialmente ultrapassada.
- Constatou-se que a **maioria dos contratos resultou de processos iniciados já há alguns anos**, sendo os preços anualmente actualizados com base no índice de inflação.
- Em **2008 e 2009**, foram **lançados concursos** para a prestação de serviços de alimentação, de limpeza, e de segurança **ao conjunto das três unidades hospitalares**.
- Da análise efectuada a estes processos de aquisição foi **confirmada a legalidade e regularidade dos procedimentos e registos contabilísticos**.
- O Centro Hospitalar, na qualidade de **associado do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais**, tinha em execução, em 2008, contratos de serviços com esta entidade, nas áreas de tratamento integrado de resíduos, de serviços de lavandaria, na manutenção das cozinhas e na assistência técnica e manutenção das instalações e equipamentos e, ainda no controlo de segurança dos blocos operatórios.
- A **contratação** desenvolvida pelo Centro Hospitalar com esta entidade tem sido objecto de **revisão anual dos preços**, como também de reavaliação das condições das prestações efectuadas. Esta situação verificou-se, em 2008, e os principais resultados foram ao nível da redução de preços, e tiveram por base uma avaliação das condições do mercado, através de prospecções feitas, junto de outros prestadores.

Outros Custos Operacionais – cf. ponto 12.2.1.5

- Nesta rubrica destacam-se as **quotas de associado pagas ao Serviço de Utilização Comum dos Hospitais**, no valor de € 10.000/mês (€ 120.000/ano), que têm vindo a ser abatidas às facturas emitidas por esta entidade, uma vez que o Centro Hospitalar, na qualidade de associado, beneficia do desconto daquele valor nas aquisições que efectua.
- O SUCH não faz incidir **IVA sobre as quotas** pagas pelos seus associados. O referido desconto, nas facturas emitidas, de uma quota que não foi objecto de tributação, implicando a diminuição da base tributável das prestações de serviços ou transmissões de bens, não isentas, origina a diminuição do imposto a pagar pela entidade e pelo SUCH. Uma vez que a decisão sobre a situação em apreço não se enquadra nas competências materiais essenciais do Tribunal de Contas (cf. art. 5º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto), desta será dado conhecimento à Direcção-Geral dos Impostos, para os efeitos tidos por convenientes.

Custos e Perdas Financeiras – cf. ponto 12.2.1.6

- Os **custos e perdas financeiras** têm aumentado ao longo do triénio (44,1%, entre 2006 e 2007, e 528%, entre 2007 e 2008), em parte pelo crescimento dos juros suportados pelo atrasos nos pagamentos a fornecedores¹², mas maioritariamente pela estimativa de juros a pagar ao Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos ao Serviço Nacional de Saúde, no montante de € 28.003,18, como compensação do empréstimo recebido.

¹² € 2.523 em 2006, € 2.915 em 2007 e € 7.095 em 2008.



Custos e Perdas Extraordinárias – cf. ponto 12.2.1.7

- Os **custos e perdas extraordinárias** registaram uma diminuição de 82,5%, em 2008 (passando de € 3.447.887, em 2007, para € 604.771, em 2008), resultante em grande parte do facto de em 2007 ter sido reconhecido um custo extraordinário com a correcção parcial da componente variável da verba de convergência.
- Em 2008, encontram-se registados contabilisticamente como **custos e perdas extraordinárias** de maior relevo as dívidas incobráveis, as perdas em existências e as correcções relativas a exercícios anteriores, no valor de respectivamente € 40.398, € 62.570 e € 497.297.

Proveitos e Ganhos do Exercício – cf. ponto 12.2.2

- As **prestações de serviços** representam cerca de **95% do total dos proveitos** do Centro Hospitalar, com um aumento de 2,8%, (€ 2,2 milhões) entre 2007 e 2008, destacando-se os proveitos referentes ao Internamento (cerca de 40% das prestações de serviços).
- O **valor de convergência**, verba atribuída ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, e prevista no contrato-programa, deveria ter sido registada na conta de subsídios à exploração, uma vez que a mesma não é contrapartida directa da produção realizada, mas uma compensação ao Centro Hospitalar pelas suas eventuais ineficiências no contexto do SNS.
- Os **outros proveitos e ganhos operacionais** são compostos fundamentalmente pelos reembolsos facturados pelo Centro Hospitalar às entidades responsáveis pelo custo (ARS e ACSS), na sequência da cedência de medicamentos nas farmácias do Centro Hospitalar.
- Na rubrica **outros proveitos** foram ainda incluídos os valores das rendas provenientes de contratos de exploração de estabelecimentos comerciais (bares e bazares) e de alguns protocolos.
- Cinco dos contratos analisados não prevêm qualquer forma de **actualização das rendas**, embora alguns tenham sido objecto de renovação anual.
- Três contratos prevêm expressamente a actualização anual dos valores pagos, não tendo no entanto essa actualização sido feita.
- Não foram apresentados **estudos que estivessem na base da fixação dos valores** das rendas, contrariando os princípios da boa gestão dos recursos públicos, designadamente quanto à correcta valorização dos activos cedidos para exploração.
- Os **proveitos e ganhos financeiros** ascenderam, em 2008, a € 416 536, constituídos maioritariamente por juros resultantes de depósitos bancários (92,3%).
- Os **juros de depósitos bancários** correspondem em 99,3% (€ 381.918,49) às **aplicações financeiras** efectuadas pelo Centro Hospitalar em **certificados especiais de dívida de curto prazo** junto do **Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP**. Os restantes 0,7% (€ 2.586,99) são remunerações da conta à ordem que mantém junto do Banco Espírito Santo.

FIABILIDADE DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS – cf. ponto 12.5

Tendo em conta as verificações efectuadas, o **juízo do Tribunal de Contas** no que concerne à legalidade e regularidade das operações examinadas e à consistência, integralidade e fiabilidade das contas e demonstrações financeiras do exercício de 2008, é favorável, com as seguintes reservas:

- **Ausência de registo contabilístico**, no valor de € 601.863,62, referente à dívida de terceiros de taxas moderadoras;

- **Subavaliação do Activo e dos Capitais próprios** pela ausência de registo do valor patrimonial do terrenos onde se encontra instalada a unidade hospitalar de Torres Novas;
- **Subavaliação das existências finais** pela ausência de valorização dos stocks existentes nos serviços;
- **Subavaliação dos custos e do Passivo** por não terem sido constituídas provisões para os encargos prováveis com as responsabilidades do Centro Hospitalar do Médio Tejo com o complemento de aposentações e de pensões de sobrevivência, no cumprimento do princípio da prudência definido no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, avaliados no final de 2006 em cerca de € 10,8 milhões.



2. Recomendações

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

À Ministra da Saúde

- Elaborar um plano de acção devidamente quantificado, em articulação com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, no sentido de ajustar a oferta de médicos à procura destes profissionais, no curto, médio e no longo prazo.
- Providenciar no sentido de que as Instituições do Serviço Nacional de Saúde realizem atempadamente encontros de contas, de forma a que as demonstrações financeiras dessas entidades não reflectam valores tão elevados de responsabilidades e de direitos entre elas.
- Ponderar a composição do actual Conselho de Administração, por forma a conferir-lhe a homogeneidade e coesão necessárias à boa gestão, em termos de economia, eficiência e eficácia.
- Ponderar a revisão do actual modelo de composição dos Conselhos de Administração dos Hospitais/Centros Hospitalares, EPE, por forma a que os directores técnicos não possam exercer funções de administradores executivos.
- Garantir que os valores/hora fixados para a contratação de serviços médicos são preços de eficiência económica, por forma a não induzir o mercado em comportamentos, eventualmente, erróneos, traduzindo uma escassez de recursos médicos inferior à efectivamente existente.
- Ponderar centralizar a contratação de serviços médicos destinados às instituições do Serviço Nacional de Saúde.
- Tomar medidas, em articulação com o Instituto de Seguros de Portugal, tendentes à minimização dos atrasos verificados na emissão de facturas a seguradoras, cujos custos não devem ser suportados pelo SNS.
- Promover uma cultura de gestão de valor ou de afectação racional de recursos, com base em Análise Custo-Benefício das decisões de investimento e de outras despesas, por forma a que seja salvaguardada a boa gestão dos dinheiros públicos.
- Promover a utilização da tele-medicina como forma a suprir deficiências de cobertura geográfica de serviços médicos.
- Diligenciar no sentido de incrementar o “buyer leverage” dos hospitais do SNS, por forma a viabilizar a aquisição de medicamentos em unidose.

Ao Ministro de Estado e das Finanças e à Ministra da Saúde

- Promover a regularização da propriedade das parcelas de terreno e dos edifícios que o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, utiliza no âmbito da sua actividade.
- Diligenciar pela emissão de instruções aos Hospitais, EPE, no sentido da conclusão urgente da inventariação, avaliação e registo da titularidade dos bens do Imobilizado que utilizam na sua actividade.
- Diligenciar pela conclusão dos trabalhos em curso relativos à contabilização das responsabilidades dos Hospitais, EPE, com complementos de pensões de reforma e sobrevivência.



Ao Conselho Directivo da Administração Central dos Serviços de Saúde, IP

- Providenciar pela contabilização do valor de convergência, atribuído aos hospitais, como subsídio à exploração.
- Providenciar no sentido de melhorar o processo de integração da informação constante do Sistema de Informação de Gestão de Doentes, no Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade, nomeadamente no que respeita às taxas moderadoras em dívida.
- Fixar preços de eficiência económica por forma a não induzir o mercado em comportamentos, eventualmente, erróneos, designadamente no que se refere ao preço – valor / hora da prestação de serviços médicos.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

- Implementar uma cultura de planeamento e de assumpção de responsabilidades.
- Diligenciar no sentido da aprovação da delegação de competências do Conselho de Administração que permita a adequada agilização do processo decisional.
- Prosseguir os trabalhos em curso para o desenvolvimento de um Plano Estratégico que permita a definição de um modelo estrutural de articulação e complementaridade dos recursos existentes nas três unidades hospitalares, por forma a assegurar a obtenção de sinergias e a sustentabilidade económico-financeira do Centro Hospitalar.
- Continuar a revisão em curso do actual sistema de Contabilidade Analítica / de Custos / de Gestão, para que a informação produzida se aproxime o mais possível da realidade verificada em cada momento no Centro Hospitalar, e a mesma possa ser utilizada, de modo sistemático, como efectivo instrumento de gestão, e permita analisar a actividade do Centro Hospitalar e o processo de formação dos custos unitários (fixos e variáveis) por unidades de exploração, linha de actividade ou departamento.
- Promover uma cultura de gestão de valor ou de afectação racional de recursos, de forma a que as decisões de despesa sejam tomadas de acordo com métricas rigorosas e auditáveis.
- Estabelecer um sistema de informação que suporte a Análise Custo-Benefício nos processos de aquisição e de investimentos de significativo valor, para que fique previamente salvaguardada a boa gestão dos dinheiros públicos.
- Promover a contínua informatização do Centro Hospitalar no sentido da minimização da intervenção humana em procedimentos meramente administrativos e do desenvolvimento dos sistemas de informação na área clínica, nomeadamente no que respeita à tele-medicina, particularmente relevante no contexto da dispersão geográfica do Centro Hospitalar.
- Diligenciar no sentido da regularização da propriedade das parcelas de terreno e dos edifícios que o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, utiliza no âmbito da sua actividade.
- Providenciar pela adequada valorização contabilística, no activo imobilizado, do terreno no qual funciona a unidade hospitalar de Torres Novas.
- Promover um maior formalismo na constituição dos processos de aquisição, designadamente através de uma adequada previsão das necessidades das três unidades do Centro Hospitalar e da abertura atempada de procedimentos concorrenciais, de forma a garantir os princípios da boa gestão dos dinheiros públicos, designadamente o da escolha da proposta mais económica, eficiente e eficaz, e o da adequada fundamentação das decisões tomadas.



- Garantir uma gestão integrada das listas de espera cirúrgicas das três unidades que compõem o Centro Hospitalar, de forma a cumprir o princípio da equidade na prestação de cuidados de saúde e a eliminar desperdício de recursos.
- Melhorar o processamento da informação produzida pelo Gabinete do Utente, por parte do Conselho de Administração.
- Desenvolver o sistema de controlo dos bens móveis do imobilizado corpóreo no que respeita ao controlo físico da sua localização no Centro Hospitalar.
- Adoptar medidas que conduzam a que os serviços financeiros efectuem o registo contabilístico das notas de débito referentes às taxas moderadoras em dívida.
- Diligenciar no sentido da transferência das disponibilidades e aplicações financeiras para contas no Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP.
- Elaborar, apresentar e implementar um plano de redução de custos sustentável, por forma a melhorar o resultado líquido e a fazer face, de forma atempada, à dívida a fornecedores e outros credores.
- Observar o disposto no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde no que respeita à constituição de provisões para cobrança duvidosa.
- Promover a centralização das farmácias hospitalares de cada uma das unidades, numa só.
- Adoptar medidas conducentes à implementação de instrumentos de avaliação de qualidade na prestação de serviços médicos, designadamente um processo de auditoria interna de avaliação do desempenho dos profissionais contratados.
- Diligenciar no sentido da integração das exposições apresentadas pelos utentes do Centro Hospitalar do Médio Tejo nos processos individuais dos profissionais visados.
- Adoptar uma atitude proactiva de avaliação da satisfação dos utentes, nomeadamente através da realização de inquéritos e do incentivo ao uso dos meios de reclamação / sugestão existentes.
- Garantir as aquisições de serviços médicos nas melhores condições de economia, eficiência e eficácia, designadamente através do recurso a procedimentos que garantam os princípios da livre concorrência, transparência e boa gestão.
- Promover a instrução dos processos de contratação de prestação de serviços médicos de acordo com o nº 7 do Despacho nº 8/SEAS/2008, e diligenciar no sentido da reavaliação dos contratos em vigor, nos termos do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 7 de Novembro, e da fundamentação adequada dos valores-hora pagos.
- Diligenciar no sentido da actualização anual dos valores fixados nos contratos de cessão de exploração celebrados.



II – Introdução

3. Objectivos e Âmbito da Auditoria

Em cumprimento do Programa de Fiscalização, para 2009, aprovado pelo Tribunal de Contas (TC), em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, (CHMT).

A auditoria teve como objectivo analisar a gestão sob o ponto de vista da economia, da eficiência e da eficácia, e as demonstrações financeiras relativas ao exercício de 2008, de forma a verificar se estas traduzem de forma verdadeira e apropriada a situação patrimonial e financeira do CHMT, bem como a confirmação de que as operações foram realizadas e registadas de acordo com os preceitos legais e a regularidade contabilística, com vista à emissão de um juízo sobre as contas e operações subjacentes.

No âmbito da acção de “*Identificação dos principais Credores do Estado e caracterização das respectivas dívidas a 31 de Dezembro de 2008*”, na sequência dos trabalhos levados a cabo pelo Tribunal de Contas em 2006, 2007 e 2008, foi ainda objecto da auditoria a validação das dívidas, referentes a 31 de Dezembro de 2008, reportadas pelo CHMT ao Tribunal de Contas.

4. Metodologia e Procedimentos

A auditoria foi realizada em conformidade com as normas, procedimentos e metodologias adoptadas pelo Tribunal de Contas e acolhidos no seu “*Manual de Auditoria e de Procedimentos*”, tendo-se tido igualmente em conta as normas de auditoria geralmente aceites pelas organizações internacionais, como é o caso da INTOSAI, de que o Tribunal de Contas é membro. Foram ainda seguidos os objectivos, procedimentos e metodologias constantes do Plano Global de Auditoria (PGA) e do Programa de Auditoria (PA) superiormente aprovados.

Na fase de planeamento, procedeu-se a um estudo prévio com base nos respectivos diplomas legais, na análise das contas de 2008, na análise de relatórios de auditoria de controlo externo e dos relatórios incluídos nas prestações de contas.

A execução da auditoria desenvolveu-se em duas partes. Na primeira, procedeu-se à identificação dos sistemas de controlo interno instituídos nas áreas financeiras, de aprovisionamento, de recursos humanos e de produção hospitalar, e à identificação das áreas de risco, através da realização de entrevistas e de testes de procedimento e de conformidade.

A segunda, consistiu na análise da informação contida nas demonstrações financeiras e decorreu de acordo com o PA, tendo-se procedido à realização de testes substantivos, de modo a analisar e a confirmar o adequado processamento contabilístico das operações em rubricas com maior expressão financeira e daquelas que, em resultado da avaliação do controlo interno instituído, foram consideradas mais permeáveis à ocorrência de irregularidades.

Relativamente à acção de identificação dos principais credores do Estado, no trabalho de campo procedeu-se à análise e à identificação de eventuais erros ou omissões dos valores das dívidas reportados pelo CHMT ao Tribunal, bem como ao cruzamento dessa informação com a reportada pelos credores, e, também à determinação do Prazo Médio de Pagamento e à análise da antiguidade das dívidas e das suas causas.



5. Condicionantes e Limitações

No decurso da auditoria não foram observadas quaisquer situações condicionantes do normal desenvolvimento dos trabalhos, realçando-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários dos respectivos serviços do CHMT.

6. Audição dos responsáveis em cumprimento do princípio do contraditório

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13º e 87º, n.º3, da Lei n.º98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, o relato foi enviado às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde;
- Ministro de Estado e das Finanças;
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- Presidente do Conselho de Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

Foram ainda ouvidos os responsáveis individuais identificados no anexo I, nomeadamente para efeitos das disposições supra indicadas e do disposto no artigo 65º, n.º 8, também, 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, e pela Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto.

Todas as entidades referidas apresentaram alegações, sendo que a Ministra da Saúde respondeu através do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a Direcção-Geral de Tesouro e Finanças apresentou alegações a solicitação do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças.

O Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, e os vogais responsáveis pelo exercício de 2007 (a partir de 12 de Outubro), 2008 e 2009 subscreveram, nas suas alegações, as remetidas pelo CA, tendo, ainda, um dos vogais do CA completado as alegações conjuntas com alegações individuais. Os membros do Conselho de Administração responsáveis pelo período do exercício de 1 de Janeiro a 11 de Outubro de 2007 apresentaram também alegações comuns, embora apresentadas individualmente.

As alegações apresentadas constam, na íntegra, do Volume II do presente Relatório, nos termos dos artigos 13º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, e 60º, n.º 3, do Regulamento da 2.ª Secção, aprovado pela Resolução n.º 3/98-2.ª Secção, de 19 de Junho, com as alterações introduzidas pela Resolução n.º 2/2002-2.ª Secção, de 17 de Janeiro, e pela Resolução n.º 3/2002-2.ª Secção, de 23 de Maio, e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

Sem prejuízo do que antecede, das respostas apresentadas, destacam-se, desde já, Os seguintes aspectos.

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE manifesta “...o seu agradecimento (...) pela auditoria supra identificada (...) atenta a abordagem clara e sistemática da maioria das questões auditadas, a qual permitiu a este Conselho de Administração ter um quadro



de referência sobre as práticas de gestão que estão a ser desenvolvidas de forma correcta e também sobre aquelas que merecem maior atenção e, eventualmente, a tomada de medidas correctivas.”

O CA alega ainda “(...) que acolhe todas as recomendações dele constantes e que irá empenhar-se na sua implementação tão rapidamente quanto possível (...)”, salientando que “...muitas das situações incorrectas ou insuficientemente controladas, à data da Auditoria, foram já objecto de correcção, podendo já este Conselho de Administração afirmar que a realidade presente é distinta daquela que existia à data da auditoria” e que “(...) o Relatório de Auditoria em referência é, globalmente muito positivo, evidenciando não só aspectos a melhorar mas também aspectos positivos (...)”.

Um dos vogais do Conselho de Administração refere que “ (...) a estrutura organizacional do CHMT, EPE, assenta numa **divisão da gestão por pelouros**, sendo que a cada um dos vogais correspondem funções internas de instrução das matérias a apresentar ao Conselho de Administração...” justificando o desconhecimento pessoal dos factos constitutivos de algumas das eventuais infracções financeiras com o facto de “As questões relativas às finanças, à contabilidade e controlo orçamental e ao aprovisionamento...” serem “...tratadas em pelouro distinto daquele que é pertença do Requerente”, ressalvando, no entanto, “...a ignorância da lei não aproveitar a ninguém, em especial do gestor do bem público (...)”.

Importa salientar que a divisão da gestão por pelouros é um problema de organização interna do Centro Hospitalar, que não desresponsabiliza qualquer dos membros do CA das eventuais infracções financeiras identificadas, sendo que a sua responsabilidade, tanto directa como subsidiária, é solidária.

De referir ainda que as alegações apresentadas pelos responsáveis do CA vão, maioritariamente, no sentido de fundamentação de que teriam sido praticadas por negligência, e não por dolo, levando à ausência de culpa na prática dessas eventuais infracções financeiras, solicitando a sua relevação, e não na justificação com base na boa ou má gestão dos dinheiros públicos.

O **Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP**, informa “ (...) que concorda na generalidade com as considerações efectuadas ao longo do relato (...) e que contribuirá, dentro das respectivas competências, para a implementação das recomendações dirigidas às diversas entidades do Ministério da Saúde”.

O **Secretário de Estado Adjunto e da Saúde** apresentou alegações relativas à escassez de médicos referida no ponto 12.2.1.3 e visada por uma das recomendações formuladas, informando que “ O Ministério da Saúde (...) tem como objectivo estratégico assegurar que todos os cidadãos tenham médico de família atribuído. O principal obstáculo ao cumprimento desse objectivo está relacionado com a carência relativa de médicos no nosso País (...) “ e que (...) as principais medidas do Governo vão no sentido de aumentar a formação de médicos e, em especial, de incrementar a formação na especialidade de medicina geral e familiar”, reconhecendo, “ (...) no entanto, que este conjunto de medidas estruturais não produz todos os seus efeitos no imediato (...)” pelo que “...resta ao Ministério da Saúde adoptar também medidas conjunturais” sendo uma delas a “ (...) contratação de serviços médicos, através de empresas de prestação de serviços”.

Salienta-se, tal como o Tribunal tem vindo insistentemente a reconhecer, a existência de falta de médicos e a sua não distribuição regional de forma equitativa, devendo o Ministério da Saúde tomar medidas estruturais eficazes por forma a ser colmatada esta situação.



III – Desenvolvimento da Auditoria

7. Caracterização Geral da Entidade

7.1. Enquadramento Jurídico – Institucional

Em 2000, foi constituído o Grupo Hospitalar do Médio Tejo, através da Portaria n.º 209/2000, de 9 de Março, da Ministra da Saúde¹³. Os Hospitais Distritais de Abrantes (Hospital Doutor Manoel Constâncio), Tomar (Hospital Nossa Senhora da Graça) e Torres Novas (Hospital Rainha Santa Isabel), embora mantendo a sua natureza de pessoas colectivas públicas com autonomia administrativa e financeira passaram, desta forma, a estar sujeitos a uma coordenação comum, mantendo os respectivos órgãos de administração e direcção técnica.

De acordo com a referida portaria, esteve na origem da constituição do referido grupo de hospitais a necessidade de "... assegurar com a máxima eficiência e rentabilidade a prestação de cuidados de saúde (...)", referindo que se torna "(...) necessário pôr em prática um plano de reestruturação (...)" que permita a definição e execução de uma estratégia comum e que promova todas as complementaridades e interdependências técnicas assistenciais possíveis, rentabilizando os recursos humanos, financeiros e técnicos das três instituições."

Em 2001, com a publicação da Portaria n.º 1277, de 13 de Novembro, foram extintos os três Hospitais Distritais, agrupados em 2000, para darem lugar ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, integrando os referidos hospitais sob a forma de pessoa colectiva de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira e património próprio, com uma gestão comum e integrada, ou seja, de acordo com o modelo público tradicional.

Um ano mais tarde, em Dezembro de 2002, através do Decreto-Lei n.º 301/2002, o Centro Hospitalar foi transformado em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Centro Hospitalar do Médio Tejo, SA.

A última alteração verificou-se em Dezembro de 2005, através do Decreto-Lei n.º 233/2005, que transformou os 31 Hospitais; SA, em Entidades Públicas Empresariais, EPE. Desta forma, o CHMT sucedeu a outra entidade do SEE, o Centro Hospitalar do Médio Tejo, SA., de capitais exclusivamente públicos, correspondendo o montante do seu capital estatutário, ao valor de € 29.930.000,00, equivalente ao montante do capital social da sociedade transformada¹⁴.

¹³ Publicada no DR- I Série-B, n.º 82, em 6 de Abril.

¹⁴ Cf. art.º 3º, n.º 6, do DL n.º 233/2005.



A principal missão do Centro Hospitalar é a produção de cuidados de saúde diferenciados à população de 15 Concelhos, abrangendo cerca de 266 mil habitantes.

As populações dos concelhos de Gavião, Ponte de Sôr e Vila de Rei, apesar de não pertencerem à área de influência do CHMT são utentes do Centro Hospitalar por questões de acessibilidade e diferenciação de valências.

A população de Ourém é também utente do Hospital de Leiria.



Fonte: Sítio oficial na Internet do CHMT

7.2. Enquadramento Jurídico – Financeiro

O CHMT é legalmente uma pessoa colectiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sendo parte integrante do Sector Empresarial do Estado (SEE)¹⁵.

Segue o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)¹⁶, com as adaptações estabelecidas no Despacho Conjunto n.º 17164/2006, de 7 de Junho¹⁷, do Ministério das Finanças e da Saúde, que admitiu a existência de contas previstas no Plano Oficial de Contabilidade (POC) e dispensou os hospitais, EPE, da utilização das contas de controlo orçamental e de ordem – classe 0, e da conta 25 – devedores e credores pela execução do orçamento e respectivas sub-contas, sem prejuízo de os hospitais, EPE, deverem produzir documentos de prestação de contas contendo informação orçamental e financeira, de acordo com uma estrutura de mapas em anexo ao referido despacho.

Quanto à prestação de contas, o CHMT tem enviado os respectivos documentos à Inspecção-Geral de Finanças e à Direcção-Geral do Tesouro e das Finanças, e ao Tribunal de contas¹⁸, devendo as mesmas ser aprovadas pelos Ministros das Finanças e da Saúde¹⁹.

Como instrumentos de gestão previsional, o Centro Hospitalar elaborou²⁰ documentos que designou de planos e orçamentos anuais. Não constituem no entanto verdadeiros instrumentos previsionais, facto reconhecido por um dos vogais que, em documentos internos, afirma que o CA

¹⁵ Cf. art.º 5º, n.º 1, do DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, art.os 2º, n.º 1, al. b), e 18º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH) aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 08 de Novembro, e art.os 2º, n.º 1, 3º, n.º 2, e 25º, n.º 1, do DL n.º 558/99, de 17 de Dezembro.

¹⁶ Cf. art.º 24º dos Estatutos aprovados pelo DL n.º 233/2005.

¹⁷ Publicado no DR 2ªS, n.º 164, de 25 de Agosto de 2006. Até à publicação deste despacho, o Centro Hospitalar utilizou o POC na preparação das suas contas.

¹⁸ Cf. art.º 51º, n.º 1, al. o), da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto. A conta de 2008 deu entrada em 31 de Março de 2009 no Tribunal de Contas (conta n.º 15/2008).

¹⁹ Cf. art.º 32º, n.º 1, do DL n.º 558/99, de 17 de Dezembro, alterado e republicado pelo DL n.º 300/2007, de 23 de Agosto, e 10º do DL n.º 233/2005. As contas de 2008 foram aprovadas por despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 1 de Outubro de 2009.

²⁰ Cf. artigo 6º do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto



“...podia e deveria ter efectuado já o Orçamento de Exploração de 2008...” tendo por base um “...Sistema de Controlo Orçamental assente em Contas de Exploração” e na “...orçamentação interna por Serviços”, admitindo que só assim “...se poderá assegurar a responsabilização profissional em toda a linha descendente...”. No final do ano elabora o balanço social e os documentos de prestação de contas.

A par dos demais hospitais, EPE, o CHMT está, ainda, sujeito aos poderes de superintendência do Ministro da Saúde²¹ e à tutela conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde no que concerne a matéria de carácter financeiro.

O CHMT é financiado pelo Orçamento do Estado (OE) por contrapartida da execução dos contratos-programa²² (CP), que têm por objecto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS, estabelecendo para esse fim, os objectivos, as metas qualitativas e quantitativas da actividade a produzir, os preços e os indicadores de avaliação de desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes²³.

Para além da remuneração pela produção contratada, os CP têm também estabelecido o pagamento de um valor de convergência²⁴, pagamento extraordinário temporário destinado a compensar os hospitais das obrigações no contexto do Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta o desvio entre custos unitários e os preços fixados por linha de produção, e os critérios de remuneração parcial nos casos de produção marginal, i.e., desvios positivos da produção hospitalar face aos volumes contratados, e dos custos fixos, a suportar pelo OE associados a produção contratada não realizada²⁵.

As Leis do Orçamento do Estado para 2007 e 2008²⁶ estabeleceram, nos respectivos art.ºs 146º e 125º que os CP, celebrados com os hospitais integrados no SNS ou pertencentes à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, são autorizados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde e envolvem encargos até um triénio, o que aconteceu com o contrato do CHMT para o triénio 2007-2009, apesar de as cláusulas específicas de produção e financiamento serem objecto de negociação anual, em conformidade com o estabelecido no CP (cláusula 1ª).

As receitas próprias²⁷ do CHMT, a título da contrapartida pela prestação de cuidados de saúde, são provenientes dos utentes, no todo ou em parte (taxas moderadoras), bem como das entidades financeiramente responsáveis, tais como os subsistemas, seguradoras e outras.

Desde o OE para 2006 que, a par das demais entidades públicas empresariais, também o CHMT se encontra sujeito ao Regime da Tesouraria do Estado (RTE), tendo mantido, de um modo geral²⁸, as

²¹ Que podem ser delegados nos conselhos de administração das Administrações Regionais de Saúde, IP (art.º 6º, n.º 2, do DL n.º 233/2005).

²² De acordo com a legislação orgânica em vigor, as entidades competentes para negociar, celebrar e acompanhar os contratos-programa são as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP). A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), é o organismo do Ministério da Saúde que, entre outras atribuições, estuda e propõe os modelos de financiamento do sistema de saúde e acompanha, avalia e controla o desempenho económico-financeiro das instituições e serviços do SNS (cf. art.º3º, n.º 2, als d) e e), do DL n.º 219/2007, e art.º 3º, n.º 2, als. t) e u), do DL n.º 222/2007).

²³ Cf. art.º 12º, n.os 1 e 2, do DL n.º 233/2005, e base XXXIII, n.º 1, da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).

²⁴ Cf. ponto 12.2.2.

²⁵ A componente relativa aos custos fixos, nos CP de 2006 e 2007, apenas tem sido determinada para a situação de o volume da produção realizada em urgência se situar entre 50% e 100% do volume contratado.

²⁶ Leis n.º 53-A/2006, de 29 de Dezembro, e n.º 67-A/2007, de 31 de Dezembro

²⁷ Art.os 23º e 26º do ESNS, art.º 7º, n.º 2, do DL n.º 233/2005.

²⁸ Para maiores desenvolvimentos, cf. ponto 12.1.4.



suas disponibilidades e aplicações financeiras junto do actual Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP²⁹.

A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas regem-se pelas normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do regime do direito comunitário relativo à contratação pública. O regulamento interno do CHMT garante o cumprimento dos princípios que enformam as regras de contratação pública, em especial os da livre concorrência, transparência e boa gestão, designadamente a fundamentação das decisões tomadas³⁰.

O regime regra dos trabalhadores do Centro Hospitalar é o do contrato individual de trabalho (CIT)³¹.

7.3.Criação do CHMT – Estudos de viabilidade económico-financeira

O CHMT tem sido, desde a sua criação, objecto de algumas mutações de natureza jurídico-financeira com reflexos no modelo estrutural.

Na base das alterações, estiveram argumentos estratégicos, como os que visavam assegurar com a máxima eficiência e rentabilidade a prestação de cuidados de saúde às populações abrangidas pelos Hospitais de Abrantes, Tomar e Torres Novas.

Através da Portaria n.º 209/2000, de 6 de Abril, que constituiu o Grupo Hospitalar do Médio Tejo, foi aludida a necessidade da adopção de um plano de reestruturação daqueles hospitais que permitisse promover todas as complementaridades e interdependências técnicas assistenciais possíveis, rentabilizando os recursos humanos, financeiros e técnicos das três instituições que gozavam de autonomia, através de uma estratégia comum.

Posteriormente, através da Portaria n.º 1277/2001, de 13 de Novembro, foram apresentadas algumas considerações relativas ao modelo de reestruturação adoptado, tendo-se concluído que o mesmo dificilmente daria uma resposta cabal às medidas de gestão que se pretendia implementar e foi indicada como a medida adequada, proceder a uma reestruturação através de uma gestão comum e integrada numa única entidade, tendo em vista uma maior optimização dos meios e equipamentos disponíveis, potenciando uma maior eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde.

O Centro Hospitalar do Médio Tejo não foi constituído com base em **estudos de viabilidade económico-financeira**, o que inviabilizou a análise comparativa entre resultados *ex-ante* e *ex-post*.

O único estudo, neste âmbito, foi desenvolvido em 2006, seis anos após a criação do grupo hospitalar, através da constituição de um grupo de trabalho com elementos da ARSLVT³² e do CHMT, com o objectivo de produzir um plano de reestruturação das três unidades do Centro Hospitalar, sustentado por informação económico-financeira, a cargo da ACSS. Em resultado, foram apresentados dois trabalhos, um relativo à Análise de Capacidade/Produtividade e outro sobre a Reorganização de Serviços.

O trabalho sobre a Análise de Capacidade/Produtividade incidiu no ano de 2005 e a metodologia adoptada circunscreveu-se à selecção de dois hospitais, EPE, da Região de Saúde Lisboa e Vale do

²⁹ Art.os 74º, 112º e 102º das Leis n.os 60-A/2005, de 30 de Dezembro, (OE 2006), 53-A/2006, de 29 de Dezembro (OE 2007), e 67-A/2007, de 31 de Dezembro (OE 2008), respectivamente. O RTE foi aprovado pelo DL n.º 191/99, de 05 de Junho.

³⁰ Cf. art.º 13º do DL n.º 233/2005.

³¹ Estabelecido no Código do Trabalho e demais legislação laboral, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e regulamentos internos.

³² Vd. Informação prestada pela ARSLVT, IP, através do ofício ref.º: 2583/DEP/tf/2009, entrado na DGTC em 10.08.2009.



Tejo, o Hospital da Nossa Senhora do Rosário (Barreiro), por apresentar uma lotação semelhante, e o Hospital de Santarém (Santarém), por se tratar de uma unidade da mesma Sub-Região de Saúde, e procedeu à comparação de dados de capacidade instalada, produção e produtividade nas áreas hospitalares mais relevantes. O objectivo foi o de aferir o grau de eficiência do CHMT tendo em conta as principais áreas de actuação e as conclusões expostas naquele estudo são as se apresentam no Quadro I do anexo IV.

Com base nesta análise, o grupo de trabalho elaborou um Plano de Reorganização de Serviços, para o biénio 2007-2009, com os objectivos estratégicos de garantir a viabilidade económica e financeira do CHMT e de manter ou aumentar a qualidade dos cuidados prestados, que resume da seguinte forma os motivos concorrentes para a inviabilidade económica e financeira do CHMT:

- Excesso de capacidade edificada;
- Subutilização da capacidade instalada;
- Paralelismo estrutural e funcional;
- Dispersão de recursos;
- Dificuldade de captação de Recursos Médicos;
- Inflação dos encargos com contratos especiais com empresas de médicos;
- Funcionamento não articulado dos serviços do Centro Hospitalar como uma única entidade.

Foram ainda apresentadas as linhas estratégicas de intervenção, tal como de seguida se enunciam:

- Racionalizar e reorganizar estrutural/funcionalmente (perfis funcionais e afectação de recursos);
- Melhorar a adequação dos serviços do CHMT (racionalizar, conter, reorientar a procura/utilização excessiva e/ou inadequada);
- Melhorar a eficiência da gestão directa dos serviços visando a obtenção de custos comportáveis;
- Optimizar a exploração da capacidade instalada e altamente subutilizada.

As propostas apresentadas não se encontram, no entanto, justificadas através de estimativas de custos e benefícios esperados com a sua aplicação.

Destacam-se como as propostas mais objectivas as alterações das lotações praticadas nos internamentos das três unidades hospitalares, salientando-se as recomendações que se resumem no quadro II do anexo IV, juntamente com a alteração efectiva verificada, até 2008, no Centro Hospitalar.

Constata-se que a maioria das alterações ocorridas não seguiu as propostas do referido plano, pelo que as despesas em que se incorreu nesse estudo acabaram de redundar em desperdícios.

Em 2008, cerca de uma década volvida desde o agrupamento dos três hospitais, sob a égide de uma gestão comum, constatou-se que as mesmas preocupações iniciais se mantêm, nomeadamente a



procura de um modelo estrutural apto a dar resposta à necessária flexibilidade de articulação e complementaridade de todos os recursos existentes nas três unidades hospitalares³³.

Encontravam-se em curso, à data da realização da auditoria, trabalhos para o desenvolvimento de um Plano Estratégico³⁴, com um horizonte temporal de médio prazo, adjudicado pelo CA a consultores externos e cujos resultados ainda não foram apresentados. Refira-se que sobre esta matéria, já a portaria ministerial publicada em 2000, indicava a necessidade de ser posto em prática um plano de reestruturação daqueles hospitais "... que permita a definição e execução de uma estratégia comum (...)"

É de salientar que um Plano Estratégico só poderá originar mudanças estruturais com um Conselho de Administração coeso, liderante e com ideias sedimentadas sobre o que quer para o Centro Hospitalar, pelo que é de ponderar se o actual Conselho de Administração tem condições para o vir a implementar.

Refere-se, ainda, que a ACSS, IP, abriu, em Fevereiro, um concurso público³⁵ para a "aquisição de serviços de Consultoria para recuperação da sustentabilidade económico-financeira do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, e do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE". Foi estabelecido o prazo de 22 de Abril de 2009 para entrega das propostas e, um prazo de 4 meses, após a adjudicação, para a execução dos trabalhos. Porém, à data de realização da auditoria, não havia ainda sido adjudicado nem elaborado o estudo.

7.4. Organização e Funcionamento

O Modelo Organizacional do CHMT, definido nos termos do Regulamento Interno³⁶, orientado para áreas de responsabilidade, assenta numa lógica de gestão clássica, liderada por um Conselho de Administração composto por seis elementos, de entre os quais figuram o Presidente e cinco Vogais Executivos, entre os quais um Director Clínico e uma Enfermeira Directora. A nível intermédio situam-se os Directores dos Serviços nomeados pelo CA, tal como se apresenta no organograma da estrutura orgânica do CHMT, constante do anexo II³⁷.

Para o exercício das suas competências³⁸ o Conselho de Administração do Centro Hospitalar, em deliberação³⁹, procedeu à distribuição das responsabilidades de coordenação genérica e gestão corrente dos diversos serviços e áreas, pelos seus membros. Salienta-se que o CA do CHMT conta com as suas competências próprias não existindo, até à data da realização dos trabalhos de auditoria, subdelegação de competências⁴⁰.

O Conselho de Administração não se tem revelado nem homogéneo, nem coeso, e é constituído por um número elevado de vogais, não justificado pela dimensão e complexidade do Centro Hospitalar, o que se traduz: na inexistência de uma estratégia comum, clara e inequivocamente assumida, para a reorganização e reforma do Centro Hospitalar, na falta de delegação de competências, em situações recorrentes de "voto de vencido" e de "abstenções", patentes nas actas

³³ Veja-se, a título exemplificativo, os documentos desenvolvidos pelo CHMT: "Pressupostos e abordagem preliminar ao Plano de Negócios, de 13 de Maio de 2008 e "O Modelo Organizacional, 2008".

³⁴ A proposta de adjudicação consta da Nota Interna do vogal do CA do CHMT, n.º 8/Sec, de 12.01.2009.

³⁵ Cf. Anúncio de Concurso n.º 99/2009, publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 35, de 19 de Fevereiro de 2009.

³⁶ O Regulamento Interno do CHMT data de 9 de Novembro de 2007, não tendo ainda sido homologado.

³⁷ Não está criado o Conselho Consultivo.

³⁸ Cf. artigo 7.º, n.º 3, dos Estatutos dos Hospitais, EPE, aprovados pelo DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

³⁹ Vd. Deliberação n.º 04/07, de 10 de Dezembro, que aprovou o organograma do CHMT.

⁴⁰ Note-se que consta do anexo 2 à Acta n.º 42/2008/CA, de 8 de Outubro, a minuta da delegação de competência, proposta para deliberação do CA, tendo obtido 2 votos favoráveis e quatro votos contra, pelo que a mesma não foi aprovada.



das reuniões do Conselho de Administração. Estes são elementos geradores de instabilidade gestonária⁴¹ e de entropia no processo decisional, prejudicando a celeridade e a economia exigidas por muitas das decisões que compete a esse órgão tomar. Esta situação também mereceu ênfase do Revisor Oficial de Contas, no relatório do 2º trimestre de 2008, no qual constata “(...) *as dificuldades de funcionamento do Conselho de Administração, caracterizado por votações não unânimes, declarações de voto, necessidade de revisão de assuntos, etc*” e “(...) *o recurso sistemático a consultores para elaboração de estudos, assessorias e poucas decisões tendentes a reduzir custos e aumentar a produção*”.

⁴¹ Esta instabilidade gestonária e a falta de homogeneidade do CA transparece em muitas actas, das quais se transcrevem alguns trechos, exemplificativos.

Relativamente à “Delegação de Competências” (Acta n.º 42/2008/CA, de 8 de Outubro de 2008.), apresentada à sessão para aprovação, votaram a favor, o presidente e um vogal, tendo os outros quatro elementos do CA votado contra, pelo que a mesma não foi aprovada. Embora “Na opinião do Sr. Presidente a referida proposta (...) não põe em causa princípios essenciais como sejam; equilíbrio, especialização, Modelo de Gestão e boas práticas já existentes noutras entidades hospitalares.”, da declaração de voto de um dos vogais executivos, retira-se que “Não foi (...) entendido [atender às aos ajustes sugeridos por alguns vogais], tendo-se optado por insistir numa proposta que não recolhia apoio de alguns conselheiros.”.

Outra questão polémica decorrente da acta referida anteriormente, relaciona-se com o Relatório de Auditoria Interna, levado a sessão para apreciação e esclarecimentos, tendo desde logo sido enviado por indicação do Presidente do CA às entidades competentes, sem ouvir os vogais. O Presidente do CA “... esclareceu que só recentemente mandou proceder à divulgação do mesmo aos senhores vogais do C.A. por entender ser mais prioritário concentrar as atenções dos senhores vogais na elaboração do Plano e Orçamento.”. O ponto relativo à Análise do Relatório de Auditoria Interna mereceu algumas Declarações de Voto, de entre as quais se destaca o que se oferece de seguida:

- “Da leitura (...) gostaria apenas de declarar que o interpretei como um ataque deliberado a um dos membros do Conselho de Administração e responsável da Área Económico-financeira.”;
- “1-Foi com surpresa que tomei conhecimento formal do conteúdo e respectivas conclusões do relatório.
2 – Foi com surpresa que tomei conhecimento do envio do relatório às Entidades competentes sem ter sido dado conhecimento ao Conselho das suas conclusões.
3 – Foi com surpresa que tomei conhecimento do despacho que acompanha o relatório pelo Senhor Presidente do Conselho de Administração enviado às entidades competentes responsabilizando-me individualmente por eventuais erros ou disfuncionalidades, levando-me a concluir só existir um responsável.
(...)
7 – Considero ser esta situação uma atitude deliberada de atingir a minha dignidade e brio profissional, pelo que não posso deixar de manifestar o meu repúdio pelos métodos usados.”.

Outro vogal, “... pediu a palavra tendo manifestado entender que se trata de um acto meramente incriminatório e não revela espírito de colaboração, ...”. Seguidamente outro vogal “... manifestou que embora legítimas as observações apresentadas pelos restantes vogais deste C.A. revestem, tão só, aspectos de forma e de interpretação pessoal.

(...)

Informou ainda o C.A. que o relatório em questão não lhe parece merecer estatuto de [peça integrada em qualquer síndrome conspirativa].”.

Relativamente à morosidade embutida no processo de decisão, lê-se no ponto 1. da Acta n.º 47/2008/CA, de 12 de Novembro, quanto à apreciação e votação das actas n.º 40,43,44,45,46 /2008CA, que um dos vogais “... entende ser absolutamente inaceitável que a aprovação das actas seja sistematicamente adiada por alegada falta de tempo dos vogais (...) entendendo que o prazo de uma semana estabelecido legalmente é perfeitamente suficiente.”.

Verificaram-se também discordâncias quanto aos modelos de governação a adoptar, de que é exemplo a Nota Interna n.º 86/CA/AA de 22-06-09:

“Os modelos a adoptar na Governação das Empresas do Estado (...) devem prever estruturas orgânicas (...) [que devem corresponder a] Centros de Responsabilidade. (...) É nesta linha de desenvolvimento que em Abril de 2008 se apresentou aos quadros superiores da instituição o Modelo Organizacional a prosseguir nas opções de Gestão. A prossecução de tais orientações no entanto, só serão concretizáveis se se derem passos concretos nesse sentido, como seja a tomada de medidas e adopção de ferramentas de Gestão apropriadas, como por exemplo um Sistema de Controlo Orçamental assente em Contas de Exploração por Serviços. (...) Entendemos que no final de 2007 este C.A. podia e deveria ter efectuado já o Orçamento de Exploração do exercício de 2008 nos moldes a que está aliás obrigado, em matéria de Gestão e Controlo Interno. Na Orçamentação para o exercício de 2009 continuou-se a omitir tal necessidade (...) Agora somos confrontados com a intenção de continuar em 2010 com a mesma prática, deixando para as «Calendas Gregas» a tomada de uma decisão estruturante de tão longo alcance. (...) Se continuar como até aqui a entender não ser oportuno (...) nós continuamos a discordar. (...)”.



Com efeito, em termos operacionais, a produção está na dependência de 2 vogais do CA, sendo que os restantes têm a sua actividade associada, no fundamental, a funções de staff que, em parte, poderão ser assumidas por uma empresa de serviços partilhados. O Presidente exerce, no fundamental, funções de coordenação e representação.

Nas respostas recebidas de um dos membros do CA, no âmbito do exercício do contraditório, é referido que as divergências estratégicas registadas, entre os seus membros, conduziram a uma paralisação da tomada de decisões estruturantes e estratégicas, com notórias deficiências na gestão do pessoal de enfermagem, e, conseqüentemente, repercussões directas na qualidade dos serviços prestados aos doentes, referindo, ainda, a necessidade de ser reponderada, com urgência, a composição do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, situação já comunicada às instâncias superiores, em Novembro de 2008 e Janeiro de 2009, ao que tudo indica, sem resultados.

Os problemas detectados evidenciam a necessidade de **revisão dos Estatutos dos Hospitais/Centros Hospitalares, EPE**, no âmbito de uma reorganização estrutural destas entidades do SNS. De facto, a acumulação de funções de Director Técnico (Director Clínico e Enfermeiro Director) com funções de Administrador Executivo pode tornar o Hospital de difícil governo. É o caso dos problemas na gestão do pessoal de enfermagem mencionados anteriormente, facilmente solucionável com o afastamento do director respectivo, solução impossibilitada pelos próprios estatutos dos hospitais EPE, segundo os quais o Enfermeiro Director é nomeado por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, pelo que continua sem solução com prejuízos, difíceis de mensurar, para os doentes.

Mais, o Estatuto dos Hospitais, EPE, não favorece a constituição de Conselhos de Administração reduzidos, coesos e com liderança forte.

A ciência empresarial aconselha que os directores não ocupem lugares de administradores executivos⁴². Este é um exemplo em que a violação deste princípio acarretou prejuízos para os utentes e, muito provavelmente, para o erário público.

Neste sentido se pronunciou igualmente o Grupo de Trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, Ministério da Saúde, constituído para repensar o modelo de governação dos hospitais, que no documento intitulado “Governação dos Hospitais” apresenta as conclusões consensualizadas a que chegou, referindo que “*A governação clínica deve ser personalizada num órgão uninominal – o director do hospital – médico responsável pela gestão de toda a actividade clínica, nomeado pelo CA, mas que não integra este órgão e que preside a uma direcção técnica/clínica...*”⁴³

A organização dos serviços é feita por centros de responsabilidade, que constituem centros de custo. No entanto, a actual Contabilidade Analítica / de Custos / de Gestão apresenta deficiências ao nível da correcção e actualização dos parâmetros de imputação dos custos e não é utilizada, de modo sistemático, como instrumento de gestão. O sistema de custeio encontrava-se em revisão

⁴² Rafael La Porta, Andrei Shleifer, Florencio Lopez-de-Silanes e Robert Vishny, em artigo intitulado “*Investor protection and corporate governance*”, publicado no Journal of Financial Economics, v. 58, p. 3-27, October, 2000, referem que “*Corporate governance, to a large extent, is a set of mechanisms through which outside investors protect themselves against expropriations by the insiders*”, entendendo-se por “*the insiders*”, gestores/administradores e accionistas maioritários. Com efeito, a empresarialização dos hospitais deve começar pela empresarialização da governação dos hospitais, por forma a “...ultrapassar a gestão clássica hospitalar sustentada pelo princípio (ou suspeita) de que o interesse corporativo dos profissionais tenderá a impor-se aos doentes e à instituição”, tal como é referido nas conclusões do Grupo de Trabalho da ARSLVT sobre a “Governação dos Hospitais”, 2009.

⁴³ Sublinhado nosso.



durante o ano de 2009, tendo sido apresentadas 2 propostas de reestruturação em Fevereiro e em Julho.

O desenvolvimento da Contabilidade Analítica afigura-se como fundamental para o exercício efectivo da gestão, desde o planeamento ao controlo, uma vez que só esta permite a análise da actividade do Centro Hospitalar e do processo de formação dos custos unitários, fixos e variáveis, por unidades de exploração, linha de actividade ou departamento.

Na dependência directa do CA foi constituída a Comissão de Acompanhamento Interdepartamental, integrando os três Directores das Unidades Hospitalares⁴⁴. Esta comissão deveria reger-se por regulamento interno, o qual ainda não existia à data dos trabalhos de auditoria e, no âmbito das competências genéricas que lhes foram cometidas, não se teve conhecimento de qualquer intervenção.

O CHMT, dispõe ainda de um serviço de auditoria interna, ao qual compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, elaborar relatórios sobre a actividade desenvolvida, indicando as anomalias detectadas e as medidas correctivas a adoptar. Com efeito, foi elaborado relatório de auditoria interna, em Setembro de 2008, relativo ao controlo orçamental do CHMT, com incidência no 1.º trimestre desse ano⁴⁵.

Em termos de organização geral e geográfica dos serviços, refira-se que o Conselho de Administração e a maioria dos serviços de staff (não directamente ligados à prestação de cuidados de saúde) se encontram centralizados na unidade hospitalar de Torres Novas.

Os Armazéns Gerais e de Farmácia são geridos em cada uma das unidades, embora os processos de aquisição estejam centralizados e exista um coordenador dos primeiros. Também o Serviço de Gestão de Utentes e o Gabinete do Utente funcionam localmente, sob coordenação única.

O serviço de Codificação do Internamento/Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) está centralizado na unidade de Abrantes e o serviço de Gestão de Viaturas funciona em Tomar.

No caso dos serviços centralizados, existem funcionários, em cada uma das outras duas unidades, responsáveis pela articulação das mesmas com os serviços centrais.

Os serviços clínicos funcionam de modo assinérgico e existem várias especialidades comuns às três unidades prestadoras de cuidados de saúde, especialmente na área de Consulta Externa, conforme pode ser observado no quadro I do anexo V. Estas assinerias são, eventualmente, potenciais fontes de desperdício.

A necessidade de concentração de alguns destes serviços, no sentido de evitar a dispersão e multiplicação dos recursos, é repetidamente apontada nos planos de reestruturação elaborados (quer no Plano de Reorganização de Serviços, elaborado em 2006 pelo grupo de trabalho atrás mencionado, quer nos documentos internos do CHMT, no âmbito da elaboração de um plano estratégico (2009)).

Analisando⁴⁶ a estrutura do **Internamento**⁴⁷ desde 2003, verifica-se que as especialidades cuja dispersão diminuiu até 2008 foram as de Gastrenterologia (em 2005 passou a funcionar apenas em

⁴⁴ Vd. Circular Normativa n.º 5, do CHMT, de 2008.02.29, “Nomeação de Gestores das Unidades Hospitalares”.

⁴⁵ Os objectivos circunscreveram-se à avaliação das bases de preparação da informação sobre a execução orçamental, os elementos de suporte, as normas e as práticas relevantes. O auditor interno concluiu que relativamente à distribuição do volume da actividade e respectiva valorização por trimestres, não permite considerar as possíveis flutuações mensais de natureza sazonal, pelo que os valores inseridos no orçamento para efeitos de comparação da actividade registada resultavam da divisão do orçamento anual por trimestres.

⁴⁶ Cf. Quadros II e III do anexo V.



Torres Novas), Ginecologia (em 2006 passou a funcionar apenas em Abrantes), Oftalmologia (em 2004 passou a funcionar apenas em Tomar).

A experiência parece ter sido maioritariamente positiva⁴⁸, quer em termos de redução de custos, quer em termos de aumento da produtividade dos recursos instalados no Centro Hospitalar.

De facto, no caso da especialidade de **Oftalmologia**, no ano em que passou a funcionar apenas na unidade hospitalar de Tomar (encerramento da unidade de Abrantes), verificou-se um aumento da taxa de ocupação do internamento, de 15%, em 2004, para 46%, em 2005, o que revela ainda um elevado grau de subutilização da capacidade instalada, não obstante a concentração verificada. Constatou-se ainda o aumento dos doentes saídos por cama, em 276% e das cirurgias convencionais por cama, em 155%. Verificou-se também uma diminuição do custo unitário em 27%, para €2.702, resultante, pelo menos em parte significativa, das sinergias obtidas com a centralização do serviço. Estas mudanças ocorreram não só pela diminuição da capacidade instalada para 50% da anterior, mas também, pelo aumento efectivo das cirurgias convencionais em 27% e dos doentes saídos do internamento em 88%.

O custo unitário da globalidade do internamento aumentou 13%, o que se deveu, eventualmente, à desconsideração das sinergias decorrentes da centralização de cada uma das especialidades. Rememore-se que na especialidade de Oftalmologia o custo unitário decresceu 27%, pelo que, salvo demonstração em contrário, trata-se de desperdícios evitáveis por parte de quem detém competências próprias na gestão da produção hospitalar.

Relativamente à especialidade de **Gastrenterologia**, verifica-se que, após o período de transição em 2004, o ano de 2005 se traduziu numa melhoria dos indicadores de doentes saídos por cama em 15% e um aumento da taxa de ocupação do internamento de 63%, em 2004, para 66%, em 2005, tendo esta taxa atingido 88%, em 2006, e de 89%, em 2007.

A especialidade de **Ginecologia**, que em 2004 funcionou apenas na unidade hospitalar de Torres Novas, passou em 2005 a funcionar também em Abrantes, com o aumento da capacidade instalada. Nesse ano, observou-se uma diminuição do número de doentes e de cirurgias convencionais por cama e uma diminuição acentuada da taxa de ocupação para 23%. No ano seguinte, ainda a funcionar nas duas unidades, houve alguma melhoria, mas apenas em 2007, com o encerramento do **Internamento** em Torres Novas é que os indicadores de os doentes saídos (+18%) e cirurgias convencionais por cama (+25%) e a taxa de ocupação (de 60%, em 2006, para 106%, em 2007, mantendo-se estável, em 2008, (99%)).

A **concentração de especialidades em determinada unidade hospitalar** originou sinergias para o Centro Hospitalar, em termos de indicadores de produtividade, utilização dos recursos, e custos. A concentração de especialidades em determinada unidade hospitalar origina um “repasso” de custos para o utente que terá que ter, necessariamente, contrapartidas na qualidade dos serviços médicos prestados, resultantes da concentração de competências e serviços.

⁴⁷ Na linha de produção do Internamento, a dispersão de recursos em diferentes unidades implica não só a duplicação de recursos humanos, como recursos físicos e tecnológicos.

⁴⁸ A especialidade de Pediatria não foi analisada, uma vez que a baixa taxa de ocupação, resultante do claro sobredimensionamento da estrutura (em 2008, ano do encerramento do internamento de Tomar, a taxa de ocupação foi de cerca de 40%) não permitiu tirar conclusões sobre os custos ou benefícios decorrentes da mudança introduzida.



8. Acções de Fiscalização Realizadas por Órgãos de Controlo

Na sequência da auditoria realizada pela Inspeção-Geral de Saúde⁴⁹ sobre “Remunerações e outras regalias sociais dos dirigentes dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde”, datado de 06 de Maio de 2005 (inicial – Proc.º n.º 3/2004 - IT), que concluiu pela regularização das situações evidenciadas relativamente ao CHMT, verificou-se que, foram repostas as verbas correspondentes aos pagamentos indevidos de dois meses de suplemento para despesas de representação em 2003⁵⁰.

Na sequência da auditoria realizada pela Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) sobre “O controlo da facturação do transporte de doentes”, datado de 31 de Dezembro de 2008 (Proc.º n.º 4/07 – IT [Anexo III - Relatório Parcelar sobre o CHMT]), em que a questão prévia se circunscreveu aos circuitos e procedimentos de controlo interno, concluindo-se naquele relatório de inspecção pela falta de Manuais de Procedimentos uniformes aos hospitais que integram o CHMT, sendo que o transporte de doentes ainda se encontrava, em parte, regulado por normativos emitidos no passado, pela inexistência ou insuficiência de ferramentas e aplicações informáticas que permitissem melhorar e agilizar o controlo da facturação e pela falta de verificações na validação das facturas recebidas. Verificou-se que foram desenvolvidos novos controlos, nomeadamente quanto às distâncias percorridas, através da utilização de ferramentas gratuitas de mapas e percursos rodoviários disponíveis na Internet.

9. Certificação Legal de Contas e Aprovação pelos Ministros das Finanças e da Saúde

Nos termos do artigo 16º, n.º 2, al. b), dos Estatutos aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, o relatório de gestão relativo ao exercício de 2008, aprovado pelo CA, foi objecto, de parecer⁵¹ do fiscal único, de proposta de aplicação de resultados referente ao exercício de 2008 e, as demonstrações financeiras objecto de certificação legal.

Foi opinião do fiscal único que “... as demonstrações financeiras foram preparadas de acordo com os princípios contabilísticos geralmente aceites e com critérios valorimétricos e estimativas satisfatórios.”

Chama a atenção para a degradação da situação financeira da entidade, salientando que a “(...) situação real da Entidade, com 3 unidades hospitalares desconcentradas, implicando a triplicação pelo menos parcial de algumas das suas estruturas, contribui para a presente situação. (...)”, emitindo o seguinte parecer:

⁴⁹ Actual Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS).

⁵⁰ Foram pagos 14 meses em vez de 12 meses. Tratou-se de uma prática detectada na maioria dos hospitais objecto de inspecção, resultante de uma errada interpretação das normas legais aplicáveis à época. Actualmente, a RCM n.º 121/2005, de 23 de Junho (publicada no DR 1ª série B, n.º 146, de 01 de Agosto de 2005), aplicável às empresas públicas (EP), e o Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de Março., dos Ministros das Finanças e da Saúde (publicado no DR II S, n.º 81, de 26 de Abril de 2006), aplicável aos hospitais EPE, são claros nesta matéria fixando em 12 meses o abono de despesas de representação aos administradores de EP.

Actualmente as regras que regulam o estatuto remuneratório dos gestores dos hospitais EPE são as constantes dos seguintes diplomas e actos: DL n.º 71/2007, de 27 de Março (estatuto do gestor público); RCM n.º 29/89, de 03 de Agosto (publicada no DR IS, n.º 196, de 26 de Agosto), mantida transitoriamente em vigor pelo DL n.º 71/2007; a RCM n.º 121/2005, de 23 de Junho e o Despacho Conjunto n.º 351/2006, de 31 de Março., dos Ministros das Finanças e da Saúde, já referenciadas; o Despacho Conjunto n.º 914/2003, de 01 de Setembro, dos Ministros das Finanças e da Saúde (publicado no DR IIS, n.º 216, de 18 de Setembro) que estabelece o grupo e o nível de cada hospital para efeitos de determinação da remuneração dos membros do Conselho de Administração, tendo sido mantido em vigor pelo Despacho Conjunto n.º 351/2006.

⁵¹ Datado e assinado pelo Fiscal Único, em 27 de Março de 2009.



“a) O Relatório da Gestão e as Contas do exercício de 2008 estão em conformidade com os requisitos no Código das Sociedades Comerciais e demais legislação aplicável;

b) Os documentos de prestação de contas apresentados pelo Conselho de Administração estão em condições de ser aprovados;

c) A proposta de aplicação dos resultados apresentada pelo Conselho de Administração no seu relatório está, igualmente, em condições de ser aprovada.”

O Fiscal Único expressou, no entanto, uma reserva por desacordo, no que concerne ao não reconhecimento contabilístico da situação das responsabilidades do CHMT com pensões dos seus trabalhadores que pertenciam aos quadros das Misericórdias, por contrariar, na sua opinião, um princípio contabilístico geralmente aceite.

Os documentos de prestação de contas de 2008 foram aprovados por Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 9 de Outubro de 2009, determinando que o resultado líquido negativo do exercício fosse transferido para a conta de resultados transitados e recomendando ao CA do CHMT o cumprimento integral dos Princípios de Bom Governo e a redução do Prazo Médio de Pagamentos.

10. Avaliação do Sistema de Controlo Interno

O Centro Hospitalar aplica métodos e procedimentos de controlo interno que, na generalidade, vão ao encontro dos objectivos definidos no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, e que garantem a segregação de funções, a legalidade e a regularidade das operações administrativas e contabilísticas, apresentando algumas debilidades, nomeadamente, na área de aquisição de bens e serviços e no funcionamento do Conselho de Administração. Foram assim identificados nas diversas áreas os pontos fortes e fracos do Sistema de Controlo Interno, que se apresentam no anexo III.

Do resultado dos testes realizados aos processos de aquisição⁵², confirmou-se que a maioria dos contratos em execução não integrou um processo de aquisição sistematizado com base no tipo de procedimento desenvolvido, apresentando-se organizado por referência às notas de encomenda.

Constatou-se que o CHMT recorreu, durante vários anos, ao procedimento por ajuste directo para a aquisição de bens e serviços, o que não garante, de *per se*, os princípios da boa gestão dos dinheiros públicos, designadamente a escolha da proposta mais económica, eficiente e eficaz, que apenas um procedimento concorrencial, de princípio, permite alcançar.

É de salientar o trabalho realizado pelo Gabinete da Qualidade⁵³, em áreas como a Farmácia, o Gabinete do Utente, a gestão de Recursos Humanos, entre outras, e o início da actividade do Auditor Interno, que elaborou, em 2008, um relatório relativo ao controlo orçamental do CHMT.

Salienta-se, em termos de informatização, a implementação em curso do processo clínico electrónico e o desenvolvimento de soluções para facilitar o acesso à informação de produção constante do sistema de informação de registo da produção, sendo imperiosos que este esforço de informatização continue de forma sustentada.

⁵² Cujas análises se desenvolvem ao longo do ponto 9, nas rubricas do Balanço / Demonstração de Resultados respectivas.

⁵³ As funções do Gabinete incluem, entre outras, a realização de auditorias, a identificação de problemas no funcionamento do CHMT e o acompanhamento da implementação das melhorias propostas.



11. Actividade Hospitalar

O CHMT utiliza o Sistema de Informação de Gestão de Doentes para o registo de todos os cuidados de saúde prestados aos seus utentes e para a consequente emissão de facturas às entidades públicas ou privadas responsáveis pelo pagamento desses serviços.

O valor dos cuidados de saúde prestados pelas entidades integradas no SNS, em 2008, foi fixado na Tabela Nacional de Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) publicada em anexo à Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro e n.º 781-A/2007, de 16 de Julho, e constituíram receitas do CHMT.

Constituíram também receitas do CHMT, decorrentes dos cuidados de saúde prestados, as taxas moderadoras⁵⁴ pagas pelos utentes que se dirigem à Consulta Externa, à Urgência, ou que foram admitidos para o Internamento⁵⁵, salvo nos casos em que o utente possa ser classificado como isento⁵⁶.

Da análise dos dados constantes do Sistema de Informação de Gestão de Doentes⁵⁷, apurou-se o seguinte.

11.1. Principais linhas de produção e entidades responsáveis pelo pagamento

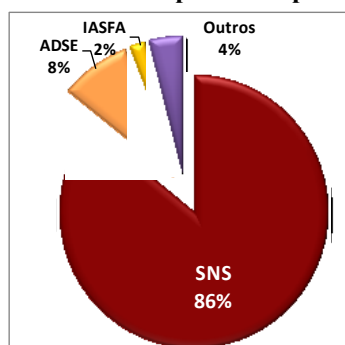
Da análise dos dados registados neste sistema, relativos à actividade assistencial do ano de 2008, constatou-se que as linhas de produção hospitalar com maior volume de facturação são o Internamento, a Consulta Externa e a Urgência, com a produção reflectida no quadro seguinte.

Quadro I – Episódios por linha de produção

Linha de Produção	Consulta	Urgência	Internamento
Total de Episódios	180.469	198.695	19.823

Fonte: Elaboração própria com base nos registos do Sistema de Informação de Gestão de Doentes - 2008

Gráfico I – Entidades responsáveis pelo pagamento



Fonte: Elaboração própria com base nos registos do Sistema de Informação de Gestão de Doentes - 2008

A maior parte dos pagamentos desta actividade são da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde (86%), destacando-se como outras entidades responsáveis pelo pagamento a ADSE (8%) e o Instituto de Acção Social das Forças Armadas (2%). Os restantes subsistemas públicos, os subsistemas privados, as seguradoras e demais entidades responsáveis pelo pagamento encontram-se agregadas em “Outros” (4%).

⁵⁴ Cf. Decreto-Lei n.º173/2003, de 1 de Agosto.

⁵⁵ De acordo com a Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março, actualizada pela Portaria n.º 1637/2007, de 31 de Dezembro.

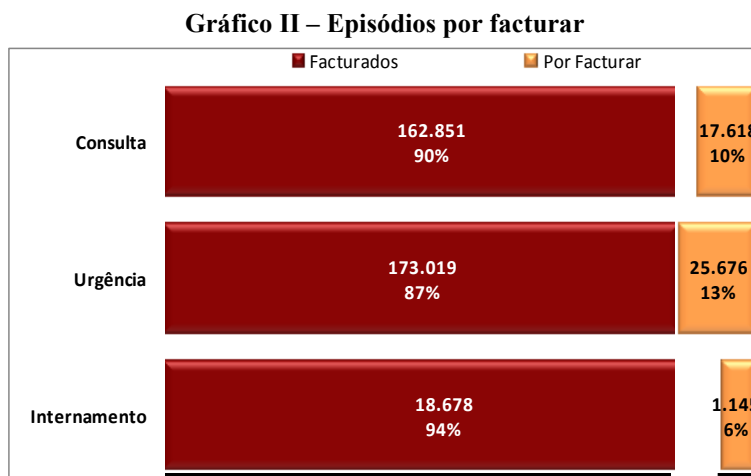
⁵⁶ As situações de isenção estão elencadas no artigo 2º do Decreto-Lei n.º173/2003, de 1 de Agosto.

⁵⁷ O ficheiro do Sistema de Informação de Gestão de Doentes, com dados reportados à actividade hospitalar do CHMT do ano de 2008, foi fornecido à equipa de auditoria em Setembro de 2009.



11.2. Facturação da actividade assistencial

Como se pode observar no gráfico seguinte, existiam, à data, episódios por facturar relativos ao ano de 2008, destacando-se os episódios de urgência (13%), existindo, assim, algum *gap* explorável em termos de “*criação de valor*”, embora alguns destes episódios não sejam facturáveis, uma vez que dão origem a transferências internas de utentes da Urgência para o Internamento dando origem à facturação por GDH⁵⁸.



Fonte: Elaboração própria com base nos registos do Sistema de Informação de Gestão de Doentes - 2008

As situações de não facturação têm origem:

- na dificuldade de identificação do utente e da entidade responsável pelo pagamento do acto médico (que se verifica sobretudo na Urgência);
- na existência de transferências de utentes da Urgência para o Internamento que dão lugar à facturação por GDH e não por episódio de urgência;
- na não codificação de 5 episódios de Internamento;
- na existência de 558 internamentos codificados mas com período de permanência inferior a 24 horas, que não dão lugar à facturação na linha de produção do internamento (48,7% dos episódios não facturados);

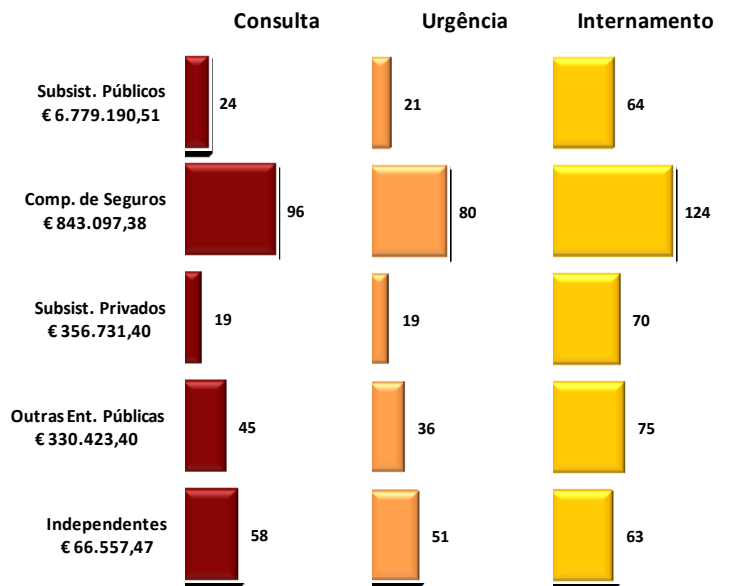
Os prazos médios para emissão de factura nas áreas de actividade em análise foram os que se apresentam no gráfico seguinte, por área de actividade e por entidades responsáveis pelo pagamento, excluindo os utentes beneficiários do SNS⁵⁹.

⁵⁸ Os dados trabalhados não permitem o apuramento exacto destas situações, pelo que a taxa de não cobrança apresentada foi calculada por excesso.

⁵⁹ Excluem-se da análise os prazos de emissão de facturas à ACSS, IP, relativas à prestação de cuidados de saúde a utentes beneficiários do SNS, uma vez que os valores previstos no contrato-programa como pagamento desta actividade são transferidos mensalmente sob a forma de duodécimos, servindo a facturação emitida pelo CHMT como um mero acerto de contas de acordo com a produção efectivamente realizada.



Gráfico III – Prazos médios para emissão de factura⁶⁰



Fonte: Elaboração própria com base nos registos do Sistema de Informação de Gestão de Doentes - 2008

Na maioria das situações, consideram-se como razoáveis os prazos verificados na emissão de facturas, salientando-se, no entanto, as diferenças verificadas nos prazos de emissão às diferentes entidades responsáveis pelo pagamento, que são especialmente elevados no caso das companhias de seguros⁶¹. Este problema é inaceitável para os hospitais, que são alheios a esses processos litigiosos, já incorreram na despesa e dela têm de ser ressarcidos atempadamente, sob pena de ser o SNS a pagar as delongas na resolução dos conflitos com as companhias de seguro.

Os prazos superiores verificados para os episódios de internamento resultam da necessidade de codificação dos actos médicos prestados como requisito para a emissão de factura, processo que demorou em média 46 dias no ano de 2008. O serviço de Gestão de Doentes alterou os procedimentos de registo dos envios para codificação, com o objectivo de apurar em que fase deste processo é possível obter reduções de tempo.

11.3. Cobrança de taxas moderadoras

O quadro seguinte apresenta a situação da cobrança de taxas moderadoras relativas aos episódios de Consulta Externa, Urgência e Internamento ocorridos no ano de 2008.

⁶⁰ Subsistemas Públicos: ISAF (ADM), ADSE, Serv. Assist. Doença-PSP, Serviços Sociais da Imprensa Nacional da Casa da Moeda, Secretaria-Geral do Ministério da Justiça.

Subsistemas Privados: SAMS – Sul e Ilhas, SAMS – Centro, SAMS – Norte, SAMS – Quadros, Associação de Cuidados de Saúde da Portugal Telecom, Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos.

Outras Entidades Públicas: Serviços Prisionais, Tribunais, Câmaras Municipais, Escolas, etc.

⁶¹ A facturação a seguradoras inclui casos de agressões, acidentes, etc, que exigem diligências mais demoradas no sentido da identificação da entidade responsável.



Quadro II – Situação da cobrança de taxas moderadoras

Situação	Consulta Externa			Urgência			Internamento			Total	
	Nº Episódios	%	Valor (€)	Nº Episódios	%	Valor (€)	Nº Episódios	%	Valor (€)	Episódios (n.º)	%
Isento	132.057	73%	336.361,95	131.903	66%	976.502,60	15.204	77%	359.335,55	279.164	70%
Não Isento	48.412	27%	131.588,75	66.792	34%	523.331,10	4.619	23%	112.196,10	119.823	30%
Taxa cobrada	46.120	95%	125.170,80	59.754	89%	467.191,75	3.903	84%	97.495,95	109.777	92%
Taxa por cobrar	2.292	5%	6.417,95	7.038	11%	56.139,35	716	16%	14.700,15	10.046	8%
Total	180.469	100%	467.950,70	198.695	100%	1.499.833,70	19.823	100%	471.531,65	398.987	100%

Fonte: Elaboração própria com base nos registos do Sistema de Informação de Gestão de Doentes - 2008

Verifica-se que, em cerca de 70% dos episódios passíveis de cobrança de taxa moderadora, o utente apresentou prova de isenção, pelo que apenas 27% dos episódios de Consulta Externa, e de 34% dos episódios de Urgência e 23% dos episódios de Internamento são passíveis de gerar receita para o Centro Hospitalar, em termos de cobrança de taxas moderadoras.

Nestes episódios, verificou-se, no entanto, uma taxa de cobrança global de cerca de 92%, mais elevada no caso das Consultas Externas (95%) e mais baixa nos casos da Urgência (89%) e do Internamento (84%), decorrentes da dificuldade no processo de cobrança de taxas moderadoras quando esta não ocorre simultaneamente com a prestação do acto médico⁶².

O CHMT desenvolveu acções de controlo e mecanismos de cobrança das taxas moderadoras em dívida, através do contacto directo com os utentes, da emissão de listagens com episódios não cobrados e da gestão de processos em contencioso.

11.4. Execução do Contrato-Programa

Na sequência da análise da produção realizada em 2008, verificou-se que as linhas de produção do Ambulatório, da Consulta Externa e da Urgência ultrapassaram as metas estabelecidas no contrato-programa tendo o CHMT facturado à ACSS, IP, o valor de € 23.785.476,94, correspondente a 99,9% do valor contratado. Não se averiguou, no entanto, a existência de eventuais disfunções na fixação daquelas metas. Não foram atingidas as metas contratadas na produção do Internamento e do Hospital de Dia, tendo as taxas de execução física atingido 93,7% e 86,4%, respectivamente, tendo sido, à data, facturados € 28.697.798,73, correspondentes a 92% do valor contratado.

Relativamente ao cumprimento dos objectivos de qualidade e eficiência fixados no CP⁶³, verifica-se que os maiores desvios desfavoráveis ocorreram nos indicadores relativos ao resultado operacional, à evolução das principais rubricas de custos e à gestão das listas de inscitos para cirurgia (cf. ponto seguinte). O Centro Hospitalar atingiu os objectivos definidos para a formação, para o rácio de primeiras consultas, para o peso da cirurgia de Ambulatório no total de cirurgias programadas e para o custo unitário por doente padrão. O custo unitário do doente padrão, em 2007, foi de € 3.630,50, e, em 2008, de € 3.748, verificando-se, assim, que apesar do valor de convergência atribuído (€ 15,6 milhões) que representou € 595 por doente padrão, o custo unitário divergiu, uma vez que aumentou € 118, (3,2%).

A produção realizada no âmbito do contrato-programa respeita apenas aos beneficiários do SNS, não considerando os cuidados prestados a utentes dos serviços de saúde das Regiões Autónomas, de

⁶² Por vezes os utentes não dispõem de recursos financeiros à data da prestação dos cuidados de saúde, e nem sempre o CHMT consegue recuperar essas taxas, devido à indicação de moradas incorrectas por parte dos referidos utentes. Acrescem ainda dificuldades na identificação dos utentes, no serviço de Urgência, e, no caso do internamento, o facto de os pagamentos serem feitos aquando da alta, que pode ocorrer a horas em que os serviços administrativos não se encontram em funcionamento, dificulta também a cobrança.

⁶³ Em função dos quais são pagos os incentivos institucionais -no valor de € 1,3 milhões - (valor de convergência variável).



subsistemas públicos e privados e de quaisquer outros terceiros legal ou contratualmente responsáveis.

Foram ainda facturados os € 14.231.002,92 referentes à componente fixa do valor de convergência e € 949.590,77 relativos a outra produção hospitalar incluída no CP.

Salienta-se que à data da realização do trabalho de campo não se encontrava facturada a componente variável do valor de convergência, a produção de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, e a produção marginal. A facturação não estava, no entanto, encerrada, encontrando-se o CHMT a diligenciar no sentido da correcção dos registos do Sistema de Informação de Gestão de Doentes que por algum motivo não foram facturados, para os incluir numa factura final de encerramento do CP 2008, que englobará os itens atrás referidos.

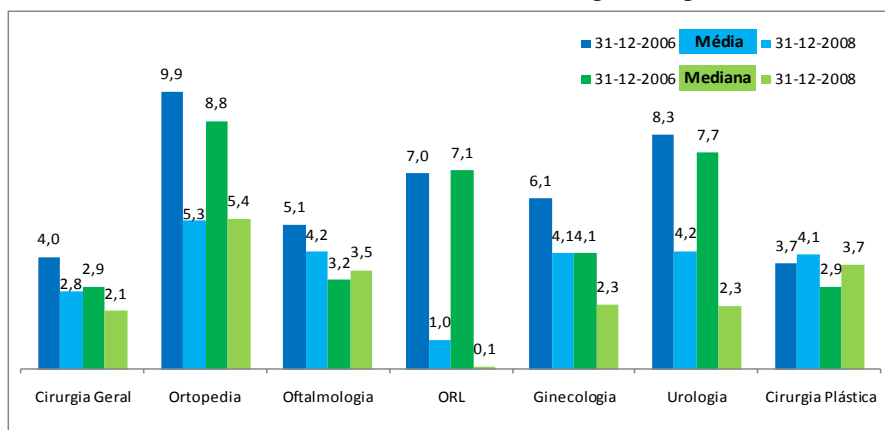
11.5. Evolução da Actividade Cirúrgica⁶⁴

No ano de 2008, foram realizadas 8.483 intervenções cirúrgicas no CHMT, o que representou um aumento de 0,4% relativamente a 2007. Esta produção não foi suficiente para fazer face à lista de inscritos para cirurgia do Centro Hospitalar, pelo que foram emitidos 2.032 Vales-Cirurgia / Notas de Transferência para os utentes do CHMT serem intervencionados noutros hospitais do SNS ou em convencionados no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia⁶⁵. Verificou-se ainda uma diminuição de 0,67% das entradas de novos utentes em lista de espera.

A produção cirúrgica realizada nestes dois anos e a emissão de Vales-Cirurgia permitiu a redução no número de utentes que aguardam intervenção cirúrgica (de 4.494 em 2006 para 3.317 em 2008) e da mediana do tempo de espera dos utentes em lista (de 5,3 meses em 2006, para 3,3 meses em 2008).

As especialidades de Oftalmologia e Ortopedia são as que apresentavam, em 31 de Dezembro de 2008, maior lista de espera (1.159 e 1.060 utentes, respectivamente) sendo também, conjuntamente com a Cirurgia Plástica, as especialidades com as maiores medianas do tempo de espera, conforme se pode observar no gráfico seguinte.

Gráfico IV – Média e mediana do tempo de espera



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC.

⁶⁴ Fonte: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

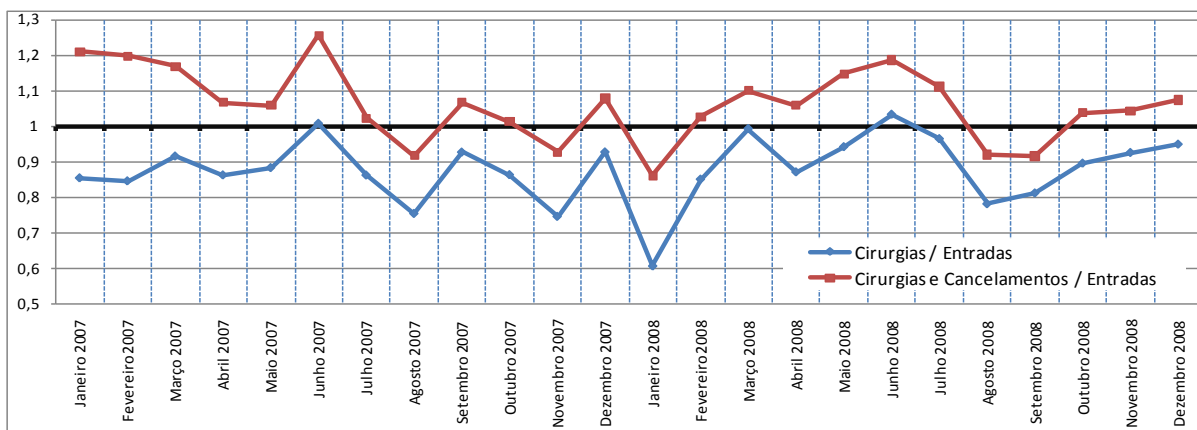
⁶⁵ No âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia foram emitidos Vales-Cirurgia (para entidades privadas convencionadas) ou Notas de Transferência (para outros hospitais do SNS) aos utentes em lista de espera, sempre que o CHMT não conseguiu proceder à intervenção cirúrgica dentro do tempo máximo de espera previsto – cf. Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro).



O CHMT registou uma diminuição geral do número de inscritos e das medianas do tempo de espera em todas as especialidades, exceptuando a Cirurgia Vascular e a Oftalmologia nas quais aumentaram os utentes em espera e os tempos de espera.

Analisando a produção cirúrgica nestes dois anos, verifica-se que apenas em Junho de 2007 e 2008 esta foi superior ao número de novos utentes entrados. O rácio Cirurgias e Cancelamentos / Entradas foi no entanto, maioritariamente, superior a 1.

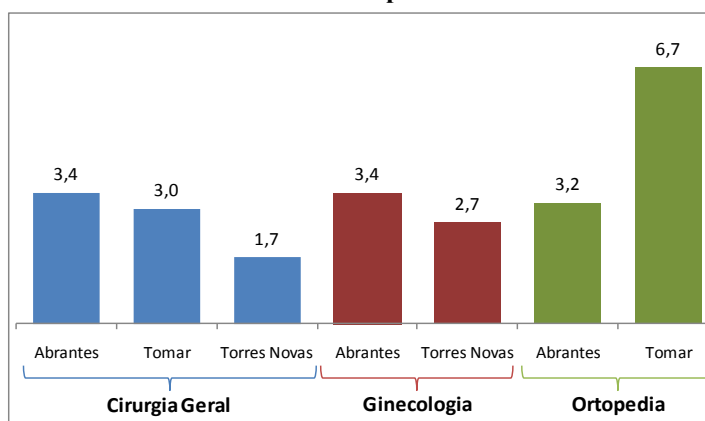
Gráfico V – Rácios de cobertura das novas entradas de utentes em 2007 e 2008



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC.

Através dos dados analisados, foi ainda possível constatar que existem diferenças significativas nos tempos médios de espera até à realização da intervenção cirúrgica entre serviços de diferentes unidades hospitalares, pertencentes à mesma especialidade, nomeadamente em Cirurgia Geral, Ginecologia e Ortopedia. Os tempos de espera são particularmente díspares em Ortopedia (cerca de mais 3,5 meses de espera em Tomar, comparativamente à unidade hospitalar de Abrantes).

Gráfico VI – Médias dos tempos de espera em diferentes unidades hospitalares



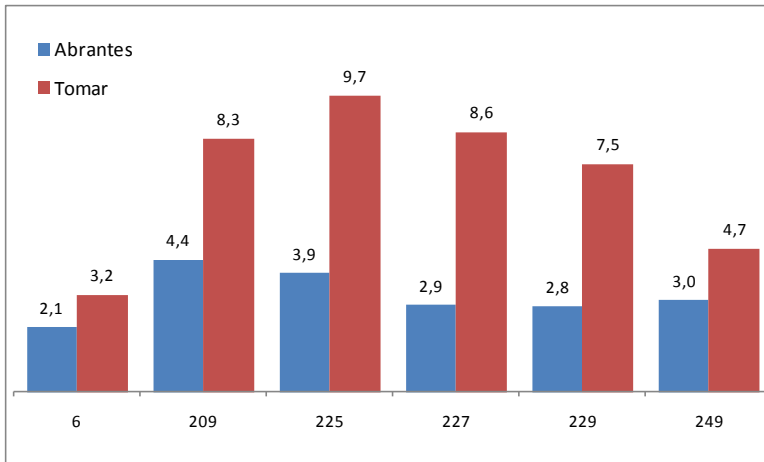
Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC.

Analisando os principais GDH, em termos de produção nesta especialidade⁶⁶, verifica-se que estes são comuns às duas unidades hospitalares, pelo que, em princípio, ambas estarão disponíveis para a realização destas intervenções.

⁶⁶ A produção registada em 2007 e 2008 nestes GDHs representa, respectivamente, em Tomar e Abrantes, cerca de 74% e 68% do total da produção cirúrgica da especialidade de Ortopedia.



Gráfico VII – Médias do tempo de espera em GDHs seleccionados



Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pela UCGIC.

Além disso, constata-se que na unidade hospitalar de Tomar, na qual os tempos de espera são mais elevados, cerca de 10% dos utentes inscritos para cirurgia e intervencionados nestes dois anos (8,3%, no caso dos GDHs seleccionados) o foram em entidades convencionadas, através da emissão de Vales-Cirurgia, consequência da não resposta atempada do Centro Hospitalar na garantia dos tempos máximos de espera definidos. Esta percentagem foi de apenas 2,4% na unidade de Abrantes (0,9% no caso dos GDHs seleccionados).

Conclui-se, portanto, que o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, tem gerido assinergicamente as listas de espera das três unidades hospitalares que o compõem. Esta situação é ainda fonte de iniquidade no tratamento dos utentes ao nível do Centro Hospitalar e de eventuais desperdícios de recursos públicos.

11.6. Reclamações recebidas pelo Gabinete do Utente

Uma das atribuições do Gabinete de Utente do CHMT, criado ao abrigo do Despacho Ministerial n.º 26/86, de 30 de Junho, consta do art.º 3.º do respectivo Regulamento, datado e aprovado em 1 de Julho de 2009 e trata da recepção e tramitação de forma centralizada todas as reclamações, sugestões e elogios sobre o funcionamento e organização dos serviços ou o comportamento dos funcionários, independentemente do meio utilizado.

O CHMT implementou medidas para o acolhimento e atendimento dos cidadãos em geral, nomeadamente no que respeita aos mecanismos de audição e resposta aos utentes, tendo-se verificado ainda que efectuou o registo no “SGSR - Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações” de todas as participações de utentes, independentemente da forma de recepção das mesmas (presencial, e-mail, carta, livro de reclamações, etc.), não tendo no entanto desenvolvido qualquer acção directa de avaliação da satisfação dos utentes relativamente aos serviços prestados pelo Centro Hospitalar. O principal recurso continua a ser o livro de reclamações.

Para avaliar o grau de satisfação dos utentes, com os serviços prestados pelo CHMT, foi analisada a evolução do número de reclamações apresentadas ao Gabinete do Utente (GU), no biénio 2007-2008, por serviço, grupo profissional e por tipologia.

Desta forma, não se compreende a existência, ao nível do Centro Hospitalar, de diferenças tão significativas entre os tempos de espera dos utentes de diferentes unidades, com as mesmas ou semelhantes necessidades cirúrgicas.

As diferenças entre os tempos de espera nas unidades de Abrantes e Tomar, nos GDHs seleccionados, variam entre 1,1 e 5,8 meses.



Quadro III – Evolução das exposições ao GU

Tipo de exposição	2007	2008	Δ
Exposições entradas	635	671	+ 36
Elogios / Agradecimentos	-	156	-
Reclamações	455	455	-

Fonte: Rel. de Actividades do Gabinete do Utente.

Nos anos em análise verificou-se que o número de exposições apresentadas não teve uma alteração significativa.

Deve-se também salientar que, em 2007, o registo sistemático das Exposições no SGSR só se tornou obrigatório a partir do mês de Fevereiro.

Tendo em conta que o número de reclamações é muito superior ao de qualquer outro tipo de exposições, é pois esta matéria que cabe aqui desenvolver, salientando-se que a estatística incide sobre as reclamações feitas com base nas queixas apresentadas pelos utentes e não de acordo com as conclusões dos processos.

O **serviço mais visado** foi o da Urgência com 317 reclamações, seguido do serviço da Consulta Externa com 38 reclamações, a Administração com 22, tendo os restantes serviços das três unidades hospitalares sido alvo de um total de 78 reclamações.

Relativamente ao **Grupo Profissional visado**, destaque para o pessoal médico, com 321 ocorrências. Já em relação ao pessoal de enfermagem foram registadas 57 reclamações.

Os valores registados por **tipologia** são geralmente superiores ao número total de reclamações, dado que cada reclamação pode conter mais do que uma ocorrência. Com base nos registos no SGSR, sobre o tipo de reclamações que mais ocorrências tiveram, constata-se que num primeiro nível existem 127 reclamações por Actos Administrativos de Gestão, 20 reclamações no que respeita a Infra-estruturas, 268 reclamações da Prestação de Cuidados de Saúde e por último, 102 reclamações que se inserem no grupo Relacionais/Comportamentais.

Num segundo nível de agregação, destaca-se para o Tempo de Espera para Cuidados de Saúde com 172 casos, o Atendimento com 102 e Cuidados Desadequados com 76.

O elevado número de reclamações relativas aos comportamentos e relações poderá evidenciar uma deficiente formação do pessoal em técnicas de atendimento e de relacionamento com o público e/ou uma “correlação de forças” favorável aos profissionais de saúde. A este propósito, salienta-se que se identificou no documento – Síntese do Plano de Formação – 2009, uma Acção de Formação “O Utente – Tratamento de Reclamações e Sugestões” e destina-se a um grupo multi-profissional. No entanto, seria importante incluir formações especificamente direccionadas aos profissionais envolvidos directamente no atendimento aos utentes, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde, que os sensibilizasse para as técnicas de atendimento e de relacionamento com o público mais adequadas.

No sentido de serem ultrapassados os problemas detectados pelo Gabinete do Utente em 2007 e acentuados em 2008, foi incluído um quadro no referido Relatório, o qual já tinha sido incluído no relatório anterior, no qual são apresentados os problemas detectados no CHMT e as propostas de melhoria (vd. anexo VI), problemas estes que se têm vindo a reiterar sem que tenham sido implementadas as propostas do Gabinete do Utente por parte do Conselho de Administração, o que se traduz num desperdício dos dinheiros públicos investidos no Gabinete do Utente.

Uma das causas apontadas para a demora do processo de melhoria é o facto de ter havido um longo período de ausência do Director Clínico⁶⁷ e o conseqüente bloqueio nos processos de decisão, em especial aqueles que versam sobre matéria clínica.

Ainda assim, considerando a evolução do número de reclamações registadas, deve-se concluir que não se agravou o grau de satisfação dos utentes de 2007 para 2008.

Da análise detalhada das reclamações seleccionadas, verificou-se que as mesmas incidiram, em grande número, sobre pessoal médico que exerce a sua actividade em regime de prestação de serviços.

De qualquer forma, verificou-se que, tanto para os prestadores de serviços, como para o pessoal médico funcionário do quadro do Centro Hospitalar, as reclamações ou elogios recebidos não são parte integrante do processo individual, nem têm no mesmo qualquer reflexo.

Foi, no entanto, instituído recentemente, no Gabinete do Utente, um procedimento de controlo dos profissionais visados pelas reclamações, que consiste na elaboração de listagem, a apresentar ao CA, indicando os profissionais com mais de 3 reclamações por semestre, não tendo sido recolhida evidência de qualquer resultado deste procedimento nos processos de contratação, o que também evidencia o desperdício dos dinheiros públicos investidos no Gabinete do Utente.

Da análise das reclamações, verificou-se, ainda, que muitas resultam da existência natural de assimetrias de informação na relação médico - utente, que deveriam, no entanto, ser minimizadas pelo profissional médico, através do esclarecimento de toda e qualquer dúvida colocada pelos utentes quanto aos cuidados de saúde prestados.

12. Situação Económico - Financeira

12.1. Balanço

A situação patrimonial do CHMT, no triénio 2006-2008, encontra-se reflectida no quadro seguinte:

⁶⁷ O Director Clínico cessante dirigiu à Ministra da Saúde, em Janeiro de 2009, pedido de exoneração do cargo, por motivos de ordem pessoal. Apenas em 28 de Julho de 2009, decorridos seis meses, através do despacho conjunto n.º17896/2009, de 28 de Julho, publicado no DR – 2.ª série, n.º 149, de 4 de Agosto do mesmo ano, veio a ser nomeado o actual Director Clínico, com mandato para o triénio 2007-2009.



Quadro IV – Balanço

Activo	2006		2007		2008		Unid.: euros		
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Δ% 06/07	Δ% 07/08	Δ% 06/08
Imobilizado									
Imobilizações Incorpóreas	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	-	-	-
Imobilizações Corpóreas	60.555.501	63,07%	56.939.213	65,30%	55.703.218	63,64%	-6,0%	-2,2%	-8,0%
Subtotal	60.555.501	63,1%	56.939.213	65,3%	55.703.218	63,6%	-6,0%	-2,2%	-8,0%
Circulante									
Existências	1.576.934	1,64%	1.355.958	1,56%	1.105.191	1,26%	-14,0%	-18,5%	-29,9%
Dívidas de 3ºs - m/l prazo	0	0,00%	0	0,00%	4.462.526	5,10%	-	-	-
Dívidas de 3ºs - curto prazo	16.780.035	17,48%	11.949.269	13,70%	9.315.384	10,64%	-28,8%	-22,0%	-44,5%
Títulos Negociáveis	0	0,00%	0	0,00%	10.000.000	11,42%	-	-	-
Disponibilidades	9.235.966	9,62%	11.131.153	12,77%	3.283.337	3,75%	20,5%	-70,5%	-64,5%
Acréscimos e diferimentos	7.869.533	8,20%	5.823.691	6,68%	3.660.567	4,18%	-26,0%	-37,1%	-53,5%
Subtotal	35.462.469	36,9%	30.260.071	34,7%	31.827.005	36,4%	-14,7%	5,2%	-10,3%
Total Activo	96.017.970	100,0%	87.199.284	100,0%	87.530.223	100,0%	-9,2%	0,4%	-8,8%
Fundos Próprios e Passivo									
Fundos Próprios									
Património	29.930.000	-	29.930.000	-	29.930.000	-	-	-	-
Reservas	78.151.852	-	78.151.852	-	78.151.852	-	0,0%	0,0%	0,0%
Doações	76.315	-	158.091	-	389.844	-	107,2%	146,6%	410,8%
Resultados Transitados	-29.449.245	-	-43.752.006	-	-58.947.926	-	48,6%	34,7%	100,2%
R.Líquido Exercício	-14.302.761	-	-15.195.920	-	-13.865.680	-	6,2%	-8,8%	-3,1%
Subtotal	64.406.160	67,1%	49.292.017	56,5%	35.658.090	40,7%	-23,5%	-27,7%	-44,6%
Passivo									
Provisões para riscos/encargos	295.160	0,31%	0	0,00%	285.505	0,33%	-100,0%	-	-3,3%
Dívidas a 3ºs - m/l prazo	0	0,00%	0	0,00%	4.409.715	5,04%	-	-	-
Dívidas a 3ºs - curto prazo	21.756.390	22,66%	28.650.350	32,86%	37.667.444	43,03%	31,7%	31,5%	73,1%
Acréscimos e diferimentos	9.560.260	9,96%	9.256.917	10,62%	9.509.469	10,86%	-3,2%	2,7%	-0,5%
Subtotal	31.611.810	32,9%	37.907.267	43,5%	51.872.134	59,3%	19,9%	36,8%	64,1%
Total Fundos Próprios e Passivo	96.017.970	100,0%	87.199.284	100,0%	87.530.223	100,0%	-9,2%	0,4%	-8,8%

Fonte: Relatórios e Contas de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Da análise ao balanço são de destacar os resultados líquidos negativos obtidos nos últimos três anos que têm contribuído para a diminuição acentuada do valor dos Fundos Próprios (-23,5% de 2006 para 2007 e -27,7% de 2007 para 2008).

Estes ascenderam, em 2008, a € 35.658.090, o que representa cerca de 33% das rubricas de Património, Reservas e Doações.

Quadro V – Resultado Líquido

Resultados	Unid.: euros		
	2006	2007	2008
Resultados Operacionais	-15.873.323	-15.239.921	-15.005.509
Resultados Financeiros	345.402	383.802	378.251
Resultados Extraordinários	1.238.931	-325.695	783.098
Resultado Líquido do Exercício	-14.302.761	-15.195.920	-13.865.680

Fonte: Relatórios e Contas de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Para aquela diminuição foram determinantes os prejuízos gerados nos últimos três anos, num total de € 43.364.361, gerados na sua quase totalidade pela actividade produtiva.

12.1.1. Imobilizado Corpóreo

O imobilizado corpóreo bruto do CHMT foi, no triénio 2006-2008, composto maioritariamente pelos edifícios e pelo equipamento básico, como se pode observar no quadro seguinte.

Quadro VI – Imobilizado Corpóreo Bruto

Imobilizado Corpóreo Bruto	Unid.: euros					
	2006		2007		2008	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Terrenos recursos naturais	569.111	0,6%	569.111	0,6%	569.111	0,6%
Edifícios e outras construções	55.571.431	56,1%	55.617.869	55,5%	55.634.618	54,2%
Equipamento Básico	34.473.874	34,8%	34.876.727	34,8%	36.781.454	35,8%
Equipamento de Transporte	228.662	0,2%	237.795	0,2%	237.795	0,2%
Ferramentas e utensílios	395.640	0,4%	478.369	0,5%	315.582	0,3%
Equipamento Administrativo e Informático	7.071.209	7,1%	7.736.145	7,7%	8.257.904	8,0%
Taras e vasilhame	63	0,0%	63	0,0%	63	0,0%
Outras imobilizações corpóreas	760.785	0,8%	776.280	0,8%	832.135	0,8%
Total	99.070.774	100,0%	100.292.359	100,0%	102.628.661	100,0%

Fonte: Balancetes de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Verificou-se que os **edifícios e os terrenos** não estão registados matricialmente em nome do Estado ou do CHMT⁶⁸, apesar de terem **integrado o património contabilístico do Centro Hospitalar** ao longo dos diversos regimes jurídicos que este assumiu, quer enquanto integrado no Sector Público Administrativo, quer como sociedade anónima, quer ainda como entidade pública empresarial, com excepção do terreno no qual funciona a unidade hospitalar de Torres Novas. Este terreno, além de não estar registado matricialmente em nome do Estado ou do CHMT, não está valorizado no activo imobilizado, originando a subavaliação do activo líquido do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

No âmbito do contraditório, a Direcção-Geral do Tesouro e Finanças informa que “...foram efectuadas diversas reuniões de trabalho no sentido...” do “...*levantamento dos bens imóveis da propriedade dos hospitais ou que lhe estão afectos, sua valorização e proposta de regularização global...*” e que “...*a DGTF (...) já manifestou a sua disponibilidade para, em articulação com a ACSS, emitir instruções dirigidas individualmente não apenas ao CHMT mas a todos os Hospitais EPE, no sentido de concluírem a inventariação e/ou avaliação dos bens a contabilizar e procederem aos registos da titularidade dos mesmos e à respectiva relevação contabilística*”.

Constatou-se ainda que o valor dos edifícios e terrenos não foi actualizado, não cumprindo o disposto no n.º 3 do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 301/2002, de 11 de Dezembro, uma vez que a avaliação ali prevista não foi realizada⁶⁹.

Não obstante, existe uma orientação da ACSS, IP, já emitida para outros hospitais, na qual, visando a definição de uma solução global relativa às entidades públicas empresariais do sector da saúde, esta considera “prudente” que as entidades que ainda não tivessem procedido àquela regularização, não o fizessem até à conclusão de um trabalho de levantamento e de quantificação do impacto dessas situações, a desenvolver pela ACSS, IP, pela Inspecção-Geral de Finanças e pela Direcção-Geral do Tesouro e das Finanças, o que ainda não ocorreu.

Em termos de investimentos o CHMT direccionou-os, em 2008, essencialmente para o equipamento básico, registando um aumento de 5,5% face ao ano anterior, cerca de € 1,9 milhões.

⁶⁸ Segundo os actuais responsáveis do CHMT, os terrenos foram objecto de doação por parte de particulares às respectivas Câmaras Municipais, não tendo sido formalizada através de contratos de doação.

⁶⁹ Que transformou o CHMT em sociedade anónima. Nos termos do artigo 7º, n.º 3, do diploma citado “Até ao final de 2003 será realizada a avaliação dos bens, reportada à data da transformação, sendo o valor do capital social alterado de acordo com o necessário, em função do resultado da avaliação, sem qualquer outra formalidade para além do registo da alteração.”.



Verificou-se que os bens móveis se encontravam **inventariados e etiquetados**, não existindo, no entanto, procedimentos regulares de controlo físico da localização dos bens, nem identificação dos mesmos por sala.

Foram contabilizadas as **amortizações** que se indicam no quadro, tendo-se confirmado, por amostragem, que foram aplicadas as taxas estipuladas na Portaria n.º 671/2000, de 17 de Abril.

Quadro VII – Amortizações

	Unid.: euros		
	2006	2007	2008
Saldo Inicial	33.171.106	38.515.272	43.353.146
Amortizações	5.410.591	4.848.218	3.760.434
Alienações	66.425	10.344	188.138
Saldo Final	38.515.272	43.353.146	46.925.442

Fonte: Relatórios e Contas de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

As amortizações foram calculadas ao longo do ano e incluídas nos balancetes mensais, que reflectem portanto a real desvalorização do património do CHMT. Para o cálculo das amortizações foi utilizado o método das quotas constantes a partir do mês da entrada em funcionamento dos bens.

Em 2008, foram efectuadas **regularizações** ao imobilizado no montante de € 188.138, que resultaram de abates de bens devidamente autorizados pelo CA.

Não foi prática corrente a utilização da Análise Custo-Benefício (ACB), como suporte às decisões de investimento, o que condicionou a economia, eficiência e eficácia da afectação de recursos públicos. Com efeito, o ponto fraco deste Centro Hospitalar reside precisamente na qualidade da governação.

Salienta-se a criação de fichas de investimento, destinadas a descrever a necessidade das aquisições, e o respectivo plano de investimentos anual. Note-se, no entanto, que não é feito nenhum tipo de Análise Custo-Benefício.

Dos **testes substantivos realizados**, englobando todos os **processos de aquisição** cujo valor se aproximava dos limiares comunitários⁷⁰, com base na informação respeitante às notas de encomenda de 2008, concluiu-se que, quanto aos processos iniciados em 2008, e atendendo ao respectivo valor, a aquisição se inseriu no âmbito do poder discricionário do CA.

Ainda assim, não obstante estarem reunidas as condições do ponto de vista da legalidade formal, verificou-se que foram aqueles procedimentos estiveram de acordo com as boas práticas de gestão na realização da despesa. Exemplo do que foi dito é o que consta do processo de aquisição de camas articuladas⁷¹, o qual, apesar do valor da aquisição se situar muito abaixo do fixado para os limiares comunitários, foi desenvolvido através de um procedimento por Consulta Prévia, tendo sido ponderadas várias propostas de fornecedores concorrentes.

12.1.2. Existências

Na área de existências verificou-se que o CHMT registou as entradas de existências pelo custo de aquisição e as saídas e consumos pelo custo médio, tendo os saldos finais de Balanço sido ajustados na sequência das contagens físicas efectuadas com referência ao final do exercício⁷².

⁷⁰ Até 29 de Julho de 2008, o contravalor do limiar aplicável aos contratos públicos de aquisição de bens ou serviços era de € 211 129, nos termos dos artigos 190º e ss do DL 197/99, de 08.06, e do Despacho do Ministro das Finanças n.º 19545/2006, de 25 de Agosto de 2006 (DR 2ªS, n.º 185, de 25.09.2006). A partir dessa data, o o contravalor passou a ser de € 206 000, nos termos do Regulamento (CE) n.º 1422/2007, da Comissão, de 4 de Dezembro, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, série L, n.º 317, de 5 de Dezembro de 2007, que alterou a Directiva 2004/18 da Comissão Europeia.

⁷¹ Processo por Consulta Prévia n.º 30/2008.

⁷² Verificadas as contagens finais, constata-se que as mesmas foram devidamente contabilizadas, depois de aprovadas pelo CA.

Os saldos finais de existências não incluem os stocks existentes nos serviços, resultando numa subavaliação das existências finais. Os custos das matérias consumidas não se encontram sobrevalorizados, uma vez que as existências finais de 2007 também não incluíam os stocks dos serviços, pelo que os dois exercícios são comparáveis.

As regularizações às existências finais nos três anos em análise foram sempre de valores materialmente irrelevantes, conforme se pode observar no Quadro VIII. Em 2008, foram registadas sobras no montante de € 64.532,89 (conta 793- ganhos em existências) e quebras no montante de € 62.570,19 (conta 693 – perdas em existências) Fazem ainda parte das regularizações os produtos de fabricação interna na farmácia hospitalar, no valor de € 408,80.

Quadro VIII – Existências

No final de 2008 as existências atingiram desta forma o valor de € 1.162.599 (representando uma diminuição de 18% relativamente a 2007 e de 29% relativamente a 2006).

	2006	2007	2008
	Unid.: euros		
Existências Iniciais	1.690.018	1.648.000	1.425.011
Compras	16.945.734	17.460.789	18.461.263
Regularizações de Existências	3.334	-5.566	2.372
Existências Finais	1.648.000	1.425.011	1.162.599
Custo das matérias consumidas	16.991.085	17.678.212	18.726.047

Fonte: Balançetes de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Nota: Existências finais brutas (exclui provisões)

Os stocks de produtos farmacêuticos e de material de consumo clínico representam respectivamente cerca de 44% e 33% das existências finais, tendo o valor dos primeiros diminuído 38% relativamente a 2006, e o valor dos segundos diminuído 28%.

Quadro IX – Decomposição das Existências

Existências	2006			2007			2008			Δ%	Δ%	Δ%
	Valor	% Total	% Sub-total	Valor	% Total	% Sub-total	Valor	% Total	% Sub-total			
Produtos Farmacêuticos	820.205	49,8%		693.283	48,7%		507.297	43,6%		-15,5%	-26,8%	-38,1%
Medicamentos	813.149		99,1%	685.817		98,9%	503.754		99,3%	-15,7%	-26,5%	-38,0%
Reagentes produt.diagno.rapido	5.702		0,7%	6.451		0,9%	2.157		0,4%	13,1%	-66,6%	-62,2%
Outros produtos farmaceuticos	1.354		0,2%	1.014		0,1%	1.386		0,3%	-25,1%	36,6%	2,3%
Material de Consumo Clínico	526.977	32,0%		420.870	29,5%		380.328	32,7%		-20,1%	-9,6%	-27,8%
Produtos alimentares	1.644	0,1%		479	0,0%		141	0,0%		-70,8%	-70,5%	-91,4%
Material de consumo hoteleiro	92.576	5,6%		92.094	6,5%		82.237	7,1%		-0,5%	-10,7%	-11,2%
Material de consumo administrativo	85.197	5,2%		92.046	6,5%		78.909	6,8%		8,0%	-14,3%	-7,4%
Material de manutenção e conservação	121.402	7,4%		126.239	8,9%		113.687	9,8%		4,0%	-9,9%	-6,4%
Total	1.648.000	100,0%	100,0%	1.425.011	100,0%	100,0%	1.162.599	100,0%	100,0%	-13,5%	-18,4%	-29,5%

Fonte: Balançetes de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Considerando que, entre 2006 e 2008, tanto o custo dos produtos farmacêuticos como o custo do material de consumo clínico consumidos cresceu, (cf. Quadro XXI), a diminuição verificada nestas existências finais revela um maior cuidado em minimizar os recursos financeiros empregues em stocks.

Não existe no entanto evidência que garanta que esta política de gestão de stocks seja a ótima, não tendo sido realizado qualquer estudo que avalie, numa perspectiva de análise Custo-Benefício e de Quantidade Ótima de Encomenda, se os benefícios que lhe estão associados são efectivamente superiores aos custos.

Em resultado da análise efectuada aos processos⁷³ de aquisição de medicamentos e de material de consumo clínico foi confirmada a legalidade e a regularidade dos procedimentos e dos registos

⁷³ Foram analisados todos os processos de aquisição de valor acima dos limiares comunitários.



contabilísticos. As aquisições de medicamentos foram feitas por Ajustes Directos, desenvolvidos para cada unidade hospitalar. Alguns dos Ajuste Directos tiveram por base um contrato público de aprovisionamento celebrado pelo IGIF/ACSS, IP, outros encontram-se fundamentados com base na exclusividade do princípio activo, através de declaração do fornecedor.

As informações provenientes do serviço de aprovisionamento a dar conta da necessidade de se desencadear determinada contratação, ou mesmo renovar uma já existente, incluem, ainda que de forma pouco sustentada, aspectos relacionados com Análises Custo-Benefício (ACB).

Esta evolução está patente nos diversos documentos internos que veiculam as necessidades dos serviços e indiciam uma postura cada vez mais interventiva por parte do responsável pelos processos de aquisição. Exemplo disso, é o documento sobre a “Política de aquisições de material de consumo clínico para 2009”⁷⁴, no qual se salientam as considerações sobre os elevados custos com a aquisição de material de consumo clínico e sobre as práticas a adoptar para uma melhoria da gestão daqueles processos de aquisição.

Segundo o referido documento, o lema, sobre a gestão destes bens, passou a ser o da aquisição em maiores quantidades, para dar cobertura às três unidades hospitalares e por meio de negociação de propostas no âmbito de abertura de processos concursais, contrariamente ao que vinha acontecendo, “... Este procedimento representou uma ruptura com a prática de anos anteriores, em que as aquisições eram realizadas mediante solicitações sumárias de cotação e com base nos produtos consumidos em cada unidade”.

Outra medida adoptada foi a da participação dos utilizadores nos processos de aquisição, em sede de comissões de avaliação, de forma a se optar por artigos adequados à satisfação das necessidades de todo o CH, evitando-se desta forma a duplicação.

Decorre ainda do referido documento, uma maior preocupação com a obtenção de ganhos de escala e com a economia processual “... garantindo em simultâneo o cumprimento das normas públicas de aquisição e a transparência processual.”

12.1.3. Evolução da Dívida de Terceiros

No quadro seguinte apresentam-se as dívidas de Terceiros no final dos exercícios de 2006, 2007 e 2008.

⁷⁴Nota interna n.º 79/08, de 20.10.08 do responsável pelo Serviço de Aprovisionamento dirigida ao Vogal da Área.



Quadro X – Dívidas de Terceiros

	2006		2007		2008		Δ% 06/07	Δ% 07/08	Unid.: euros Δ% 06/08
	Valor	%	Valor	%	Valor	%			
SUBSISTEMAS									
A.D.S.E.	1.934.160	10,84%	2.613.676	20,16%	2.262.401	15,32%	35,13%	-13,44%	16,97%
Forças armadas	1.828.541	10,25%	1.300.122	10,03%	1.294.953	8,77%	-28,90%	-0,40%	-29,18%
Forças militarizadas	787.720	4,42%	859.918	6,63%	637.047	4,31%	9,17%	-25,92%	-19,13%
S.A.M.S.	486.736	2,73%	650.343	5,02%	721.159	4,88%	33,61%	10,89%	48,16%
I.O.S. CTT - A.C.S. Portugal Telecom	61.423	0,34%	47.717	0,37%	12.542	0,08%	-22,31%	-73,72%	-79,58%
Serviços Sociais	205.475	1,15%	43.602	0,34%	27.763	0,19%	-78,78%	-36,33%	-86,49%
Outros subsistemas	11.109	0,06%	0	0,00%	0	0,00%	-100,00%	-	-100,00%
Subtotal	5.315.164	29,79%	5.515.378	42,55%	4.955.865	33,55%	4%	-10%	-7%
OUTROS DEVEDORES									
Companhias de seguros	261.852	1,47%	319.682	2,47%	246.067	1,67%	22,09%	-23,03%	-6,03%
Outros clientes	359.719	2,02%	60.643	0,47%	96.446	0,65%	-83,14%	59,04%	-73,19%
Utentes c/c	10.538	0,06%	11.413	0,09%	8.812	0,06%	-	-22,79%	-
INSTITUIÇÕES DO ESTADO	11.226.680	62,93%	6.248.241	48,20%	8.621.302	58,37%	-44,34%	37,98%	-23,21%
CLIENTES E UTENTES COBRANÇ DUVIDOSA	427.483	2,40%	381.259	2,94%	360.942	2,44%	-10,81%	-5,33%	-15,57%
OUTROS DEVEDORES DIVERSOS, C/C	18.772	0,11%	24.721	0,19%	34.027	0,23%	31,69%	37,65%	81,27%
Adiantamentos a fornecedores	0	0,00%	74.548	0,58%	80.548	0,55%	-	8,05%	-
Estado e Outros Entes Públicos	219.368	1,23%	326.700	2,52%	366.901	2,48%	48,93%	12,31%	67,25%
Subtotal	12.524.411	68,98%	7.447.206	54,36%	9.815.044	63,42%	-41%	32%	-22%
Total Geral	17.839.576	98,8%	12.962.584	96,9%	14.770.909	97,0%	-27%	14%	-17%

Fonte: Balançetes de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Nota: Valores Brutos (não incluem provisões para cobrança duvidosa).

Verifica-se que o total de créditos por cobrar diminuiu 27% de 2006 para 2007 e aumentou 14% entre 2007 e 2008. Os subsistemas de saúde públicos e privados representam cerca de 34% do total das dívidas de terceiros em 2008, o que contrasta com a preponderância das dívidas de Instituições do Estado⁷⁵ (59%), que aumentaram cerca de 38% entre 2007 e 2008. No triénio, verifica-se um decréscimo de 23%. De entre estas, destacam-se as dívidas das ARS, IP, e da ACSS, IP, que representam respectivamente 69% (€ 5.952.298) e 22% (€ 1.922.104) do total das dívidas de Instituições do Estado, em 31 de Dezembro de 2008.

O total em dívida referente às ARS, IP, em 31 de Dezembro de 2008, distribuía-se da seguinte forma por antiguidade.

Quadro XI – Antiguidade da Dívida das ARS, IP

	Unid.: euros	
	Valor	%
2008	1.559.942	26%
2007	807.596	14%
2006	972.632	16%
2005	759.210	13%
<=2004	1.852.918	31%
Total	5.952.298	100%

Fonte: Mapa de Facturas por pagar

Verifica-se que a antiguidade das dívidas das ARS atinge os 10 anos.

Dentro das dívidas das ARS, I.P., destaca-se naturalmente o montante da dívida da ARSLVT, I.P., para com o Centro Hospitalar, que em 31 de Dezembro de 2008 totalizava € 5.868.560,89, respeitante, entre outros, a actos prestados a utentes dos centros de saúde e a estrangeiros, e à facturação de medicamentos cedidos aos utentes nas farmácias hospitalares.

Salienta-se, no entanto, que o CHMT apresenta também dívidas por pagar às ARS, IP, no valor de € 4.218.218,23 (cf. ponto 12.1.5) e que os débitos e créditos entre instituições do SNS são frequentemente alvo de procedimentos de encontro de contas.

⁷⁵ Inclui as dívidas que são regularmente objecto de encontro de contas entre instituições do SNS.



A manutenção de dívidas entre instituições do Serviço Nacional de Saúde, com antiguidades elevadas, distorce as demonstrações financeiras, originando valores elevados de responsabilidades e de direitos entre elas, em montantes que, na sua maioria, não oferecem risco de cobrança e poderão ser objecto de simples encontro de contas.

Em 2008, o total das dívidas de terceiros ao CHMT encontrava-se subavaliado uma vez que não contabilizava a dívida dos utentes resultante do não pagamento das taxas moderadoras. Quando a taxa moderadora não é paga pelo utente é emitida uma nota de débito que fica registada no Sistema de Informação de Gestão de Doentes não sendo integrada de forma automática ou manual no sistema informático da contabilidade. A contabilização da dívida dos utentes resultante do não pagamento das taxas moderadoras é o procedimento adequado do ponto de vista contabilístico, e contribui para que as demonstrações financeiras reflectam todos os elementos relevantes para as avaliações ou decisões dos gestores do Centro Hospitalar e do SNS.

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar não efectuou quaisquer diligências junto da ACSS, IP para corrigir a situação, o que configura eventual infracção financeira susceptível de gerar responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do artigo 65º, n.º1, alínea d), e n.ºs 2 a 5, da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto com as alterações introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de Agosto, por incumprimento do estabelecido na alínea g) do Ponto 3.2 do POCMS - princípio contabilístico da materialidade - e no n.º 2 do artigo 26º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

Quadro XII – Taxas moderadoras por cobrar⁷⁶

O montante em dívida de taxas moderadoras atingiu, no final de 2008, o valor de € 601.864 (cf. quadro seguinte).

Da análise do quadro verifica-se que a antiguidade da dívida relativa a taxas moderadoras por cobrar remonta a 2003.

Unid.:Euros	
Ano	Valor em dívida
2003	40.306,23
2004	83.030,80
2005	76.555,80
2006	90.303,80
2007	110.409,75
2008	201.257,24
Total	601.863,62

Fonte: Informação fornecida pelo CHMT

No âmbito do exercício do contraditório, o Conselho de Administração afirma entender que *“...não se verifica qualquer violação do disposto no art.º 26º, n.º 2 do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, pois o texto do citado artigo refere-se expressa e explicitamente apenas às taxas moderadoras cobradas.*

Afirma ainda que *“...a (...) aplicação informática SONHO não permite a integração automática na contabilidade das notas de débito emitidas, obrigando a procedimentos adicionais extra-contabilísticos para assegurar o procedimento desejado pelo Tribunal de Contas”.*

Quanto ao incumprimento do princípio da materialidade estabelecido no POCMS, refere que *“...o procedimento acima descrito (...) foi adoptado por razões de prudência e simplificação administrativa...”* tendo procurado *“...não contabilizar proveitos que se mostram anuláveis em mais de 85% e de não criar activos que, na realidade, teriam de ser considerados como não realizáveis (isto é, ajustados para menos) em cerca de, pelo menos, 85%...”.*

⁷⁶ Os dados aqui apresentados foram apurados pelos Serviços Financeiros do CHMT, em 26 de Janeiro de 2009, reflectindo a situação àquela data. Estes dados diferem dos valores de taxas moderadoras por cobrar constantes do Quadro II, uma vez que os mesmos foram retirados do sistema de informação em datas diferentes.



Não obstante, refere que “...a adopção deste critério em nada afecta os procedimentos adoptados por este Centro Hospitalar visando a cobrança dos valores devidos a este título...” e que “...o CHMT está a procurar activamente uma solução para a deficiência informática supra assinalada, tendo para o efeito já contactado a ACSS no sentido de solucionar o problema (...) ponderando mesmo o CHMT recorrer a outras entidades com competências informáticas necessárias à superação desta deficiência caso não seja possível obter tal desiderato através da ACSS”.

No que respeita à primeira alegação apresentada, considera-se que a noção de cobrança, prevista no art.º 26.º dos Estatutos do SNS, pressupõe a existência de uma dívida a ser cobrada, pelo que a obrigatoriedade da inscrição das cobranças “...nos orçamentos ou balancetes respectivos”, prevista no n.º 2 do referido artigo, não deve ser lida, de forma restritiva, como aplicável apenas à fase da cobrança.

Relativamente à segunda alegação apresentada, não é admissível que o CA argumente com insuficiências das aplicações informáticas, quando a escolha dos sistemas de informação a utilizar é da sua inteira e exclusiva responsabilidade.

Face às restantes alegações, entende-se que a contabilização da dívida dos utentes resultante do não pagamento das taxas moderadoras, ainda que a mesma implique a anulação de uma parte das dívidas contabilizadas e obrigue à constituição de provisões, é o procedimento adequado do ponto de vista contabilístico, contribuindo para que as demonstrações financeiras reflectam todos os elementos relevantes para as avaliações ou decisões dos gestores do Centro Hospitalar e do SNS.

O facto de a taxa de cobrança destas taxas moderadoras ser de apenas 15%, como refere o CA do CHMT, não é justificação aceitável, exigindo, pelo contrário, medidas activas para a sua cobrança, nomeadamente a eliminação dos obstáculos ao pagamento das taxas moderadoras à distância, através de meios de utilização generalizada no mercado, como é o caso dos pagamentos em caixas automáticas Multibanco. Caso contrário, as perdas para a sociedade (de que são exemplo as horas de trabalho perdidas) resultantes da necessidade de deslocação a uma instituição de saúde, para o pagamento de uma taxa moderadora em dívida, poderão largamente exceder o benefício obtido pelo erário público com a cobrança da referida taxa.

12.1.4. Disponibilidades

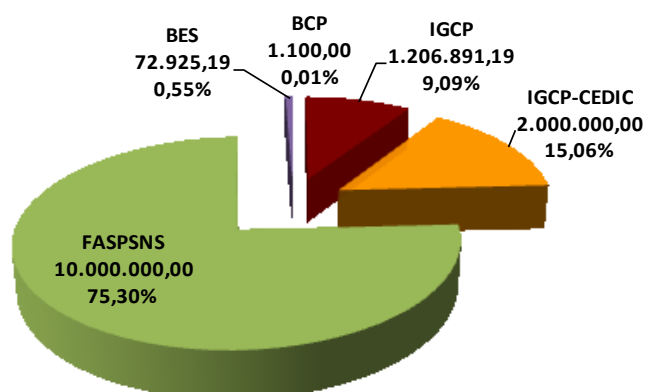
Durante o exercício de 2008, o Centro Hospitalar manteve, para além das contas no Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP (IGCP), duas contas na banca comercial, uma no Banco Espírito Santo (BES) e outra no Banco Comercial Português (BCP).

No entanto, os saldos médios destas contas, ao longo do exercício em apreço, foram de apenas € 59.511,12 (BES) e € 91,67 (BCP) e estas representavam, em 31 de Dezembro de 2008, cerca de 0,51% do total das disponibilidades e aplicações financeiras do CHMT⁷⁷.

⁷⁷ Em 30 de Setembro de 2009, as disponibilidades mantidas na banca comercial ascendiam a € 77.237,94, cerca de 0,60% do total das disponibilidades e aplicações financeiras do CHMT naquela data.



Gráfico VIII – Saldo final em bancos - 2008



Fonte: Balancete de 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

O CHMT EPE, justificou a manutenção de algumas contas na banca comercial pela necessidade de realizar os depósitos diários e operações bancárias que não eram asseguradas, à data, pelo IGCP, designadamente cobranças e pagamentos em terminais de pagamento automático, débitos directos, pagamentos relativos aos contratos de leasing e pagamentos relativos aos identificadores da Via Verde. Tem, no entanto, mantido contactos com os responsáveis dos serviços bancários prestados pelo IGCP no sentido de averiguar da possibilidade de este assegurar as operações atrás referidas⁷⁸.

Sobre a situação supra identificada, os responsáveis do CHMT, em sede de contraditório, justificaram a manutenção das contas com a “...necessidade de garantir alguns serviços bancários que não eram assegurados, à data, pelo IGCP...”, reafirmando que “...os saldos médios (...) são diminutos e os saldos da conta existente no BES são objecto de transferência periódica (sensivelmente duas vezes por mês) dessa conta para a conta detida no IGCP...”, e que “...o CHMT tem mantido contactos com os responsáveis dos serviços bancários prestados pelo IGCP no sentido de averiguar da possibilidade de este Instituto assegurar as operações atrás referidas ...” afirmando que “...irá de imediato implementar as necessárias alterações ...”.

Dos testes efectuados na área de disponibilidades verificou-se que o CHMT procede ao controlo dos saldos das contas bancárias, elaborando reconciliações bancárias mensais. Analisadas as reconciliações bancárias de 31 de Dezembro de 2008, confirmou-se que as divergências entre os saldos das contas bancárias e os da contabilidade diziam respeito aos movimentos em trânsito, os quais se encontravam devidamente justificados.

Para fazer face a despesas de pequeno montante de carácter urgente e imprevisível, foram constituídos fundos de maneiço para os Serviços de Aprovisionamento de cada uma das unidades hospitalares (€ 500 cada). Foram ainda constituídos fundos de maneiço de pequeno montante para facilitar os recebimentos nos serviços de atendimento ao público.

A constituição e reposição dos fundos de maneiço são efectuadas pela Tesouraria e os montantes utilizados repostos diariamente mediante a entrega do documento de despesa devidamente autorizado.

⁷⁸ Tendo, em 30 de Setembro, enviado proposta de adesão ao serviço Multibanco, e, em 23 de Outubro, questionado o IGCP no sentido de saber da possibilidade de inclusão dos débitos directos da Via Verde no sistema de Débitos Directos do IGCP, cuja disponibilização havia sido divulgada pelo IGCP através de ofício datado de 29 de Setembro de 2009.

O rácio *Days Cash on Hand*, é um indicador de sustentabilidade financeira e de eficiência na gestão das disponibilidades. O seguinte quadro apresenta o seu cálculo.

Quadro XIII – Days Cash on Hand

	Rubrica	Unid.: euros					
		2006		2007		2008	
		Total Disp.	Caixa + Dep Ord	Total Disp.	Caixa + Dep Ord	Total Disp.	Caixa + Dep Ord
(1)	Disponibilidades	9.235.966	735.966	11.131.153	1.131.153	13.283.337	1.283.337
(2)	Total de Custos	95.654.581		98.587.204		98.674.418	
(3)	- Amortizações e Provisões	5.945.091		4.983.004		4.187.033	
	- Dividas incobráveis	0		0		40.398	
	- Perdas em existências	36.083		69.967		62.570	
	- Perdas em imobilizado	18.159		4.468		0	
	- Custo das Matérias Consumidas	16.991.085		17.678.212		18.726.047	
Ajustamento de Custos não cash	+ Compras	16.945.734		17.460.789		18.461.263	
(4)=(2)+(3)	= Despesa Total	89.609.897		93.312.342		94.119.632	
(8)	Despesa Total / 365	245.507		255.650		257.862	
(9)=(1)/(8)	Days Cash on Hand	38	3	44	4	52	5

Fonte: Balancetes de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Verifica-se que este rácio aumentou ligeiramente ao longo do triénio, tendo atingido os 52 dias em 2008. Este prazo resulta das disponibilidades financeiras ainda detidas pelo Centro Hospitalar relativas ao capital social subscrito e realizado pelo Estado à data da transformação do Centro Hospitalar do Médio Tejo em sociedade anónima. Excluindo as disponibilidades aplicadas em depósitos a prazo, aplicações financeiras e títulos negociáveis, o rácio atingiu, em 2008, cerca de 5 dias, superior ao verificado no início do triénio, mas razoável quando comparado com outros hospitais.

12.1.5. Evolução da Dívida a Terceiros

Na área de dívidas a terceiros observou-se um agravamento substancial dos valores em dívida ao longo do triénio. No entanto, verifica-se a diminuição das dívidas a fornecedores, em resultado do recebimento de € 27.414.357 para pagamento das mesmas, no âmbito da participação do CHMT no Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde (FASPSNS).

Quadro XIV – Dívida a Terceiros

	Unid.: euros								
	2006		2007		2008		Δ%	Δ%	Δ%
	Valor	%	Valor	%	Valor	%			
Médio e Longo Prazo									
Fornecedores imobilizado	0	0,00%	0	0,00%	34.086	0,08%	-	-	-
Outros Credores	0	0,00%	0	0,00%	4.375.629	10,40%	-	-	-
Subtotal	0	0,00%	0	0,00%	4.409.715	10,48%	-	-	-
Curto Prazo									
Adiantamentos de Clientes	9.685	0,04%	10.488	0,04%	26.731	0,06%	8,29%	154,88%	176,01%
Fornecedores c/c	13.335.407	61,29%	20.462.248	71,42%	6.958.286	16,54%	53,44%	-65,99%	-47,82%
Empréstimos Obtidos	0	0,00%	0	0,00%	27.414.357	65,15%	-	-	-
Estado e Outros Entes Públicos	1.356.537	6,24%	1.509.417	5,27%	1.516.426	3,60%	-	0,46%	-
Fornecedores imobilizado c/c	867.798	3,99%	436.241	1,52%	848.471	2,02%			
Outros Credores	6.186.962	28,44%	6.231.957	21,75%	903.173	2,15%	0,73%	-85,51%	-85,40%
Subtotal	21.756.390	100,00%	28.650.350	100,00%	37.667.444	89,52%	32%	31%	73%
Total	21.756.390	100,0%	28.650.350	100,0%	42.077.159	100,0%	32%	47%	93%

Fonte: Balancetes de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE



No final do exercício de 2008 as dívidas a fornecedores c/c e de Imobilizado ascenderam a € 7.840.842, representando cerca de 18% do total das dívidas a terceiros.

Em outros credores destacam-se as dívidas a Instituições do Ministério da Saúde, com € 5.173.477,58 e, dentro destas, as dívidas às ARS, IP, no valor de €4.218.218,43. Conforme anteriormente referido, os débitos e créditos entre instituições do SNS são frequentemente alvo de procedimentos de encontro de contas.

Durante os anos de 2006, 2007 e 2008 os prazos médios de pagamento⁷⁹ do CHMT aos fornecedores foram de 203, 207 e 71 dias, respectivamente, verificando-se que o CHMT apresentou dificuldades em satisfazer os seus compromissos em todos os exercícios, apesar da redução dos prazos, extraordinária, conseguida em 2008.

Quadro XV – Prazos Médio de Pagamento a Fornecedores

	Unid: dias		
Tipo fornecedor	2006	2007	2008
Fornecedores c/c	205	210	67
Fornecedores imobilizado	167	129	128
Total	203	207	71

Fonte: Balancetes finais de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Esta redução resulta do pagamento de dívidas ocorrido em Dezembro, decorrente do recurso ao referido FASPSNS e não é sustentável, por não resultar de uma reestruturação da economia interna nem de qualquer mudança profunda na gestão do CHMT; se este não alterar substancialmente a governação, e consequentemente a sua própria economia interna, não assegurará a sua sustentabilidade, continuando, eventualmente, a ser um consumidor *ad eternum*, ineficaz, de recursos públicos.

Em consequência do não cumprimento dos prazos de pagamento acordados, alguns fornecedores do CHMT têm procedido à cobrança de juros de mora⁸⁰, embora os valores registados em juros suportados tenham sido relativamente baixos.

Apesar do valor pouco significativo dos juros suportados, este tem vindo a aumentar no triénio, particularmente em 2008. Além disso, o atraso nos pagamentos coloca o CHMT numa posição de desvantagem na negociação com os seus fornecedores, nomeadamente quanto às condições comerciais contratadas, pelo que o Centro Hospitalar não deixará de suportar elevados juros implícitos (orçados em determinadas áreas em 28%), incorporados pelos fornecedores no preço dos bens e serviços para compensar os prazos dilatados de pagamento⁸¹.

O resultado da análise da antiguidade das dívidas reportadas ao TC, referentes a fornecedores de bens e serviços⁸², consta do quadro seguinte.

⁷⁹ Calculados de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008, de 22 de Fevereiro, no âmbito do Programa Pagar a Tempo e Horas.

⁸⁰ Cf. Ponto 12.2.1.6.

⁸¹ Veja-se, a este propósito, o cálculo efectuado pela Comissão para a Avaliação dos Hospitais S.A. nomeada pelo Governo (cf. Pareceres do Tribunal de Contas sobre a Conta Geral do Estado de 2005 – Volume I, Pág.196 – e de 2006 – Volume I, Pág. 170).

⁸² Os valores considerados são os reportados ao TC, excluem algumas das entidades registadas em Fornecedores – c/c (e.g. Instituto Nacional de Emergência Médica, Direcção-Geral dos Impostos, etc. – entidades públicas) e inclui € 16.293 registados em Outros Credores.

Quadro XVI – Antiguidade da dívida a fornecedores

Ano	Fornecedores c/c	Fornecedores Imobilizado	Outros	Unid.: euros	
				Total	% Total
ate 30 dias	1.895.617	723.420	16.293	2.635.331	33,9%
31 a 60 dias	2.228.662	80.474	0	2.309.136	29,7%
61 a 90 dias	2.370.321	16.220	0	2.386.541	30,7%
91 a 120 dias	281.706	24.746	0	306.452	3,9%
121 a 180 dias	12.784	0	0	12.784	0,2%
181 a 360 dias	118.468	3.611	0	122.080	1,6%
entre 1 e 2 anos	1.024	0	0	1.024	0,0%
Total	6.908.582	848.471	16.293	7.773.346	100,0%

Fonte: Elaboração própria com base na informação financeira do CHMT, de 31 de Dezembro de 2008

Em resultado dos pagamentos a fornecedores efectuados em Dezembro, anteriormente referidos, verifica-se que, no final do exercício de 2008, cerca de 94,3% das dívidas do CHMT a fornecedores apresentavam antiguidades inferiores a 90 dias.

No decurso da presente auditoria, verificou-se, ainda, que o CHMT instituiu o procedimento contabilístico de utilização da “*conta 228 – Fornecedores – facturas em recepção e conferência*”, para todas as facturas entradas. A conta não apresenta saldo no final do ano, uma vez que todas as facturas são conferidas antes do encerramento do exercício.

12.1.5.1. Validação dos dados reportados ao TC – Principais Credores do Estado

Dívidas reportadas no formulário remetido ao TC

No quadro seguinte evidenciam-se as dívidas do CHMT⁸³, à data de 31 de Dezembro de 2008.

Quadro XVII – Dívida Vencida e Vincenda em 31 de Dezembro de 2008

Dívida igual ou superior a € 5.000 por credor			Dívida inferior a € 5.000 por credor	TOTAL
Vencida	Vincenda	Total		
163.187	7.258.333	7.421.520	351.826	7.773.346

Fonte: Formulário remetido pelo Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, ao TC

A dívida total do CHMT, a 31 de Dezembro de 2008, atingiu o montante de € 7.773.346, do qual € 7.421.520 (95%) respeita a dívidas superiores a € 5.000 por credor – 2% dívida vencida e 98% dívida vincenda – e € 351.826 (5%) a dívidas inferiores a € 5.000 por credor.

A 31 de Março de 2009 não tinham sido pagas cerca de 75% (€5.599.726,51) do total das dívidas iguais ou superiores a € 5.000 por credor, valor que em 30 de Junho ascendia a € 5.477.359,01. Verifica-se portanto que no primeiro semestre de 2009 apenas foram pagos cerca de 26% do total das dívidas superiores a € 5.000 por credor, em 31 de Dezembro de 2008.

Quanto à fiabilidade da informação prestada pelo CHMT, não foram identificadas divergências entre o total da dívida reportada ao TC, em 2008, e a dívida validada pela equipa de auditoria.

⁸³ Com base nos formulários remetidos ao TC pelo CHMT, no âmbito da acção de identificação dos principais credores do Estado e caracterização das respectivas dívidas a 31 de Dezembro de 2008; no quadro I do anexo VII consta a referência às dívidas dos credores oficiais.



Cruzamento com as demonstrações Financeiras

Efectuando a análise das diferenças entre os montantes em dívida, por fornecedor, reportados ao TC, e os registados contabilisticamente nas demonstrações financeiras do CHMT, identificaram-se divergências no total de € 2.257.316, apresentadas no quadro II do anexo VII.

Da sua análise verifica-se que estas respeitam às dívidas a empresas de *factoring* que, por não prestarem qualquer serviço ou venda de produto directamente ao Centro Hospitalar, não têm evidência própria nas suas demonstrações financeiras. Os créditos de que as mesmas são titulares constam, portanto, da conta corrente do fornecedor aderente ao contrato de *factoring*.

Cruzamento com valores em dívida reclamados pelos credores

O quadro III do anexo VII evidencia as diferenças entre os montantes em dívida reportados pelo CHMT ao TC, e os valores reclamados e reportados ao TC pelos seus credores, verificando-se que o Centro Hospitalar reportou menos € 3.664.305 do que estes.

Do total das dívidas reportadas e validadas com as demonstrações financeiras, referentes aos credores circularizados (€ 5.415.511), foram confrontados 53,8% (€ 2.911.954), tendo sido apuradas divergências que totalizaram € - 616.730, referentes a 16 entidades, que se explicam no quadro seguinte.

Quadro XVIII – Diferenças encontradas entre o reporte do CHMT e o dos respectivos credores

	Diferença identificada	Motivo	Valor (€)
(1)	Facturas / Notas de Crédito (NC) não reportadas pelo CHMT e erradamente reportadas pelo credor	Factura substituída por outra, paga em 2008	+ 363
		Facturas emitidas em 2009	+ 67.442
		NC anula a factura, mas foi emitida apenas em 2009	+ 3.377
		Facturas assumidas pelo credor como pagas em 2008	+ 156.838
(2)	Facturas / NC não reportadas pelo CHMT, em erro, e reclamadas pelo credor	Facturas relativas a Juros de Mora – devolução ao fornecedor e solicitação de anulação	+ 22.113
(3)	Facturas / NC reportadas pelo CHMT e erradamente não reportadas pelo credor	Erros na recolha dos dados para reporte, por parte do credor	- 78.364
		Cópia da factura / NC entregue pelo CHMT à equipa de auditoria	- 110
(4)	Pagamentos efectuados no final de Dezembro	O fornecedor apenas reconheceu os pagamentos em Janeiro	+ 206.403
(5)	Facturas / NC não reportadas pelo CHMT e reclamadas pelo credor	Foi feito pedido de esclarecimento ao fornecedor por parte do CHMT, solicitando o envio de cópias dos documentos em causa	- 777
(6)	Dívidas de empresas de factoring	O credor respondeu ao TC, apesar de ter cedido os seus créditos a uma empresa de factoring	+ 233.780
(7)	Dívidas inferiores a €5.000 por credor	Não reportadas pelo CHMT, de acordo com os pressupostos definidos pelo Grupo de Trabalho	+ 5.663
	TOTAL		+ 616.730

Confirmou-se portanto a fidedignidade dos valores reportados pelo CHMT, uma vez que a maioria das divergências decorrem de lapsos do credor no reporte ou de diferentes datas de reconhecimento do pagamento/recebimento, tendo o Centro Hospitalar apenas não reportado ao Tribunal de Contas € 22.113, referentes a facturas de juros de mora, devolvidas ao fornecedor solicitando a sua anulação, apresentados em (2) no quadro supra.

12.1.6. Provisões

No exercício de 2008, foi cumprido o princípio da prudência, tendo sido constituídas provisões para riscos e encargos e para dívidas a receber, num total que ascendeu a € 426 599.



Das provisões constituídas em 2008, € 285 505 destinaram-se a cobrir riscos e encargos com processos judiciais em curso, e € 141 093 as dívidas de clientes de cobrança duvidosa.

Os critérios utilizados⁸⁴ para a constituição de provisões para dívidas a receber foram além do disposto no POCMS⁸⁵, uma vez que foram constituídas provisões em excesso relativamente às dívidas com antiguidade de 6 a 24 meses. Além disso, estão provisionadas dívidas da ARSLVT, IP, no valor de € 632.056,77, apesar de o POCMS excluir as provisões sobre dívidas de entidades públicas.

Embora, dada a especificidade da dívida em questão⁸⁶, se pudesse aceitar a provisão constituída, numa perspectiva de cumprimento do princípio da prudência, considera-se que, nos termos do artigo 2º, n.º 1, da Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro, que aprovou o POCMS, este Plano “é obrigatoriamente aplicável a todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde” e que nos termos do artigo 24º do Estatuto dos Hospitais, EPE, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, o “hospital, EPE, segue o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, com as adaptações necessárias” estabelecidas no Despacho n.º 17 164/2006, de 7 de Junho⁸⁷, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, o qual, por sua vez, não estabelece nenhuma derrogação ao POCMS em matéria de constituição de provisões⁸⁸. Acresce que, as taxas definidas no POCMS já reflectem as necessidades dos hospitais do Sector Público em ajustar as dívidas de clientes em função do risco de cobrança.

O POCMS tem um carácter imperativo para os serviços e organismos do Ministério da Saúde, incluindo os hospitais, EPE, sem prejuízo das adaptações estabelecidas no Despacho n.º 17 164/2006.

Esta situação origina uma subvalorização do Activo Líquido do Centro Hospitalar do Médio Tejo e uma sobrevalorização dos custos com provisões.

O CHMT diligenciou no sentido da elaboração de um estudo actuarial que quantificasse os encargos futuros com complementos de pensões de reforma e sobrevivência⁸⁹, que foram avaliados, em Dezembro de 2006, em cerca de € 10,8 milhões⁹⁰. No entanto, de acordo com instruções da ACSS, IP⁹¹, não foi constituída qualquer provisão relativa a estes encargos.

No âmbito do contraditório, a Direcção-Geral do Tesouro e Finanças informa que “...foram efectuadas diversas reuniões de trabalho no sentido...” da “...identificação dos hospitais que têm responsabilidades com pensões e sua quantificação...” e que “...dado que se trata de um tema

⁸⁴ Foram provisionados integralmente todos os saldos em contencioso e todas as dívidas de cobrança duvidosa, constituídas por dívidas de com uma antiguidade superior a 6 meses.

⁸⁵ Nos termos do ponto 2.7 do POCMS, devem ser constituídas provisões para 50% dos créditos em mora há mais de 12 meses e até 24 meses e 100% dos créditos em dívida há mais de 24 meses, excepto as dívidas sobre as Entidades Públicas.

⁸⁶ Relativa a actos prestados pelo CHMT a utentes dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Santarém, previstos em protocolo próprio. Este protocolo sofreu revisões que resultaram no alargamento dos cuidados de saúde inicialmente previstos. No entanto, a conferência de facturas da SRS não tem aceite o protocolo na sua totalidade, pelo que tem recusado o pagamento de algumas das prestações de saúde, quer devolvendo as facturas do CHMT ou não as reflectindo na respectiva conta-corrente. Decorrem negociações para a resolução do diferendo, através da elaboração de uma adenda ao protocolo inicial.

⁸⁷ Publicado no DR 2ªS, n.º 164, de 25 de Agosto de 2006.

⁸⁸ E ainda por força da alínea f) do art.º 5º, em articulação com o n.º 1 do art.º 18, ambos do Anexo à Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprova o novo regime jurídico da Gestão Hospitalar.

⁸⁹ Em conformidade com o disposto no DL n.º 498/72, de 9 de Dezembro e 141/79, de 22 de Maio.

⁹⁰ Estudo elaborado, em 31 de Dezembro de 2006, pela Espírito Santo Fundos de Pensões, SA.

⁹¹ De acordo com orientações da tutela, as responsabilidades daquela natureza não deveriam ser reconhecidas contabilisticamente enquanto não fosse concluído o estudo sobre as respectivas consequências para o conjunto dos Hospitais, EPE.



transversal a todo o SEE, optou-se por encomendar a uma entidade externa um relatório que permita ao Governo proceder à definição de orientações genéricas sobre o tema”.

12.1.7. Acréscimos e Diferimentos

Foi cumprido o princípio da especialização do exercício, estabelecido no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde.

Quadro XIX – Acréscimos e Diferimentos

	2006	2007	Unid.: euros 2008
Activo			
Acréscimos de Proveitos	7.869.533	5.823.691	3.649.658
Custos Diferidos	0	0	10.909
Total	7.869.533	5.823.691	3.660.567
Passivo			
Acréscimo de Custos	8.371.022	8.008.715	8.526.973
Proveitos Diferidos	1.189.238	1.248.202	982.496
Total	9.560.260	9.256.917	9.509.469

Fonte: Balancetes de 2006, 2007 e 2008 do CHMT.

Em 2008, em **acréscimos de proveitos** encontram-se registados os proveitos de serviços prestados aos utentes do CHMT e ainda não facturados às respectivas entidades financeiramente responsáveis pelo seu pagamento, até ao final do exercício de 2008, bem como o montante de € 99.635,84 relativo a descontos comerciais na compra de medicamentos.

Em **custos diferidos** foram registados custos com seguros de acidentes de trabalho e com o aluguer de equipamentos, relativos ao mês de Janeiro de 2009, já pagos em 2008.

Na conta de **acréscimos de custos** encontram-se registados custos do exercício cuja despesa ocorreu apenas em 2009 sendo que o valor mais significativo respeita aos encargos com remunerações a liquidar, € 7.134.615,73.

Na conta de **proveitos diferidos** estão contabilizados diversos subsídios à aquisição de imobilizado, provenientes do PIDDAC e de Fundos Comunitários, reconhecidos em resultados na proporção das respectivas amortizações.⁹²

12.2. Demonstração de Resultados

A análise seguinte evidencia a situação económica nos anos de 2006 a 2008, do CHMT.

⁹² Segundo o POCMS incluem-se na conta 2745- Subsídio para investimento os subsídios/transferências que devam ser movimentados numa base sistemática para a conta 7983-Proveitos e Ganhos Extraordinários à medida que forem contabilizadas as amortizações do imobilizado a que respeitam.

12.2.1. Custos e Perdas

Quadro XX – Custos e Perdas

Custos e Perdas	2006		2007		2008		Unid.: euros		
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Δ%	Δ%	Δ%
							06/07	07/08	06/08
Custo das matérias de consumo	16.991.085	17,8%	17.678.212	17,9%	18.726.047	19,0%	4,0%	5,9%	10,2%
Fornec. Serviços Externos	19.857.041	20,8%	19.198.358	19,5%	20.212.400	20,5%	-3,3%	5,3%	1,8%
Custos c/ Pessoal	51.014.545	53,3%	53.110.182	53,9%	54.725.249	55,5%	4,1%	3,0%	7,3%
Amortizações/Provisões	5.945.091	6,2%	4.983.004	5,1%	4.187.033	4,2%	-16,2%	-16,0%	-29,6%
Impostos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-	-	-
Outros Custos Operacionais	65.552	0,1%	149.359	0,2%	159.112	0,2%	127,8%	6,5%	142,7%
Total de Custos Operacionais	93.873.313	98,1%	95.119.114	96,5%	98.009.841	99,3%	1,3%	3,0%	4,4%
Custos e Perdas Financeiras	4.232	0,0%	6.096	0,0%	38.285	0,0%	44,1%	528,0%	804,7%
Custos e Perdas Extraordinárias	1.763.264	1,8%	3.447.887	3,5%	604.771	0,6%	95,5%	-82,5%	-65,7%
Imposto sobre o rendimento do exercício	13.772	0,0%	14.107	0,0%	21.521	0,0%	2,4%	52,6%	56,3%
Total de Custos e Perdas	95.654.581	100,0%	98.587.204	100,0%	98.674.418	100,0%	3%	0%	3%

Fonte: Relatórios e Contas de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Em termos globais, os custos e perdas sofreram um aumento de 3% entre 2006 e 2008, resultante da variação ocorrida no exercício de 2007. De 2007 para 2008, os custos subiram muito ligeiramente. No entanto, os custos operacionais aumentaram 4,4% no triénio e 3% entre 2007 e 2008; excluindo os custos com amortizações e provisões, este crescimento foi de 6,7%, no triénio, e de 4,1%, entre 2007 e 2008

Em qualquer dos três anos em análise são os custos com o pessoal, com fornecimentos e serviços externos e com matérias de consumo que maior peso têm nesta estrutura, ultrapassando os 90% e apresentando uma taxa de crescimento de 6,6%, conforme se desenvolve nos pontos seguintes.

12.2.1.1. Custos das Matérias de Consumo

Os custos com matérias de consumo registaram, em 2008, um aumento de 5,9% face ao ano anterior, o qual resultou dos acréscimos de 6% e 8% verificados, respectivamente, nos produtos farmacêuticos⁹³ e no material de consumo clínico (cf. quadro infra).

Quadro XXI – Custos das Matérias de Consumo

Tipo de matérias	2006		2007		2008		Unid.: euros		
	Valor	% Total	Valor	% Total	Valor	% Total	Δ%	Δ%	Δ%
		% Sub-total	% Sub-total	% Sub-total	% Sub-total		06/07	07/08	07/08
Produtos Farmacêuticos	10.769.831	63,4%	10.995.479	62,2%	11.652.074	62,2%	2,1%	6,0%	8,2%
Medicamentos	8.101.725	75,2%	8.529.293	77,6%	9.126.911	78,3%	5,3%	7,0%	12,7%
Reagentes produt.diagno.rapido	2.403.874	22,3%	2.263.917	20,6%	2.321.781	19,9%	-5,8%	2,6%	-3,4%
Outros produtos farmaceuticos	264.231	2,5%	202.269	1,8%	203.382	1,7%	-23,5%	0,6%	-23,0%
Material de Consumo Clínico	4.884.095	28,7%	5.488.094	31,0%	5.928.580	31,7%	12,4%	8,0%	21,4%
Produtos alimentares	8.147	0,0%	12.760	0,1%	12.615	0,1%	56,6%	-1,1%	54,8%
Material de consumo hoteleiro	379.324	2,2%	376.969	2,1%	372.968	2,0%	-0,6%	-1,1%	-1,7%
Material de consumo administrativo	290.303	1,7%	311.339	1,8%	330.120	1,8%	7,2%	6,0%	13,7%
Material de manutenção e conservação	659.384	3,9%	493.571	2,8%	429.690	2,3%	-25,1%	-12,9%	-34,8%
Total	16.991.085	100,0%	17.678.212	100,0%	18.726.047	100,0%	4,0%	5,9%	10,2%

Fonte: Balançetes de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

O aumento de consumo de medicamentos ocorreu essencialmente nos medicamentos de cedência gratuita⁹⁴ (€ 0,4 milhões) nas farmácias hospitalares.

⁹³ Com destaque para os consumos de medicamentos que aumentaram 7%.

⁹⁴ Relativos a doenças crónicas, do foro oncológico, esclerose múltipla e outras, de acordo com diplomas emanados da Tutela.



O crescimento do consumo de material de consumo clínico é explicado pelo aumento da actividade de Ortopedia, nomeadamente a relativa à colocação de próteses, cujos consumos aumentaram, de 2007 para 2008, cerca de 102% em quantidade e 111% em valor.

Considerando o peso significativo dos produtos farmacêuticos e do material de consumo clínico, face ao total dos custos com mercadorias vendidas e matérias consumidas, efectuou-se uma avaliação ao controlo exercido pelos Serviços de Farmácia e de Aprovisionamento⁹⁵, relativamente ao consumo e distribuição daqueles produtos⁹⁶, tendo-se concluído pela adequação dos controlos instituídos na gestão e distribuição dos produtos em stock nos armazéns:

- As existências encontram-se subavaliadas, ao longo do exercício, dado que as saídas, quer dos produtos farmacêuticos, quer do material de consumo clínico, são registadas como consumo, mesmo quando essa saída tenha como destino a reposição dos níveis de stock dos vários serviços clínicos, o que limita o controlo exercido sobre estes stocks;
- A distribuição⁹⁷ dos medicamentos foi feita, na sua quase totalidade, através da resposta a requisições⁹⁸ registadas na aplicação informática de gestão integrada do circuito do medicamento. No entanto, o controlo dos produtos em stock nos serviços poderá ser melhorado, dado que, conforme anteriormente referido, qualquer saída do armazém é dada como consumo;
- Verificou-se que os medicamentos continuam a ser comprados em embalagens e não em unidose, o que só será conseguido por uma alteração na “relação de forças” entre os hospitais e os laboratórios. Esta situação obriga à desembalagem dos medicamentos e à preparação de unidoses para uso hospitalar, com o desperdício de recursos que daí advém. Este desperdício só será eliminado se os hospitais do SNS incrementarem, significativamente, o seu “buyer leverage”, através, entre outros mecanismos, da centralização de compras.
- Nos testes realizados na farmácia, verificou-se a convergência entre os registos no sistema informático, os registos manuais e as existências;
- Da contagem física realizada ao material de consumo clínico foram detectadas diferenças mínimas justificadas pela falta de registo de saída do material e por uma não actualização atempada dos registos.

Salienta-se que a gestão dos **armazéns de farmácia** é realizada de forma assinérgica por cada uma das directoras das farmácias das unidades hospitalares que compõem o CHMT, existindo procedimentos distintos⁹⁹ em funcionamento. A centralização das farmácias, em uma só, conduzirá, muito provavelmente, a economias significativas.

⁹⁵ As contagens físicas foram efectuadas nos armazéns de farmácia e de material de consumo clínico das três unidades hospitalares do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

⁹⁶ Foram seleccionados, para efeitos de testes substantivos e de conformidade, os fármacos, e o material de consumo clínico que apresentam maiores consumos no mês em anterior ao da realização dos testes.

⁹⁷ Distribuição individual em dose unitária; distribuição personalizada diária (medicamento sujeitos a justificação e controlo especial); reposição de Stocks nivelados (Plano semanal de dispensa de medicamentos por níveis).

⁹⁸ As requisições são feitas electronicamente directamente na aplicação informática de gestão integrada do circuito do medicamento. No fecho de cada mês são gerados ficheiros através da aplicação, que contemplam todo o tipo de movimentos efectuados, para integração dos consumos, quebras e devoluções no sistema de informação da Contabilidade. Mesmo os pedidos pontuais, não previstos, são efectuados na aplicação informática.

⁹⁹ Por exemplo, quanto ao sistema de controlo dos pontos de encomenda.



Pelo contrário, os **armazéns gerais**, dependentes do Aprovisionamento, têm uma coordenação comum, existindo responsáveis pela gestão corrente associada a cada um dos três espaços físicos distintos.

12.2.1.2. Custos com Pessoal

Em 2008, os custos com pessoal representaram cerca de 56% dos custos totais do CHMT, ascendendo a € 54.725.249, verificando-se um crescimento de 4,1% entre 2006 e 2007 e de 3% de 2007 para 2008, embora não incluam os custos com o recurso a prestadores de serviços médicos.

Em 2008, os custos com pessoal “Front Office” e com pessoal “Back Office” ascenderam a 91% e 9%, respectivamente, conforme o anexo VIII, representando uma estrutura de retaguarda mais “pesada” do que a observada noutros hospitais. Esta situação explica-se pela existência das três unidades hospitalares e revela a existência de sinergias e de economias de escala ainda não aproveitadas. Se analisarmos este indicador agregando o número de efectivos por serviços¹⁰⁰, verifica-se que o peso do “Back Office” no número total de efectivos é de 21% (414 de 1950 efectivos).

Na ausência de regulamentação¹⁰¹ que normalize os vencimentos e os critérios de atribuição das remunerações ao pessoal a contratar através de contrato individual de trabalho (CIT), pelos hospitais EPE, o CHMT baseia as remunerações e os respectivos critérios de atribuição nas que vigoram para o sector público administrativo.

Comparativamente ao ano de 2007, em 2008 verificou-se uma redução do número de trabalhadores com relação jurídica de emprego público, menos 2,9%, e um aumento do número de trabalhadores em regime de CIT (mais 10,6%).

Quadro XXII – Recursos Humanos, por tipo de vínculo

Tipo de Vínculo	Anos			Δ %		
	2006	2007	2008	06/07	07/08	06/08
Emprego público	1117	1088	1056	-2,6%	-2,9%	-5,6%
Contrato Individual de Trabalho	698	758	838	8,6%	10,6%	18,5%
Outras situações	62	62	56	0,0%	-9,7%	-9,7%
Total	1.877	1.908	1.950	1,7%	2,2%	3,8%

Fonte: Relatório e Contas 2008

O CHMT tem recorrido à prestação de trabalho extraordinário, o qual representou em 2008 um peso de 7,1% (€ 3.885.484) no total dos custos com pessoal. No triénio 2006-2008 verificou-se uma redução dos custos com horas extraordinárias, em absoluto e em termos de peso no total dos custos com pessoal, conforme quadro seguinte:

Quadro XXIII – Horas Extraordinárias

Horas Extraordinárias	Anos			Δ %		
	2006	2007	2008	06/07	07/08	06/08
Pessoal médico	3.732.551	3.621.301	3.614.016	-3,0	-0,2	-3,2
Pessoal de enfermagem	82.919	49.252	31.634	-40,6	-35,8	-61,8
Pessoal tec.diagn.terapeutica	163.351	120.213	105.899	-26,4	-11,9	-35,2
Outro pessoal	161.806	140.971	133.933	-12,9	-5,0	-17,2
Total - Horas Extraordinárias	4.140.626	3.931.737	3.885.484	-5,0	-1,2	-6,2
Total - Custos Pessoal	51.014.545	53.110.182	54.725.249	4,1	3,0	7,3
% - Horas Extra./Custos Pessoal	8,1	7,4	7,1			

Fonte: Balancetes de 2006, 2007 e 2008 do CHMT.

¹⁰⁰ Fonte: Relatório e Contas 2008. A distribuição dos efectivos foi feita da seguinte forma: “Back-Office” – Administração, Gestão/Direcção Técnica, Órgãos Centrais, Suporte à Actividade Clínica; “Front-Office” – Actividade Clínica.

¹⁰¹ Designadamente através de Convenção Colectiva de Trabalho.



Não obstante, a redução dos custos com horas extraordinárias, para o qual contribuíram todos os grupos de pessoal, incluindo o dos profissionais médicos, que representaram 93%, do total dos custos com horas extraordinárias em 2008, verificou-se, ao longo do triénio, um recurso muito acentuado à aquisição externa de serviços médicos, decorrente, segundo o CA do CHMT, da dificuldade de fixação de pessoal médico.

Relativamente aos funcionários com CIT, constatou-se haver algumas situações, cinco delas identificadas, em que os funcionários mantêm o vínculo à função pública por lhes ter sido concedida a licença sem vencimento, prevista nos art.ºs 21.º e 22.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

No que respeita a esta matéria, decorre do art.º 14.º do diploma de criação dos hospitais EPE¹⁰², que aprova os respectivos estatutos, que os trabalhadores destes hospitais estão sujeitos ao regime do CIT, de acordo com o Código do Trabalho.

Existem, todavia, situações residuais, relativas a funcionários com relação jurídica de emprego público, transitados e, providos em lugares do quadro. Estes funcionários, podem, nos termos do art.º 16.º, daquele diploma legal, optar definitivamente pelo regime do contrato individual de trabalho, tornando-se efectiva a cessação do vínculo à função pública.

Não foi o caso em apreço. A estes funcionários foi concedida licença sem vencimento e com os mesmos foi celebrado o CIT, em 2007, mantendo estes os seus postos de trabalho de origem, bem como as regalias decorrentes do regime da função pública, em suma, a única alteração efectiva reflectiu-se no respectivo aumento salarial.

Refira-se que para além da, já aludida, opção definitiva pelo regime do CIT, também existe a opção temporária, prevista no art.º 17.º do referido diploma legal. Esta opção temporária obedece a determinados requisitos, sendo um deles a concessão da licença sem vencimento nos termos do disposto nos art.ºs 21.º e 22.º do Estatuto do SNS. Neste âmbito, pode o **Ministro autorizar, com fundamento em razões de interesse público**, a contratação de pessoal, por entidades privadas pertencentes ao sistema de saúde, sem perda de vínculo. Acrescentando-se que a licença sem vencimento, para o efeito, **determina a abertura de vaga**, podendo o funcionário reingressar na função pública na qualidade de excedente no caso de preenchimento ou extinção do lugar.

Outro dos requisitos da opção temporária pelo CIT situa-se ao nível do CA do CHMT, a quem compete o reconhecimento casuístico do **interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento**.

Ora, nenhuma destas condições se verificou, o que revela a preterição do procedimento legalmente exigido, em função do regime transitório do pessoal com relação jurídica de emprego público, pela violação do disposto no art.º 17.º n.ºs 1 e 2 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, bem assim como pela violação do disposto nos art.ºs 21.º e 22.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Desta forma, os responsáveis incorrem em eventual responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto da alínea l), do n.º 1, do art.º 65.º da LOPTC.

Relativamente a esta questão, foram apresentadas alegações pelos responsáveis do CA do CHMT, justificando a sua acção com a falta de recursos especializados, nomeadamente de técnicos superiores de saúde, que contribuíram para a “...rotura (...) manifesta.” do serviço de Patologia Clínica. Referem ainda ter entendido que “...o interesse público aconselhava a concessão de uma

¹⁰² Cf. Dec.-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.



licença sem vencimento à profissional de diagnóstico e terapêutica, contratando-a ao abrigo do contrato individual de trabalho com as funções de técnica superior de saúde.”

Todavia, acrescentam que, “O Conselho de Administração, perante a solicitação de vários profissionais, no ano de 2008, (...) veio a concluir que tal possibilidade podia não receber acolhimento legal, pelo que, desde a segunda metade do ano de 2008 e até ao presente, não deu lugar, ex novo, a qualquer outra situação semelhante.”

Concluem, invocando pressupostos legais para a relevação da responsabilidade financeira e por último, informam estar a “... proceder a todas as diligências necessárias à cessação das situações de simultaneidade de licença sem vencimento e contrato individual de trabalho de quaisquer funcionários”.

Mais cabe acrescentar, que em anexo-2 à Acta n.º 21/2008/CA, de 16 de Maio de 2008, se encontra um parecer jurídico datado e assinado em 14 de Abril daquele ano, que informa sobre a cobertura legal da situação em apreço e conclui como se transcreve “1 – O Conselho de Administração do CHMT só deverá autorizar os pedidos de licença sem vencimento quando tal revista interesse público e fundamentando especificamente as razões de interesse público que relevam para a concessão de tal autorização;

2 – Os funcionários do CHMT que obtenham uma licença sem vencimento ao abrigo do artigo 17.º do Decreto – lei n.º 233/2005, não podem optar pela celebração de um CIT com o próprio CHMT, mas poderão fazê-lo com outro Hospital E.P.E..

Salvo melhor opinião, é este o nosso parecer.”

Também assim foi entendido pela equipa de auditoria e a conclusão do parecer aqui transcrita vai ao encontro da análise e conclusão do Relato de Auditoria.

12.2.1.3. Contratação de serviços médicos com entidades privadas

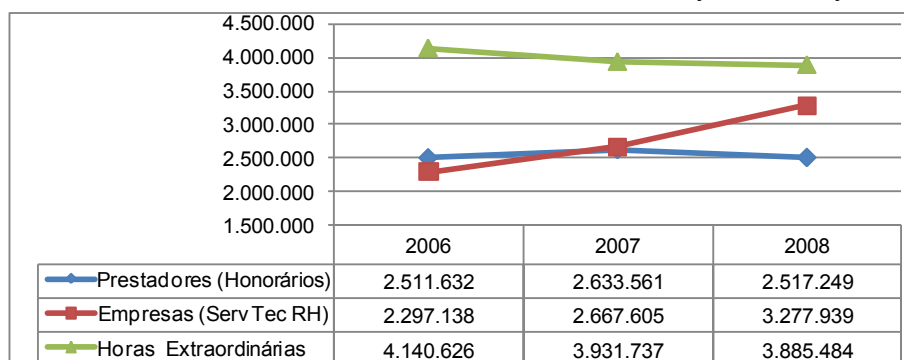
Conforme referido anteriormente, verificou-se, no triénio, um recurso muito acentuado do CHMT à aquisição de serviços médicos externos, cujos custos são contabilizados em rubricas de Fornecimentos e Serviços Externos – Honorários – Prestação de Serviços, no caso de terem origem em contratos de avença, ou Prestação de Serviços – Serviços Técnicos de Recursos Humanos, relativamente à aquisição de serviços a empresas¹⁰³.

Em valores absolutos, no triénio 2006-2008, os custos com a aquisição de serviços médicos externos apresentaram uma tendência crescente, especialmente no caso das aquisições de serviços a empresas, tendo-se, pelo contrário, conforme já referido, verificado uma diminuição dos custos com a prestação de trabalho extraordinário de profissionais médicos: o custo com trabalho extraordinário diminuiu € 118.535 (cf. Quadro XXIII), e o custo com prestação de serviços aumentou € 986.418 (cf. Gráfico IX).

¹⁰³ Estas rubricas incluem também outras prestações de serviços residuais que foram excluídas na análise que se segue.



Gráfico IX – Médicos: Horas Extraordinárias vs. Prestação de Serviços



Fonte: Balançetes 2006-2008: rubricas 622299 - Honorários e 6223649 – Serv. Tec. RH (62236999 em 2006) e informação fornecida pelo CHMT.

O aumento verificado no triénio deveu-se ao recurso do CHMT a empresas de prestação de serviços médicos para fazer face se à escassez de médicos sentida há alguns anos, o que dificulta a contratação de profissionais médicos para o quadro do Centro Hospitalar.

Cada contratação de serviços clínicos externos tem subjacente uma informação interna, do director clínico, a dar conta da necessidade do serviço face à carência de recursos humanos e a propor a adjudicação da empresa prestadora com a qual a proposta foi entretanto negociada.

O acompanhamento da execução contratual é feito pela direcção clínica e o controlo da assiduidade¹⁰⁴, feito nos serviços dos recursos humanos, com base nas folhas de presença individuais. Contudo, este controlo deve, na medida do possível, ser objecto de informatização ou, caso contrário, os custos inerentes ao mesmo devem ser imputados ao centro de custo onde é prestado o serviço.

Não foi implementado nenhum procedimento interno para a avaliação do desempenho dos profissionais contratados, sendo esta feita exclusivamente pela avaliação presencial e pessoal de cada director de serviço. Porém, à semelhança do que é feito para os profissionais do quadro, existe, por parte do Gabinete do Utente, o controlo das reclamações recebidas por indivíduo visado. Tal como referido anteriormente, não se recolheu, no entanto, evidência de qualquer resultado deste procedimento reflectido nos processos de contratação.

Verificou-se que, no caso dos processos seleccionados para amostra, os prestadores eram na sua maioria médicos com um histórico de vínculo ao hospital, através de avença, ou outro e, posteriormente celebraram contrato de prestação de serviços em nome individual ou em nome de pessoa colectiva.

Tanto nas contratações de prestadores individuais como nas contratações a empresas de serviços médicos, tendo por base os processos analisados, não se verificou o desenvolvimento de procedimento conducente à referida contratação, feita por ajuste directo. A sua base legal encontrava-se consubstanciada na premissa decorrente do Regime da Gestão Hospitalar quanto ao exercício da actividade, no âmbito do qual a capacidade jurídica dos hospitais abrange todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins e, na Lei Civil, no capítulo que respeita ao contrato de prestação de serviços.

¹⁰⁴ De referir que o CH utiliza o sistema de controlo biométrico da assiduidade, implementado em pleno em 2009 e aplicado a todos os profissionais. Excepto os prestadores de serviços.



Se é certo que algumas aquisições, por ajuste directo, se justificam com base na diferenciação técnica dos serviços prestados e na inexistência de alternativa e de médicos do Hospital com a necessária formação para garantir a sua realização, na situação analisada isso não se aplicou, pois verificou-se que, à excepção de três situações de contratação, uma médica de Imuno-Alergologia para a Urgência de Pediatria, um médico de cardiologia para a UCIC e um médico para a Urgência Geral, todos os restantes contratos de prestação de serviço foram feitos com médicos que já tinham vínculo laboral com o Centro Hospitalar.

Além disso, os processos de aquisição estavam pouco fundamentados uma vez que, existindo na prática uma necessidade permanente de recurso a prestadores externos, seria possível estimar antecipadamente as necessidades anuais, pelo que aqueles processos de aquisição deveriam ter sido objecto de uma maior abertura do CHMT ao mercado, de forma a garantir, designadamente aquisições nas melhores condições de economia, eficiência e eficácia.

Note-se que, em todo o caso, o ajuste directo só se justifica em termos de boa gestão dos dinheiros públicos, quando não há alternativas. É um princípio de boas práticas de gestão, que independe da legislação. Acresce que, não obstante nas aquisições, abaixo do limiar comunitário, os hospitais EPE se regulem por regras de direito privado, o poder discricionário dos seus responsáveis encontra-se limitado pelos princípios que enformam a actividade da Administração Pública em geral, designadamente os princípios consagrados no Código do Procedimento Administrativo e referenciados no n.º 2 do artigo 13º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, vigente no período em análise, devendo garantir os princípios da livre concorrência, transparência e boa gestão dos dinheiros públicos, designadamente fundamentando as decisões tomadas.

Também nos termos do despacho ministerial de 2007¹⁰⁵, que determinava as orientações para a contratação de prestadores de cuidados de saúde, invocado no preâmbulo dos contratos em apreço, não foram inteiramente seguidas, pois os processos de contratação de prestação de serviços médicos não estavam devidamente instruídos, por falta ou insuficiência de elementos, nomeadamente, a autorização da despesa, o contrato escrito ou adenda, ou mesmo a falta de cumprimento da formalidade da publicação, no respectivo sítio da Internet.

Não obstante o recurso a este tipo de contratação se encontrar justificado pelo CHMT como uma necessidade emergente do défice de profissionais médicos¹⁰⁶, não há conhecimento do último recrutamento de profissionais através de concurso e por conseguinte, concurso para recrutamento de pessoal da carreira médica que tenha ficado deserto. Para além do mais, tal situação promove uma leitura/informação distorcida dos custos reais com o pessoal, por apresentar valores tendencialmente crescentes.

Nas alegações apresentadas no âmbito do contraditório, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, reconhece que “...a formação de novos médicos e de novos especialistas exige tempo e, nestes anos, só permite ligeira vantagem sobre as aposentações”, restando “...ao Ministério da Saúde adoptar também medidas conjunturais [como a] contratação de serviços médicos, através de empresas de prestação de serviços”, não se percebendo a que stock de médicos se refere.

Tendo presente que tudo aponta, e bem, para o recurso à aquisição centralizada de “inputs” por parte dos Hospitais do SNS, com o objectivo de incrementar o seu “buyer leverage”, considera-se

¹⁰⁵ Despacho n.º 03/SEAS/2007, divulgado pela Circular informativa n.º 3/2007, substituído pelo Despacho n.º 08/SEAS/2007, divulgado pela Circular informativa n.º 7/2007.

¹⁰⁶ A dificuldade em fixar recursos humanos, nomeadamente médicos, é uma afirmação que decorre do texto de vários documentos e informações internas, de suporte à decisão de contratar prestadores de serviços.



relevante, em termos de economia, eficiência e eficácia, que as aludidas contratações de serviços médicos passem a ser feitas de forma centralizada, seja a nível nacional, seja a nível regional.

Além de permitir uma maior transparência e ganhos nos processos de aquisição, permitiria a centralização dos mecanismos de controlo e verificação do preenchimento dos pressupostos legais para a prestação de serviços médicos a instituições do SNS, constantes do despacho ministerial atrás referido e do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 7 de Novembro, de onde resultariam eventuais poupanças significativas de dinheiros públicos.

▀ *Valores/hora de referência para contratação de Serviços Médicos*

A elevada afectação de recursos humanos à prestação de serviço de urgência nos hospitais do SNS, com vista a assegurar cuidados especializados de qualidade de forma contínua, levou a que tivessem surgido entidades privadas especializadas em disponibilizar os seus serviços, em especial os serviços de urgência, mediante o pagamento de preços díspares entre si.

Com a publicação do Despacho n.º 29533/2008, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 7 de Novembro¹⁰⁷, a Administração Central do Sistema de Saúde, IP, (ACSS, IP), fixou¹⁰⁸ os valores/hora de referência da prestação de serviços médicos, podendo, no entanto, os dirigentes das instituições de saúde contratar por valor superior, desde que fundamentassem a sua decisão¹⁰⁹.

O CHMT tem procedido à contratação da prestação de serviços médicos com base no disposto no art.º 1154.º e seguintes do Código Civil, sem que, nos processos analisados, tivesse resultado um valor de aquisição igual ou superior ao fixado para os limiares comunitários.

Quanto ao valor/hora pago por estes serviços, foi determinado por especialidade e supera, em larga medida, os de referência fixados pela ACSS, IP¹¹⁰, tal como de seguida se apresenta:

¹⁰⁷ Publicado no DR, 2.ª série, n.º 223, de 17 de Novembro.

¹⁰⁸ Através do Ofício circular da ACSS – 23841 - *08/12/19, foram fixados os valores de referência para a contratação de serviços médicos, em, 27,5 € - para médicos não especialistas e em, 35 € para médicos especialistas, tendo merecido a concordância do SEAS, através de despacho de 18.Dez.2008.

¹⁰⁹ O poder discricionário que lhes assiste encontra-se limitado pelos princípios que enformam a actividade da Administração Pública em geral, designadamente os princípios consagrados no Código do Procedimento Administrativo e a disciplina que decorre do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, devendo ser garantidos os princípios da livre concorrência, transparência e boa gestão dos dinheiros públicos, designadamente através da fundamentação das decisões tomadas.

¹¹⁰ € 27,5 para médicos não especialistas e € 35 para médicos especialistas.



**Quadro XXIV – Prestação de serviços médicos em 2008 –
Valores / hora superiores a €35**

Especialidades C/processamentos > a 35€/hora	Valores / hora >35€	Horas processadas	Valor Médio/H
	Total	Total horas	€uros/h
MEDICINA OCUPACIONAL	33.072,00	636,00	52
OFTALMOLOGIA	27.450,00	610,00	45
URGÊNCIA GERAL	123.271,19	2.720,00	45
OBSTETRICIA	40.400,00	1.010,00	40
MEDICINA	113.245,00	2.757,00	41
ORTOPEDIA	109.100,80	2.222,00	49
PEDIATRIA	369.001,00	8.181,00	45
ANESTESIOLOGIA	663.663,22	9.690,50	68
MEDICINA TRABALHO	3.120,00	60,00	52
ONCOLOGIA	81.238,00	1.475,50	55
CIRURGIA	110.427,00	2.669,00	41
CIRURGIA PLÁSTICA	19.656,00	378,00	52
IMAGIOLOGIA	53.321,60	774,00	69
CARDIOLOGIA	218.164,00	4.943,00	44
VMER	2.160,00	48,00	45
GASTROENTEROLOGIA	19.880,00	436,00	46
NEUROPEDIATRIA	480,00	1,0	480
HOSPITAL DIA	5.100,00	17,0	300
NEUROPSICOLOGO CLINICO	39.760,00	994,0	40
NEUROFISIOLOGIA	2.150,00	32,0	67
CODIFICAÇÃO	1.350,00	15,0	90
TOTAL GERAL:	2.036.009,81	39.669,00	51

Fonte: Informação disponibilizada pelo CHMT.

Verifica-se que, em termos globais, a especialidade médica que implicou, em 2008, encargos mais elevados para o CHMT foi a Anestesiologia com um total global de € 663.663,22, sendo também a especialidade para a qual foi contratado o maior número de horas consumiu 9.690,50 horas.

Seguiram-se as especialidades de Pediatria, Cardiologia, Urgência Geral, Medicina Interna e Cirurgia, tal como se destaca do quadro. Os valores médios por hora, nestas especialidades, são relativamente semelhantes. Existem situações excepcionais de pagamento de valores / hora de € 480 e € 300, respectivamente na especialidade de Neuropediatria e no Hospital Dia, tratando-se, porém, de prestações especializadas cuja execução anual atingiu apenas 1 e 17 horas, respectivamente.

Verifica-se portanto que os valores / hora pagos pelo CHMT traduzem uma escassez de recursos médicos maior do que aquela que está implícita nos valores fixados pela ACSS, IP, que, ao fixar os preços - valores / hora nos termos em que os fixou, está a dar, eventualmente, informação distorcida ao mercado de profissionais de saúde, designadamente no que respeita à oferta de médicos.

Sobre este assunto, vem o Presidente do Conselho Directivo da ACSS referir, no exercício do contraditório, que “...a proposta dos valores/hora de referência (...) teve como base (...) a informação sobre os preços hora praticados (...) num conjunto de Hospitais (SPA e EPE) à data de 2008”, bem como “...os valores da remuneração extraordinária dos médicos...”. Afirma ainda que se verificou “...existir uma grande amplitude ao nível dos preços (...) no que diz respeito exclusivamente à Urgência, donde se inferiu a possibilidade de uma melhor negociação da contratação dos serviços médicos”.

Relativamente aos valores fixados, refere que os mesmos “...tiveram como objectivo a obtenção de ganhos financeiros para as instituições do SNS” e que “...foram tidos como preços de eficiência económica”, tendo sido, “...posteriormente, a partir do trabalho de levantamento técnico da ACSS...”, objecto de “...uma decisão política do Governo acerca do preço/hora de referência, no âmbito das suas competências próprias”.

Confirma-se, portanto, que os valores/hora fixados pela ACSS não são preços de eficiência económica, não reflectindo a escassez relativa no mercado de médicos, existente a nível nacional e/ou a nível regional. São preços que não resultam de mecanismos objectivos de oferta e procura, destinados a serem utilizados como “primeiro lance” na negociação.



Vem neste sentido ainda referir o Presidente do Conselho Directivo da ACSS que “...*não conhece os ‘preços de eficiência económica’, em sentido estritamente técnico*”, tendo assumido que os preços recolhidos na análise acima referida “...*deveriam reflectir a escassez de recursos, em cada mercado regional*”.

Desde logo, a amplitude de preços verificada pela ACSS desaconselharia a fixação de um preço único, porquanto a escassez em cada mercado regional não será certamente a mesma.

De facto, os preços fixados dão informação ao mercado da existência de uma oferta de médicos superior à que na prática se verifica, não reflectindo a actual necessidade de maior produção de médicos, aliás assumida, em alegações produzidas no âmbito do contraditório, pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que refere a “...*carência relativa de médicos no nosso país...*”.

No mesmo sentido se pronuncia o CA do CHMT, que nas suas alegações refere que “...*os referenciais da ACSS, IP, não podiam ser objectivamente cumpridos, porquanto do equilíbrio da oferta [e] da procura de tais serviços neste Centro Hospitalar, em concreto, não seriam praticáveis*” e apresenta uma deliberação do CA, de Março de 2008, na qual já era identificado como problema o “*Volume de oferta superior à procura¹¹¹, produzindo tensões consistentes de crescimento nos preços muito difíceis de controlar...*”.

O Presidente do Conselho Directivo da ACSS defende ainda que “...*o termo ‘mercado’ não se aplica ao sector em causa, uma vez que existem frequentemente monopólios (ou duopólios) regionais e um comprador monopsonista...*”.

Esta argumentação não será, no entanto, defensável, uma vez que: a existência de monopólios ou duopólios em termos de empresas de prestação de serviços médicos é compensada pela existência de prestadores de serviços em nome individual; a existência de compradores monopsonistas não se verifica em todo o território nacional e é mitigada pela cada vez maior mobilidade permitida pelas vias de comunicação.

Pese embora o que foi dito, à contratação vigente em 2008, não se poderia ainda exigir que respeitasse o referido despacho de concordância do SEAS no que respeita à fixação dos valores/hora de referência para a contratação de serviços médicos, tendo em conta que o mesmo data de Dezembro de 2008.

Já no que respeita à publicação das contratações nos sítios da Internet, bem como à reavaliação dos contratos desta natureza, constatou-se que ainda não tinham sido tomadas medidas neste sentido. Note-se que tanto num caso como no outro, trata-se, não só, dos princípios e das boas práticas de gestão que independe da legislação, como, também, cumpre com o disposto nos n.ºs 5 e 11 do Despacho n.º 29533/2008, de 17 de Novembro, através dos quais se determina que as entidades públicas empresariais são obrigadas a publicitar, nos respectivos sítios da Internet, as contratações de serviços efectuadas e que todos os contratos de prestação de serviços em vigor deveriam ser reavaliados até 31 de Dezembro de 2008.

O não cumprimento dos procedimentos determinados no referido despacho ministerial, em especial na parte que respeita à reavaliação dos contratos de prestação de serviços em vigor em Novembro de 2008, deu azo a que, também em 2009, se procedesse a pagamentos de valores/hora, em determinadas especialidades, acima dos valores de referência fixados pela ACSS, IP, sem que os mesmos tenham sido justificados.

¹¹¹ Entenda-se, neste contexto, oferta e procura de emprego no mercado de trabalho.



Esta situação conduz à preterição de procedimentos, constantes no despacho ministerial, em função da regulação da contratação de serviços médicos pelas entidades públicas empresariais, pela violação do disposto nos art.ºs 5 e 11, do Despacho n.º 29533/2008, de 17 de Novembro. Desta forma, os responsáveis incorrem em responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto da alínea b), do n.º 1, do art.º 65.º da LOPTC.

Nas alegações produzidas pelo CA, no exercício do contraditório, informa que deliberou solicitar ao Responsável pelo DRH, uma análise exaustiva das situações descritas com vista à definição de uma estratégia de preços, “...rastreados os preços praticados em outros hospitais”.

Também acrescenta que, sendo “...certo que nem todos os contratos preexistentes foram reavaliados, (...) durante todo o ano de 2008 vinha decorrendo uma constante reavaliação das prestações de serviços contratadas...” resultando “...dessas avaliações os valores/hora globais de 30 e 45 euros”.

Afirma ainda que “...tais questões enquadram-se na esfera de discricionariedade dos órgãos de gestão dos centros hospitalares...” e que “...efectivamente, o Centro Hospitalar, paga tais montantes por serem esses os únicos aceites no âmbito de negociação com o mercado.”

Informa também que mais recentemente as contratações de prestação de serviços médicos “...foram objecto de publicação no sítio da Internet do CHMT, EPE”, que são acolhidas todas as recomendações constantes no relato de auditoria e que se irão empenhar na sua implementação tão rapidamente quanto possível.

12.2.1.4. Fornecimentos e Serviços Externos

Além das prestações de serviços médicos atrás analisadas, os Fornecimentos e Serviços Externos incluem custos com serviços de saúde realizados no exterior, mormente meios complementares de diagnóstico e terapêutica, pagos segundo as tabelas em vigor, e os relativos a contratos de alimentação, limpeza e segurança.

Em resultado da análise efectuada aos processos de aquisição de serviços, celebrados ou renovados em 2008, foi confirmada a legalidade e a regularidade dos procedimentos e dos registos contabilísticos.

Atendendo ao respectivo valor, as aquisições em 2008 inseriram-se no âmbito do poder discricionário do CA (art.º 13º do DL n.º 233/2005, e 38º, n.º 2, do Regulamento de Aquisição de Bens e Serviços do CHMT).

Para as aquisições cuja despesa ultrapassava os limiares comunitários, foi despoletado o procedimento de aquisição por concurso público, como foi o caso da prestação de serviços de alimentação, de limpeza e os serviços de segurança.

Refira-se, no entanto, que os processos de prestação de serviços analisados, nomeadamente, os relativos à alimentação, à limpeza, e à segurança, entre outros, compreendem a contratação que, até ao ano de 2008, apresentou menor rigor negocial e jurídico, situação tendencialmente ultrapassada em 2009.

Constatou-se que a maioria dos contratos resultou de processos iniciados já há alguns anos, desde que o CHMT tinha a natureza jurídica de sociedade anónima, sendo os preços anualmente actualizados com base no índice de inflação.



No caso da prestação de serviços de alimentação, a situação em 2008 apresentava-se com a existência de três contratos de fornecimento em execução, dois deles celebrados em 2003, para as unidades Hospitalares de Tomar e de Torres Novas e um terceiro contrato para a unidade Hospitalar de Abrantes, celebrado em 2006 com um fornecedor diferente.

Ainda no decurso de 2008 foi lançado concurso público para a prestação destes serviços, para as três unidades hospitalares, que culminou, já em meados de 2009, com a adjudicação a uma das empresas concorrentes.

Relativamente à prestação de serviços de segurança, a situação analisada era, de certa forma, idêntica à situação descrita para o fornecimento de alimentação, pois só em 2008 foi desenvolvido um procedimento por concurso público¹¹², para a prestação de serviços de segurança para as três unidades hospitalares, que por ter sido anulado na fase de audiência prévia, foi relançado em 2009, resultando na adjudicação a um dos concorrentes em Agosto p.p.

Também a aquisição da prestação dos serviços de limpeza passou por momentos conturbados no que concerne à contratação, tendo em conta que o concurso público lançado em 2008¹¹³ foi anulado na fase da avaliação das propostas, situação que forçou a que em 2009, tenha sido lançado novo concurso público, que à data dos trabalhos de auditoria se encontrava a decorrer, em fase de entrega de propostas.

Fornecimento de serviços pelo SUCH

O tratamento integrado de resíduos, os serviços de lavandaria, a manutenção das cozinhas e a assistência técnica e manutenção a instalações e equipamentos e controlo de segurança dos blocos operatórios são serviços prestados pelo SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais. Trata-se de uma entidade privada de natureza associativa de utilidade pública administrativa, sem embargo da sua subordinação a um considerável grau de intervenção estadual¹¹⁴.

A contratação com o SUCH tem tido a particularidade de ser descontinuada, relativamente à contratação tradicional de bens e serviços. A adjudicação directa ao SUCH por parte de entidades públicas tem tido por base os pareceres do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República¹¹⁵ e o CHMT, neste aspecto, não foi excepção.

Ainda assim, a derrogação excepcional às regras da contratação pública, que tem por base a finalidade principal do SUCH (“a prestação de certos serviços aos seus associados, para um funcionamento mais ágil e eficiente destes e em regime materialmente de cooperação e entreaajuda, sem apelo a recursos exteriores”), não deve colocar em risco as boas práticas de bom governo, por parte da entidade adjudicante, nem o respeito pelos princípios que regem o mercado livre e concorrencial.

¹¹² Concurso Público n.º 002/2008.

¹¹³ Concurso Público n.º 001/2008.

¹¹⁴ O Ministro da Saúde exerce poderes de tutela sobre o SUCH, designadamente nomeando o Presidente e o Vice-Presidente do Conselho de Administração, homologando as deliberações da Assembleia Geral relativas a alterações de estatutos, à extinção do SUCH e à contracção de empréstimos, quando os mesmos impliquem um nível de endividamento líquido igual ou superior a 75% dos capitais próprios apurados no último exercício, e determinando o destino dos bens do SUCH em caso de dissolução do mesmo (cf. art.os 4º, 15º, n.os 2 e 3, e 29º dos Estatutos).

¹¹⁵ Parecer de 9 de Março de 1995 emitido no processo n.º 1/95 e Parecer n.º 145/2001, de 7 de Novembro de 2002, homologados por despachos do Ministro da Saúde de 31 de Março de 1995 e de 18 de Março de 2003, respectivamente, e publicados em DR, II Série, de 1 de Julho de 1995 e de 23 de Abril de 2003. Estes pareceres foram emitidos no âmbito de legislação já revogada, designadamente, no caso do segundo parecer, os Decretos-Lei n.os 197/99, 8 de Junho, e 59/99, de 2 de Março.



No entanto, saliente-se, que a contratação desenvolvida pelo CHMT com esta entidade, que já conta alguns anos, não só tem sido objecto de revisão anual dos preços, como também de reavaliação. Esta situação verificou-se, especialmente, em 2008, e os principais resultados foram o da negociação da redução de preços, junto do prestador e a avaliação das condições do mercado, através de prospecções feitas, com o apoio dos fornecedores.

Um dos casos de reavaliação analisado, foi o relativo ao contrato de manutenção para o equipamento de cozinha¹¹⁶, tendo em conta que parte do equipamento da cozinha da unidade hospitalar de Abrantes estava parado, o que resultou numa redução do preço na ordem dos 1,3% com referência ao valor pago no ano anterior.

Outro caso que se verificou, objecto de negociação, foi o da contratação da prestação dos serviços de lavandaria, no âmbito do qual foi proposto pelo SUCH um aumento dos preços na ordem dos 9,80% para 2008, conseguindo-se reduzir aquela percentagem para os 8,82%. É de referir que já em 2009, foi feita consulta a três empresas prestadoras de serviços de lavandaria, da qual a responsável pelos serviços, concluiu, através da análise das propostas de orçamentos, pela manutenção do contrato com o SUCH "(...) na medida em que o preço praticado é bastante mais favorável ao Centro Hospitalar do Médio Tejo".

O que foi referido anteriormente pode ser extravasado para a generalidade da contratação de bens e serviços do CHMT, por se ter verificado uma significativa evolução nos processos desta natureza, não só quanto ao maior rigor jurídico como também no que concerne às boas práticas de gestão que têm vindo a ser adoptadas.

12.2.1.5. Outros Custos Operacionais

Na rubrica outros custos operacionais estão contabilizados, entre outros, os custos com a taxa paga à Entidade Reguladora da Saúde (ERS)¹¹⁷, € 28.650, em 2006, e € 14.325, em 2007 e 2008.

Destacam-se as quotas de associado pagas ao Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), no valor de € 10.000/mês (€ 120.000/ano).

Na qualidade de associado, o CHMT beneficia de descontos no valor das aquisições que efectua ao SUCH¹¹⁸, tendo-se verificado o efectivo abate, às facturas emitidas pelo SUCH, da quota paga pelo Centro Hospitalar.

O SUCH não faz incidir IVA sobre as quotas pagas pelos seus associados. O referido desconto, nas facturas emitidas, de uma quota que não foi objecto de tributação, implicando a diminuição da base tributável das prestações de serviços ou transmissões de bens, não isentas, origina a diminuição do imposto a pagar pela entidade e pelo SUCH.

Em sede de contraditório, a Presidente do CA do SUCH afirma que *"...o SUCH entende que a posição fiscal uniforme que tem assumido historicamente no que se refere a esta matéria é totalmente enquadrável na alínea b), do n.º 6, do artigo 16.º do Código do IVA conforme o acima referido entendimento da Administração Fiscal..."* e que *"...a sua actuação nesta matéria foi sempre realizada no estrito e absoluto cumprimento da lei fiscal e da doutrina administrativa aplicáveis ao caso"*.

¹¹⁶ Contrato n.º 1524/01/2004, assinado a 1 de Agosto, com início a 1 de Março até 31 de Dezembro de 2004.

¹¹⁷ Cf. Portaria n.º 38/2006, de 6 de Janeiro.

¹¹⁸ Cf. artigo 5º do regime da quotização e benefícios dos associados.



O Tribunal de Contas considera que o detalhe disponível sobre a situação sobre a qual se pronunciou a Administração Fiscal não é suficiente para concluir pela sua semelhança material à presente situação.

Uma vez que a decisão sobre a situação em apreço não se enquadra nas competências materiais essenciais do Tribunal de Contas (cf. art. 5º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto), desta será dado conhecimento à Direcção-Geral dos Impostos, para os efeitos tidos por convenientes.

12.2.1.6. Custos e Perdas Financeiras

Os custos e perdas financeiras têm aumentado ao longo do triénio (44,1% entre 2006 e 2007 e 528% entre 2007 e 2008), decompondo-se nas seguintes rubricas.

Quadro XXV – Decomposição dos Custos e Perdas Financeiras

Rubrica	Unid.: euros								
	2006		2007		2008		Δ%	Δ%	Δ%
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	06/07	07/08	06/08
Juros Suportados	2.523	59,62%	2.915	47,82%	7.095	18,53%	15,6%	143,4%	181,2%
Serviços Bancários	1.709	40,38%	3.181	52,18%	31.190	81,47%	86,1%	880,5%	1725,0%
Total	4.232	100,0%	6.096	100,0%	38.285	100,0%	44,1%	528,0%	804,7%

Fonte: Balançetes finais de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Como se pode observar, o aumento verificado resulta, em parte, do crescimento dos juros suportados pelo atrasos nos pagamentos a fornecedores, embora a maior parte da variação seja explicada pelos custos bancários suportados em 2008, fruto da estimativa de juros a pagar ao FASPSNS, no montante de € 28.003,18, como compensação do empréstimo recebido.

12.2.1.7. Custos e Perdas Extraordinárias

Os custos e perdas extraordinárias registaram uma diminuição de 82,5%, em 2008 (passando de € 3.447.887, em 2007, para € 604.771, em 2008), resultante, em grande parte, do facto de, em 2007, ter sido reconhecido um custo extraordinário com a correcção parcial da componente variável da verba de convergência (€ 2.826.180,91)¹¹⁹.

Nesta rubrica destacam-se, de entre outros, os custos que o CHMT assumiu, em 2008, com dívidas incobráveis no valor de € 40.398¹²⁰, as perdas em existências no valor de € 62.570¹²¹, as correcções relativas a exercícios anteriores no total de € 497.297, entre os quais se destaca o reconhecimento de perdas relativas à correcção da facturação de 2007 a entidades que não integram o SNS, no valor de € 208.461.

12.2.2. Proveitos e Ganhos

Apresenta-se no quadro seguinte a estrutura dos proveitos e ganhos do CHMT, relativa ao triénio 2006-2008.

¹¹⁹ Que havia sido contabilizada em Acréscimos de Proveitos em 2006. Este acréscimo de proveitos, que se veio a revelar demasiado optimista, foi alvo de reserva por parte do Fiscal Único, na certificação legal das contas de 2006. Em 2007 e 2008 não se verificou esta situação.

¹²⁰ Devidamente autorizadas pelo CA, na sequência de informações elaboradas pelos serviços. O CHMT constitui, anualmente, provisões para dívidas a receber de cobrança duvidosa.

¹²¹ Devidamente autorizadas pelo CA, cf. ponto 12.1.2.

Quadro XXVI – Proveitos e Ganhos

Proveitos e Ganhos	2006		2007		2008		Unid.: euros		
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Δ% 06/07	Δ% 07/08	Δ% 06/08
Vendas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-	-	-
Prestações de Serviços	76.034.782	93,5%	78.578.680	94,2%	80.763.965	95,2%	3,3%	2,8%	6,2%
Proveitos Suplementares	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-	-	-
Subsídios à exploração	89.206	0,1%	11.194	0,0%	0	0,0%	-87,5%	-100,0%	-100,0%
Outros Proveitos e Ganhos Operacionais	1.876.004	2,3%	1.289.319	1,5%	2.240.367	2,6%	-31,3%	73,8%	19,4%
Total de Proveitos Operacionais	78.001.997	95,9%	79.881.200	95,8%	83.006.340	97,9%	2,4%	3,9%	6,4%
Proveitos e Ganhos Financeiros	349.634	0,4%	389.899	0,5%	416.536	0,5%	11,5%	6,8%	19,1%
Proveitos e Ganhos Extraordinários	3.002.195	3,7%	3.122.192	3,7%	1.387.870	1,6%	4,0%	-55,5%	-53,8%
Total de Proveitos e Ganhos	81.353.826	100,0%	83.393.291	100,0%	84.810.745	100,0%	3%	2%	4%

Fonte: Relatórios e Contas de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Da sua análise, verifica-se que são os proveitos provenientes dos cuidados de saúde prestados (prestações de serviços) que têm maior peso, representando cerca de 95% do total dos proveitos em 2008.

O exercício de 2008 traduziu-se num aumento dos proveitos e ganhos em 2% face ao ano anterior e em 4% face ao exercício de 2006.

Na facturação proveniente das prestações de serviços o Centro Hospitalar conseguiu, em 2008, um acréscimo de 2,8% face ao ano anterior e de 6,2% face a 2006, destacando-se o peso do Internamento no total destas prestações.

É ainda de destacar a rubrica de Outras Prestações de Serviços de Saúde, na qual se inclui o valor de convergência.

Quadro XXVII – Prestação de Serviços

Rubrica	Unid.: euros		
	2006	2007	2008
Internamento	29.876.478	33.155.486	32.654.819
Consulta	9.750.565	10.095.348	11.474.121
Urgência / SAP	12.380.779	13.913.057	13.169.559
Hospital de Dia	3.096.195	2.126.696	722.108
MCDT	1.823.379	1.419.451	1.776.628
Taxas Moderadoras	823.277	1.072.848	1.118.345
Outras Prestações de Serviços de Saúde*	16.575.300	16.188.403	19.295.603
Outras Prestações de Serviços	1.708.809	607.391	552.781
Total de Prestações de Serviços	76.034.782	78.578.680	80.763.965

Fonte: Balancetes de 2006, 2007 e 2008 do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

* Em 2006 - valor de convergência. Em 2007 e 2008 incluem ainda o ambulatório e os programas verticais do MS.

Esta verba atribuída ao CHMT, prevista no contrato-programa, deveria ter sido registada na conta de subsídios à exploração, uma vez que a mesma não é contrapartida directa da produção realizada, mas uma compensação ao Centro Hospitalar pelas suas eventuais ineficiências no contexto do SNS.

Os **outros proveitos e ganhos operacionais** são compostos fundamentalmente pelos reembolsos facturados pelo Centro Hospitalar às entidades responsáveis pelo custo (ARS e ACSS) na sequência da cedência de medicamentos nas farmácias hospitalares do CHMT.

Na rubrica outros proveitos foram ainda incluídos os valores das rendas¹²² provenientes de contratos de cessão de exploração de estabelecimentos comerciais (bares e bazares) e alguns protocolos que prevêem a utilização de espaços das unidades do Centro Hospitalar. Na unidade Hospitalar de Torres Novas, a dependência bancária – BES, que, outrora, ali tinha sido instalada, encontra-se agora desactivada.

Observou que, tendo em conta a respectiva renovação, todos os contratos ultrapassaram, alguns em larga medida, o limite do período de vigência fixado.

¹²² Cf. anexo IX.

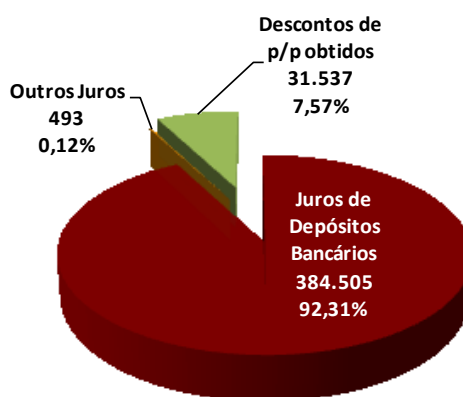


Cinco dos contratos analisados não prevêem qualquer forma de actualização das rendas, embora alguns tenham sido objecto de renovação anual. Três contratos prevêem expressamente a actualização anual dos valores pagos, não tendo no entanto essa actualização sido feita.

Não foram apresentados estudos que estivessem na base da fixação dos valores das rendas, contrariando os princípios da boa gestão dos recursos públicos, designadamente quanto à correcta valorização dos activos cedidos para exploração.

Os **proveitos e ganhos financeiros** do CHMT ascenderam, em 2008, a € 416.536, e tiveram as seguintes origens:

Gráfico X – Proveitos e Ganhos Financeiros



Fonte: Balancete de 2008 do CHMT.

A maior percentagem de proveitos financeiros (92,3%) consiste em juros resultantes de depósitos bancários, seguindo-se os descontos de pronto pagamento efectuados por fornecedores (7,6%), representando os outros juros apenas 0,12% do total.

Os juros de depósitos bancários correspondem em 99,3% (€ 381.918,49) às aplicações financeiras efectuadas pelo Centro Hospitalar em certificados especiais de dívida de curto prazo (CEDIC) junto do IGCP. Os restantes 0,7% (€ 2.586,99) são remunerações da conta à ordem que o CHMT mantém junto do BES.

12.3. Demonstração dos Fluxos de Caixa

Para um melhor conhecimento da evolução financeira, o CHMT elaborou a demonstração dos fluxos de caixa, apresentada pelo método directo, em consonância com a Directriz Contabilística n.º14 que classifica os fluxos de caixa de acordo com os três ciclos da actividade da entidade (operacional, investimento e financiamento).

Em seguida apresenta-se a mesma demonstração financeira elaborada pelo método indirecto:



Quadro XXVIII – Demonstração dos Fluxos de Caixa – método indirecto

	(em euros)
Actividades Operacionais	
Resultado Líquido do Exercício	-13.865.680
Ajustamentos:	
Amortizações	3.572.297
Provisões	253.543
Resultados financeiros	378.251
Aumento das dívidas de terceiros	1.808.324
Diminuição das existências	262.413
Diminuição das dívidas a terceiros	13.987.549
Diminuição dos proveitos diferidos	265.706
Diminuição dos acréscimos de proveitos	2.174.032
Aumento dos custos diferidos	10.909
Aumento dos acréscimos de custos	518.259
Fluxo das Actividades Operacionais [1]	-23.535.876
Actividades de investimento:	
Recebimentos provenientes de:	
Juros e proveitos similares	416.536
	416.536
Pagamentos respeitantes a:	
Imobilizações corpóreas	2.336.302
	2.336.302
Fluxos das actividades de investimento [2]	-1.919.766
Actividades de financiamento:	
Recebimentos provenientes de:	
Empréstimos obtidos	27.414.357
Subsídios e doações	231.753
	27.646.111
Pagamentos respeitantes a:	
Juros e custos similares	38.285
	38.285
Fluxos das actividades de financiamento [3]	27.607.826
Variação de caixa e seus equivalentes [4] = [1] + [2] + [3]	2.152.184
Caixa e seus equivalentes no início do período	11.131.153
Caixa e seus equivalentes no fim do período	13.283.337

Fonte: Demonstrações Financeiras de 2008 do CHMT, EPE

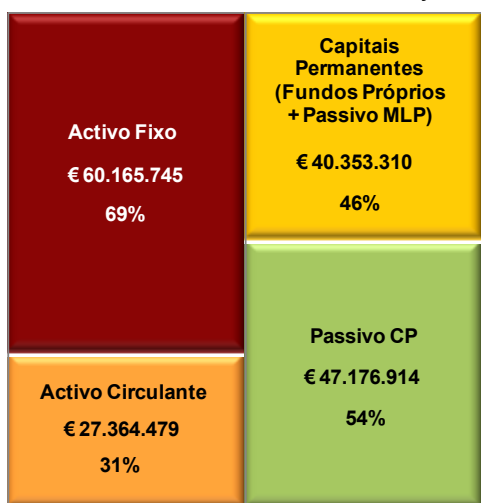
Da sua análise, verificou-se uma variação positiva de caixa, em 2008, de € 2.152.184. Para estes resultados contribuíram, fundamentalmente, os recursos obtidos pelas actividades de financiamento (€ 27.607.826), nomeadamente pelo recebimento relativo à participação do CHMT, EPE, no FASPSNS, e os fluxos negativos da actividade operacional, que em 2008 ascenderam a € -23.535.876.

12.4. Análise do Equilíbrio Financeiro

A posição financeira do Centro Hospitalar agrupada e classificada pelos activos, passivos e fundo patrimonial, apurada em 31 de Dezembro de 2008, é a que se apresenta na figura seguinte:



Gráfico XI – Estrutura do Balanço



Verifica-se que os Capitais Permanentes, apesar da diminuição verificada no triénio, pelo acumular de resultados líquidos negativos, representam ainda 46%¹²³ do total das origens de fundos.

Os activos fixos encontram-se financiados em 23% por passivos de curto prazo, o que evidencia um desequilíbrio na situação financeira do Centro Hospitalar¹²⁴.

O quadro seguinte apresenta alguns indicadores de equilíbrio financeiro e liquidez, ao longo do triénio, e a sua comparação com os apurados para a globalidade dos hospitais do SNS.

Quadro XXIX – Indicadores

Ano	2006	2007	2008	Média Hospitais, EPE 2008 (a)
<i>Indicadores de equilíbrio financeiro</i>				
Autonomia Financeira	0,67	0,57	0,41	0,34
Solvabilidade	2,04	1,30	0,69	0,52
Endividamento	0,33	0,43	0,59	0,66
Fundo de Maneio	€ 4.145.819	-€ 7.647.196	-€ 19.812.435	
<i>Indicadores de liquidez</i>				
Liquidez Geral	1,13	0,80	0,58	1,03
Liquidez Reduzida	1,08	0,76	0,56	-

Fonte: Elaboração própria com base na informação financeira do CHMT.

(a) Relatório da Auditoria à Situação Económico-Financeira do SNS 2008 (Tribunal de Contas).

Nota: Apenas em 2008 o CHMT distinguiu nas demonstrações financeiras as dívidas a terceiros de curto e médio e longo prazo, pelo que os indicadores de Fundo de Maneio e de Liquidez 2008 não são directamente comparáveis com os anos anteriores.

O rácio de solvabilidade¹²⁵ demonstra a decrescente capacidade financeira do Centro Hospitalar em satisfazer os seus compromissos, apesar de se manter, em 2008, superior à média verificada para os hospitais, EPE.

A diminuição do indicador de autonomia financeira¹²⁶, em 2008, é consequência do aumento das dívidas a terceiros de curto prazo, mantendo-se também, neste caso, ainda superior à média verificada nos hospitais, EPE.

¹²³ Fundos Próprios (€ 35.658.090) + Dívidas a terceiros médio e longo prazo (€ 4.409.715).

¹²⁴ Através do Despacho n.º 22453/2009, publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 197, de 12 de Outubro, foi aumentado o capital estatutário do CHMT, em € 3.924.419, o que permitirá, em 2009, conter parcialmente a acentuada diminuição dos Fundos Próprios do Centro Hospitalar.

¹²⁵ Avalia a capacidade da entidade para solver as responsabilidades assumidas a médio, longo e curto prazos (Capitais Próprios / Passivo).

¹²⁶ Traduz a capacidade da entidade financiar o activo através dos capitais próprios sem ter de recorrer a empréstimos (Capitais Próprios / Activo Líquido).



Os indicadores de liquidez geral¹²⁷ e reduzida¹²⁸ são reveladores da falta de capacidade do Centro Hospitalar, nos anos de 2007 e 2008, em honrar as suas obrigações de curto prazo através da realização dos seus direitos de curto prazo. O indicador de liquidez geral é bastante inferior ao verificado, em 2008, para a média dos hospitais, EPE.

Para que uma entidade tenha uma estrutura financeira equilibrada é necessário que o montante dos capitais circulantes seja pelo menos igual ao exigível a curto prazo (os valores que se irão transformar em disponibilidades devem ser pelo menos iguais aos valores que se vão tornar exigíveis). Mas, em termos práticos não basta a igualdade entre esses montantes, é necessário que os capitais circulantes excedam em valor o exigível a curto prazo. Assim, pode-se considerar que para obter uma estrutura financeira equilibrada é necessário ter um fundo de maneo suficiente para poder pagar o que lhe é exigível.

Verifica-se que os montantes de fundo de maneo¹²⁹, € 4.145.819 em 2006, € -7.647.196 em 2007 e € -19.812.435 em 2008, indicam que o CHMT, a partir de 2007, não estaria em condições de liquidar a sua dívida exigível a curto prazo, com recurso aos activos com o mesmo grau de exigibilidade, nomeadamente às dívidas de clientes e aos outros devedores de curto prazo.

Para completar a análise do equilíbrio financeiro foram calculados os indicadores da rendibilidade dos capitais próprios¹³⁰ e o grau de alavanca financeira¹³¹.

Quadro XXX – Rendibilidade dos Capitais Próprios e Alavanca financeira

			Unid.: Euros
Indicadores	2006	2007	2008
Capitais Próprios	64.406.160	49.292.017	35.658.090
Activo Líquido	96.017.970	87.199.284	87.530.223
Resultados Operacionais	-15.873.323	-15.239.921	-15.005.509
Encargos Financeiros	4.232	6.096	38.285
Resultados Correntes	-15.527.921	-14.856.119	-14.627.258
Resultado Líquido do Exercício	-14.302.761	-15.195.920	-13.865.680
Redibilidade dos Capitais Próprios	-22%	-31%	-39%
Grau de Alavanca Financeira	1,02	1,03	1,03

Fonte: Elaboração própria com base na informação financeira do CHMT.

Verifica-se que ao longo destes três anos diminuiu a rendibilidade dos capitais próprios, tendo-se mantido constante o risco financeiro, tendo aumentado substancialmente o risco de eventual insolvência.

12.5. Fiabilidade das Demonstrações Financeiras

Analisaram-se as demonstrações financeiras e outros documentos de prestação de contas (reconciliações bancárias, balancetes analíticos, registos contabilísticos e respectivos documentos de suporte), de acordo com os métodos de auditoria geralmente aceites, nomeadamente os constantes do Manual de Auditoria e de Procedimentos do Tribunal de Contas e das normas da INTOSAI, os quais incluem a verificação, por amostragem, da evidência comprovativa dos valores e informações constantes dos documentos de prestação de contas.

¹²⁷ Revela a capacidade que a entidade tem de solver as suas obrigações correntes (Activo Circulante / Passivo Circulante).

¹²⁸ Revela a capacidade que a entidade tem de solver as suas obrigações correntes sem recurso às existências ((Activo Circulante - Existências) / Passivo Circulante).

¹²⁹ Fundo de Maneio (Activo Circulante – Passivo Circulante)

¹³⁰ Resultado líquido / Capital Próprio

¹³¹ Resultados Operacionais / Resultados Correntes



Verificou-se, ainda, que o CHMT elaborou e remeteu ao Tribunal de Contas os documentos de prestação de contas a que está legalmente obrigado.

Tendo em conta as verificações efectuadas, o juízo do Tribunal de Contas no que concerne à legalidade e regularidade das operações examinadas e à consistência, integralidade e fiabilidade das contas e demonstrações financeiras do exercício de 2008, é favorável, com as seguintes reservas:

- Ausência de registo contabilístico, no valor de € 601.863,62, referente à dívida de terceiros de taxas moderadoras;
- Subavaliação do Activo e dos Capitais próprios pela ausência de registo do valor patrimonial do terreno onde se encontra instalada a unidade hospitalar de Torres Novas;
- Subavaliação das existências finais pela ausência de valorização dos stocks existentes nos serviços;
- Subavaliação dos custos e do Passivo por não terem sido constituídas provisões para os encargos prováveis com as responsabilidades do CHMT com o complemento de aposentações e de pensões de sobrevivência, no cumprimento do princípio da prudência definido no POCMS, avaliados no final de 2006 em cerca de € 10,8 milhões.

IV – Eventuais Infracções Financeiras

Considerando que da apreciação das alegações apresentadas pelo Conselho de Administração, no âmbito do exercício do contraditório, resulta a demonstração do acolhimento e implementação de todas as recomendações constantes do Relatório de auditoria, as medidas entretanto já tomadas, e que as eventuais infracções financeiras sancionatórias, referidas nos pontos 12.1.3, 12.2.1.2 e 12.2.1.3, teriam sido praticadas a título de negligência por parte dos responsáveis e que os mesmos ainda não tinham sido objecto de quaisquer recomendações, neste âmbito, por parte do Tribunal de Contas ou de outros órgãos de controlo interno, encontram-se reunidos os pressupostos para a relevação dessas eventuais responsabilidades financeiras sancionatórias, nos termos do disposto no artigo 65º, n.º 8, da Lei n.º 98/97, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, e pela Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto, por se verificarem todos os requisitos previstos nas suas alíneas.

V – Vista ao Ministério Público

Do Projecto de Relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do n.º 5 do artigo 29º da Lei n.º 98/97, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

VI – Emolumentos

Nos termos dos artigos 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º, n.º 1, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril, e em conformidade com a Nota de Emolumentos apresentada no Anexo X do Volume III, são devidos, pelo Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, emolumentos no montante € 17 164,00.



VII – Determinações Finais

É aprovado o presente Relatório, nos termos da al. a) do n.º 2 do art. 78.º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Propõe-se que o presente Relatório, volumes I, II e III, seja remetido às seguintes entidades:

- Ministra da Saúde;
- Ministro de Estado e das Finanças;
- Presidente da Comissão Parlamentar da Saúde;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE;
- Presidente do Conselho de Administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais;
- Todos os responsáveis individuais identificados no Relatório;
- Direcção-Geral dos Impostos (para os efeitos constantes do ponto 12.2.1.5).

Após a entrega do Relatório às entidades supra-referidas, poderá o mesmo, juntamente com os anexos, ser colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e ser divulgado no site do Tribunal.

Expressa-se aos responsáveis, dirigentes e funcionários do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, que contactaram com a equipa de auditoria o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta acção.

As entidades destinatárias das recomendações deverão, no prazo de seis meses, após a recepção deste Relatório, comunicar ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respectivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.

Um exemplar do presente Relatório deverá ser remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29.º, n.º 4, e 54.º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.



Tribunal de Contas

Tribunal de Contas, em 4 de Fevereiro de 2010.

O Juiz Conselheiro Relator



(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juízes Conselheiros Adjuntos

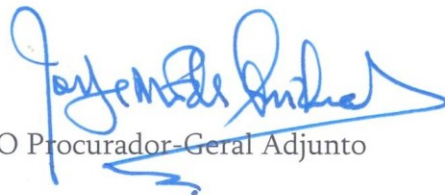


(José Manuel Monteiro da Silva)



(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

Fui presente



O Procurador-Geral Adjunto



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.



Processo n.º 31/09 - Audit

Relatório n.º 5/10 - 2ª S

Volume II - Alegações

CAPA Em cima: Detalhe da tapeçaria "O Contador" de Almada Negreiros, exposta no átrio do edifício-sede do Tribunal de Contas
Em baixo: Fotografias das três unidades hospitalares que compõem o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, publicadas no respectivo sítio oficial da Internet.



VOLUME II

ÍNDICE DAS ALEGAÇÕES

1.	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA) DO CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, EPE	5
2.	VOGAL DO CA DO CHMT, EPE.....	35
3.	VOGAL DO CA DO CHMT, EPE.....	37
4.	DIRECTOR-CLÍNICO DO CA DO CHMT, EPE - 2008	39
5.	VOGAL DO CA DO CHMT, EPE.....	41
6.	ENFERMEIRA-DIRECTORA DO CA DO CHMT, EPE.....	55
7.	PRESIDENTE DO CA DO CHMT, EPE	57
8.	ENFERMEIRA-DIRECTORA DO CA DO CHMT, EPE – 01/01/2007 A 11/10/2007.....	59
9.	DIRECTORA-CLÍNICA DO CA DO CHMT, EPE – 01/01/2007 A 11/10/2007	67
10.	VOGAL DO CA DO CHMT, EPE – 01/01/2007 A 31/07/2007.....	75
11.	VOGAL DO CA DO CHMT, EPE – 01/01/2007 A 11/10/2007.....	83
12.	PRESIDENTE DO CA DO CHMT, EPE – 01/01/2007 A 11/10/2007	91
13.	SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS	99
14.	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE	103
15.	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP.....	107
16.	DIRECÇÃO-GERAL DO TESOURO E FINANÇAS.....	109
17.	MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS	111
18.	MINISTRA DA SAÚDE	113

[Handwritten signature]

1. Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE



[Handwritten signatures and stamps]
TRIBUNAL DE CONTAS
DIREÇÃO GERAL
DA VI
2007
21
2007
21
2007
21

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

Registado c/ AR

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Alegações do Conselho de Administração

V/ Referência: Processo n.º 31/09-Audit

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Pessoa Colectiva n.º 506.361.608, sedado na Avenida Xanana Gusmão, Apartado 45, em Torres Novas, notificado que foi do teor do Relatório de Auditoria Financeira *supra* melhor identificado, vem, nos termos e para os efeitos do art. 13º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, que aprova a Organização e Processo do Tribunal de contas, exercer o seu direito ao contraditório, apresentando as suas

ALEGAÇÕES

O que faz nos termos e com os seguintes fundamentos:

I – INTRODUÇÃO

1. O Conselho de Administração começa por manifestar o seu agradecimento a esse douto Tribunal de Contas pela Auditoria *supra* identificada realizada ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT), atenta a abordagem clara e sistemática da maioria das questões auditadas, a qual permitiu a este Conselho de Administração ter um quadro de referência sobre as práticas de gestão que estão a ser desenvolvidas de forma correcta e também sobre aquelas que merecem maior atenção e, eventualmente, a tomada de medidas correctivas.

2. O Conselho de Administração, após apreciar pormenorizadamente o Relatório de Auditoria acima identificado, entende declarar que acolhe todas as recomendações dele constantes e que irá empenhar-se na sua implementação tão rapidamente quanto possível.

3. Importará aliás desde já frisar, independentemente da análise casuística e detalhada que se seguirá sobre os vários pontos do Relatório de Auditoria, que muitas das situações incorrectas ou insuficientemente controladas à data da Auditoria, foram já objecto de correcção, podendo já este Conselho de Administração afirmar que a realidade presente é distinta daquela que existia à data da auditoria.

4. Apraz-nos registar que o Relatório de Auditoria em referência é, globalmente muito positivo, evidenciando não só aspectos a melhorar mas também aspectos positivos identificados, como por exemplo a actividade do Gabinete da Qualidade, a Auditoria Interna e o procedimento de Investimento, entre outros.

5. Finalmente, demonstrar-se-á nas presentes alegações, a injustiça e inadequação de algumas apreciações que são feitas no referenciado Relatório, cientes de que desse modo serão retiradas aos membros deste Conselho de Administração as acusações ali consignadas, designadamente as respeitantes à alegada prática de infracções financeiras.

II – ALEGAÇÕES AO RELATÓRIO DE AUDITORIA

II.1. Sobre as Eventuais Infracções Financeiras (Anexo 2 do Relatório de Auditoria 31/09)

II. 1.1 Da não contabilização da dívida resultante do não pagamento das taxas moderadoras apurada através das Notas de Débito (Ponto 11.1.3 do Relatório de Auditoria)

No duto Relatório em referência refere-se que «*Não se encontra contabilizada a dívida resultante do não pagamento das taxas moderadoras apurada através das notas de débito*», e que tal viola o disposto no art. 26º, n.º 2 do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e ainda a alínea g) do ponto 3.2 do Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP), constante da Portaria n.º 898/2000, de 28/09, que consagra o princípio contabilístico da materialidade.

Ora, quanto a esta questão, entende desde logo o Conselho de Administração que não se verifica qualquer violação do disposto no art. 26º, n.º 2 do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, pois o texto do citado artigo refere-se expressa e explicitamente apenas às taxas moderadoras cobradas,

as quais devem, nos termos do mesmo, estar reflectidas no orçamento ou balancete das instituições prestadoras de cuidados de saúde, o que, no caso do CHMT, E.P.E., se verifica cumprido.

Senão vejamos a letra e teor do citado dispositivo legal:

«Artigo 26º

Cobrança e destino do preço dos cuidados de saúde

1 – *A cobrança do preço dos serviços prestados e das taxas moderadoras cabe às instituições e aos serviços que prestam cuidados de saúde ou às administrações regionais de saúde.*

2 – ***As quantias cobradas¹ constituem receita própria das instituições prestadoras dos cuidados e são inscritas nos orçamentos ou balancetes respectivos.***»

Assim, e tendo em conta que as taxas moderadoras cobradas pelo CHMT, E.P.E. se encontram, adequadamente, inscritas quer no orçamento quer no balancete deste Centro Hospitalar, é nosso melhor entendimento de que aquela norma não foi violada.

Quanto ao não cumprimento integral do princípio contabilístico da materialidade, tal deve-se essencialmente a duas ordens de razão, que se passam a explicitar:

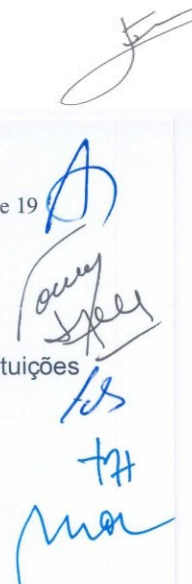
Conforme se refere no Relatório de Auditoria o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT) utiliza o sistema informático SONHO para o registo de todos os cuidados de saúde prestados aos seus utentes e para a consequente emissão de facturas às entidades públicas ou privadas responsáveis pelo pagamento desses serviços.

Julga, de resto, este Centro Hospitalar, ser esta aplicação informática (SONHO) a mesma que a ACSS disponibiliza para todos os hospitais.

Ora, esta aplicação informática só emite, automaticamente, facturas sobre as taxas moderadoras cobradas.

Quando esta taxa moderadora não é paga pelo utente, é emitida uma nota de débito que fica registada neste sistema SONHO, não sendo integrada de forma automática no sistema informático da contabilidade, como de resto, se reconhece no Relatório de Auditoria².

¹ **Negrito e sublinhado nosso.**



Sendo ainda certo que este documento emitido pelo sistema SONHO, muito embora designado de “nota de débito”, o mesmo não cumpre os requisitos enunciados no art.º 36.º, n.º 5 do Código do IVA e, como tal, não pode ser considerado como titulando uma dívida.

Assim, a primeira ordem de razões para o incumprimento do supra referido princípio contabilístico da materialidade reside em circunstâncias de ordem logística, técnica ou operacional, dado que a dita aplicação informática SONHO não permite a integração automática na contabilidade das notas de débito emitidas, obrigando a procedimentos adicionais extra-contabilísticos para assegurar o procedimento desejado pelo Tribunal de Contas.

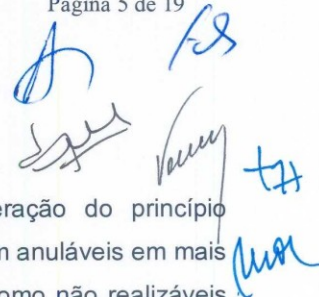
Contudo, cumpre ainda referir que a razão fundamental para este procedimento de não contabilização das taxas moderadoras não cobradas, é de outra natureza.

Com efeito, das listas obtidas do sistema SONHO dos utentes que não pagaram a taxa moderadora, que somam €. 601.863,62 para o conjunto dos últimos seis anos, conforme os próprios Senhores Auditores do Tribunal de Contas constataram no ponto 11.1.3 do Relatório, verifica-se que a taxa de recuperação das importâncias em dívida por parte desses utentes ronda os 15%, e isto não obstante os esforços sistemáticos de tentativa de cobrança destas importâncias por parte serviços do CHMT, apresentando-se o quadro evolutivo evidenciando as cobranças efectuadas referentes ao período de 26 de Janeiro a 15 de Dezembro de 2009 – **Vide Anexo I** do presente documento.

Assim sendo, e admitindo uma taxa de incobabilidade de 85% nestas taxas, teríamos de concluir que, caso fosse adoptado o procedimento de registo contabilístico desta dívida dos utentes resultante do não pagamento de taxas moderadoras, tal implicaria:

- A criação de contas de balanço, representando créditos sobre milhares de utentes, com um valor médio de €. 7,00;
- A anulação de forma continuada de grande parte dessas taxas, registadas contabilisticamente como valores a receber, ora por virtude de ser apresentada prova de isenção pelo utente ora da respectiva incobabilidade, com toda a carga administrativa que daí iria resultar;
- A criação de provisões adicionais para fazer face aos riscos de cobrança associados às dívidas a receber e reconhecidas em balanço que não iriam corresponder a recebimentos futuros;

² Vide 2º parágrafo da página 59 e Nota de Rodapé n.º 2 da página 17 do Relatório que se passa a citar: «O Sistema de Informação de Gestão de Doentes (SONHO), não permite a integração automática das notas de



O critério adoptado por este Centro Hospitalar decorre, pois, da consideração do princípio contabilístico da prudência, procurando não contabilizar proveitos que se mostram anuláveis em mais de 85% e de não criar activos que, na realidade, teriam de ser considerados como não realizáveis (isto é, ajustados para menos) em cerca de, pelo menos, 85%, com a conseqüente simplificação administrativa que daí também decorre.

Reiterando-se que a adopção deste critério em nada afecta os procedimentos adoptados por este Centro Hospitalar visando a cobrança dos valores devidos a este título, incluindo o recurso à via contenciosa, quando tal se justifica, não reflectindo uma atitude negligente.

Refere-se inclusivamente no Relatório em referência, a folhas 13 e 47 do mesmo, que: «O CHMT tem desenvolvido acções de controlo e cobrança das taxas moderadoras em dívida através do Departamento de Gestão de Doentes e da gestão de processos em contencioso.».

Sublinhando também a folhas 13 que: «O Centro Hospitalar tem desenvolvido esforços para um maior controlo no desenvolvimento do processo de codificação, no sentido de diminuir o tempo gasto com o mesmo, para que a emissão da facturação e a correspondente arrecadação da receita própria seja mais célere.»

De salientar igualmente que o procedimento de reconhecer contabilisticamente as taxas moderadoras apenas no momento da respectiva cobrança é praticado em outras unidades de saúde, também com a natureza jurídica de EPE, que usam a mesma aplicação informática "SONHO", pelas mesmas razões que foram aqui invocadas, ou seja, pelo factor de erro que podem introduzir na contabilidade, na medida em que daí decorre antecipação e sobreestimação de resultados não realizáveis em cerca de 85%, e ainda pela eventualidade de os custos do procedimento aconselhado de contabilização destas taxas não cobradas ultrapassarem o seu benefício.

Não obstante tudo quanto aqui se deixou dito o CHMT está a procurar activamente uma solução para a deficiência informática supra assinalada, tendo para o efeito já contactado a ACSS no sentido de solucionar o problema de integração de ficheiros de facturação do programa "SONHO" na aplicação da contabilidade (SIDC), a fim de permitir a contabilização das notas de débito referentes às taxas moderadoras em dívida com efeito nas contas do ano de 2009 e seguintes. – **vide Anexo II** do presente documento, ponderando mesmo o CHMT recorrer a outras entidades com competências

débito no sistema informático da contabilidade.».

informáticas necessárias á superação desta deficiência caso não seja possível obter tal desiderato através da ACSS.

Deve alias fazer-se notar que não é de todo em todo possível recorrer a outra via que não a informática para a resolução desta deficiência, pois que estão em causa € 7,00 / cada, insusceptíveis portanto de tratamento manual por ocasionar custos absolutamente desproporcionados.

Assim, e em face de tudo quanto se expôs e demonstrou nesta sede, dever-se-á concluir que o procedimento acima descrito de não contabilização das taxas moderadoras não pagas, foi adoptado por razões de prudência e de simplificação administrativa.

Não agiram, pois, os administradores do CHMT com culpa, dado não lhes ser censurável a conduta, na medida em que agiram convencidos da respectiva licitude e não visaram causar quaisquer danos ao Centro Hospitalar ou ao Estado, genericamente considerado.

E, não obstante a ausência deste registo contabilístico, realizaram diligências com vista à cobrança efectiva destas taxas moderadoras, pelo que inexistem fundamentos para a pronúncia pela infracção prevista no art. 65º, n.º 1 alínea d) da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Em última análise, mesmo que se entendesse existir culpa, ter-se-ia de concluir, atento tudo quanto acima ficou dito e demonstrado, que a mesma revestiria a forma de negligência, o que sempre conduziria a considerar verificados os pressupostos para a relevação da eventual responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto no artigo 65º, n.º 8 da supra citada Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, por se verificarem todos os requisitos previstos nas suas alíneas, já que até esta data não houve qualquer recomendação anterior do Tribunal de Contas ou de um órgão interno ao CHMT para correcção do procedimento adoptado.

II. 2.1 Da violação do princípio da unicidade da tesouraria do Estado (Ponto 11.1.4 do Relatório de Auditoria)

O Relatório de Auditoria refere que, «Durante o exercício de 2008, o CHMT manteve, para além das contas no Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP (IGCP), duas contas na banca comercial, uma no Banco Espírito Santo (BES) e outra no Banco Comercial Português (BCP)».

Referindo que esta situação poderá configurar uma eventual infracção financeira, por violação do disposto no art. 102º, n.º 5 da Lei n.º 67-A/2007, de 31 de Dezembro (LOE para 2008), susceptível de gerar responsabilidade financeira nos termos do disposto no art. 65º, n.º 1 al. d) e n.º 2 a 5, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

A justificação para a abertura e manutenção destas contas resultou da necessidade de garantir alguns serviços bancários que não eram assegurados, à data, pelo IGCP, nomeadamente:

- a) Recebimentos em terminais de pagamento automático;
- b) Recebimentos através de vale de correio;
- c) Pagamentos de Via Verde;
- d) Pagamentos de rendas de contratos de leasing e renting.

Com efeito, a conta bancária do BCP destinou-se e destina-se exclusivamente a satisfazer um dos elementos do contrato de renting estabelecido com esta entidade, no sentido de as rendas correspondentes serem pagas por débito directo, e a conta bancária existente no BES destina-se a assegurar as outras operações bancárias supra referidas, sendo todos os restantes pagamentos efectuados através das contas detidas no IGCP.

De sublinhar que a disponibilização de pagamentos automáticos, em particular para os utentes, resulta de uma medida de comodidade e de segurança para os utentes e conduz a uma maior eficiência na cobrança das contrapartidas monetárias devidas por aqueles pela prestação dos cuidados de saúde, em particular das taxas moderadoras, já objecto de instruções de implementação da Tutela.

Não obstante, e conforme se refere no Relatório os saldos médios destas contas bancárias são diminutos e os saldos da conta existente no BES são objecto de transferência periódica (sensivelmente duas vezes por mês) dessa conta para a conta detida no IGCP.

Com efeito, lê-se no Relatório de Auditoria que:

«No entanto, os saldos médios destas contas, ao longo do exercício em apreço, foram de apenas € 59.511,12 (BES) e € 91,67 (BCP) e estas representavam em 31 de Dezembro de 2008, cerca de 0,51% do total das disponibilidades e aplicações financeiras do CHMT.» - Página 60 do Relatório.

«Dos testes efectuados na área de disponibilidades verificou-se que o CHMT procede ao controlo dos saldos das contas bancárias, elaborando reconciliações bancárias mensais. Analisadas as reconciliações bancárias de 31 de Dezembro de 2008, confirmou-se que as divergências entre os saldos das contas bancárias e os da contabilidade diziam respeito aos movimentos em trânsito, os quais se encontravam devidamente justificados.»

Acresce que o CHMT tem mantido contactos com os responsáveis dos serviços bancários prestados pelo IGCP no sentido de averiguar da possibilidade de este Instituto assegurar as operações atrás referidas, o que é igualmente referido no Relatório da Auditoria, a folhas 60, assim como o facto de o CHMT ter enviado, no passado dia 30/09/2009, proposta de adesão ao serviço Multibanco e, em 23 de Outubro do mesmo ano, questionado o IGCP no sentido de saber da possibilidade de inclusão dos débitos directos da Via Verde no sistema de Débitos Directos do IGCP, cuja disponibilização havia sido divulgada por este Instituto através de ofício datado de 29/09/2009 – vide nota de rodapé n.º 69 da folha 60 do Relatório.

Não obstante, este Centro Hospitalar entende como válida a conclusão dos Senhores Auditores do Tribunal de Contas e irá de imediato implementar as necessárias alterações promovendo, designadamente:

- a) A obtenção de informação actualizada junto do IGCP com vista a determinar se este Instituto assegura todas as operações bancárias supra referenciadas, subscrevendo as propostas de adesão que necessárias forem para garantir a execução das referidas operações;
- b) O encerramento da conta detida no BCP, o que, aliás, se já equacionara fazer estando-se somente a aguardar que o término do contrato de renting que justificou a respectiva abertura;
- c) O encerramento da conta detida no BES, excepto se ficar demonstrado que o IGCP não assegura alguma das supra referidas funcionalidades bancárias, caso em que serão tomadas as medidas necessárias para que o montante de disponibilidades depositadas nessa conta seja o mínimo possível e, ainda assim, seja objecto de transferência bancária diária para a conta detida por este Centro Hospitalar no IGCP de molde a não por em causa, substantivamente, o princípio da unidade da Tesouraria do Estado – vide **Anexo II.** do presente documento

Assim, e em suma, a manutenção de duas contas na banca comercial deveu-se única e exclusivamente a razões de operacionalidade e, bem assim, de comodidade, segurança e eficiência

de molde a assegurar a cobrança das contrapartidas monetárias dos cuidados e serviços de saúde prestados por este Centro Hospitalar aos seus utentes.

Tal prática não pôs em causa de uma forma deliberada e gravosa o princípio da unidade da tesouraria do Estado, tendo especialmente em conta o supra alegado e ainda ao facto de os saldos médios dessas contas representarem menos de 1% das disponibilidades e aplicações financeiras deste Centro e serem objecto de transferência periódica para as contas detidas no IGCP.

Nem tão pouco prejudicou o CHMT, tendo ao invés contribuído para se assegurar maior eficácia na cobrança de valores devidos ao mesmo, evitando também, por essa via, o risco de posse de valores monetários líquidos e poupando no pagamento de transporte de valores.

Sendo observável que este Centro tem vindo a diligenciar no sentido de obter informação actualizada por parte do IGCP quanto às funcionalidades bancárias por este asseguradas, contratualizando as mesmas de molde a centralizar neste Instituto as suas contas e operações bancárias.

Assim, e em face de tudo quanto se expôs e demonstrou nesta sede, dever-se-á concluir que o procedimento acima descrito de manutenção de contas na banca comercial, para além das contas detidas no IGCP, foi adoptado por razões de operacionalidade.

Não agiram, pois, os administradores do CHMT com culpa, dado não lhes ser censurável a conduta na medida em que agiram convencidos da respectiva licitude, atenta a impossibilidade fáctica de as acima referidas operações bancárias serem asseguradas pelo IGCP.

Não visaram os mesmos igualmente causar quaisquer danos ao Centro Hospitalar ou ao Estado, genericamente considerado.

E, para mais, realizaram diligências com vista a garantir que os saldos destas contas não fossem elevados e que fossem periodicamente transferidos para a conta detida no IGCP, pelo que inexistem fundamentos para a pronúncia pela infracção prevista no art. 65º, n.º 1 alínea d) da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Mas mesmo que se defendesse a existência de um comportamento culposos, ter-se-ia de concluir, atento tudo quanto acima ficou dito e demonstrado, que a culpa revestiria a forma de negligência, o que sempre conduziria a considerar verificados os pressupostos para a relevação da eventual

responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto no artigo 65º, n.º 8 da supra citada Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, por se verificarem todos os requisitos previstos nas suas alíneas, já que até esta data não houve qualquer recomendação anterior do Tribunal de Contas ou de um órgão interno ao CHMT para correcção do procedimento adoptado.

II. 2.2 – Da concessão de licenças sem vencimento a funcionários com os quais também foram celebrados contratos individuais de trabalho (Ponto 11.2.1.2 do Anexo II do Relatório de Auditoria n.º 31/09)

No ano de 2007 foram, efectivamente, concedidas licenças sem vencimento a alguns funcionários, sendo que com os mesmos foram igualmente celebrados contratos individuais de trabalho.

A concessão de tais licenças sem vencimento e subsequente celebração de contratos individuais de trabalho foram levadas a cabo pelo anterior Conselho de Administração, em funções àquelas datas, só tendo recentemente os membros deste Conselho tomado conhecimento destas situações.

Com efeito, atendendo ao universo extraordinariamente alargado de funcionários deste Centro Hospitalar, os membros do Conselho de Administração têm vindo progressivamente a inteirar-se da situação individual de cada um e a tomar as diligências devidas no âmbito de cada um destes processos.

Não obstante, e porque aceita as considerações formuladas no relatório de auditoria, este Conselho já deliberou proceder a todas as diligências necessárias à cessação das situações de simultaneidade de licença sem vencimento e contrato individual de trabalho de quaisquer funcionários do CHMT, EPE. – **Vide Anexo II** do presente documento.

Quanto às acções promovidas por este Conselho, é verdadeiro que a 14-04-2008, os membros deste Conselho de Administração do CHMT, EPE deliberaram ratificar o pedido de concessão de licença sem vencimento de longa duração da Técnica de Diagnóstico e Terapêutica do Serviço de Patologia Clínica da Unidade de Tomar, Dr.ª Arminda da Purificação Rodrigues Gonçalves, com o número mecanográfico 71843, e bem assim a celebração de contacto individual de trabalho para as funções de Técnica Superior de Saúde – *vide* **Anexo III** do presente documento.



Na sequência do falecimento, em Novembro de 2007, da Técnica Superior de Saúde, Dra. Maria João Lopes P. Reis, o quadro de **patologistas/técnicos superiores de saúde da Unidade de Torres Novas foi reduzido de quatro para três.**

Situação que, conforme comunicação datada de 26-03-2008 da Exma. Sra. Directora do Serviço de Patologia Clínica ao Conselho de Administração, se agravou com a falta por doença, previsivelmente de longa duração, de uma das médicas patologistas clínicas da Unidade de Torres Novas, que **reduziu aquele serviço a um médico patologista clínico e a um técnico superior de saúde – vide Anexo IV** do presente documento.

Segundo aquela Directora «*O movimento diário do Laboratório não é compatível com tão reduzido número de efectivos, os quais por sobrecarga de trabalho poderão dar origem a erros*» – vide **Anexo IV**, vindo de citar.

Como mero referencial, atente-se ao facto de o número de **meios complementares de diagnóstico e de terapêutica realizados internamente em 2008 no CHMT, EPE ter ascendido aos 2.281.108** (o que corresponde a uma média mensal de 6250) – vide **Anexo V** do presente do presente documento.

A rotura daquele Serviço era, portanto, manifesta.

Cabendo aos hospitais EPE a prestação de cuidados de saúde à população, por força do art.º 2º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, desempenham essas mesmas entidades tarefas de **interesse público**, às quais a Constituição da República Portuguesa dá valor supremo a artigos 64º.

Como é público e notório, revela-se mais facilitada a contratação de técnicos de diagnóstico e terapêutica do que de técnicos superiores de saúde.

Pelo que se entendeu que o interesse público aconselhava a concessão de uma licença sem vencimento à profissional de diagnóstico e terapêutica, contratando-a ao abrigo do contrato individual de trabalho com as funções de técnica superior de saúde,

Solução que não implicava um aumento no número de efectivos.

UNIDADE DE ÁBRANTES
Lg. Engº. Biocães
2200-202 Abrantes PORTUGAL
tel.: 241 360 700 fax: 241 363 211
abrantes@chmt.mn-saude.pt

UNIDADE DE TOMAR
Av. Maria de Lourdes Mello e Castro – Apartado 118
2304-909 Tomar PORTUGAL
tel.: 249 320 100 fax: 249 320 122
tomar@chmt.mn-saude.pt

UNIDADE DE TORRES NOVAS
Av. Xanana Gusmão – Apartado 45
2350-754 Torres Novas PORTUGAL
tel.: 249 810 100 fax: 249 810 106
geral@chmt.mn-saude.pt

A contratada reunia, ademais, as condições requeridas para o exercício da profissão, porquanto havia, concluído com sucesso o seu estágio para a carreira de técnica superior de saúde, em Setembro de 2007

Cumpra desde logo referir que, no que concerne às **situações relativas ao ano de 2007**, são as mesmas anteriores ao mandato do actual Conselho de Administração.

É bem certo que compete ao CA assegurar a legalidade financeira de todos os vínculos com o Centro Hospitalar.

O Conselho de Administração, perante a solicitação de vários profissionais, **no ano de 2008**, no sentido da concessão de licenças sem vencimento e a simultânea celebração de contrato individual de trabalho, veio a concluir que tal possibilidade podia não receber acolhimento legal,

Pelo que, **desde a segunda metade do ano de 2008 e até ao presente, não deu lugar, ex novo, a qualquer outra situação semelhante.**

Relativamente às situações que haviam sido criadas pelo CA anterior, atente-se ao disposto no art. 65º, n.º 1, al. I) da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram sequentes, é passível de responsabilidade financeira sancionatória a «*violação de normas legais ou regulamentares relativas à admissão de pessoal*».

Apenas uma interpretação analógica da norma permitiria concluir que esta visa punir igualmente as *omissões* que contribuam para a manutenção de uma situação de ilegalidade ou irregularidade referente à **admissão de pessoal ocorrida previamente.**

Qualquer interpretação no sentido de aplicar a norma àqueles casos em que o órgão de gestão, ainda que não proceda a qualquer admissão, *não processa igualmente a qualquer revogação, resolução ou denúncia* de actos ou contratos, **não encontra qualquer sustentação na letra da lei, sendo de presumir que o legislador consagrou as soluções mais acertadas e soube exprimir o seu pensamento em termos adequados** (art. 9.º, n.º 3 do Cód. Civil).

Pelo que tal interpretação não poderá ser operada, sob pena de violação do disposto no art. 1.º, n.º 3 do Cód. Penal, ex vi do art. 80º, al. c) da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas.

De todo o modo, nunca as situações relativas ao ano de 2007 poderiam ser imputadas aos membros do actual Conselho de Administração a título de **dolo**, porquanto *em momento algum estes configuraram a prática de qualquer ilegalidade ou irregularidade*, não as tendo representado nem com as mesmas se tendo conformado (art. 14º do Cód. Penal).

Também os actuais membros do Conselho de Administração não agiram dolosamente ao omitir qualquer acção de *revogação, resolução ou denúncia* de actos ou contratos relativos à admissão anterior de quaisquer funcionários.

Antes se limitaram os membros daquele CA nos exercícios de 2007 e 2008 a fazer uma aplicação literal do disposto no **art. 17º, n.º 2** do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro nos termos do qual «*Compete ao conselho de administração do hospital E. P. E. o reconhecimento casuístico do interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento.*»

Os membros do CA consideraram que o n.º 2 da norma vinda de citar previa um *regime especial* ao estatuído a artigos 21º e 22º do Estatuto do Sistema Nacional de Saúde.

Essa interpretação – a de que a concessão de tais licenças sem vencimento e o reconhecimento do interesse público a elas subjacente era competência exclusiva dos Conselhos de Administração dos hospitais EPE – terá sido errónea mas, em momento algum, poderá ser considerada dolosa.

A admitir-se qualquer juízo de censura sobre as acções ou omissões praticadas pelos alegados responsáveis, sempre o mesmo teria de ser feito sustentando-se na eventual **negligência** dos membros do Conselho de Administração.

Quando, em meados do ano de 2008, vários profissionais solicitaram o acusado regime de simultaneidade, o Conselho de Administração, em benefício de um princípio de **cautela** quer na gestão do bem público, quer na interpretação jurídica, **deixou de conceder** tais licenças sem vencimento.

Certo é, também, que **nunca aqueles membros foram alvo de qualquer recomendação ou censura** do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão interno do CHMT, EPE,

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'ES', 'TH', and 'Man']

Pelo que sempre haveria lugar à **relevação da responsabilidade financeira**, nos termos do art. 65º, n.º 8, *ex vi* do art. 67º, n.º 3, ambos da LOPTC.

Mais se refira que os factos não se revestem de **gravidade**, visto que determinaram um mero acréscimo no valor das remunerações dos funcionários, que nunca puseram em causa a estabilidade financeira do ente público.

O **montante material** dos valores públicos lesados ou em risco não é significativo,

Sendo a sua **culpa**, a haver alguma, **diminuta** porquanto agiram na convicção de que, ao ratificarem as referidas licenças sem vencimento e contratos individuais de trabalho, o faziam no interesse público e das atribuições cometidas ao Conselho de Administração, na prossecução do direito de acesso à saúde dos seus utentes.

Efectivamente, sempre a mera censura seria suficiente para acautelar eventuais necessidades sancionatórias,

O que o relato da auditoria desde logo conseguiu.

O Conselho de Administração deliberou já proceder a todas as diligências necessárias à cessação das situações de simultaneidade de licença sem vencimento e contrato individual de trabalho de quaisquer funcionários do CHMT, EPE. – vide **Anexo II**. do presente documento

II. 2.3 – Da não reavaliação dos contratos de prestação de serviços em vigor em Novembro de 2008 (Ponto 11.2.1.3 do Anexo II do Relatório de Auditoria)

A 24-03-2008 deliberou o Conselho de Administração solicitar ao Director de Recursos Humanos uma análise exaustiva das situações descritas com vista à definição de uma estratégia de curto e médio prazo de preços, ordenando que fossem *«rastreados os preços praticados em outros hospitais»* - vide **Anexo VI** do presente documento.

Mais deliberou o Conselho de Administração que *«Neste ano [2008], todos os requerimentos que visem actualizações de preços, devem ser tratados caso a caso»*. – vide Anexo VI vindo de citar.

Recorrendo o CHMT a vários prestadores externos, entendeu-se adequado proceder a uma **normalização dos valores de pagamento**,

Por uma questão de justiça e de previsibilidade dos custos.

Tal implicou uma **avaliação, caso a caso, dos preços praticados por cada um dos prestadores**,

Terminando-se o ano de 2008 com a normalização global do pagamento a prestadores de serviços em triagem de urgência a 30 euros e com um número significativo de prestadores de serviços às especialidades a 45 euros – vide Anexo VII do presente documento.

Apenas a 17 de Novembro seria publicado no Diário da República o Despacho n.º 29533/2008, de 7 de Novembro, datando a Circular da ACSS que fixa os valores de referência de 19 de Dezembro.

Se é certo que **nem todos** os contratos preexistentes foram reavaliados, é também certo que durante todo o ano de 2008 **vinha decorrendo uma constante reavaliação das prestações** de serviços contratadas, nomeadamente no sentido de determinar se a sua manutenção era essencial, e se era imprescindível para a continuidade dos serviços um aumento dos valores pagos.

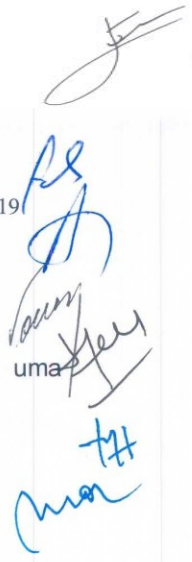
Resultaram dessas **avaliações (reitere-se, anteriores à publicação do referido despacho de S. Ex.ª o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde)** os valores/hora globais de 30 e 45 euros.

Os valores de definidos na Circular da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., servem de **referência** para o mercado e resultam de **avaliações de âmbito nacional** desenvolvidas por daquela Administração.

Contudo, os vários centros hospitalares do país assentam em realidades díspares, para as quais são determinantes a sua **localização, o universo de utentes e a natureza e dimensão das entidades contratadas**.

O CHMT, E.P.E. assenta numa especial especificidade: **é composto por três unidades hospitalares implantadas em municípios distintos**.

Cada um desses municípios tem, por sua vez, especificidades socio-económicas, demográficas e políticas próprias, *maxime* as diferentes políticas económicas e públicas dos diversos órgãos autárquicos.



Pelo que tais valores de referência devem ser apuradamente ponderados pelos órgãos de gestão de cada centro hospitalar, em função do **interesse público do acesso à saúde em cada unidade**.

Em suma: os referenciais da ACSS, IP não podiam ser objectivamente cumpridos, porquanto do equilíbrio da oferta da procura de tais serviços neste Centro Hospitalar, em concreto, não seriam praticáveis.

Pelo que não poderá o CHMT, EPE ser responsabilizado pela prática de valores acima dos **referenciais**.

Tais questões enquadram-se na esfera de discricionariedade dos órgãos de gestão dos centros hospitalares, a quem compete a definição dos modelos mais eficazes de prossecução dos interesses que lhes cumpre acautelar.

Efectivamente, o Centro Hospitalar, paga tais montantes por serem esses os únicos aceites no âmbito de negociação com o mercado.

Em 26-02-2009 (pouco mais de dois meses após a Circular da ACSS, IP.) fez um vogal do Conselho de Administração circular pelos serviços uma nota interna alertando para a necessidade de, previamente a qualquer contratação, se «assegurar ter sido tentada a requisição a outros Hospitais ou organismos do SNS» e «sempre que a contratualização exceda os valores de referência estabelecidos no Ofício Circular de 19 de Dezembro p.p., da ACSS, as respectivas propostas devem evidenciar os fundamentos que lhe sejam subjacentes.» – vide **Anexo VIII** do presente documento.

Note-se igualmente que, embora recentemente, tais contratações **foram objecto de publicação no sítio na Internet do CHMT, EPE**.

Foi **igualmente dado conhecimento à ACSS, IP**, da listagem de prestadores de serviços e dos preços/hora praticados, nunca havendo aquela Administração respondido a este CHMT, EPE.

A aponte-se ainda para o facto do próprio **relato da auditoria**, ora objecto de contraditório, instar o Conselho Directivo da Administração Central dos Serviços de Saúde, IP a «fixar preços de eficiência económica por forma a não induzir o mercado em comportamentos, eventualmente, erróneos, designadamente no que se refere ao preço – valor / hora da prestação de serviços médicos».

Visto que está que os contratos de prestação de serviços foram sendo objecto de reavaliações casuísticas durante o ano de 2008, antes ainda da entrada em vigor do Despacho de S. Ex.^a o Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, nos valores que ao CHMT, EPE foi revelado possível negociar, a admitir-se qualquer juízo de censura sobre as acções ou omissões neste âmbito praticadas pelos alegados responsáveis, sempre o mesmo teria de ser feito sustentando-se na eventual negligência dos membros do Conselho de Administração.

Sendo certo que **nunca aqueles membros foram alvo de qualquer recomendação ou censura do Tribunal de Contas** ou de qualquer órgão interno do CHMT, EPE,

Pelo que sempre haveria lugar à **relevação responsabilidade financeira**, nos termos do art. 65º, n.º 8, ex vi do art. 67º, n.º 3, ambos da LOPTC.

Mais se refira que os factos não se revestem de **gravidade**.

O **montante material** dos valores públicos lesados ou em risco não é significativo.

Sendo a **culpa** dos alegados responsáveis, a haver alguma, **diminuta** porquanto, pese embora não se tenha procedido a um processo formal de reavaliação dos contratos em causa casuisticamente reavaliados em momento anterior, o que revela uma **postura vigilante e activa** do órgão de administração do CHMT, EPE, tendente a minorar o impacto de tais contratações na sustentabilidade financeira do ente público.

Efectivamente, sempre a mera censura seria suficiente para acautelar eventuais necessidades sancionatórias,

O que o relato da auditoria desde logo conseguiu.

O Conselho de Administração deliberou já proceder a suma reavaliação formal de todos os contratos de prestação de serviços – vide Anexo II do presente documento.

III – CONCLUSÕES

Nas alegações *supra* deixou, o CHMT, EPE, patente a sua concordância com algumas das conclusões expostas pelo relato da auditoria.

Considerou o CHMT, EPE bem-vinda a Auditoria do Tribunal de Contas porquanto a avaliação por entidades externas das condutas dos gestores do bem público sempre fornecem preciosos elementos de reflexão interna e configuram alertas de urgência que cumpre sinalizar.

Handwritten notes and signatures:
19
A
Lame
F4
mar

A gestão de um centro hospitalar com a dimensão e especificidades do CHMT, EPE faz impender sobre a sua estrutura organizacional a necessidade de adaptação permanente a metodologias de rigor e racionalidade.

Vem o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE centrando a sua actividade na criação e fomento de gabinetes e serviço de apoio aos seus utentes, assentes numa gestão integrada das suas três unidades hospitalares.

Tal missão envolve a resolução de problemas de ordem técnica, financeira e jurídica, que o Conselho de Administração baliza num quadro de equilíbrio entre o interesse dos utentes e as necessidades de boa gestão dos recursos humanos e financeiros. A ponderação dos custos e benefícios merece no Centro Hospitalar importância capital.

Tem esta entidade desenvolvido mecanismos de controlo interno das contas, antecipando-se a decisões da Tutela e da Administração Central do Sistema de Saúde, IP. A proactividade é assumida como um valor fundamental, visto serem os entes públicos empresariais descentralizados quem mais próximo se encontra das necessidades dos cidadãos e utentes.

Sem embargo do aperfeiçoamento dos mecanismos em uso e a criar ser uma meta diária, não deixa de ser com alguma surpresa, salvo todo o devido respeito, que é recebida a acusação de responsabilidade financeira dos membros do órgão de gestão.

Efectivamente, crê-se ter logrado demonstrar as razões subjacentes às práticas consideradas ilegais ou irregulares.

Deseja-se, em verdade, que os motivos aduzidos sejam tomados em boa consideração pelo Tribunal de Contas e que as eventuais responsabilidades financeiras sancionatórias sejam relevadas.



Na sequência do já referido bom acolhimento de tal Auditoria, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE tomou já medidas de carácter urgente. A que se seguirão outras que se conformem com o sentido das Recomendações.

O CHMT, EPE, que sempre se mostrou disponível para colaborar com o Tribunal de Contas, assim se manterá, facultando e disponibilizando todas as informações e documentos que o Tribunal venha a julgar oportunas.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

António Jorge Oliveira de Andrade

Os Vogais do Conselho de Administração

António Pedro da Silva Torres

José Guilherme Trincão Caranguejeiro

Edgar Fernando Teixeira Pereira

Maria de Lurdes Massacote Toscano de Távora Távora

António Lucas Gomes Mor

ANEXOS: Oito.

UNIDADE DE ABRANTES
Lg. Eng.º Bioucas
2200-202 Abrantes PORTUGAL
tel.: 241 360 700 fax: 241 363 211
abrantes@chmt.min-saude.pt

UNIDADE DE TOMAR
Av. Maria de Lourdes Mello e Castro – Apartado 118
2304-909 Tomar PORTUGAL
tel.: 249 320 100 fax: 249 320 122
tomar@chmt.min-saude.pt

UNIDADE DE TORRES NOVAS
Av. Xanana Gusmão – Apartado 45
2350-764 Torres Novas PORTUGAL
tel.: 249 810 100 fax: 249 810 106
geral@chmt.min-saude.pt

Anexo I



Valor das Taxas Moderadoras em dívida

	Em 26.01.2009	Em 12.12.09	Taxas regularizadas de 26-01 a 12.12.2009 (Cobrado + Isenções)
	(1)	(2)	(3=1-2)
Ano 2003	40.306,23	38.948,83	1.357,40
Ano 2004	83.030,80	79.965,70	3.065,10
Ano 2005	76.555,80	72.831,10	3.724,70
Ano 2006	90.303,80	85.761,75	4.542,05
Ano 2007	110.409,75	99.735,10	10.674,65
Ano 2008	201.257,24	138.699,41	62.557,83
Total	601.863,62	515.941,89	85.921,73

14,28%

Valores cobrados de taxas em:

Anos	Valores
2003	608.480,69
2004	708.592,89
2005	734.007,50
2006	824.378,17
2007	1.072.380,66
2008	1.112.795,73
Total	5.060.635,64

Direcção do Serviço de Finanças
Contabilidade e Controlo Orçamental

(Lídia Quinto)

12-12-2009

DELIBERAÇÃO N.º 721/2009**ACTA N.º 51 de 12 de Dezembro de 2009**

Ao abrigo do disposto no n.º 1 do art. 7º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E., aprovados pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT, E.P.E.), considerando as conclusões do relato da auditoria n.º 31/09 do Tribunal de Contas e atendendo aos especiais deveres dos órgãos de gestão dos entes públicos no rigor e no respeito pelas normas contabilísticas e financeiras,

Delibera:

Ponto 1 – Determinar que se desenvolvam de imediato todas as acções e diligências necessárias e legalmente possíveis para que, no mais curto espaço de tempo, seja concretizada à cessação de todas as situações existentes de simultaneidade de licença sem vencimento e contrato individual de trabalho de quaisquer funcionários do CHMT, EPE..

Ponto 2 – Determinar que se desenvolvam de imediato todas as diligências necessárias à reavaliação dos contratos de prestação de serviços médicos com entidades externas actualmente em vigor CHMT, EPE, nos termos previstos do Despacho 29533/08 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 7 de Novembro, e da fundamentação adequada dos valores/horas pagos quando os mesmos ultrapassem os limites fixados no Ofício Circular n.º. 23841 de 08/12/2008 e que se venham mostrar imprescindíveis.

Ponto 3 – Determinar que se desenvolvam de imediato todas as diligências necessárias no sentido de solucionar o problema de integração de ficheiros de facturação do programa “SONHO” na aplicação da contabilidade (SIDC), a fim

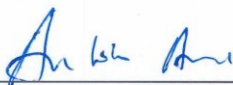
de permitir o registo contabilístico das notas de débito referentes às taxas moderadoras em dívida com efeito nas contas do ano de 2009 e seguintes naquele programa SIDC, tomando as demais diligências que se tornem necessárias com vista a solucionar esta questão quer junto da Administração Central do Sistema de Saúde, IP quer, se preciso for, junto de outras entidades com competências informáticas necessárias para obter tal registo no mais curto espaço de tempo possível.

Ponto 4 – Determinar que se desenvolvam de imediato todas as diligências necessárias a obtenção de informação actualizada junto do Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP com vista a determinar se este Instituto assegura todas as operações bancárias supra referenciadas, subscrevendo as propostas de adesão que necessárias forem para assegurar a execução das referidas operações, garantindo assim o princípio da unidade de tesouraria.

Ponto 5 – Proceder ao imediato encerramento da conta detida no BCP.

Ponto 6 – Proceder ao imediato encerramento da conta detida no BES, excepto se ficar demonstrado que o IGCP, IP não assegura alguma funcionalidade bancária essencial ao bom funcionamento dos serviços, caso em que serão tomadas as medidas necessárias para que o montante de disponibilidades depositadas nessa conta seja o mínimo possível e, ainda assim, seja objecto de transferência bancária diária para a conta detida por este Centro Hospitalar no IGCP, IP.

Torres Novas, 12 de Dezembro de 2009



António Oliveira de Andrade (Dr.)

Presidente

Conselho de Administração

1- Deliberado homologar a Acta de 07 de Maio de 2007 nos termos do Regulamento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

2- O ponto 4 deve ser divulgado pela C.F.T. nos seguintes termos:

Autorizado mediante prescrição médica, a introdução de "Ácido Algínico + Ácido Esteárico + Ácido Sórbico – BIAFINE emulsão cutânea".

3- O Conselho de Administração delibera, para divulgação em Circular Normativa C.A, que os Gestores das Unidades Hospitalares (Abrantes, Tomar e Torres Novas) activem com a maior brevidade e como recomendado pela C.F.T., os Núcleos de Tratamento de Feridas por forma a uniformizar o uso de pensos e procederem à elaboração dos respectivos protocolos, o que até à sua concretização manterá a disponibilização do presente fármaco sujeito à condicionalidade acima referida.

O documento referido fica arquivado junto à presente acta como (anexo 3).

5- Outros assuntos e informações diversas

5.1. - Pedido de ratificação de concessão de licença sem vencimento de longa duração à Sr.ª Dr.ª. Arminda da Purificação Rodrigues Gonçalves, Técnica de Diagnóstico e Terapêutica do Serviço de Patologia Clínica da Unidade de Tomar e proposta de celebração de Contrato Individual de Trabalho como Técnica Superior de Saúde

O C.A. ratifica.

O documento referido fica arquivado junto à presente acta como (anexo 4).



NOTA INTERNA

De: Directora do Serviço de Patologia Clínica do C.H.M.T. E.P.E. N.º: 12 Data: 26-03-2008

Para: Director Clínico

C.c.: Conselho de Administração, Gestor dos Recursos Humanos

Handwritten notes: "A. Ad. Ant. em glomerul. para informação. 02.04.08"

Assunto/Subject: Pessoal Médico e T.S.S. do S.P.C. - Torres Novas

A falta por doença (presumivelmente longa) de uma das Médicas Patologistas Clínicas da Unidade de Torres Novas veio tornar mais evidente a falta de recursos humanos nessa Unidade. Actualmente estão ao serviço 1 Médico Patologista Clínico e 1 Técnico Superior de Saúde. O movimento diário do Laboratório não é compatível com tão reduzido número de efectivos, os quais por sobrecarga de trabalho poderão dar origem a erros. Face à gravidade da situação e no sentido de a melhorar venho solicitar a substituição imediata da T.S.S. que faleceu em Novembro. Existe no Centro um estagiário da carreira de T.S.S. (Arminda da Purificação Rodrigues Gonçalves) que tendo terminado o seu estágio com aproveitamento em Setembro de 2007, reúne todas as condições para lhe ser feito um C.I.T.. Já foi iniciado esse processo, o qual já tem parecer favorável do Dep. de Recursos Humanos, aguardando somente parecer e autorização do Conselho de Administração.

DESPACHO
Dad- e p- ut- de
d- situação in- nec-
ple ser- Directa- de
S. P. de- Cl-
e de- h- de- de-
com- h- de- fore- de
a- s- ito d- Direc-
Cl- de- s- lic- ito
a- p- c- s- i- de- p- de-
p- de- Ex- L- r- Dr. Silva Barros.
S. L- de- ito- p- de- de- a- p- c- s- i-
p- de- S- de- de- Direc- de- de-
R- de- de- de- de- de- de- de-
2 + 13/07
João Vieira da Luz (Dr.)
Director Clínico

Com os melhores cumprimentos

Handwritten signature of Maria do Rosário Tello Gonçalves

(Maria do Rosário Tello Gonçalves)

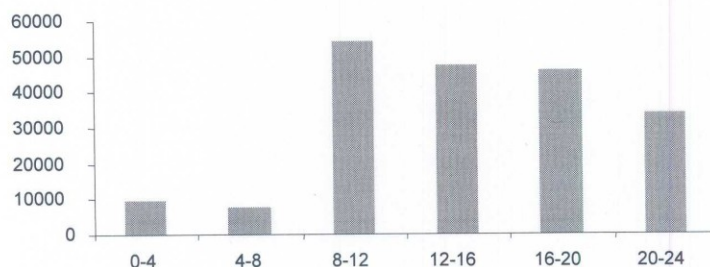
Form: CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E. UNIDADE DE TOMAR. ENTRADA N.º 2084 DAT 26/03/08

Form: CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E. ADMINISTRAÇÃO. ENTRADA N.º 5360 DAT 26/03/08

Em 2008, 6,5% dos episódios de Urgência tiveram como destino o *Internamento*. A maioria (88%) dos atendimentos no SU teve como destino o "exterior não referenciado", tendo 1% dos inscritos *abandonado* o SU, antes ou depois do atendimento. A *Consulta Externa* foi destino de 2% dos doentes após atendimento.

A maior frequência é no período das 8 às 12 horas, e a menor das 4 às 8h.

Episódios de urgência por período horário



5.1.7 – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCDT	2006	2007	2008	Δ % 07/08	Δ % 06/08
Realizados Internamente	2.072.039	2.175.108	2.281.278	5%	10%
Realizados no Exterior	70.970	63.745	54.647	-14%	-23%
Total de MCDT	2.143.009	2.238.853	2.335.925	4%	9%
% MDCT realizados no Exterior	3%	3%	2%	-1%	-1%

Os MCDT cresceram 4% em relação ao ano anterior, tendo correspondido uma boa resposta interna. Neste agregado, 80% da actividade é repartida entre as Análises Clínicas (64%), a Fisioterapia (8%) e a Imagiologia (8%).

DELIBERAÇÃO**Acta n.º 12 de 24 de Março de 2008****(Ponto 4 da Ordem de Trabalhos)**

Considerando:

Ser matéria muito sensível, face a especificidade do perfil do serviço (prestação de serviços médicos nas urgências hospitalares) submetido a pressão de oportunidade temporal, quase sempre inadiável.

Volume de oferta superior à procura produzindo tensões consistentes de crescimento nos preços muito difíceis de controlar, como se percebe, pelo presente documento.

Fortes restrições orçamentais em 2008, impondo-se um apertado controlo ao crescimento da despesa, variável determinante para o cumprimento do objectivo orçamental, exigindo para crescimento da despesa inadiável o recurso a mecanismo de compensação/absorção.

Para o exercício de 2008, não se dispõe de margem orçamental que permita acolher os cenários propostos no presente documento.

Neste contexto delibera-se:

1. Solicitar ao D.R.H. uma análise exaustiva das situações descritas nos próximos 2/3 meses de modo a programar e propor ao Conselho de Administração uma estratégia de curto e médio prazo de preços, em particular para o próximo exercício (2009), que permita a sua incorporação no próximo orçamento e para o efeito, devem ser rastreados os preços praticados em outros hospitais.

Deve também ser promovida uma análise conjunta com os Directores de Departamento tendo em vista aferir a natureza das necessidades e garantir, tanto quanto possível, a estabilidade preços e custos ao longo do ano.

2. Para este ano, todos os requerimentos que visem actualizações de preços, devem ser tratados caso a caso, cuidadosamente analisado o efeito custo/benefício e identificado mecanismo compensatório que acomode um inadiável aumento de despesa desta natureza.



António Jorge Oliveira Andrade (Dr.)

Presidente

Conselho de Administração

NOTA INTERNA

De: António Silva Torres N.º 173/CA/ST Data: 14-12-09 Pág.: 1/1

Para: Direcção de Recursos Humanos

C.c.: _____

Assunto/Subject: **CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS**

Em complemento da nossa Nota Interna n.º 30/CA/ST de 26 de Fevereiro de 2009, informamos que deve ser sempre tido em conta todo o enquadramento legal aplicável do qual se salienta o disposto no Decreto-Lei n.º 18/2008 de 29 de Janeiro, Despacho n.º 8/SEAS/2008 e Despacho n.º 29533/SEAS/2008.

Deste modo devem ser de imediato reavaliados todos os contratos em vigor, com base em consultas aos mercados, devidamente publicitadas e sendo elaborado um mapa, a remeter-nos, evidenciando a fundamentação dos valores hora que ultrapassam os limites fixados legalmente e propostos para 2010.


António Silva Torres (Dr.)

Vogal

Conselho de Administração

NOTA INTERNA

De: António Silva Torres N.º 30CA/ST Data 26-02-09 Pag 1/2

Para: António Almeida (Director de Recursos Humanos)

C.c.: Presidente do Conselho de Administração e vogais

Assunto/Subject: Médicos (Contratação Externa)

Para divulgação nos serviços e com vista a salvaguardar o cumprimento escrupuloso do quadro legal aplicável informamos que na contratualização externa dos médicos devem ser tidos em conta, entre outros, os seguintes aspectos;

- Evidenciar ter sido efectuado o reajustamento possível dos recursos humanos e da organização dos serviços tendo por objectivo a maximização da capacidade dos recursos internos.
- Assegurar ter sido tentada a requisição a outros Hospitais ou organismos do S.N.S. pois, a contratação externa só deve ser feita "após ocorrer o esgotamento dos mecanismos de mobilidade de recursos humanos existentes e admissíveis na administração pública".
- A opção em termos de aquisição de serviços externos, deve ser feita "por tipos de procedimentos de contratação mais formais que o "ajuste directo" para que haja "maior transparência nos critérios de selecção e adjudicação das propostas" e "melhor aplicação dos princípios de igualdade e de concorrência".

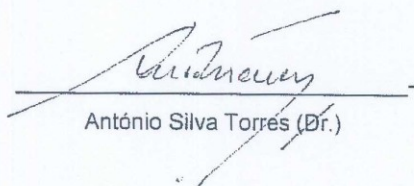
DESPACHO



CHMT
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.

NOTA INTERNA

- Deve se feito ainda um "controlo rigoroso na selecção das entidades prestadoras de serviços e contratar," essencialmente quanto ao seu objecto social. E é preciso ainda que haja uma indicação expressa do perfil dos cuidados de saúde a prestar e dos requisitos técnico-profissionais exigidos para esses serviços.
- É proibido contratar médicos que tenham relação jurídica de emprego a instituições do S.N.S.e que tenham sido dispensados, a seu pedido, da prestação de trabalho extraordinário.
- Para efeito de Controlo Orçamental e Gestão deve ser evidenciado o impacto esperado na exploração do respectivo serviço.
- Sempre que a contratualização exceda os valores de referência estabelecidos no Ofício Circular n.º 23841 de 19 de Dezembro p.p., da ACSS , as respectivas propostas devem evidenciar os fundamentos que lhe sejam subjacentes.


António Silva Torres (Dr.)

morada: Av. Xanana Gusmão - Apartado 45 - 2350-754 Torres Novas PORTUGAL tel: 249 - 810100 fax: 249 - 810106

e-mail: tnovas@chmt.min-saude.pt

IMP:GRL005.00

2. Vogal do CA do CHMT, EPE

JOSÉ GUILHERME TRINCÃO CARANGUEJEIRO
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
Av. Xanana Gusmão
Apartado 45
2350-754 Torres Novas

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO-GERAL
DA VI
Registo nº 444
Data 25 / 12 / 2009
Assinatura JTT
Visto Auditor-Coordenador

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

Registado c/AR

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Alegações do vogal do Conselho de Administração
VI Referência: Processo n.º 31/09-Audit

JOSÉ GUILHERME TRINCÃO CARANGUEJEIRO, vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Pessoa Colectiva n.º 506.361.608, sedado na Avenida Xanana Gusmão, Apartado 45, em Torres Novas, na qual mantém o seu domicílio profissional, notificado que foi do teor do Relatório de Auditoria Financeira *supra* melhor identificado, vem, nos termos e para os efeitos do art. 13º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, que aprova a Organização e Processo do Tribunal de contas, com as alterações que lhe foram sequentes, exercer o seu direito ao contraditório, apresentando as suas


ALEGAÇÕES

No exercício das quais desde já manifesta a sua concordância, pessoal e sem reservas, pelo teor das Alegações oportunamente apresentadas junto do Tribunal de Contas pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, cuja cópia se anexa e que aqui se dão por integralmente reproduzidas.

TTT

DTTC 23 12'09 22154

1



Com os meus melhores cumprimentos,

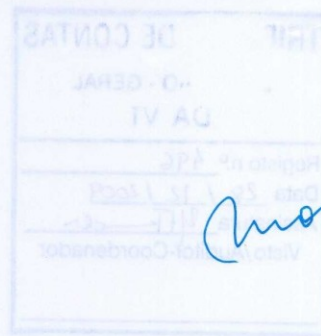
Torres Novas, 22 de Dezembro de 2009



José Guilherme Trincão Caranguejeiro

3. Vogal do CA do CHMT, EPE

ANTÓNIO LUCAS GOMES MOR
LARGO DO CRUZEIRO, N.º 21
2205-331 PEGO



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

Registado C/AR

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Alegações do vogal do Conselho de Administração
V/ Referência: Processo n.º 31/09-Audit


ANTÓNIO LUCAS GOMES MOR, vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Pessoa Colectiva n.º 506.361.608, sedado na Avenida Xanana Gusmão, Apartado 45, em Torres Novas, na qual mantém o seu domicílio profissional, notificado que foi do teor do Relatório de Auditoria Financeira *supra* melhor identificado, vem, nos termos e para os efeitos do art. 13º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, que aprova a Organização e Processo do Tribunal de contas, com as alterações que lhe foram sequentes, exercer o seu direito ao contraditório, apresentando as suas

ALEGAÇÕES

No exercício das quais manifesta a sua concordância, pessoal e sem reservas, pelo teor das Alegações oportunamente apresentadas junto do Tribunal de Contas pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, cuja cópia se anexa e que aqui se dão por integralmente reproduzidas.

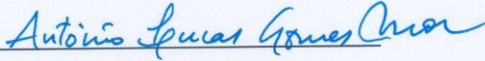
DGTC 23 12'09 22155

1



Com os nossos melhores cumprimentos,

Torres Novas, 22 de Dezembro de 2009


António Lucas Gomes Mor

4. Director-Clinico do CA do CHMT, EPE - 2008

TRIBUNAL DE CONTAS
DIRECÇÃO - GERAL
DA VI
Processo nº 31/09
Data 22/12/2009
Assinatura
Vice-Auditor-Geral

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

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Alegações do anterior vogal do Conselho de Administração e Director Clínico
do CHMT, EPE

VI Referência: Processo n.º 31/09-Audit

JOÃO MANUEL BARRETO VIEIRA DA LUZ, anterior vogal do Conselho de Administração e Director Clínico do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Pessoa Colectiva n.º 506.361.608, sedado na Avenida Xanana Gusmão, Apartado 45, em Torres Novas, na qual mantém o seu domicílio profissional, notificado que foi do teor do Relatório de Auditoria Financeira *supra* melhor identificado, vem, nos termos e para os efeitos do art. 13º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, que aprova a Organização e Processo do Tribunal de contas, com as alterações que lhe foram sequentes, exercer o seu direito ao contraditório, apresentando as suas

ALEGAÇÕES

No exercício das quais manifesta a sua concordância, pessoal e sem reservas, pelo teor das Alegações oportunamente apresentadas junto do Tribunal de Contas pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, cuja cópia se anexa e que aqui se dão por integralmente reproduzidas.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Torres Novas, 22 de Dezembro de 2009

João Manuel Barreto Vieira da Luz

DGTC 23 12º09 22156

5. Vogal do CA do CHMT, EPE

António Pedro da Silva Torres
Rua dos Actores, n.º 2, 5.º B
2685-182 Portela (LRS)

Exm.º Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, n.º 61
1069-045 LISBOA

Registado c/AR

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Alegações do Vogal do Conselho de Administração, Dr. António Silva Torres
VI Referência: Processo n.º 31/09-Audit

ANTÓNIO PEDRO DA SILVA TORRES, vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Pessoa Colectiva n.º 506.361.608, sedeedo na Avenida Xanana Gusmão, Apartado 45, em Torres Novas, na qual mantém o seu domicílio profissional, notificado que foi do teor do Relatório de Auditoria Financeira *supra* melhor identificado, vem, nos termos e para os efeitos do art. 13º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, que aprova a Organização e Processo do Tribunal de contas, com as alterações que lhe foram sequentes, exercer o seu direito ao contraditório, apresentando as suas

ALEGAÇÕES

O que faz nos termos e com os seguintes fundamentos:

O Requerente desde já manifesta subscrever, pessoalmente, o teor das Alegações oportunamente apresentadas pelo Conselho de Administração do

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. no âmbito do processo de auditoria *supra* identificado.

Com efeito, o Requerente acolhe na íntegra as Recomendações do Relatório da Auditoria e acolhe-as com manifesto interesse, por as considerar significativamente proveitosas para o aprofundamento das práticas de boa gestão do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT, EPE).

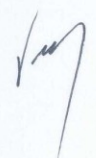

Pretendendo, contudo, tecer algumas considerações sobre o mesmo:

Como bem aponta o Relatório da Auditoria, a estrutura organizacional do CHMT, EPE assenta numa **divisão da gestão por pelouros**, sendo que a cada um dos vogais correspondem funções internas de instrução das matérias a apresentar ao Conselho de Administração, (*vide* Anexo III do Relatório da Auditoria, pág. 13).

Ora, o Requerente tem a **seu cargo a gestão dos recursos humanos, a gestão de qualidade, a comunicação e relações públicas, os sistemas de informação, a conservação, energia e fluidos, e a gestão de investimentos**.

As questões relativas às finanças, à contabilidade e controlo orçamental e ao aprovisionamento, são tratadas em pelouro distinto daquele que é pertença do Requerente.

Por essa razão, o Requerente nunca tomou conhecimento pessoal do facto de as **taxas moderadoras não pagas** serem apenas objecto de nota de débito e de registo no programa informático SONHO sem que, contudo, fossem lançadas nos programas e papeis legalmente previstos para a elaboração dos diversos documentos de Contabilidade.



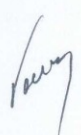

Com efeito, o Requerente apenas tomou conhecimento desta prática com o Relatório de Auditoria a que presentemente se responde, discordando da mesma, por atentar a mesma contra o princípio da materialidade que deve enformar a contabilidade, aceitando, como tal, a recomendação feita por esse Tribunal de os valores respeitantes a essas taxas moderadoras não pagas passar de imediato a ser revelado na contabilidade do CHMT, EPE.

No que se refere ao facto de o CHMT, EPE manter duas **contas na banca privada**, o Requerente desconhecia igualmente, e de boa fé, que o Centro Hospitalar se encontrava legalmente vinculado a apenas manter contas bancárias no Instituto de Tesouraria e Gestão do Crédito Público, I.P., com exclusão de qualquer outra na banca privada, ainda que com montantes reduzidos.

Só tendo efectivamente tomado conhecimento desta regra com o presente Relatório de Auditoria, pelo que, e conforme foi já dito nas Alegações apresentadas por este Conselho de Administração, irá, conjuntamente com os demais membros deste Conselho, tomar as imediatas providências necessárias ao restabelecimento da legalidade no que concerne a este aspecto das contas bancárias.

No que se refere à **contratação de serviços médicos**, o Requerente não pode igualmente deixar de informar esse douto Tribunal que tem vindo a expressar as suas reservas nesta matéria, ora porque não são propostas apresentadas e instruídas pelo Requerente àquele Conselho de Administração, ora porque o interesse público invocado não se encontre apropriadamente justificado – *vide Anexo I e II (Declarações de voto anexas às Acta n.º 47 e 49, de 04 de Novembro e 25 de Novembro de 2009, respectivamente)*.

De todo o modo, note-se que o CHMT, E.P.E informou a ACSS, IP da contratação de serviços médicos, a 04-12-2008, e que na mesma data foi



enviado para publicação na página na Internet do Centro Hospitalar um ficheiro com a relação dos serviços médicos contratados – vide **Anexo III e IV (Nota Interna n.º 349/09 de 11-12-2009, do Director de Recursos Humanos e Nota Interna n.º 163/CA/AA de 20-11-2009 do Presidente do Conselho de Administração)**.

E no que se refere à reavaliação dos contratos de prestação de serviços em vigor em Novembro de 2008 e à adopção dos preços/hora de referência, acrescenta o Requerente que, em boa verdade, apenas tomou conhecimento das exigências legais de reavaliação daqueles contratos e de adopção dos preços/hora de referência fixados pela ACSS, IP, em Fevereiro de 2009, data em que o Exmº. Sr. Director de Recursos Humanos levou ao seu conhecimento, pessoal e directo, cópia do Despacho do Exmº. Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e bem assim do Ofício da ACSS, IP que fixou aqueles valores de referência.

Até tal data o Requerente desconhecia, de boa fé, a publicação e teor daqueles Despacho e Ofício, respectivamente, pois, a Direcção de Recursos Humanos do CHMT, EPE, órgão a que incumbe, entre outras funções, obter, preparar e divulgar toda a informação relevante relativa a questões de pessoal, junto do próprio Requerente, nunca disso lhe deu conhecimento, só o tendo feito em finais do mês de Fevereiro de 2009.

Ora, quando o Requerente toma conhecimento destes normativos, de imediato elabora uma Nota Interna, dirigida ao Director de Recursos Humanos e bem assim a todos os demais membros do Conselho de Administração do CHMT, EPE, alertando para a necessidade de, previamente a qualquer contratação, se «assegurar ter sido tentada a requisição a outros Hospitais ou organismos do SNS» e «sempre que a contratualização exceda os valores de referência estabelecidos no Ofício Circular de 19 de Dezembro p.p., da ACSS, as

respectivas propostas devem evidenciar os fundamentos que lhe sejam subjacentes.» – Anexo V (Nota Interna n.º 30CA/ST de 26-02-2009).

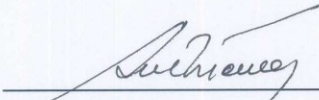
No que se refere a estas matérias o Requerente subscreve, no mais, o teor das alegações apresentadas pelo Conselho de Administração do CHMT, EPE, tendo já, juntamente com os demais elementos deste Conselho, dado início à execução das diligências necessárias para restabelecer a legalidade.

Sem embargo de a ignorância da lei não aproveitar a ninguém, em especial do gestor do bem público, o Requerente entende que não levou a cabo uma conduta culposa, penitenciando-se pela eventual responsabilidade financeira a que tenha dado lugar, convicto, contudo, de estarem reunidos os pressupostos para a sua relevação.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Anexos: cinco

Torres Novas, 22 de Dezembro de 2009



António Pedro da Silva Torres

ANEXO I - 1/2

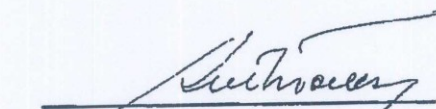
DECLARAÇÃO DE VOTO

Relativa ao ponto 31. da Acta n.º 47 de 04 de Novembro de 2009

Assunto: Contratação de Serviços Médicos

Abstivemo-nos de votar o assunto acima epigrafado pelas seguintes razões;

- De conformidade com o Organigrama em vigor e como princípio de Boa Prática de Gestão todos os assuntos relacionados com a Gestão dos Recursos Humanos devem ser canalizados ao Conselho de Administração através do vogal que enquadra a Direcção de Recursos Humanos, o que no caso não se verificou.
- Não se encontra expresso terem sido observados todos os aspectos referidos na N.I. n.º 30/CA/ST de 26.02.09 (Médicos- Contratação Externa) que traduz a moldura legal aplicável.
- O interesse público invocado não se encontra apropriadamente fundamentado.


António Silva Torres (Dr.)
Vogal

31. Proposta de contratação de serviços médicos com a Dr.ª Maria Teresa Simões Alfaiate para a Medicina Interna da Unidade Hospitalar de Tomar

A referida proposta foi submetida a escrutínio tendo a mesma sido aprovada por maioria com os votos favoráveis do Sr. Presidente de Administração Dr. António Andrade e dos vogais Dr. José Caranguejeiro, Dr. Edgar Pereira, Dr.ª Maria de Lurdes Toscano, Dr. António Mor e a abstenção do vogal Dr. António Silva Torres.

Aprovado por maioria dado o carácter de excepcionalidade e urgência.

O referido documento fica arquivado junto à presente acta como anexo 32.

O Dr. António Silva Torres apresenta declaração de voto que fica arquivada junto à presente acta como anexo 33.

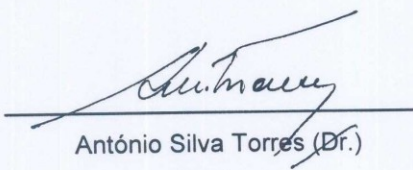
DECLARAÇÃO DE VOTO

Relativa ao ponto 12. da Acta n.º 49 de 25 de Novembro de 2009

Assunto: Contratação de Serviços Médicos (Dr. Vítor Bezerra)

Abstivemo-nos de votar o assunto acima epigrafado pelas seguintes razões;

- De conformidade com o Organigrama em vigor e como princípio de Boa Prática de Gestão todos os assuntos relacionados com a Gestão dos Recursos Humanos devem ser canalizados ao Conselho de Administração através do vogal que enquadra a Direcção de Recursos Humanos, o que no caso não se verificou.
- Não se encontra expresso terem sido observados todos os aspectos referidos na N.I. n.º 30/CA/ST de 26.02.09 (Médicos- Contratação Externa) que traduz a moldura legal aplicável.
- O interesse público invocado não se encontra apropriadamente fundamentado.


António Silva Torres (Dr.)
Vogal

12. Proposta de celebração de Contrato de Prestação de Serviços com o Dr. Vítor Bezerra para substituição da Dr.ª Graça Amaro na Consulta de Infecção da Unidade de Torres Novas

A referida proposta foi submetida a escrutínio tendo a mesma sido aprovada por maioria com os votos favoráveis do Sr. Presidente de Administração Dr. António Andrade e dos vogais Dr. José Caranguejeiro, Dr. Edgar Pereira, Dr.ª Maria de Lurdes Toscano, Dr. António Mor e a abstenção do vogal Dr. António Silva Torres.
O documento fica arquivado junto à presente acta como anexo 10.

NOTA INTERNA

De: Direcção de Recursos Humanos N.º: 349/09 Data: 11/12/2009 pág: 1/1
Para: Exmo. Dr. António Andrade
C.c.: Exmo. Dr. António Pedro Silva Torres

Assunto/Subject: Nota Interna 163/CA/AA – Contratação de serviços médicos.

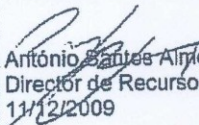
Exmo. Senhor Presidente

DESPACHO

Cumpre-me informar Vexa que no seguimento da sua nota Interna 163/CA/AA de 20/11/2009 foi preenchido e enviado o ficheiro disponível no pulsar "contratação de serviços médicos 29533/2008" a 4 de Dezembro último para sief.hepe@acss.min-saude.pt; sief.hspa@acss.min-saude.pt; e jmendonca@acss.min-saude.pt; também nesta data foi enviado para publicação na nossa página da Internet ficheiro com a relação das prestações de serviços médicos contratadas pelo CHMT.

No que respeita ao ficheiro mensal a enviar a Administração Central de Saúde e salvo melhor informação, informa-se que o sector financeiro (Dr.ª Lídia Quinto) envia mensalmente ficheiro para aquela administração, ficheiro este que desde Julho do corrente ano reflecte os custos de acordo com as alterações contabilísticas referidas na nota técnica nº 4.

Atentamente


António Santos Almeida
Director de Recursos Humanos
11/12/2009

De: António Andrade N.º: 163/CA/AA Data: 20-11-2009 Pág.: 1/1
Para: Director de Recursos Humanos
CC Dr. António Silva Torres

Assunto/Subject: Contratação de Serviços Médicos (Prestação de Serviços Médicos na Urgência) Despacho 29533/2008

A contratação de Serviços Médicos na modalidade de prestação obriga as instituições do SNS a:

- Identificar os profissionais que irão prestar Serviços na Instituição;
- Publicitar, nos respectivos sítios da Internet:
 - a) As áreas de actuação a que se destinam;
 - b) As especialidades e n.º de profissionais em causa;
 - c) O preço/hora, por especialidade;
 - d) A carga horária;
 - e) A identificação das entidades contratadas.
- Fundamentação concreta e inequívoca, para os casos em que as entidades do SNS contratem serviços médicos, por valor superior ao fixado no Despacho.
-

Nesse sentido solicita-se que até ao dia 11 de Dezembro, seja preenchido o ficheiro disponível no pulsar em: **Unidade Operacional de Gestão Financeira >>UOGF Área Pública >>Ficheiros de Trabalho >> Contratação de Serviços Médicos na Modalidade de Prestação de Serviços na Urgência – Despacho 29533/2008>> Contratação de Serviços Médicos 29533/2008.**

NOTA INTERNA

Relembramos adicionalmente que no ficheiro mensal a enviar a esta Administração Central devem aparecer reflectidos os custos acima referidos de acordo com as alterações contabilísticas na Nota Técnica n.º 4 (Quadro I)

Quadro I

Nota Técnica n.º 4

622292	Contratação de Serviços Médicos	A
6222921	Serviços Médicos (Despacho 29533/08)	M
6222922	Outros serviços Médicos	M
62236411	De Cuidados de Saúde	A
622364111	Contratação Serviços Médicos (Despacho 29533/08)	M
622364112	Contratação outros Serviços Médicos	M
6223642	Prestados por Empresas	A
62236421	Contratação Serviços Médicos (Despacho 29553/08)	M
62236422	Contratação outros Serviços Médicos	M
62236429	Outros	M

O envio desta informação deverá ser efectuado para o e-mail sief.hepe@acss.min-saude.pt (HEPE) e sief.hspa@acss.min-saude.pt (HSPA). Para qualquer dúvida poderá ser contactado o Dr. João Mendonça (Telefone: 21 7925680 ou jmendonca@acss.min-saude.pt) da Unidade Operacional de Gestão Financeira da ACSS.



António Jorge Oliveira de Andrade (Dr.)
Presidente
Conselho de Administração

NOTA INTERNA

De: António Silva Torres N.º: 30CA/ST Data: 26-02-09 Pág: 1/2

Para: António Almeida (Director de Recursos Humanos)

C.c.: Presidente do Conselho de Administração e vogais

Assunto/Subject: Médicos (Contratação Externa)

Para divulgação nos serviços e com vista a salvaguardar o cumprimento escrupuloso do quadro legal aplicável informamos que na contratualização externa dos médicos devem ser tidos em conta, entre outros, os seguintes aspectos;

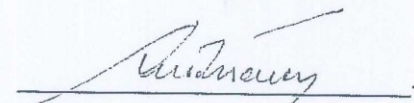
DESPACHO

- Evidenciar ter sido efectuado o reajustamento possível dos recursos humanos e da organização dos serviços tendo por objectivo a maximização da capacidade dos recursos internos.
- Assegurar ter sido tentada a requisição a outros Hospitais ou organismos do S.N.S. pois, a contratação externa só deve ser feita "após ocorrer o esgotamento dos mecanismos de mobilidade de recursos humanos existentes e admissíveis na administração pública".
- A opção em termos de aquisição de serviços externos, deve ser feita "por tipos de procedimentos de contratação mais formais que o "ajuste directo" para que haja "maior transparência nos critérios de selecção e adjudicação das propostas" e "melhor aplicação dos princípios de igualdade e de concorrência".



NOTA INTERNA

- Deve se feito ainda um "controlo rigoroso na selecção das entidades prestadoras de serviços e contratar," essencialmente quanto ao seu objecto social. E é preciso ainda que haja uma indicação expressa do perfil dos cuidados de saúde a prestar e dos requisitos técnico-profissionais exigidos para esses serviços.
- É proibido contratar médicos que tenham relação jurídica de emprego a instituições do S.N.S.e que tenham sido dispensados, a seu pedido, da prestação de trabalho extraordinário.
- Para efeito de Controlo Orçamental e Gestão deve ser evidenciado o impacto esperado na exploração do respectivo serviço.
- Sempre que a contratualização exceda os valores de referência estabelecidos no Ofício Circular n.º 23841 de 19 de Dezembro p.p., da ACSS , as respectivas propostas devem evidenciar os fundamentos que lhe sejam subjacentes.


António Silva Torres (Dr.)

6. Enfermeira-Directora do CA do CHMT, EPE

MARIA DE LURDES M.TOSCANO DE TÁVORA TAVIRA
Av. Luís de Camões, n.º 40 – 2.º Esq.
2745-301 Queluz

Exm.º Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, n.º 61
1069-045 LISBOA

Registado c/AR

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Alegações da Enfermeira Directora

VI Referência: Processo n.º 31/09-Audit

MARIA DE LURDES MASSACOTE TOSCANO DE TÁVORA TAVIRA, Enfermeira Directora do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Pessoa Colectiva n.º 506.361.608, sedado na Avenida Xanana Gusmão, Apartado 45, em Torres Novas, na qual mantém o seu domicílio profissional, notificado que foi do teor do Relatório de Auditoria Financeira *supra* melhor identificado, vem, nos termos e para os efeitos do art. 13º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, que aprova a Organização e Processo do Tribunal de contas, com as alterações que lhe foram sequentes, exercer o seu direito ao contraditório, apresentando as suas

ALEGAÇÕES

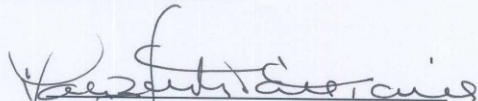
No exercício das quais manifesta a sua concordância, pessoal e sem reservas, pelo teor das Alegações oportunamente apresentadas junto do Tribunal de Contas pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, cuja cópia se anexa e que aqui se dão por integralmente reproduzidas.

DGTC 23 12'09 22159

1

Com os meus melhores cumprimentos,

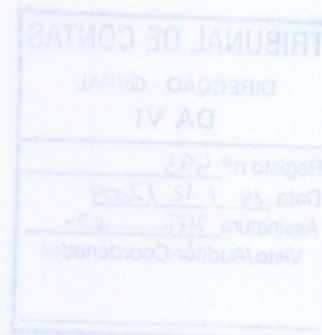
Torres Novas, 22 de Dezembro de 2009



Maria de Lurdes Massacote Toscano de Távora Tavira

7. Presidente do CA do CHMT, EPE

ANTÓNIO JORGE OLIVEIRA DE ANDRADE
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE
Av. Xanana Gusmão
Apartado 45
2350-754 Torres Novas



Exm^o. Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, n.º 61
1069-045 LISBOA

Registado c/AR

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Alegações do Presidente do Conselho de Administração
VI/ Referência: Processo n.º 31/09-Audit


ANTÓNIO JORGE OLIVEIRA DE ANDRADE, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Pessoa Colectiva n.º 506.361.608, sedado na Avenida Xanana Gusmão, Apartado 45, em Torres Novas, na qual mantém o seu domicílio profissional, notificado que foi do teor do Relatório de Auditoria Financeira *supra* melhor identificado, vem, nos termos e para os efeitos do art. 13º da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, que aprova a Organização e Processo do Tribunal de contas, com as alterações que lhe foram sequentes, exercer o seu direito ao contraditório, apresentando as suas

ALEGAÇÕES

No exercício das quais manifesta a sua concordância, pessoal e sem reservas, pelo teor das Alegações oportunamente apresentadas junto do Tribunal de Contas pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, cuja cópia se anexa, e que aqui se dão por integralmente reproduzidas.

DGTC 23 12º09 22158

1



Com os meus melhores cumprimentos,

Torres Novas, 22 de Dezembro de 2009

António Jorge Oliveira de Andrade

António Jorge Oliveira de Andrade

8. Enfermeira-Directora do CA do CHMT, EPE - 01/01/2007 a 11/10/2007

MARIA SALOMÉ CORDEIRO RELVÃO SACADURA
P. DE MOSTEIRO, n.º 4
2330 - 027 ENTROUCAMENTO

V/Rel.º

DA VI

Processo Nº31/09 - AUDIT

do
Tribunal de Contas
- Direcção - Geral -
LISBOA

Excelentíssimo Senhor
Juiz Conselheiro

Maria Salomé Cordeiro Relvão Sacadura, identificado nos Autos, conforme Anexo II, página 9 dos Anexos, como enfermeira directora do conselho de administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, no que corresponde à gerência compreendida entre 1 de Janeiro de 2007 e 11 de Outubro de 2007, assim identificada, vem, nos termos do artigo 13º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pelas Leis nºs 48/2006 e 35/2007, de 29 de Agosto e 13 de Agosto, respectivamente, apresentar o exercício do contraditório, de harmonia com a sistematização constante das conclusões do respectivo e Vosso Douto Relatório de Auditoria

Sem prejuízo de, em função das matérias e para redacção mais clara, em sede análise casuística, se volte, por vezes, a referir alguns enquadramentos justificativos, integrados naqueles primeiros.

Assim, conforme síntese constante do Quadro III do Anexo II ao Relatório, é imputável ao signatário a responsabilidade de terem sido "... *concedidas licenças sem vencimento a funcionários com os quais também foram celebrados CIT, em 2007, mantendo estes o vínculo e as regalias decorrentes do regime da função pública, sem que no entanto a contratação tenha sido autorizada pelo Ministro da Tutela com fundamentos em razões de interesse público, nem o interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento tenha sido justificadamente reconhecido pelo Conselho de Administração ...*"

Violando-se, assim, conforme consta do Douto Relatório, os nºs 1 e 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/205, de 29 de Dezembro, bem como os artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro.

E, como tal, incorrendo os responsáveis em responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto da alínea l) do nº 1 do artigo 65º da LOPTC; página 70 do Douto Relatório, *in fine* ponto 11.2.1.2.

1º Ora, como se reconhecerá, por força da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, que deu nova redacção à Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, e aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar, pela sua Base XXXI, os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva de trabalho.

2º Por seu lado, e conforme artigo 18º do Novo Estatuto da Gestão Hospitalar, os hospitais previstos na alínea b) do nº 1 do artigo 2º, o caso concreto, regem-se pelo respectivo diploma de criação, pelos seus regulamentos internos, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica e, subsidiariamente, pelo regime jurídico geral aplicável às entidades públicas empresariais, não estando sujeitos às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos autónomos.

3º Sendo que o disposto no seu nº 1 não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I.

4º Ou seja, por força dos seus artigos 5º a 8º de que se realça, pela matéria em crise, o desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objectivos definidos pelo Ministro da Saúde, conforme artigo 5º.

5º Dos artigos 6º e 7º, como poderes do Estado, o Ministro da Saúde exerce em relação aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde e na parte das áreas e actividade, centros e serviços nela integrados, os seguintes poderes, conforme nº 1 do artigo 6º:

- a) *Definir as normas e os critérios de actuação hospitalar;*
- b) *Fixar as directrizes a que devem obedecer os planos e programas de acção, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população;*
- c) *Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais;*
- d) *Determinar auditorias e inspecções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.*

6º Pelo artigo 7º, determina-se que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde compreendem órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta.

7º Assim, não constava originariamente deste enquadramento, como não consta, qualquer referência que indicasse uma metodologia oposta à determinada pelo conselho de administração, bem como nenhum dos órgãos internos constantes do artigo 7º, no caso, o órgão de fiscalização, alguma vez chamou a atenção para o efeito,

8º Ora, desde já, e tendo em vista o supra prolatado, dada a possibilidade legalmente concedida para a celebração de contratos individuais de trabalho, conforme a citada Lei de Bases, foi entendimento do conselho de administração, em articulação com o normativo do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que a competência para a concessão da licença sem vencimento de longa duração ao abrigo do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, doravante SNS, era competência do seu órgão máximo de gestão.

9º Pois só essa concessão aqui poderá estar em causa, que não a celebração dos respectivos contratos.

10º Mas que, conforme se demonstrará, seguiram o entendimento perfilhado, de tal modo que o conselho de administração que sucedeu àquele cuja prática nesta matéria está em causa, procedeu, de igual modo, com outra situação, conforme é descrito em sede do Vosso Douto Relatório; vide Quadro IV do Anexo II do Douto relatório, constante a página 10.

11º Com efeito, nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, habilitado nos termos do nº 3 do artigo 18º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, foi criado o regime jurídico dos hospitais entidade públicas empresariais, os quais regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos seus Estatutos constantes dos anexos I e II, bem como nos respectivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.

12º Constando do artigo 6º o enquadramento dado à respectiva superintendência, do qual não consta, uma vez mais, qualquer orientação que haja resultado, nomeadamente, da sua alínea b) do nº 1

13º Por outro lado, e conforme resulta do seu artigo 7º, a capacidade jurídica dos hospitais E. P. E. abrange todos os direitos e obrigações necessários ou convenientes à prossecução do seu objecto e das suas atribuições.

14º Bem como, por força do artigo 7º dos seus Estatutos, Anexo I ao diploma, compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial, entre outros, “... definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direcção e chefia,decidir sobre a admissão e gestão do pessoal” “... e autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis”.

15º E, ainda, conforme nº 2 do citado artigo 7º dos Estatutos, “... sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direcção superior de 1º grau da administração central do Estado relativamente aos funcionários e agentes da Administração Pública”.

16º Ora, assim sendo e no desiderato em causa, conjugando tais faculdades com o disposto no nº 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que estatui que “...todos os funcionários e agentes das unidades de saúde abrangidas pelo artigo 1º podem optar pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento prevista nos artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, sendo-lhes asseguradas: “...a contagem, na categoria de origem, do tempo de serviço prestado no respectivo hospital E. P. E e a opção pelo regime de

protecção social da função pública e "... competindo ao conselho de administração do hospital E. P. E. o reconhecimento casuístico do interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento...", fácil é concluir que os procedimentos em causa antolhavam-se de legalidade absoluta, pois, não só os Estatutos determinam neste entendimento poder para o decidir, como competiria a este órgão a aferição casuística para reconhecimento do respectivo interesse público.

17º Ou seja, não só a competência não estava delegada, como se entendeu que a mesma estava prevista em sede originária e em diploma estatutário próprio.

18º O que ia na interpretação prevalente ao encontro de que os hospitais EPE, vide artigo 3º, regem-se também pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.

19º E o artigo 17º do diploma estatutário contrariava o disposto no Estatuto do SNS quanto ao reconhecimento ministerial.

20º Pelo que sempre se entendeu, salvo melhor e Douta opinião, que essa competência era originária dos conselhos de administração dos hospitais EPE

21º O que em termos de mérito da realização da despesa pública, o resultado é o mesmo, não se tendo onerado, pois, sob essa perspectiva, o orçamento institucional.

22º Aliás, de referir que nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, a capacidade dos conselhos de administração dos hospitais EPE para efeitos de contratação de recursos humanos está prevista e limitada, em sede de contrato-programa.

23º Cumpre, ainda, a este propósito, referir, se bem que uma vez mais se enfatize que nunca tinha havido até ao fim do período em apreço, no que ao meu mandato respeita, qualquer orientação ministerial sobre a matéria, o certo é que, inclusive, os despachos ministeriais de delegação e/ou subdelegação de competências não eram lineares sobre a matéria em apreço; vide e no que ao hiato temporal respeita, os Despachos nºs 16463/2006, 16464/2006, 16466, publicados no DR, 2ª, de 14 de Agosto, e o Despacho nº 1355/2007, publicado no DR, 2ª, de 29 de Janeiro.

24º Relativamente à matéria em crise, só em Novembro de 2007, mas a *posteriori* do período a que respeita, seria de, eventualmente, ter outro entendimento, conforme Despacho nº 25480/2007, publicado no DR, 2ª, de 8 de Novembro.

25º Mas ainda aqui se infere que a delegação é genérica, como sempre foi, quando houve, não referindo, expressamente, os efeitos do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro.

26° Por último, o carácter substantivo do interesse público subjacente à decisão.

27° Este é um princípio basilar da Administração Pública, onde se sobrepõe o interesse da coletividade sobre o interesse do particular, o que não significa que os direitos deste não sejam respeitados, mesmo quando se reconhece que o interesse público é indisponível. Assim, os poderes atribuídos à Administração Pública têm a característica de poder-dever, que não podem deixar de ser exercidos, sob pena de ser caracterizada a omissão.

28° Ora, conforme consta dos processos respectivos, teve o conselho de administração a preocupação em fundamentar os motivos pelos quais contratou, sob o regime de contrato individual de trabalho, os trabalhadores identificados no Quadro III constante do Anexo III ao Douto Relatório, página 9.

29° Os quais, são, manifestamente, de interesse público, se bem que, como supra se enquadrou o conceito, o mesmo não deva apenas ser paramaterizado pela despesa pública.

30° Ainda assim, como se reconhece, a transferência de encargos das inerências de uma carreira especial, como hoje são tipificadas, para o regime do Código do Trabalho, só por si, e desde logo, é bastante argumento para daí, em tese, se aferir uma diminuição da despesa pública; vide, a aplicação do Código do Trabalho em sede de suplementos, nomeadamente e não a aplicação do Decreto-Lei nº 62/79, de 30 de Março.

31° Permitindo que, por sede laboral, pudessem começar a praticar actividades e actos que no exercício restrito do conteúdo funcional de uma carreira levaria a multiplicação de agentes, com as repercussões óbvias na gestão.

32° Finalmente, quanto a este enquadramento, e em sede de defesa, que mais não acaba por ser do que uma mera constatação de facto e de direito, e na presunção do afastamento da responsabilidade inerente ao enriquecimento sem justa causa, importa invocar os termos do artigo 473° do Código Civil.

33° O conceito de enriquecimento sem causa estatuído civilisticamente é muito controvertido e o legislador sabiamente não o definiu, em concreto, limitando-se cautelosamente a facultar ao intérprete algumas indicações capazes de, como meros subsídios, auxiliarem a sua formulação.

34° A causa do enriquecimento sem causa varia consoante a natureza jurídica do acto que lhe serve de fonte. (Pires de Lima e Antunes Varela; Código Civil anotado; volume I; 2ª edição revista e actualizada; 1984; anotações ao artigo 473° - páginas 399 e seguintes).

35° E assim sendo, como, pese embora se pode concluir do Vosso Douto Relatório, no caso vertente não se tipifica qualquer indício do ilícito, conforme preceitua, quer o nº1 quer o nº2 do citado artigo 473° do Código Civil, já que na maioria das situações invocadas é sempre passível, porque verdadeiro, ser invocado o estado de necessidade objectivo institucional.

36° É nestes termos que estamos convictos, sem prejuízo de sempre continuarmos empenhados na melhoria dos procedimentos, e pugnando, sempre que sugerido pela Tutela, no desenvolvimento de um regime jurídico mais adequado, porque especial, ao enquadramento da actividade das unidades prestadoras de cuidados de saúde, que dentro das especificidades do nosso hospital, e com as vicissitudes normativas e financeiras do SNS, fizemos o possível para que não se consubstanciassem quaisquer situações de facto, e de direito, passíveis da assumpção de responsabilidades financeiras, quer reintegratória, quer sancionatória, e mesmo irregularidades ou ilicitudes que merecessem dar conhecimento a quaisquer outras entidades, no desenvolvimento sempre último, do opinado bem de mérito que revela ser a prestação de cuidados de saúde

37° Porque, com efeito e relevada a presunção de se acolher a melhor decisão sobre a questão (aliás no seguimento de *Alejandro Nieto, Derecho Administrativo Sancionador, 2ª edição, Madrid, Tecnos, 1994, página 334*), sempre se entendeu que relativamente à tipificação da responsabilidade em apreço, torna-se necessário, relativamente à sanção reintegratória ter-se agido sem que o Estado fosse compensado em sede de enriquecimento sem causa, quanto à prática do acto ilegal, se como tal fosse determinado.

38° Ora, parece que o Estado sempre beneficiou de tal alcance, dadas as medidas e instrumentos tomados como rectificativos, para além da recepção do produto das aquisições feitas, de harmonia com o artigo 59° da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto.

39° E que quanto à responsabilidade sancionatória se torna necessário tipificar a respectiva culpa, de harmonia com o nº3 do artigo 67°, aplicando-se com as necessárias adaptações os artigos 61°, 62° e 64°, todos da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto

40° Já para não falar na assumpção de que no Direito Administrativo sancionador, de carácter não penal, o dolo e a negligência têm de estar directamente relacionados com os mais elementares princípios consagrados nos procedimentos da Administração Pública (igualdade, boa fé, eficácia, imparcialidade, justiça, diligência e o interesse público-*Fabio Medina Osório, Direito Administrativo Sancionador, Revista dos Tribunais, S. Paulo, Brasil, 2000, página 317*).

41° E em verdade, nenhuma das condutas, ou suas omissões, apontadas, pode consubstanciar qualquer referência tipificada de dolo ou até negligência.

42° Pelo que, de harmonia com a Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto, que aprovou a quinta alteração à Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, e nos termos do seu artigo único que deu nova redacção ao artigo 65° desta, alterada pelas Leis nºs 87-B/98, de 31 de Dezembro, 1/2001, de 4 de Janeiro, 55-B/2004, de 30 de

Dezembro, e 48/2006, de 29 de Agosto, requer-se a relevação da responsabilidade da eventual infracção financeira, já que:

- Não houve antes recomendação do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão de controlo interno ao serviço auditado para correcção da irregularidade do procedimento adoptado;
- Ter sido a primeira vez que o Tribunal de Contas ou um órgão de controlo interno censuraram o seu autor pela sua prática.
- Ou, ainda que concedendo, por se evidenciar, pela demonstração supra, suficientemente, que a eventual falta, a existir, só poderia ser imputada ao seu autor a título de negligência.

E que, a reconhecer-se tal irregularidade, conforme disposto jusformal, que não de substância, seja o actual conselho de administração a solicitar a respectiva rectificação do acto, possível a todo o tempo, no seguimento da melhor hermenêutica jurídica, conforme Código do Procedimento Administrativo (CPA), aprovado pelo Decreto-Lei nº 442/91, de 15 de Novembro, e na redacção conferida pelo Decreto-Lei nº 6/96, de 31 de Janeiro, já que não dispõe o signatário, no momento, de tal prerrogativa.

ED,

Torres Novas, 21 de Dezembro de 2009,

Maria Salomé Cordeiro Relvão Sacadura
Maria Salomé Cordeiro Relvão Sacadura

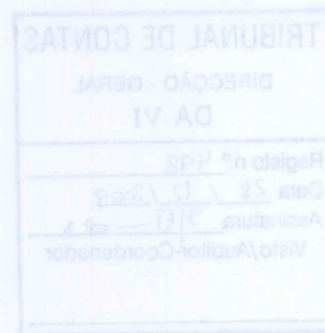
DGTC 22 12'09 22057

- 7 -

9. Directora-C nica do CA do CHMT, EPE - 01/01/2007 a 11/10/2007

Processo N 31/09 - AUDIT

Excelentíssimo Senhor
Juiz Conselheiro



Maria Natália Martinho de Jesus Rodrigues, identificado nos Autos, conforme Anexo II, página 9 dos Anexos, como Directora C nica do conselho de administra o do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, no que corresponde à gerência compreendida entre 1 de Janeiro de 2007 e 11 de Outubro de 2007, assim identificada, vem, nos termos do artigo 13  da Lei de Organiza o e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei n 98/97, de 28 de Agosto, com as altera es que lhe foram introduzidas pelas Leis nós 48/2006 e 35/2007, de 29 de Agosto e 13 de Agosto, respectivamente, apresentar o exercício do contraditório, de harmonia com a sistematiza o constante das conclusões do respectivo e Vosso Douto Relatório de Auditoria

Sem prejuízo de, em fun o das matérias e para redac o mais clara, em sede análise casuística, se volte, por vezes, a referir alguns enquadramentos justificativos, integrados naqueles primeiros.

Assim, conforme síntese constante do Quadro III do Anexo II ao Relatório,   imputável ao signatário a responsabilidade de terem sido *“... concedidas licenças sem vencimento a funcionários com os quais têm também foram celebrados CIT, em 2007, mantendo estes o vínculo e as regalias decorrentes do regime da fun o pública, sem que no entanto a contrata o tenha sido autorizada pelo Ministro da Tutela com fundamentos em razões de interesse público, nem o interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento tenha sido justificadamente reconhecido pelo Conselho de Administra o ...”*

Violando-se, assim, conforme consta do Douto Relatório, os nós 1 e 2 do artigo 17  do Decreto-lei n  233/2005, de 29 de Dezembro, bem como os artigos 21  e 22  do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n  11/93, de 15 de Janeiro.

E, como tal, incorrendo os responsáveis em responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto da alínea l) do n  1 do artigo 65  da LOPTC; página 70 do Douto Relatório, *in fine* ponto 11.2.1.2.

1  Ora, como se reconhecerá, por força da Lei n  27/2002, de 8 de Novembro, que deu nova redac o   Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n  48/90, de 24 de Agosto, e aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar, pela sua Base XXXI, os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administra o Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro,   lei do contrato individual de trabalho e   contrata o colectiva de trabalho.

DGTC 23 12 09 22153

2º Por seu lado, e conforme artigo 18º do Novo Estatuto da Gestão Hospitalar, os hospitais previstos na alínea b) do nº 1 do artigo 2º, o caso concreto, regem-se pelo respectivo diploma de criação, pelos seus regulamentos internos, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica e, subsidiariamente, pelo regime jurídico geral aplicável às entidades públicas empresariais, não estando sujeitos às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos autónomos.

3º Sendo que o disposto no seu nº 1 não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I.

4º Ou seja, por força dos seus artigos 5º a 8º de que se realça, pela matéria em crise, o desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objectivos definidos pelo Ministro da Saúde, conforme artigo 5º.

5º Dos artigos 6º e 7º, como poderes do Estado, o Ministro da Saúde exerce em relação aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde e na parte das áreas e actividade, centros e serviços nela integrados, os seguintes poderes, conforme nº 1 do artigo 6º:

a) *Definir as normas e os critérios de actuação hospitalar;*

b) *Fixar as directrizes a que devem obedecer os planos e programas de acção, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população;*


c) *Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais;*

d) *Determinar auditorias e inspecções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.*

6º Pelo artigo 7º, determina-se que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde compreendem órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta.

7º Assim, não constava originariamente deste enquadramento, como não consta, qualquer referência que indicasse uma metodologia oposta à determinada pelo conselho de administração, bem como nenhum dos órgãos internos constantes do artigo 7º, no caso, o órgão de fiscalização, alguma vez chamou a atenção para o efeito,

8º Ora, desde já, e tendo em vista o supra prolatado, dada a possibilidade legalmente concedida para a celebração de contratos individuais de trabalho, conforme a citada Lei de Bases, foi entendimento do conselho de administração, em articulação com o normativo do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que a competência para a concessão da licença sem vencimento de longa duração ao abrigo do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, doravante SNS, era competência do seu órgão máximo de gestão.



9º Pois só essa concessão aqui poderá estar em causa, que não a celebração dos respectivos contratos.

10º Mas que, conforme se demonstrará, seguiram o entendimento perfilhado, de tal modo que o conselho de administração que sucedeu àquele cuja prática nesta matéria está em causa, procedeu, de igual modo, com outra situação, conforme é descrito em sede do Vosso Douto Relatório; vide Quadro IV do Anexo II do Douto relatório, constante a página 10.

11º Com efeito, nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, habilitado nos termos do nº 3 do artigo 18º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, foi criado o regime jurídico dos hospitais entidade públicas empresariais, os quais regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos seus Estatutos constantes dos anexos I e II, bem como nos respectivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.


12º Constando do artigo 6º o enquadramento dado à respectiva superintendência, do qual não consta, uma vez mais, qualquer orientação que haja resultado, nomeadamente, da sua alínea b) do nº 1

13º Por outro lado, e conforme resulta do seu artigo 7º, a capacidade jurídica dos hospitais E. P. E. abrange todos os direitos e obrigações necessários ou convenientes à prossecução do seu objecto e das suas atribuições.

14º Bem como, por força do artigo 7º dos seus Estatutos, Anexo I ao diploma, compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial, entre outros, “... definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direcção e chefia,decidir sobre a admissão e gestão do pessoal” “... e autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis”.

15º E, ainda, conforme nº 2 do citado artigo 7º dos Estatutos, “... sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direcção superior de 1º grau da administração central do Estado relativamente aos funcionários e agentes da Administração Pública”.

16º Ora, assim sendo e no desiderato em causa, conjugando tais faculdades com o disposto no nº 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que estatui que “...todos os funcionários e agentes das unidades de saúde abrangidas pelo artigo 1º podem optar pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento prevista nos artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, sendo-lhes asseguradas: “...a contagem, na categoria de origem, do tempo de serviço prestado no respectivo hospital E. P. E e a opção pelo regime de



protecção social da função pública e "... competindo ao conselho de administração do hospital E. P. E. o reconhecimento casuístico do interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento...", fácil é concluir que os procedimentos em causa antolhavam-se de legalidade absoluta, pois, não só os Estatutos determinam neste entendimento poder para o decidir, como competiria a este órgão a aferição casuística para reconhecimento do respectivo interesse público.

17º Ou seja, não só a competência não estava delegada, como se entendeu que a mesma estava prevista em sede originária e em diploma estatutário próprio.

18º O que ia na interpretação prevalente ao encontro de que os hospitais EPE, vide artigo 3º, regem-se também pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.

19º E o artigo 17º do diploma estatutário contrariava o disposto no Estatuto do SNS quanto ao reconhecimento ministerial.

20º Pelo que sempre se entendeu, salvo melhor e Doutra opinião, que essa competência era originária dos conselhos de administração dos hospitais EPE


21º O que em termos de mérito da realização da despesa pública, o resultado é o mesmo, não se tendo onerado, pois, sob essa perspectiva, o orçamento institucional.

22º Aliás, de referir que nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, a capacidade dos conselhos de administração dos hospitais EPE para efeitos de contratação de recursos humanos está prevista e limitada, em sede de contrato-programa.

23º Cumpre, ainda, a este propósito, referir, se bem que uma vez mais se enfatize que nunca tinha havido até ao fim do período em apreço, no que ao meu mandato respeita, qualquer orientação ministerial sobre a matéria, o certo é que, inclusive, os despachos ministeriais de delegação e/ou subdelegação de competências não eram lineares sobre a matéria em apreço; vide e no que ao hiato temporal respeita, os Despachos nºs 16463/2006, 16464/2006, 16466, publicados no DR, 2ª, de 14 de Agosto, e o Despacho nº 1355/2007, publicado no DR, 2ª, de 29 de Janeiro.

24º Relativamente à matéria em crise, só em Novembro de 2007, mas *a posteriori* do período a que respeita, seria de, eventualmente, ter outro entendimento, conforme Despacho nº 25480/2007, publicado no DR, 2ª, de 8 de Novembro.

25º Mas ainda aqui se infere que a delegação é genérica, como sempre foi, quando houve, não referindo, expressamente, os efeitos do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro.



26º Por último, o carácter substantivo do interesse público subjacente à decisão.

27º Este é um princípio basilar da Administração Pública, onde se sobrepõe o interesse da coletividade sobre o interesse do particular, o que não significa que os direitos deste não sejam respeitados, mesmo quando se reconhece que o interesse público é indisponível. Assim, os poderes atribuídos à Administração Pública têm a característica de poder-dever, que não podem deixar de ser exercidos, sob pena de ser caracterizada a omissão.

28º Ora, conforme consta dos processos respectivos, teve o conselho de administração a preocupação em fundamentar os motivos pelos quais contratou, sob o regime de contrato individual de trabalho, os trabalhadores identificados no Quadro III constante do Anexo III ao Duto Relatório, página 9.

29º Os quais, são, manifestamente, de interesse público, se bem que, como supra se enquadrou o conceito, o mesmo não deva apenas ser paramaterizado pela despesa pública.

30º Ainda assim, como se reconhece, a transferência de encargos das inerências de uma carreira especial, como hoje são tipificadas, para o regime do Código do Trabalho, só por si, e desde logo, é bastante argumento para daí, em tese, se aferir uma diminuição da despesa pública; vide, a aplicação do Código do Trabalho em sede de suplementos, nomeadamente e não a aplicação do Decreto-Lei nº 62/79, de 30 de Março.


31º Permitindo que, por sede laboral, pudessem começar a praticar actividades e actos que no exercício restrito do conteúdo funcional de uma carreira levaria a multipilicação de agentes, com as repercussões óbvias na gestão.

32º Finalmente, quanto a este enquadramento, e em sede de defesa, que mais não acaba por ser do que uma mera constatação de facto e de direito, e na presunção do afastamento da responsabilidade inerente ao enriquecimento sem justa causa, importa invocar os termos do artigo 473º do Código Civil.

33º O conceito de enriquecimento sem causa estatuído civilisticamente é muito controvertido e o legislador sabiamente não o definiu, em concreto, limitando-se cautelosamente a facultar ao intérprete algumas indicações capazes de, como meros subsídios, auxiliarem a sua formulação.

34º A causa do enriquecimento sem causa varia consoante a natureza jurídica do acto que lhe serve de fonte. (Pires de Lima e Antunes Varela; Código Civil anotado; volume I; 2ª edição revista e actualizada; 1984; anotações ao artigo 473º - páginas 399 e seguintes).

35º E assim sendo, como, pese embora se pode concluir do Vosso Duto Relatório, no caso vertente não se tipifica qualquer indício do ilícito, conforme preceitua, quer o nº1 quer o nº2 do citado artigo 473º do Código Civil, já que na maioria das situações invocadas é sempre passível, porque verdadeiro, ser invocado o estado de necessidade objectivo institucional.



36° É nestes termos que estamos convictos, sem prejuízo de sempre continuarmos empenhados na melhoria dos procedimentos, e pugnando, sempre que sugerido pela Tutela, no desenvolvimento de um regime jurídico mais adequado, porque especial, ao enquadramento da actividade das unidades prestadoras de cuidados de saúde, que dentro das especificidades do nosso hospital, e com as vicissitudes normativas e financeiras do SNS, fizemos o possível para que não se consubstanciassem quaisquer situações de facto, e de direito, passíveis da assumpção de responsabilidades financeiras, quer reintegratória, quer sancionatória, e mesmo irregularidades ou ilicitudes que merecessem dar conhecimento a quaisquer outras entidades, no desenvolvimento sempre último, do opinado bem de mérito que revela ser a prestação de cuidados de saúde

37° Porque, com efeito e relevada a presunção de se acolher a melhor decisão sobre a questão (aliás no seguimento de *Alejandro Nieto, Derecho Administrativo Sancionador, 2ª edição, Madrid, Tecnos, 1994, página 334*), sempre se entendeu que relativamente à tipificação da responsabilidade em apreço, torna-se necessário, relativamente à sanção reintegratória ter-se agido sem que o Estado fosse compensado em sede de enriquecimento sem causa, quanto à prática do acto ilegal, se como tal fosse determinado.

38° Ora, parece que o Estado sempre beneficiou de tal alcance, dadas as medidas e instrumentos tomados como rectificativos, para além da recepção do produto das aquisições feitas, de harmonia com o artigo 59° da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto.

39° E que quanto à responsabilidade sancionatória se torna necessário tipificar a respectiva culpa, de harmonia com o nº3 do artigo 67°, aplicando-se com as necessárias adaptações os artigos 61°, 62° e 64°, todos da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto

40° Já para não falar na assumpção de que no Direito Administrativo sancionador, de carácter não penal, o dolo e a negligência têm de estar directamente relacionados com os mais elementares princípios consagrados nos procedimentos da Administração Pública (igualdade, boa fé, eficácia, imparcialidade, justiça, diligência e o interesse público-*Fabio Medina Osório, Direito Administrativo Sancionador, Revista dos Tribunais, S. Paulo, Brasil, 2000, página 317*).

41° E em verdade, nenhuma das condutas, ou suas omissões, apontadas, pode consubstanciar qualquer referência tipificada de dolo ou até negligência.

42° Pelo que, de harmonia com a Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto, que aprovou a quinta alteração à Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, e nos termos do seu artigo único que deu nova redacção ao artigo 65° desta, alterada pelas Leis nºs 87-B/98, de 31 de Dezembro, 1/2001, de 4 de Janeiro, 55-B/2004, de 30 de

Dezembro, e 48/2006, de 29 de Agosto, requer-se a relevação da responsabilidade da eventual infracção financeira, já que:

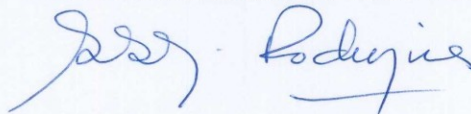
- Não houve antes recomendação do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão de controlo interno ao serviço auditado para correcção da irregularidade do procedimento adoptado;
- Ter sido a primeira vez que o Tribunal de Contas ou um órgão de controlo interno censuraram o seu autor pela sua prática.
- Ou, ainda que concedendo, por se evidenciar, pela demonstração supra, suficientemente, que a eventual falta, a existir, só poderia ser imputada ao seu autor a título de negligência.

E que, a reconhecer-se tal irregularidade, conforme disposto jusformal, que não de substância, seja o actual conselho de administração a solicitar a respectiva rectificação do acto, possível a todo o tempo, no seguimento da melhor hermenêutica jurídica, conforme Código do Procedimento Administrativo (CPA), aprovado pelo Decreto-Lei nº 442/91, de 15 de Novembro, e na redacção conferida pelo Decreto-Lei nº 6/96, de 31 de Janeiro, já que não dispõe o signatário, no momento, de tal prerrogativa.

ED,

Torres Novas, 21 de Dezembro de 2009,

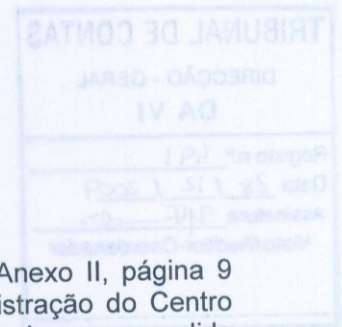
Maria Natália Martinho de Jesus Rodrigues



10. Vogal do CA do CHMT, EPE - 01/01/2007 a 31/07/2007

Processo Nº31/09 - AUDIT

Excelentíssimo Senhor
Juiz Conselheiro



Silvino Maia Alcaravela, identificado nos Autos, conforme Anexo II, página 9 dos Anexos, como vogal executivo do conselho de administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, no que corresponde à gerência compreendida entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Julho de 2007, assim identificada, vem, nos termos do artigo 13º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pelas Leis nºs 48/2006 e 35/2007, de 29 de Agosto e 13 de Agosto, respectivamente, apresentar o exercício do contraditório, de harmonia com a sistematização constante das conclusões do respectivo e Vosso Douto Relatório de Auditoria

Sem prejuízo de, em função das matérias e para redacção mais clara, em sede análise casuística, se volte, por vezes, a referir alguns enquadramentos justificativos, integrados naqueles primeiros.

Assim, conforme síntese constante do Quadro III do Anexo II ao Relatório, é imputável ao signatário a responsabilidade de terem sido *"... concedidas licenças sem vencimento a funcionários com os quais também foram celebrados CIT, em 2007, mantendo estes o vínculo e as regalias decorrentes do regime da função pública, sem que no entanto a contratação tenha sido autorizada pelo Ministro da Tutela com fundamentos em razões de interesse público, nem o interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento tenha sido justificadamente reconhecido pelo Conselho de Administração ..."*

Violando-se, assim, conforme consta do Douto Relatório, os nºs 1 e 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/205, de 29 de Dezembro, bem como os artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro.

E, como tal, incorrendo os responsáveis em responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto da alínea l) do nº 1 do artigo 65º da LOPTC; página 70 do Douto Relatório, *in fine* ponto 11.2.1.2.

1º Ora, como se reconhecerá, por força da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, que deu nova redacção à Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, e aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar, pela sua Base XXXI, os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva de trabalho.

DGTC 23 12º09 22160

2º Por seu lado, e conforme artigo 18º do Novo Estatuto da Gestão Hospitalar, os hospitais previstos na alínea b) do nº 1 do artigo 2º, o caso concreto, regem-se pelo respectivo diploma de criação, pelos seus regulamentos internos, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica e, subsidiariamente, pelo regime jurídico geral aplicável às entidades públicas empresariais, não estando sujeitos às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos autónomos.

3º Sendo que o disposto no seu nº 1 não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I.

4º Ou seja, por força dos seus artigos 5º a 8º de que se realça, pela matéria em crise, o desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objectivos definidos pelo Ministro da Saúde, conforme artigo 5º.

5º Dos artigos 6º e 7º, como poderes do Estado, o Ministro da Saúde exerce em relação aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde e na parte das áreas e actividade, centros e serviços nela integrados, os seguintes poderes, conforme nº 1 do artigo 6º:

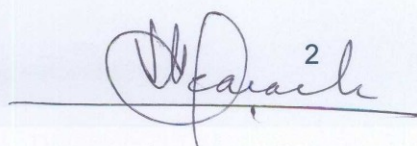
- a) *Definir as normas e os critérios de actuação hospitalar;*
- b) *Fixar as directrizes a que devem obedecer os planos e programas de acção, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população;*
- c) *Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais;*
- d) *Determinar auditorias e inspecções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.*

6º Pelo artigo 7º, determina-se que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde compreendem órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta.

7º Assim, não constava originariamente deste enquadramento, como não consta, qualquer referência que indicasse uma metodologia oposta à determinada pelo conselho de administração, bem como nenhum dos órgãos internos constantes do artigo 7º, no caso, o órgão de fiscalização, alguma vez chamou a atenção para o efeito,

8º Ora, desde já, e tendo em vista o supra prolatado, dada a possibilidade legalmente concedida para a celebração de contratos individuais de trabalho, conforme a citada Lei de Bases, foi entendimento do conselho de administração, em articulação com o normativo do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que a competência para a concessão da licença sem vencimento de longa duração ao abrigo do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, doravante SNS, era competência do seu órgão máximo de gestão.

9º Pois só essa concessão aqui poderá estar em causa, que não a celebração



dos respectivos contratos.

10º Mas que, conforme se demonstrará, seguiram o entendimento perfilhado, de tal modo que o conselho de administração que sucedeu àquele cuja prática nesta matéria está em causa, procedeu, de igual modo, com outra situação, conforme é descrito em sede do Vosso Douto Relatório; vide Quadro IV do Anexo II do Douto relatório, constante a página 10.

11º Com efeito, nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, habilitado nos termos do nº 3 do artigo 18º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, foi criado o regime jurídico dos hospitais entidade públicas empresariais, os quais regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos seus Estatutos constantes dos anexos I e II, bem como nos respectivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.

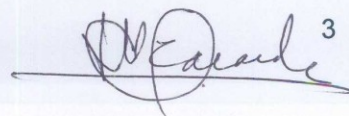
12º Constando do artigo 6º o enquadramento dado à respectiva superintendência, do qual não consta, uma vez mais, qualquer orientação que haja resultado, nomeadamente, da sua alínea b) do nº 1

13º Por outro lado, e conforme resulta do seu artigo 7º, a capacidade jurídica dos hospitais E. P. E. abrange todos os direitos e obrigações necessários ou convenientes à prossecução do seu objecto e das suas atribuições.

14º Bem como, por força do artigo 7º dos seus Estatutos, Anexo I ao diploma, compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial, entre outros, “... definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direcção e chefia,decidir sobre a admissão e gestão do pessoal” “... e autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis”.

15º E, ainda, conforme nº 2 do citado artigo 7º dos Estatutos, “... sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direcção superior de 1º grau da administração central do Estado relativamente aos funcionários e agentes da Administração Pública”.

16º Ora, assim sendo e no desiderato em causa, conjugando tais faculdades com o disposto no nº 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que estatui que “...todos os funcionários e agentes das unidades de saúde abrangidas pelo artigo 1º podem optar pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento prevista nos artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, sendo-lhes asseguradas: “...a contagem, na categoria de origem, do tempo de serviço prestado no respectivo hospital E. P. E e a opção pelo regime de protecção social da função pública e “... competindo ao conselho de

 3

administração do hospital E. P. E. o reconhecimento casuístico do interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento...”, fácil é concluir que os procedimentos em causa antolhavam-se de legalidade absoluta, pois, não só os Estatutos determinam neste entendimento poder para o decidir, como competiria a este órgão a aferição casuística para reconhecimento do respectivo interesse público.

17º Ou seja, não só a competência não estava delegada, como se entendeu que a mesma estava prevista em sede originária e em diploma estatutário próprio.

18º O que ia na interpretação prevalente ao encontro de que os hospitais EPE, vide artigo 3º, regem-se também pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.

19º E o artigo 17º do diploma estatutário contrariava o disposto no Estatuto do SNS quanto ao reconhecimento ministerial.

20º Pelo que sempre se entendeu, salvo melhor e Doutra opinião, que essa competência era originária dos conselhos de administração dos hospitais EPE

21º O que em termos de mérito da realização da despesa pública, o resultado é o mesmo, não se tendo onerado, pois, sob essa perspectiva, o orçamento institucional.

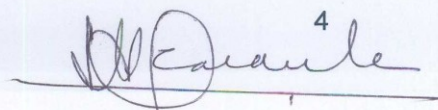
22º Aliás, de referir que nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, a capacidade dos conselhos de administração dos hospitais EPE para efeitos de contratação de recursos humanos está prevista e limitada, em sede de contrato-programa.

23º Cumpre, ainda, a este propósito, referir, se bem que uma vez mais se enfatize que nunca tinha havido até ao fim do período em apreço, no que ao meu mandato respeita, qualquer orientação ministerial sobre a matéria, o certo é que, inclusive, os despachos ministeriais de delegação e/ou subdelegação de competências não eram lineares sobre a matéria em apreço; vide e no que ao hiato temporal respeita, os Despachos nºs 16463/2006, 16464/2006, 16466, publicados no DR, 2ª, de 14 de Agosto, e o Despacho nº 1355/2007, publicado no DR, 2ª, de 29 de Janeiro.

24º Relativamente à matéria em crise, só em Novembro de 2007, mas a *posteriori* do período a que respeita, seria de, eventualmente, ter outro entendimento, conforme Despacho nº 25480/2007, publicado no DR, 2ª, de 8 de Novembro.

25º Mas ainda aqui se infere que a delegação é genérica, como sempre foi, quando houve, não referindo, expressamente, os efeitos do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro.

26º Por último, o carácter substantivo do interesse público subjacente à

 4

decisão.

27º Este é um princípio basilar da Administração Pública, onde se sobrepõe o interesse da coletividade sobre o interesse do particular, o que não significa que os direitos deste não sejam respeitados, mesmo quando se reconhece que o interesse público é indisponível. Assim, os poderes atribuídos à Administração Pública têm a característica de poder-dever, que não podem deixar de ser exercidos, sob pena de ser caracterizada a omissão.

28º Ora, conforme consta dos processos respectivos, teve o conselho de administração a preocupação em fundamentar os motivos pelos quais contratou, sob o regime de contrato individual de trabalho, os trabalhadores identificados no Quadro III constante do Anexo III ao Douto Relatório, página 9.

29º Os quais, são, manifestamente, de interesse público, se bem que, como supra se enquadrou o conceito, o mesmo não deva apenas ser parametrizado pela despesa pública.

30º Ainda assim, como se reconhece, a transferência de encargos das inerências de uma carreira especial, como hoje são tipificadas, para o regime do Código do Trabalho, só por si, e desde logo, é bastante argumento para daí, em tese, se aferir uma diminuição da despesa pública; vide, a aplicação do Código do Trabalho em sede de suplementos, nomeadamente e não a aplicação do Decreto-Lei nº 62/79, de 30 de Março.

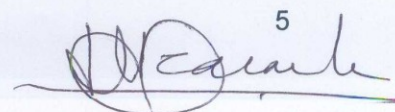
31º Permitindo que, por sede laboral, pudessem começar a praticar actividades e actos que no exercício restrito do conteúdo funcional de uma carreira levaria a multiplicação de agentes, com as repercussões óbvias na gestão.

32º Finalmente, quanto a este enquadramento, e em sede de defesa, que mais não acaba por ser do que uma mera constatação de facto e de direito, e na presunção do afastamento da responsabilidade inerente ao enriquecimento sem justa causa, importa invocar os termos do artigo 473º do Código Civil.

33º O conceito de enriquecimento sem causa estatuído civilisticamente é muito controvertido e o legislador sabiamente não o definiu, em concreto, limitando-se cautelosamente a facultar ao intérprete algumas indicações capazes de, como meros subsídios, auxiliarem a sua formulação.

34º A causa do enriquecimento sem causa varia consoante a natureza jurídica do acto que lhe serve de fonte. (Pires de Lima e Antunes Varela; Código Civil anotado; volume I; 2ª edição revista e actualizada; 1984; anotações ao artigo 473º - páginas 399 e seguintes).

35º E assim sendo, como, pese embora se pode concluir do Vosso Douto Relatório, no caso vertente não se tipifica qualquer indício do ilícito, conforme preceitua, quer o nº1 quer o nº2 do citado artigo 473º do Código Civil, já que na maioria das situações invocadas é sempre passível, porque verdadeiro, ser invocado o estado de necessidade objectivo institucional.

5


36° É nestes termos que estamos convictos, sem prejuízo de sempre continuarmos empenhados na melhoria dos procedimentos, e pugnando, sempre que sugerido pela Tutela, no desenvolvimento de um regime jurídico mais adequado, porque especial, ao enquadramento da actividade das unidades prestadoras de cuidados de saúde, que dentro das especificidades do nosso hospital, e com as vicissitudes normativas e financeiras do SNS, fizemos o possível para que não se consubstanciassem quaisquer situações de facto, e de direito, passíveis da assumpção de responsabilidades financeiras, quer reintegratória, quer sancionatória, e mesmo irregularidades ou ilicitudes que merecessem dar conhecimento a quaisquer outras entidades, no desenvolvimento sempre último, do opinado bem de mérito que revela ser a prestação de cuidados de saúde

37° Porque, com efeito e relevada a presunção de se acolher a melhor decisão sobre a questão (aliás no seguimento de *Alejandro Nieto, Derecho Administrativo Sancionador, 2ª edição, Madrid, Tecnos, 1994, página 334*), sempre se entendeu que relativamente à tipificação da responsabilidade em apreço, torna-se necessário, relativamente à sanção reintegratória ter-se agido sem que o Estado fosse compensado em sede de enriquecimento sem causa, quanto à prática do acto ilegal, se como tal fosse determinado.

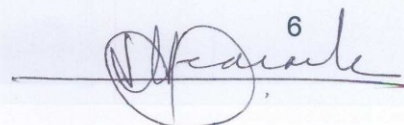
38° Ora, parece que o Estado sempre beneficiou de tal alcance, dadas as medidas e instrumentos tomados como rectificativos, para além da recepção do produto das aquisições feitas, de harmonia com o artigo 59° da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto.

39° E que quanto à responsabilidade sancionatória se torna necessário tipificar a respectiva culpa, de harmonia com o nº3 do artigo 67°, aplicando-se com as necessárias adaptações os artigos 61°, 62° e 64°, todos da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto

40° Já para não falar na assumpção de que no Direito Administrativo sancionador, de carácter não penal, o dolo e a negligência têm de estar directamente relacionados com os mais elementares princípios consagrados nos procedimentos da Administração Pública (igualdade, boa fé, eficácia, imparcialidade, justiça, diligência e o interesse público - *Fabio Medina Osório, Direito Administrativo Sancionador, Revista dos Tribunais, S. Paulo, Brasil, 2000, página 317*).

41° E em verdade, nenhuma das condutas, ou suas omissões, apontadas, pode consubstanciar qualquer referência tipificada de dolo ou até negligência.

42° Pelo que, de harmonia com a Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto, que aprovou a quinta alteração à Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, e nos termos do seu artigo único que deu nova redacção ao artigo 65° desta, alterada pelas Leis nºs 87-B/98, de 31 de Dezembro, 1/2001, de 4 de Janeiro, 55-B/2004, de 30 de

 6

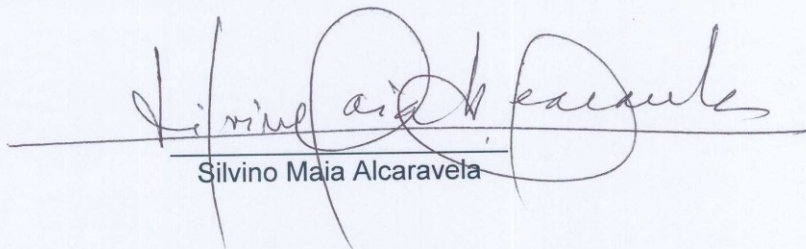
Dezembro, e 48/2006, de 29 de Agosto, requer-se a relevação da responsabilidade da eventual infracção financeira, já que:

- Não houve antes recomendação do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão de controlo interno ao serviço auditado para correcção da irregularidade do procedimento adoptado;
- Ter sido a primeira vez que o Tribunal de Contas ou um órgão de controlo interno censuraram o seu autor pela sua prática.
- Ou, ainda que concedendo, por se evidenciar, pela demonstração supra, suficientemente, que a eventual falta, a existir, só poderia ser imputada ao seu autor a título de negligência.

E que, a reconhecer-se tal irregularidade, conforme disposto jusformal, que não de substância, seja o actual conselho de administração a solicitar a respectiva ratificação do acto, possível a todo o tempo, no seguimento da melhor hermenêutica jurídica, conforme Código do Procedimento Administrativo (CPA), aprovado pelo Decreto-Lei nº 442/91, de 15 de Novembro, e na redacção conferida pelo Decreto-Lei nº 6/96, de 31 de Janeiro, já que não dispõe o signatário, no momento, de tal prerrogativa.

ED,

Abrantes, 22 de Dezembro de 2009,

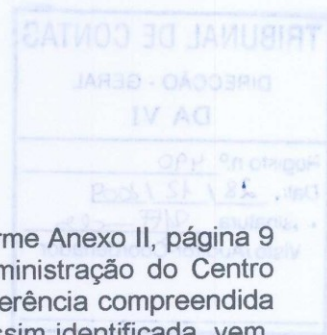


Silvino Maia Alcaravêta

11. Vogal do CA do CHMT, EPE - 01/01/2007 a 11/10/2007

Processo Nº31/09 - AUDIT

Excelentíssimo Senhor
Juiz Conselheiro



João Maria Roxo Vaz Rico, identificado nos Autos, conforme Anexo II, página 9 dos Anexos, como vogal executivo do conselho de administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, no que corresponde à gerência compreendida entre 1 de Janeiro de 2007 e 11 de Outubro de 2007, assim identificada, vem, nos termos do artigo 13º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pelas Leis nºs 48/2006 e 35/2007, de 29 de Agosto e 13 de Agosto, respectivamente, apresentar o exercício do contraditório, de harmonia com a sistematização constante das conclusões do respectivo e Vosso Douto Relatório de Auditoria

Sem prejuízo de, em função das matérias e para redacção mais clara, em sede análise casuística, se volte, por vezes, a referir alguns enquadramentos justificativos, integrados naqueles primeiros.

Assim, conforme síntese constante do Quadro III do Anexo II ao Relatório, é imputável ao signatário a responsabilidade de terem sido *“... concedidas licenças sem vencimento a funcionários com os quais também foram celebrados CIT, em 2007, mantendo estes o vínculo e as regalias decorrentes do regime da função pública, sem que no entanto a contratação tenha sido autorizada pelo Ministro da Tutela com fundamentos em razões de interesse público, nem o interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento tenha sido justificadamente reconhecido pelo Conselho de Administração ...”*

Violando-se, assim, conforme consta do Douto Relatório, os nºs 1 e 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/205, de 29 de Dezembro, bem como os artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro.

E, como tal, incorrendo os responsáveis em responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto da alínea I) do nº 1 do artigo 65º da LOPTC; página 70 do Douto Relatório, *in fine* ponto 11.2.1.2.

1º Ora, como se reconhecerá, por força da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, que deu nova redacção à Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, e aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar, pela sua Base XXXI, os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva de trabalho.

2º Por seu lado, e conforme artigo 18º do Novo Estatuto da Gestão Hospitalar, os hospitais previstos na alínea b) do nº 1 do artigo 2º, o caso concreto, regem-se pelo respectivo diploma de criação, pelos seus regulamentos internos, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica e, subsidiariamente, pelo regime jurídico geral aplicável às entidades públicas empresariais, não estando sujeitos às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos autónomos.

3º Sendo que o disposto no seu nº 1 não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I.

4º Ou seja, por força dos seus artigos 5º a 8º de que se realça, pela matéria em crise, o desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objectivos definidos pelo Ministro da Saúde, conforme artigo 5º.

5º Dos artigos 6º e 7º, como poderes do Estado, o Ministro da Saúde exerce em relação aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde e na parte das áreas e actividade, centros e serviços nela integrados, os seguintes poderes, conforme nº 1 do artigo 6º:

- a) *Definir as normas e os critérios de actuação hospitalar;*
- b) *Fixar as directrizes a que devem obedecer os planos e programas de acção, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população;*
- c) *Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais;*
- d) *Determinar auditorias e inspecções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.*

6º Pelo artigo 7º, determina-se que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde compreendem órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta.

7º Assim, não constava originariamente deste enquadramento, como não consta, qualquer referência que indicasse uma metodologia oposta à determinada pelo conselho de administração, bem como nenhum dos órgãos internos constantes do artigo 7º, no caso, o órgão de fiscalização, alguma vez chamou a atenção para o efeito,

8º Ora, desde já, e tendo em vista o supra prolatado, dada a possibilidade legalmente concedida para a celebração de contratos individuais de trabalho, conforme a citada Lei de Bases, foi entendimento do conselho de administração, em articulação com o normativo do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que a competência para a concessão da licença sem vencimento de longa duração ao abrigo do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, doravante SNS, era competência do seu órgão máximo de gestão.

9º Pois só essa concessão aqui poderá estar em causa, que não a celebração

dos respectivos contratos.

10º Mas que, conforme se demonstrará, seguiram o entendimento perflhado, de tal modo que o conselho de administração que sucedeu àquele cuja prática nesta matéria está em causa, procedeu, de igual modo, com outra situação, conforme é descrito em sede do Vosso Douto Relatório; vide Quadro IV do Anexo II do Douto relatório, constante a página 10.

11º Com efeito, nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, habilitado nos termos do nº 3 do artigo 18º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, foi criado o regime jurídico dos hospitais entidade públicas empresariais, os quais regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos seus Estatutos constantes dos anexos I e II, bem como nos respectivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.

12º Constando do artigo 6º o enquadramento dado à respectiva superintendência, do qual não consta, uma vez mais, qualquer orientação que haja resultado, nomeadamente, da sua alínea b) do nº 1

13º Por outro lado, e conforme resulta do seu artigo 7º, a capacidade jurídica dos hospitais E. P. E. abrange todos os direitos e obrigações necessários ou convenientes à prossecução do seu objecto e das suas atribuições.

14º Bem como, por força do artigo 7º dos seus Estatutos, Anexo I ao diploma, compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial, entre outros, “... definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direcção e chefia,decidir sobre a admissão e gestão do pessoal” “... e autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis”.

15º E, ainda, conforme nº 2 do citado artigo 7º dos Estatutos, “... sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direcção superior de 1º grau da administração central do Estado relativamente aos funcionários e agentes da Administração Pública”.

16º Ora, assim sendo e no desiderato em causa, conjugando tais faculdades com o disposto no nº 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que estatui que “...todos os funcionários e agentes das unidades de saúde abrangidas pelo artigo 1º podem optar pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento prevista nos artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, sendo-lhes asseguradas: “...a contagem, na categoria de origem, do tempo de serviço prestado no respectivo hospital E. P. E e a opção pelo regime de protecção social da função pública e “... competindo ao conselho de

administração do hospital E. P. E. o reconhecimento casuístico do interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento...”, fácil é concluir que os procedimentos em causa antolhavam-se de legalidade absoluta, pois, não só os Estatutos determinam neste entendimento poder para o decidir, como competiria a este órgão a aferição casuística para reconhecimento do respectivo interesse público.

17º Ou seja, não só a competência não estava delegada, como se entendeu que a mesma estava prevista em sede originária e em diploma estatutário próprio.

18º O que ia na interpretação prevalente ao encontro de que os hospitais EPE, vide artigo 3º, regem-se também pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.

19º E o artigo 17º do diploma estatutário contrariava o disposto no Estatuto do SNS quanto ao reconhecimento ministerial.

20º Pelo que sempre se entendeu, salvo melhor e Doutra opinião, que essa competência era originária dos conselhos de administração dos hospitais EPE

21º O que em termos de mérito da realização da despesa pública, o resultado é o mesmo, não se tendo onerado, pois, sob essa perspectiva, o orçamento institucional.

22º Aliás, de referir que nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, a capacidade dos conselhos de administração dos hospitais EPE para efeitos de contratação de recursos humanos está prevista e limitada, em sede de contrato-programa.

23º Cumpre, ainda, a este propósito, referir, se bem que uma vez mais se enfatize que nunca tinha havido até ao fim do período em apreço, no que ao meu mandato respeita, qualquer orientação ministerial sobre a matéria, o certo é que, inclusive, os despachos ministeriais de delegação e/ou subdelegação de competências não eram lineares sobre a matéria em apreço; vide e no que ao hiato temporal respeita, os Despachos nºs 16463/2006, 16464/2006, 16466, publicados no DR, 2ª, de 14 de Agosto, e o Despacho nº 1355/2007, publicado no DR, 2ª, de 29 de Janeiro.

24º Relativamente à matéria em crise, só em Novembro de 2007, mas a *posteriori* do período a que respeita, seria de, eventualmente, ter outro entendimento, conforme Despacho nº 25480/2007, publicado no DR, 2ª, de 8 de Novembro.

25º Mas ainda aqui se infere que a delegação é genérica, como sempre foi, quando houve, não referindo, expressamente, os efeitos do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro.

26º Por último, o carácter substantivo do interesse público subjacente à

decisão.

27º Este é um princípio basilar da Administração Pública, onde se sobrepõe o interesse da coletividade sobre o interesse do particular, o que não significa que os direitos deste não sejam respeitados, mesmo quando se reconhece que o interesse público é indisponível. Assim, os poderes atribuídos à Administração Pública têm a característica de poder-dever, que não podem deixar de ser exercidos, sob pena de ser caracterizada a omissão.

28º Ora, conforme consta dos processos respectivos, teve o conselho de administração a preocupação em fundamentar os motivos pelos quais contratou, sob o regime de contrato individual de trabalho, os trabalhadores identificados no Quadro III constante do Anexo III ao Douro Relatório, página 9.

29º Os quais, são, manifestamente, de interesse público, se bem que, como supra se enquadrou o conceito, o mesmo não deva apenas ser parametrizado pela despesa pública.

30º Ainda assim, como se reconhece, a transferência de encargos das inerências de uma carreira especial, como hoje são tipificadas, para o regime do Código do Trabalho, só por si, e desde logo, é bastante argumento para daí, em tese, se aferir uma diminuição da despesa pública; vide, a aplicação do Código do Trabalho em sede de suplementos, nomeadamente e não a aplicação do Decreto-Lei nº 62/79, de 30 de Março.

31º Permitindo que, por sede laboral, pudessem começar a praticar actividades e actos que no exercício restrito do conteúdo funcional de uma carreira levaria a multiplicação de agentes, com as repercussões óbvias na gestão.

32º Finalmente, quanto a este enquadramento, e em sede de defesa, que mais não acaba por ser do que uma mera constatação de facto e de direito, e na presunção do afastamento da responsabilidade inerente ao enriquecimento sem justa causa, importa invocar os termos do artigo 473º do Código Civil.

33º O conceito de enriquecimento sem causa estatuído civilisticamente é muito controvertido e o legislador sabiamente não o definiu, em concreto, limitando-se cautelosamente a facultar ao intérprete algumas indicações capazes de, como meros subsídios, auxiliarem a sua formulação.

34º A causa do enriquecimento sem causa varia consoante a natureza jurídica do acto que lhe serve de fonte. (Pires de Lima e Antunes Varela; Código Civil anotado; volume I; 2ª edição revista e actualizada; 1984; anotações ao artigo 473º - páginas 399 e seguintes).

35º E assim sendo, como, pese embora se pode concluir do Vosso Douro Relatório, no caso vertente não se tipifica qualquer indício do ilícito, conforme preceitua, quer o nº1 quer o nº2 do citado artigo 473º do Código Civil, já que na maioria das situações invocadas é sempre passível, porque verdadeiro, ser invocado o estado de necessidade objectivo institucional.

36° É nestes termos que estamos convictos, sem prejuízo de sempre continuarmos empenhados na melhoria dos procedimentos, e pugnando, sempre que sugerido pela Tutela, no desenvolvimento de um regime jurídico mais adequado, porque especial, ao enquadramento da actividade das unidades prestadoras de cuidados de saúde, que dentro das especificidades do nosso hospital, e com as vicissitudes normativas e financeiras do SNS, fizemos o possível para que não se consubstanciassem quaisquer situações de facto, e de direito, passíveis da assumpção de responsabilidades financeiras, quer reintegratória, quer sancionatória, e mesmo irregularidades ou ilicitudes que merecessem dar conhecimento a quaisquer outras entidades, no desenvolvimento sempre último, do opinado bem de mérito que revela ser a prestação de cuidados de saúde

37° Porque, com efeito e relevada a presunção de se acolher a melhor decisão sobre a questão (aliás no seguimento de *Alejandro Nieto, Derecho Administrativo Sancionador, 2ª edição, Madrid, Tecnos, 1994, página 334*), sempre se entendeu que relativamente à tipificação da responsabilidade em apreço, torna-se necessário, relativamente à sanção reintegratória ter-se agido sem que o Estado fosse compensado em sede de enriquecimento sem causa, quanto à prática do acto ilegal, se como tal fosse determinado.

38° Ora, parece que o Estado sempre beneficiou de tal alcance, dadas as medidas e instrumentos tomados como rectificativos, para além da recepção do produto das aquisições feitas, de harmonia com o artigo 59° da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto.

39° E que quanto à responsabilidade sancionatória se torna necessário tipificar a respectiva culpa, de harmonia com o nº3 do artigo 67°, aplicando-se com as necessárias adaptações os artigos 61°, 62° e 64°, todos da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto

40° Já para não falar na assumpção de que no Direito Administrativo sancionador, de carácter não penal, o dolo e a negligência têm de estar directamente relacionados com os mais elementares princípios consagrados nos procedimentos da Administração Pública (igualdade, boa fé, eficácia, imparcialidade, justiça, diligência e o interesse público - *Fabio Medina Osório, Direito Administrativo Sancionador, Revista dos Tribunais, S. Paulo, Brasil, 2000, página 317*).

41° E em verdade, nenhuma das condutas, ou suas omissões, apontadas, pode consubstanciar qualquer referência tipificada de dolo ou até negligência.

42° Pelo que, de harmonia com a Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto, que aprovou a quinta alteração à Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, e nos termos do seu artigo único que deu nova redacção ao artigo 65° desta, alterada pelas Leis nºs 87-B/98, de 31 de Dezembro, 1/2001, de 4 de Janeiro, 55-B/2004, de 30 de

6 *Ca.*

Dezembro, e 48/2006, de 29 de Agosto, requer-se a relevação da responsabilidade da eventual infracção financeira, já que:

- Não houve antes recomendação do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão de controlo interno ao serviço auditado para correcção da irregularidade do procedimento adoptado;

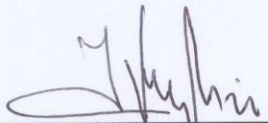
- Ter sido a primeira vez que o Tribunal de Contas ou um órgão de controlo interno censuraram o seu autor pela sua prática.

- Ou, ainda que concedendo, por se evidenciar, pela demonstração supra, suficientemente, que a eventual falta, a existir, só poderia ser imputada ao seu autor a título de negligência.

E que, a reconhecer-se tal irregularidade, conforme disposto jusformal, que não de substância, seja o actual conselho de administração a solicitar a respectiva rectificação do acto, possível a todo o tempo, no seguimento da melhor hermenêutica jurídica, conforme Código do Procedimento Administrativo (CPA), aprovado pelo Decreto-Lei nº 442/91, de 15 de Novembro, e na redacção conferida pelo Decreto-Lei nº 6/96, de 31 de Janeiro, já que não dispõe o signatário, no momento, de tal prerrogativa.

ED,

Abrantes, 21 de Dezembro de 2009,



João Maria Roxo Vaz Rico

12. Presidente do CA do CHMT, EPE - 01/01/2007 a 11/10/2007

Processo Nº31/09 - Audit

Excelentíssimo Senhor
Juiz Conselheiro

Pedro Miguel Duarte Rodrigues Marques, identificado nos Autos, conforme Anexo II, página 9 dos Anexos, como vogal executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, no que corresponde à gerência compreendida entre 1 de Janeiro de 2007 e 11 de Outubro de 2007, assim identificada, vem, nos termos do artigo 13º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pelas Leis nºs 48/2006 e 35/2007, de 29 de Agosto e 13 de Agosto, respectivamente, apresentar o exercício do contraditório, de harmonia com a sistematização constante das conclusões do respectivo e Vosso Douto Relatório de Auditoria.

Sem prejuízo de, em função das matérias e para redacção mais clara, em sede análise casuística, se volte, por vezes, a referir alguns enquadramentos justificativos, integrados naqueles primeiros.

Assim, conforme síntese constante do Quadro III do Anexo II ao Relatório, é imputável ao signatário a responsabilidade de terem sido *"... concedidas licenças sem vencimento a funcionários com os quais também foram celebrados CIT, em 2007, mantendo estes o vínculo e as regalias decorrentes do regime da função pública, sem que no entanto a contratação tenha sido autorizada pelo Ministro da Tutela com fundamentos em razões de interesse público, nem o interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento tenha sido justificadamente reconhecido pelo Conselho de Administração ..."*

Violando-se, assim, conforme consta do Douto Relatório, os nºs 1 e 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/205, de 29 de Dezembro, bem como os artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro.

E, como tal, incorrendo os responsáveis em responsabilidade financeira sancionatória, nos termos do disposto da alínea l) do nº 1 do artigo 65º da LOPTC; página 70 do Douto Relatório, *in fine* ponto 11.2.1.2.

1º Ora, como se reconhecerá, por força da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, que deu nova redacção à Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, e aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar, pela sua Base XXXI, os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva de trabalho.

2º Por seu lado, e conforme artigo 18º do Novo Estatuto da Gestão Hospitalar, os hospitais previstos na alínea b) do nº 1 do artigo 2º, o caso concreto, regem-se pelo respectivo diploma de criação, pelos seus regulamentos internos, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica e, subsidiariamente, pelo regime jurídico geral aplicável às entidades públicas empresariais, não estando sujeitos às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos autónomos.

3º Sendo que o disposto no seu nº 1 não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I.

4º Ou seja, por força dos seus artigos 5º a 8º de que se realça, pela matéria em crise, o desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objectivos definidos pelo Ministro da Saúde, conforme artigo 5º.

5º Dos artigos 6º e 7º, como poderes do Estado, o Ministro da Saúde exerce em relação aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde e na parte das áreas e actividade, centros e serviços nela integrados, os seguintes poderes, conforme nº 1 do artigo 6º:

- a) *Definir as normas e os critérios de actuação hospitalar;*
- b) *Fixar as directrizes a que devem obedecer os planos e programas de acção, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população;*
- c) *Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais;*
- d) *Determinar auditorias e inspecções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.*

6º Pelo artigo 7º, determina-se que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde compreendem órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta.

7º Assim, não constava originariamente deste enquadramento, como não consta, qualquer referência que indicasse uma metodologia oposta à determinada pelo conselho de administração, bem como nenhum dos órgãos internos constantes do artigo 7º, no caso, o órgão de fiscalização, alguma vez chamou a atenção para o efeito,

8º Ora, desde já, e tendo em vista o supra prolatado, dada a possibilidade legalmente concedida para a celebração de contratos individuais de trabalho, conforme a citada Lei de Bases, foi entendimento do conselho de administração, em articulação com o normativo do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que a competência para a concessão da licença sem vencimento de longa duração ao abrigo do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro, doravante SNS, era competência do seu órgão máximo de gestão.

9º Pois só essa concessão aqui poderá estar em causa, que não a celebração

dos respectivos contratos.

10º Mas que, conforme se demonstrará, seguiram o entendimento perfilhado, de tal modo que o conselho de administração que sucedeu àquele cuja prática nesta matéria está em causa, procedeu, de igual modo, com outra situação, conforme é descrito em sede do Vosso Douto Relatório; vide Quadro IV do Anexo II do Douto relatório, constante a página 10.

11º Com efeito, nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, habilitado nos termos do nº 3 do artigo 18º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, foi criado o regime jurídico dos hospitais entidade públicas empresariais, os quais regem-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos seus Estatutos constantes dos anexos I e II, bem como nos respectivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.


12º Constando do artigo 6º o enquadramento dado à respectiva superintendência, do qual não consta, uma vez mais, qualquer orientação que haja resultado, nomeadamente, da sua alínea b) do nº 1

13º Por outro lado, e conforme resulta do seu artigo 7º, a capacidade jurídica dos hospitais E. P. E. abrange todos os direitos e obrigações necessários ou convenientes à prossecução do seu objecto e das suas atribuições.

14º Bem como, por força do artigo 7º dos seus Estatutos, Anexo I ao diploma, compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial, entre outros, “... definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direcção e chefia,decidir sobre a admissão e gestão do pessoal” “... e autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis”.

15º E, ainda, conforme nº 2 do citado artigo 7º dos Estatutos, “... sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direcção superior de 1º grau da administração central do Estado relativamente aos funcionários e agentes da Administração Pública”.

16º Ora, assim sendo e no desiderato em causa, conjugando tais faculdades com o disposto no nº 2 do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que estatui que “...todos os funcionários e agentes das unidades de saúde abrangidas pelo artigo 1º podem optar pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento prevista nos artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, sendo-lhes asseguradas: “...a contagem, na categoria de origem, do tempo de serviço prestado no respectivo hospital E. P. E e a opção pelo regime de protecção social da função pública e “... competindo ao conselho de



administração do hospital E. P. E. o reconhecimento casuístico do interesse público subjacente ao pedido de licença sem vencimento...”, fácil é concluir que os procedimentos em causa antolhavam-se de legalidade absoluta, pois, não só os Estatutos determinam neste entendimento poder para o decidir, como competiria a este órgão a aferição casuística para reconhecimento do respectivo interesse público.

17º Ou seja, não só a competência não estava delegada, como se entendeu que a mesma estava prevista em sede originária e em diploma estatutário próprio.

18º O que ia na interpretação prevalente ao encontro de que os hospitais EPE, vide artigo 3º, regem-se também pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas aqui previstas.

19º E o artigo 17º do diploma estatutário contrariava o disposto no Estatuto do SNS quanto ao reconhecimento ministerial.

20º Pelo que sempre se entendeu, salvo melhor e Douta opinião, que essa competência era originária dos conselhos de administração dos hospitais EPE

21º O que em termos de mérito da realização da despesa pública, o resultado é o mesmo, não se tendo onerado, pois, sob essa perspectiva, o orçamento institucional.


22º Aliás, de referir que nos termos do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, a capacidade dos conselhos de administração dos hospitais EPE para efeitos de contratação de recursos humanos está prevista e limitada, em sede de contrato-programa.

23º Cumpre, ainda, a este propósito, referir, se bem que uma vez mais se enfatize que nunca tinha havido até ao fim do período em apreço, no que ao meu mandato respeita, qualquer orientação ministerial sobre a matéria, o certo é que, inclusive, os despachos ministeriais de delegação e/ou subdelegação de competências não eram lineares sobre a matéria em apreço; vide e no que ao hiato temporal respeita, os Despachos nºs 16463/2006, 16464/2006, 16466, publicados no DR, 2ª, de 14 de Agosto, e o Despacho nº 1355/2007, publicado no DR, 2ª, de 29 de Janeiro.

24º Relativamente à matéria em crise, só em Novembro de 2007, mas a *posteriori* do período a que respeita, seria de, eventualmente, ter outro entendimento, conforme Despacho nº 25480/2007, publicado no DR, 2ª, de 8 de Novembro.

25º Mas ainda aqui se infere que a delegação é genérica, como sempre foi, quando houve, não referindo, expressamente, os efeitos do artigo 17º do Decreto-lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro.

26º Por último, o carácter substantivo do interesse público subjacente à



decisão.

27º Este é um princípio basilar da Administração Pública, onde se sobrepõe o interesse da coletividade sobre o interesse do particular, o que não significa que os direitos deste não sejam respeitados, mesmo quando se reconhece que o interesse público é indisponível. Assim, os poderes atribuídos à Administração Pública têm a característica de poder-dever, que não podem deixar de ser exercidos, sob pena de ser caracterizada a omissão.

28º Ora, conforme consta dos processos respectivos, teve o conselho de administração a preocupação em fundamentar os motivos pelos quais contratou, sob o regime de contrato individual de trabalho, os trabalhadores identificados no Quadro III constante do Anexo III ao Douto Relatório, página 9.

29º Os quais, são, manifestamente, de interesse público, se bem que, como supra se enquadrou o conceito, o mesmo não deva apenas ser parametrizado pela despesa pública.

30º Ainda assim, como se reconhece, a transferência de encargos das inerências de uma carreira especial, como hoje são tipificadas, para o regime do Código do Trabalho, só por si, e desde logo, é bastante argumento para daí, em tese, se aferir uma diminuição da despesa pública; vide, a aplicação do Código do Trabalho em sede de suplementos, nomeadamente e não a aplicação do Decreto-Lei nº 62/79, de 30 de Março.


31º Permitindo que, por sede laboral, pudessem começar a praticar actividades e actos que no exercício restrito do conteúdo funcional de uma acreira levaria a multiplicação de agentes, com as repercussões óbvias na gestão.

32º Finalmente, quanto a este enquadramento, e em sede de defesa, que mais não acaba por ser do que uma mera constatação de facto e de direito, e na presunção do afastamento da responsabilidade inerente ao enriquecimento sem justa causa, importa invocar os termos do artigo 473º do Código Civil.

33º O conceito de enriquecimento sem causa estatuído civilisticamente é muito controvertido e o legislador sabiamente não o definiu, em concreto, limitando-se cautelosamente a facultar ao intérprete algumas indicações capazes de, como meros subsídios, auxiliarem a sua formulação.

34º A causa do enriquecimento sem causa varia consoante a natureza jurídica do acto que lhe serve de fonte. (Pires de Lima e Antunes Varela; Código Civil anotado; volume I; 2ª edição revista e actualizada; 1984; anotações ao artigo 473º - páginas 399 e seguintes).

35º E assim sendo, como, pese embora se pode concluir do Vosso Douto Relatório, no caso vertente não se tipifica qualquer indício do ilícito, conforme preceitua, quer o nº1 quer o nº2 do citado artigo 473º do Código Civil, já que na maioria das situações invocadas é sempre passível, porque verdadeiro, ser invocado o estado de necessidade objectivo institucional.



36° É nestes termos que estamos convictos, sem prejuízo de sempre continuarmos empenhados na melhoria dos procedimentos, e pugnando, sempre que sugerido pela Tutela, no desenvolvimento de um regime jurídico mais adequado, porque especial, ao enquadramento da actividade das unidades prestadoras de cuidados de saúde, que dentro das especificidades do nosso hospital, e com as vicissitudes normativas e financeiras do SNS, fizemos o possível para que não se consubstanciassem quaisquer situações de facto, e de direito, passíveis da assumpção de responsabilidades financeiras, quer reintegratória, quer sancionatória, e mesmo irregularidades ou ilicitudes que merecessem dar conhecimento a quaisquer outras entidades, no desenvolvimento sempre último, do opinado bem de mérito que revela ser a prestação de cuidados de saúde

37° Porque, com efeito e relevada a presunção de se acolher a melhor decisão sobre a questão (aliás no seguimento de *Alejandro Nieto, Derecho Administrativo Sancionador, 2ª edição, Madrid, Tecnos, 1994, página 334*), sempre se entendeu que relativamente à tipificação da responsabilidade em apreço, torna-se necessário, relativamente à sanção reintegratória ter-se agido sem que o Estado fosse compensado em sede de enriquecimento sem causa, quanto à prática do acto ilegal, se como tal fosse determinado.

38° Ora, parece que o Estado sempre beneficiou de tal alcance, dadas as medidas e instrumentos tomados como rectificativos, para além da recepção do produto das aquisições feitas, de harmonia com o artigo 59º da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto.

39° E que quanto à responsabilidade sancionatória se torna necessário tipificar a respectiva culpa, de harmonia com o nº3 do artigo 67º, aplicando-se com as necessárias adaptações os artigos 61º, 62º e 64º, todos da Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas (LOPTC), aprovada pela Lei nº98/97, de 28 de Agosto

40° Já para não falar na assumpção de que no Direito Administrativo sancionador, de carácter não penal, o dolo e a negligência têm de estar directamente relacionados com os mais elementares princípios consagrados nos procedimentos da Administração Pública (igualdade, boa fé, eficácia, imparcialidade, justiça, diligência e o interesse público - *Fabio Medina Osório, Direito Administrativo Sancionador, Revista dos Tribunais, S. Paulo, Brasil, 2000, página 317*).

41° E em verdade, nenhuma das condutas, ou suas omissões, apontadas, pode consubstanciar qualquer referência tipificada de dolo ou até negligência.

42° Pelo que, de harmonia com a Lei n.º 35/2007, de 13 de Agosto, que aprovou a quinta alteração à Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, aprovada pela Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, e nos termos do seu artigo único que deu nova redacção ao artigo 65º desta, alterada pelas Leis nºs 87-B/98, de 31 de Dezembro, 1/2001, de 4 de Janeiro, 55-B/2004, de 30 de

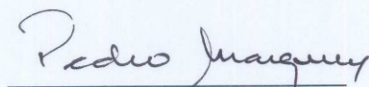
Dezembro, e 48/2006, de 29 de Agosto, requer-se a relevação da responsabilidade da eventual infracção financeira, já que:

- Não houve antes recomendação do Tribunal de Contas ou de qualquer órgão de controlo interno ao serviço auditado para correcção da irregularidade do procedimento adoptado;
- Ter sido a primeira vez que o Tribunal de Contas ou um órgão de controlo interno censuraram o seu autor pela sua prática.
- Ou, ainda que concedendo, por se evidenciar, pela demonstração supra, suficientemente, que a eventual falta, a existir, só poderia ser imputada ao seu autor a título de negligência.

E que, a reconhecer-se tal irregularidade, conforme disposto jusformal, que não de substância, seja o actual conselho de administração a solicitar a respectiva rectificação do acto, possível a todo o tempo, no seguimento da melhor hermenêutica jurídica, conforme Código do Procedimento Administrativo (CPA), aprovado pelo Decreto-Lei nº 442/91, de 15 de Novembro, e na redacção conferida pelo Decreto-Lei nº 6/96, de 31 de Janeiro, já que não dispõe o signatário, no momento, de tal prerrogativa.

ED,

Santarém, 7 de Janeiro de 2010,



(Pedro Marques)

DGTC 08 01'10 00329

7

13. Serviço de Utilização Comum dos Hospitais



C.A. 001546 21. DEZ 2009

Exmº Senhor
Juiz Conselheiro - Director-Geral do
Tribunal de Contas
Dr. José Tavares
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Assunto: Processo n.º 31/09 – D A VI Audit – Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

Exmº Senhor,

O **SUCH – SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS**, com sede no Parque de Saúde de Lisboa, Av. do Brasil, n.º 53, Pavilhão 33-A, em Lisboa, doravante abreviadamente “SUCH”, tendo sido notificado, no processo à margem referenciado, para, 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 introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, apresentar as suas alegações a respeito do enunciado no “Ponto 11.2.1.5 – *Outros Custos Operacionais*” do Relato da Auditoria Financeira realizada ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE (“CHMT”),

Vem muito respeitosamente dizer o seguinte:

Resulta do disposto no *supra* mencionado Ponto 11.2.1.5 do Relato da Auditoria Financeira realizada ao CHMT, no que ao SUCH diz respeito que:

“Na qualidade de associado, o CHMT beneficia de descontos no valor das aquisições que efectua ao SUCH (...). O referido desconto, nas facturas emitidas, de uma quota que não foi objecto de tributação, implicando a diminuição da base tributável das prestações de serviços ou transmissões de bens, não isentas, origina, por um lado, uma distorção e diminuição do imposto a pagar pela entidade e pelo SUCH, e, por outro lado, uma vantagem competitiva em relação à concorrência.”

900 805-P01

Conselho de Administração

SUCH | Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
Parque da Saúde de Lisboa | Av. do Brasil, nº 53 | Pavilhão 33 A
1749-003 Lisboa | Tel.: 217 923 654 | Fax: 217 954 626

www.somos.pt



Certificado de Conformidade 02/CEP.1675

Manutenção de Instalações e Equipamentos Hospitalares | Tratamento de Roupa | Gestão de Resíduos Hospitalares | Projectos (Engenharia e Arquitectura) | Alimentação (cozinha do Hospital de São João e cozinha do Hospital de São Teotónio) | Limpeza Hospitalar

Salvo o devido respeito pela posição e tese vertidas no Ponto 11.2.1.5 do Relato da Auditoria Financeira ao CHMT que se transcreveu, o SUCH entende que as mesmas carecem em absoluto de qualquer fundamento ou razão, como se demonstrará a V. Exa..

Senão vejamos:

Nos termos do actual "Regime de Quotização e Benefícios dos Associados do SUCH", enuncia-se, para o que aqui importa considerar que:

«Artigo 1.º

1. Em conformidade com o estatuído na alínea d) do artigo 8º dos Estatutos, o pagamento das quotas constitui um dever dos Associados, os quais, em contrapartida, têm direito aos benefícios contemplados no Capítulo 11 do presente Regime.

2. Os escalões e valores mensais das quotas são os seguintes:

1º Escalão - € 60,00;

2º Escalão - € 1.000,00;

3º Escalão - € 5.000,00;

4º Escalão - € 10.000,00.

(...)

Artigo 5º

1. O valor integral da quota será deduzido nas facturas emitidas pelo SUCH, sob a forma de desconto de Associado, ou, em alternativa, até 40% do valor da factura, caso o montante da quota exceda esta percentagem do valor facturado.

(...)».

Significa que, os Associados do SUCH que paguem atempadamente as suas quotas, têm direito a um desconto equivalente ao valor das quotas efectivamente pagas, com o limite máximo de 40% do valor da facturação dos serviços prestados pelo SUCH aos mesmos.

A este respeito, importa salientar que, aquando da entrada em vigor do Código do IVA, em 1986, o regime de quotas regulares do SUCH era absolutamente equivalente ao presente, com vários escalões e descontos até aos 40% actualmente previstos.

Ou seja, não só o esquema de quotizações e descontos do SUCH sempre foi material e historicamente equivalente, como o mesmo existe desde data anterior a 1986.

Pelo que, o SUCH sempre assumiu uma posição e prática uniformes relativamente à matéria em apreciação no presente processo.

Mas não só.

Após a entrada em vigor do Código do IVA, a Administração Fiscal pronunciou-se sobre uma situação materialmente semelhante à presente, nos termos seguidamente enunciados:

«Tendo sido posta a questão de saber qual o tratamento em sede de IVA das quotas cobradas por certa associação que presta serviços aos sócios, cobrando preços constantes de uma tabela e apenas praticando uma redução de 20% devido à sua qualidade de sócios, liquidando IVA sobre o montante líquido desses serviços, foi esclarecido que tal situação se afasta das que o n.º 21 do artigo 9.º do CIVA pretendeu contemplar no campo das isenções.

De facto, as prestações de serviços efectuadas aos associados, e não só, são remuneradas segundo uma tabela de preços e pelas quais vem sendo liquidado IVA, tornando-se evidente que os descontos concedidos aos associados mais não são que a correspondência à quota por ele paga.

Isto é, a quota funcionará como um desconto nos serviços remunerados, o que leva a concluir que a mesma não deverá ser passível de IVA (Despacho de 2-12-86, Proc. 30, E.N. 5079186)» (o sublinhado é nosso) (Cfr., entre outros, E. Pinto Fernandes e O., “Código sobre o Valor Acrescentado Anotado e Comentado”, Editora Rei dos Livros, 4.ª Edição, Janeiro de 1997).

A Administração Fiscal considerou, desta forma, no *supra* citado Despacho de 2-12-86, Proc. 30, E.N. 5079186, que os descontos consubstanciados nas quotas efectivamente pagas pelos Associados de uma associação sem fins lucrativos, são descontos abrangidos na alínea b), do n.º 6, do artigo 16.º do Código de IVA, pelo que, tais descontos não fazem parte do valor tributável das operações.

Ou seja, tal entendimento da Administração Fiscal consolidou a convicção do SUCH quanto à regularidade da sua actuação nesta matéria tributária, pois a situação em apreciação no presente processo é, salvo melhor entendimento, materialmente equivalente à expressamente enunciada na sobredita doutrina administrativa (ainda que com percentagem de desconto diversa).

Nestes termos, e em suma, o SUCH entende que a posição fiscal uniforme que tem assumido historicamente no que se refere a esta matéria é totalmente enquadrável na alínea b), do n.º 6, do artigo 16.º do Código de IVA, conforme o acima referido entendimento da Administração Fiscal e, ainda, atento o princípio da igualdade.

Ora, não tendo conhecimento que tal enquadramento tributário tenha sido revogado ou alterado pela própria Administração Fiscal conclui, assim, salvo melhor entendimento, que a sua actuação nesta matéria foi sempre realizada no estrito e absoluto cumprimento da lei fiscal e da doutrina administrativa aplicáveis ao caso.

Com os melhores cumprimentos, *também pessoais*.

A Presidente do Conselho de Administração



(Paula Nanita)

14. Administração Central do Sistema de Saúde



Sua referência: DA VI
Proc. Nº 31/09 – Audit

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

Nossa referência: U.O.G.F.

ACSS - 22077 - 09/DEC/23

ASSUNTO: **Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE**

Tendo recebido o Relato sobre a Auditoria em epígrafe – Processo nº 31/09 - Audit, remetido pelo vosso ofício nº 18794, de 2009.12.07., e no que se refere às suas Conclusões (ponto “Custos com pessoal e contratação de pessoal médico em regime de prestação de serviços e de tarefa”) e Recomendações (ao Conselho Directivo desta Administração Central) informa-se:

1. De acordo com o transmitido na reunião havida (em 3 de Dezembro), nesta Administração Central, com elementos dessa instituição, reafirmamos que a proposta dos valores/hora de referência para a contratação de serviços médicos pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) teve como base, entre outras, a informação sobre os preços/hora praticados por empresas num conjunto de Hospitais (SPA e EPE) à data de 2008;
2. Tendo por base esta informação verificou-se existir uma grande amplitude ao nível dos preços praticados pelas empresas, no que diz respeito exclusivamente à Urgência, donde se inferiu a possibilidade de uma melhor negociação da contratação dos serviços médicos;
3. Assim, os valores/hora de referência propostos e posteriormente autorizados tiveram como objectivo a obtenção de ganhos financeiros para as instituições do SNS.

Com os melhores cumprimentos, *Manuel Teixeira*

O Presidente do Conselho Directivo

Manuel Teixeira



Sua referência: Mensagem Fax nº 5/10 - DA VI
Proc. Nº 31/09 – Audit

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

Nossa referência: ACSS 2010 UAGRA 10 JAN 08

ACSS - 00612

ASSUNTO: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Relativamente ao V. fax do dia 6 do corrente, sobre o assunto em epígrafe, informamos:

1. Os valores/hora de referência superiormente autorizados em devido tempo foram determinados tendo em consideração os preços médios praticados a nível nacional, por empresas das regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Centro e Alentejo, e foram tidos como preços de eficiência económica;
2. Para além dos preços/hora médios das empresas, por "área de actividade" exclusivamente da Urgência e expurgados dos valores que pareceram incongruentes, referidos no ponto 1. do nosso ofício nº 22077, de 2009.12.23., foram também considerados:
 - Os valores da remuneração extraordinária dos médicos, conforme dados do RHV;
 - O valor da hora extraordinária, fora do período normal de trabalho, dos médicos no Hospital de Santa Maria, EPE, atendendo ao seu posicionamento na carreira médica e aos dias e turnos de prestação do serviço médico, tendo sido extraídos, para efeitos de análise, os valores das horas extraordinárias prestadas no turno das 20h às 8h (horas seguintes).
3. Mais se informa que toda a informação que levou à fixação dos valores/hora de referência, superiormente decidida, foi facultada aos elementos dessa instituição presentes na reunião havida, em 3 de Dezembro de 2009, nesta Administração Central.

Com os melhores cumprimentos, *o Presidente*

O Presidente do Conselho Directivo


Manuel Teixeira

Sua referência: Mensagem Fax nº 14/10 - DA VI
Proc. Nº 31/09 – Audit

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

Nossa referência: U.O.G.F.
ACSS - 00910 - 10/JAN/13

ASSUNTO: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE


Relativamente ao V. fax do dia 11 do corrente mês, o qual mereceu a nossa melhor atenção, cumpre-nos esclarecer que a ACSS não conhece os “preços de eficiência económica”, em sentido estritamente técnico. Conforme transmitido em anteriores comunicações, a avaliação da ACSS partiu da recolha dos preços praticados pelo mercado (empresas de serviços médicos), que deveriam reflectir a escassez de recursos, em cada mercado regional.

Sublinhe-se, no entanto, que em sentido estrito, o termo “mercado” não se aplica ao sector em causa, uma vez que existem frequentemente monopólios (ou duopólios) regionais e um comprador monopsonista, para prestação de serviços a entidades públicas que, por sua vez, fornecem cuidados de saúde, pelo que o conceito de “preços de eficiência económica” não parece aplicável a esta situação.

Houve, posteriormente, a partir do trabalho de levantamento técnico da ACSS, uma decisão política do Governo acerca do preço/hora de referência, no âmbito das suas competências próprias.

Com os melhores cumprimentos, *M. Teixeira*

O Presidente do Conselho Directivo



Manuel Teixeira

15. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



Exmo. Senhor
Director Geral do Tribunal de Contas
Departamento de Auditoria VI
Av. Barbosa do Bocagê, 61
1069-045 Lisboa

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Processo nº 31/09 - audit	07.12.2009	10/DC/2009	30.12.2009

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Em resposta ao solicitado no v/ ofício nº 18793 de 07.12.2009 sobre a auditoria mencionada em epígrafe, o Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) vem por este meio informar que concorda na generalidade com as considerações efectuadas ao longo do relato da auditoria supra mencionada e que contribuirá, dentro das respectivas competências, para a implementação das recomendações dirigidas às diversas entidades do Ministério da Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo

RUI PORTUGAL
Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

DGTC 07 01*10 00211

1/1

16. Direcção-Geral do Tesouro e Finanças



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
Direcção-Geral do Tesouro e Finanças

*Da entrada
Ar JAVI
2010-01-12
JAVI*

Ofício nº 174 de 11.01.2010

Exmo. Senhor
Juiz Conselheiro do Tribunal de Contas
Dr. José F. F. Tavares
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

S/Ref. Proc n.º 31/09 – Audit

N/Ref. DSPE/DAA

Data:

Data:

Assunto: "Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE - Processo n.º31/09-Audit."

Exmo. Senhor,

Na sequência de solicitação do Gabinete de Sua Ex.^a o Ministro de Estado e das Finanças, e por se tratar de matérias que estão a ser acompanhadas por esta Direcção-Geral, tecem-se as seguintes considerações relativamente às recomendações constantes do relatório identificado em epígrafe:

No âmbito de um esforço concertado entre DGTF, IGF e ACSS, foram efectuadas diversas reuniões de trabalho no sentido de desenvolver as seguintes tarefas:

- Levantamento dos bens imóveis da propriedade dos hospitais ou que lhe estão afectos, sua valorização e proposta de regularização global;
- A identificação dos hospitais que têm responsabilidades com pensões e sua quantificação.

No entanto, a especificidade destas matérias e, dentro de cada tema, a diversidade de situações existentes levou a que se optasse por tratá-los de forma autónoma.

Assim, no que respeita à regularização da propriedade das parcelas de terrenos e dos edifícios que o CHMT utiliza na sua actividade, a DGTF, no âmbito do Despacho n.º148/09-SETF, exarado na sequência das recomendações da IGF constantes no relatório N.º 1619/2008, já manifestou a sua disponibilidade para, em articulação com a ACSS, emitir instruções dirigidas individualmente não apenas ao CHMT mas a todos os Hospitais EPE, no sentido de concluírem a inventariação e/ou avaliação dos bens a contabilizar e procederem aos registos da titularidade dos mesmos e à respectiva revelação contabilística.

DGTC 12 01'10 00453



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
Direcção-Geral do Tesouro e Finanças

Quanto às responsabilidades com pensões, dado que se trata de um tema transversal a todo o SEE, optou-se por encomendar a uma entidade externa um relatório que permita ao Governo proceder à definição de orientações genéricas sobre o tema.

Com os meus melhores cumprimentos.

O Director-Geral,

(Carlos Durães da Conceição)

Solicita-se que na resposta seja indicada a referência deste documento e nº de processo

17. Ministro de Estado e das Finanças

FROM Apoio Gabinete MFAPublica 218862360

(F i) Jan 8 2010 17:01/ST. 17:01/No. 7613100468 P 1

+00351218846658



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
GABINETE DO MINISTRO DE ESTADO E DAS FINANÇAS

Exmº Senhor

08. JAN 10 00030

Director-Geral do Tribunal de Contas

Juiz Conselheiro José F. Tavares

Av. Barbosa du Bocage, 61

1069-045 Lisboa

Da entrada
4. Davi
2010-01-08

Sua referência
Of. 18795

Sua Comunicação
07-12-2009

Nossa referência
Ent. 9513/09 Proc. 02.1

Assunto: Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

Exmº Senhor,

Tendo por referência o assunto em epígrafe, encarrega-me S. E. o Ministro de Estado e das Finanças informar V. Exª que não tem considerações a acrescentar aos esclarecimentos e comentários enviados ao Tribunal de Contas pelos serviços deste Ministério.

Com os melhores cumprimentos.

A Chefe do Gabinete,

Filipa Bandeira de Melo

(Filipa Bandeira de Melo)

C/c: Gab. SETF

DTGC 08 01 10 00358

Av. Infante D. Henrique - 1149-009 LISBOA
Tel.: +351 218 816 800; Fax: +351 218 816 862; E-mail: gab.mf@mf.gov.pt

[Handwritten signature]

18. Ministra da Saúde

Ofício N.: 188
Data: 11-01-2010

Exmo. Senhor,

*Da entrada
do JAVI
2010-01-12*

[Handwritten signature]

O Ministério da Saúde, no cumprimento do desiderato constitucional de organização de um Serviço Nacional de Saúde de acesso geral e universal, tem como objectivo estratégico assegurar que todos os cidadãos portugueses tenham médico de família atribuído.

O principal obstáculo ao cumprimento desse objectivo está relacionado com a carência relativa de médicos no nosso país. De facto, se é verdade que a proporção de médicos na população – 3,51 por 1000 habitantes¹ – parece adequada, o mesmo já não acontece em relação à distribuição etária dos médicos ou à sua divisão pelas diferentes especialidades.

De facto, tendo a Ordem dos Médicos, 40675 inscritos, nem todos a exercer a actividade profissional em Portugal, verifica-se que mais de metade deles têm mais de 50 anos de idade.

Por isso, do ponto de vista estrutural, as principais medidas do Governo vão no sentido de aumentar a formação de médicos e, em especial, de incrementar a formação na especialidade de medicina geral e familiar.

No que diz respeito à formação de médicos, permitimo-nos evidenciar os dados do gráfico seguinte:



¹ Health at a Glance, OCDE, 2009, dados referentes a 2007.

Como pode ser observado, o número de alunos admitidos nas Faculdades de Medicina do país aumentou de 1185 para 1658 entre 2004 e 2009, uma variação de 39,92%.

Ao mesmo tempo foi autorizado o novo curso de medicina da Universidade do Algarve, que iniciou o seu funcionamento no ano lectivo de 2009/2010, com 32 alunos. Foi também autorizado um novo curso de medicina na Universidade de Aveiro, em consórcio com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, que iniciará o seu funcionamento no ano lectivo de 2011/2012, admitindo no primeiro ano 40 alunos.

Devemos destacar que estes dois cursos assumem características inovadoras, em linha com projectos similares no espaço europeu. De facto, são cursos com duração de quatro anos, em que os alunos são seleccionados de entre detentores de licenciatura em áreas ligadas às ciências da vida.

Por outro lado, nestes anos, foi também incrementado, de modo acentuado, o número de médicos em formação na especialidade de medicina geral e familiar.

Formação (Evolução dos Colocados nos Concursos do Internato Médico)

Ano	Totais	Medicina Geral e Familiar
2000	697	139
2001	703	149
2002	767	151
2003	820	144
2004	781	123
2005*	2006	369
2006	919	204
2007	1009	261
2008	1197	312
2009	1026	318**

* ocorreram três processos de candidatura, tendo-se iniciado um novo processo de Internato Médico

** 30% das vagas

O quadro supra evidencia o número de médicos admitidos na especialidade nos últimos 10 anos. Note-se que o ano de 2005 corresponde a dois cursos médicos, na medida em que foi nesse ano que o antigo internato geral, de dois anos, deu origem ao ano comum, com metade da duração. Há ainda que ter em conta que, em relação a 2010, há ainda 28 vagas disponíveis, no concurso B, com início da formação em Março.

É absolutamente evidente o aumento da formação nesta especialidade, que entre 2004 e 2009 aumentou o número de vagas de 123 para 318 (ainda sem contar com as vagas a ocupar no concurso B), uma variação positiva de 158%.

Os médicos que terminam a sua formação nessa especialidade são contratados para exercer a sua actividade no SNS, em regime de contrato de trabalho em funções públicas, por tempo indeterminado. É o caso dos médicos abrangidos pelos concursos promovidos pelas Administrações Regionais de Saúde:

Procedimentos concursais desenvolvidos pelas ARS						
		Norte	Centro	L.V.T.	Alentejo	Algarve
1.ª Época	Número de postos de trabalho identificados no respectivo aviso de abertura	37	17	23	4	5
	Número de médicos contratados	27	15	23 a)	c)	4 b)
2.ª Época	Número de postos de trabalho identificados no respectivo aviso de abertura	49	13	45	d)	2
	Número de médicos contratados	c)	c)	c)	d)	c)

Notas:

- a) Os contratos ainda não foram celebrados embora já tenha sido homologada a lista de classificação final;
- b) Existe apenas uma lista provisória de classificação final;
- c) Procedimento ainda em curso;
- d) Procedimento ainda não aberto.

Avisos:

- n.º 9331/2009, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 90, de 11 de Maio;
- n.º 10645/2009, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 110, de 8 de Agosto;
- n.º 12460/2009, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 135, de 15 de Julho;
- n.º 17062/2009, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 190, de 30 de Setembro;
- n.º 17064/2009, publicado no Diário da República 2.ª Série, n.º 190, de 30 de Setembro;
- n.º 21216/2009, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 228, de 24 de Novembro;
- n.º 21506/2009, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 231, de 27 de Novembro;
- n.º 21679/2009, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 233, de 2 de Dezembro;
- n.º 22441/2009, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 241, de 15 de Dezembro.

Ainda do ponto de vista estrutural deve ser destacado o processo de reforma dos cuidados de saúde primários e, em especial, a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF).

No final de 2009 estavam em funcionamento 229 USF, com um número de inscritos potencial de 2.880.422 portugueses. Destes, 345.428 correspondem a ganho assistencial.

O aumento da acessibilidade gerado pelas USF foi já indirectamente confirmado pelo Relatório do Tribunal de Contas n.º 27/09 – 2.ª S. Nos dados constantes do Volume I, página 31, referentes a 30 de Junho de 2008, verifica-se que o número de utentes com médico de família atribuído era de 9.826.788. Isto significa que, desde 30 de Junho de 2006, tinha ocorrido um ganho de 192.824.

Ora, nos dados da Missão dos Cuidados de Saúde Primários para essa data, 30 de Junho de 2008, verifica-se que estavam em funcionamento 135 USFs, com ganho de capacidade assistencial de 184.883 utentes. A similitude dos números resulta evidente.

Devemos reconhecer, no entanto, que este conjunto de medidas estruturais, não produz todos os seus efeitos no imediato. Em particular, a formação de novos médicos e de novos especialistas exige tempo e, nestes anos, só permite ligeira vantagem sobre as aposentações.

Neste contexto, resta ao Ministério da Saúde adoptar também medidas conjunturais. Uma delas refere-se à contratação de serviços médicos, através de empresas de prestação de serviços.

Trata-se de uma medida temporária, de recurso, mas que surge como um imperativo perante a obrigação de assegurar atendimento médico a populações de determinados locais.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde



(Manuel Pizarro)

Exmo. Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Juiz Conselheiro José Tavares
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

DGTC 12 01'10 00454



Tribunal de Contas

Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE



CHMT



Processo n.º 31/09 - Audit

Relatório n.º 5/10 - 2ª S

Volume III - Anexos

CAPA Em cima: Detalhe da tapeçaria "O Contador" de Almada Negreiros, exposta no átrio do edifício-sede do Tribunal de Contas
Em baixo: Fotografias das três unidades hospitalares que compõem o Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, retiradas do respectivo sítio oficial da Internet.



ANEXOS

ÍNDICE

ANEXO I – RESPONSÁVEIS PELOS EXERCÍCIOS DE 2007, 2008 E 2009.....	5
ANEXO II – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	7
ANEXO III – SISTEMA DE CONTROLO INTERNO.....	9
ANEXO IV – CRIAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, EPE – ESTUDOS DE VIABILIDADE ECONÓMICO-FINANCEIRA	13
ANEXO V – ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO.....	17
ANEXO VI – GABINETE DO UTENTE	21
ANEXO VII – IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS CREDORES DO ESTADO.....	23
ANEXO VIII – RECURSOS HUMANOS	27
ANEXO IX – RENDAS.....	29
ANEXO X – NOTA DE EMOLUMENTOS.....	31



Anexo I – Responsáveis pelos Exercícios de 2007, 2008 e 2009

No exercício de 2007, até 11 de Outubro, os membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, foram os seguintes:

Cargo	Nome
Presidente	Silvino Maia Alcaravela
Vogal Executivo	João Maria Roxo Vaz Rico
Vogal Executivo	Pedro Miguel Rodrigues Duarte Marques
Directora Clínica	Maria Natália Martinho Jesus Rodrigues
Enfermeira Directora	Maria Salomé Cordeiro Relvão Sacadura

No exercício de 2007, a partir de 12 de Outubro, e nos exercícios de 2008 e 2009, os membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, foram os seguintes:

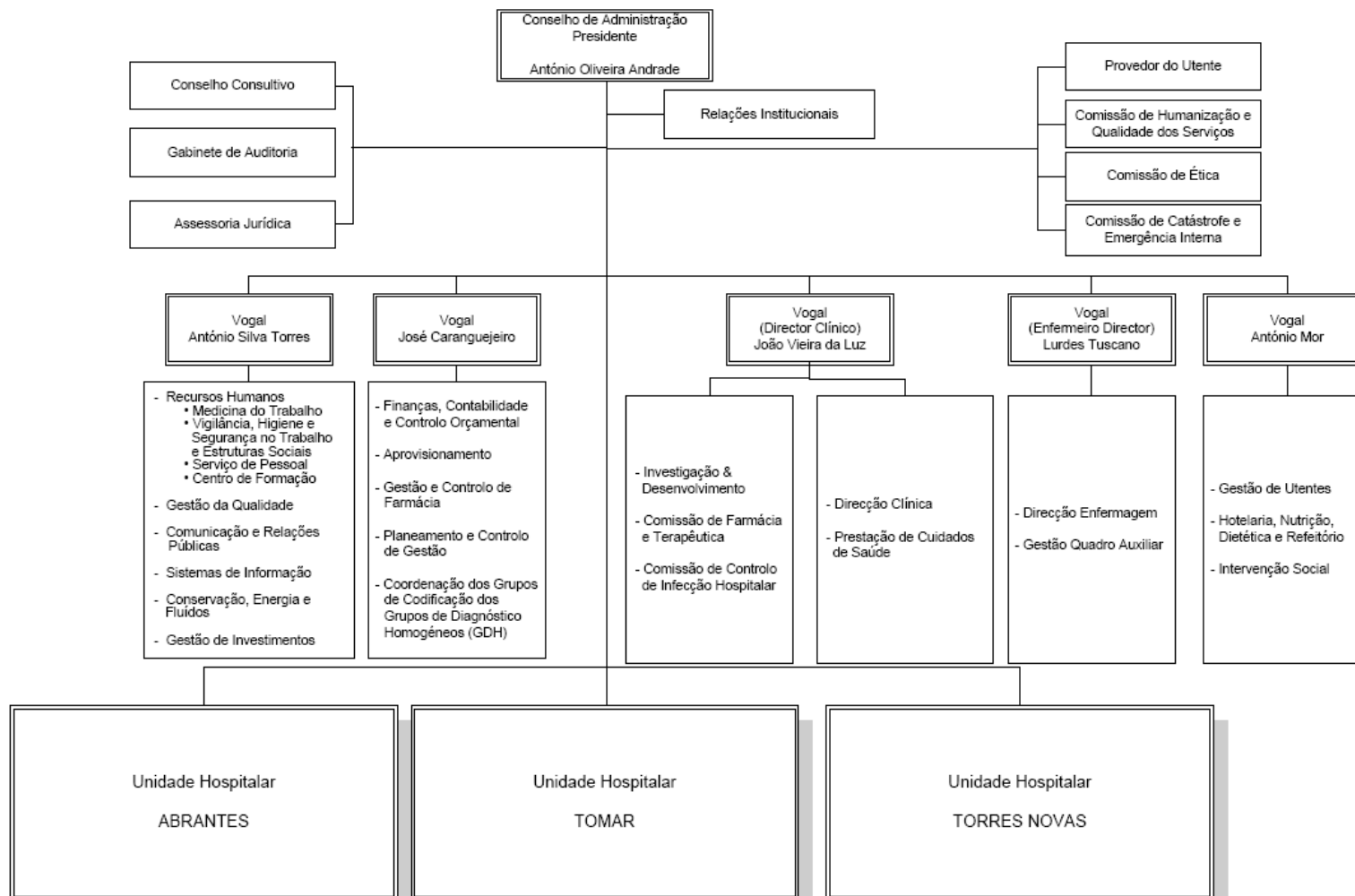
Cargo	Nome
Presidente	António Jorge Oliveira de Andrade
Vogal Executivo	António Lucas Gomes Mor
Vogal Executivo	António Pedro da Silva Torres
Vogal Executivo	José Guilherme Trincão Caranguejeiro
Director Clínico	João Manuel Barreto Vieira da Luz ^{a)}
Director Clinico	Edgar Fernando Teixeira Pereira ^{b)}
Enfermeira Directora	Maria de Lurdes Massacote Toscano de Távora Tavira

a) Até 31 de Maio de 2009

b) A partir de 1 de Junho de 2009.



Anexo II - Estrutura Organizacional



Fonte: Relatório e Contas de 2008 do CHMT, EPE.



Anexo III – Sistema de Controlo Interno

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Organização Geral	<p>Existência de organigrama e sua adequação à estrutura existente.</p> <p>Existência de regulamento interno.</p> <p>Existência de Fiscal Único e aprovação das contas do exercício de 2008.</p> <p>Existência de Auditor Interno</p> <p>O CHMT tem em funcionamento um Gabinete da Qualidade, cujas funções incluem, entre outras, a realização de auditorias, a identificação de problemas no funcionamento do CHMT e o acompanhamento da implementação das propostas de melhoria propostas pelos serviços.</p> <p>Existência de Plano de Actividades, de Planos de Desempenho e Relatórios de Gestão anuais, contratos-programa externos e contratualização interna.</p> <p>Processo de acreditação da qualidade pela <i>Joint Commission International</i> em curso.</p> <p>O CHMT dispõe de sistemas informáticos de apoio à sua actividade, em todas as áreas, existindo ainda desenvolvimentos de aplicações internas que facilitam o acesso atempado à informação de produção.</p>	<p>O Regulamento Interno não foi ainda homologado pelo Secretário de Estado</p> <p>Inexistência de Planeamento Estratégico e de Planos de Actividades plurianuais.</p> <p>A contratualização interna abrange essencialmente a actividade, não existindo orçamentos por serviços.</p> <p>Inexistência de delegação de competências do CA nos seus membros, gerando alguns constrangimentos ao nível da rapidez do processo decisional.</p> <p>O CHMT funcionou, entre Janeiro e Julho de 2009, sem Director Clínico.</p>
Aprovisionamento	<p>Normas de procedimento avulsas e regulamento interno em fase de aprovação.</p> <p>Integração da aplicação informática com a solução informática utilizada pelos Serviços Financeiros.</p> <p>As aquisições são, por regra, feitas com base em previsões, que para determinados serviços são anuais, como é o caso da limpeza, da segurança, etc.</p> <p>As compras são suportadas por uma nota de encomenda devidamente autorizada pelo vogal do CA.</p> <p>Existe segregação de funções entre quem autoriza a aquisição, quem emite a nota de encomenda, quem efectua o seu controlo físico e quem procede ao seu registo contabilístico.</p> <p>O Aprovisionamento inclui uma secção de Conferência de Facturas, que centraliza a recepção e o registo das facturas entradas no CHMT.</p> <p>Existe um sistema de controlo e avaliação da qualidade dos fornecedores.</p>	<p>Os Processos de Aquisição de Bens e serviços são, na maioria, identificados pelas notas de encomenda e não na óptica de um processo de compra.</p>
Armazéns Gerais	<p>Os principais procedimentos de movimentação dos bens são uniformes nos 3 armazéns do CHMT, e todos os registos são efectuados na aplicação de informática que suporta a gestão de stocks.</p> <p>De uma forma geral, os armazéns das 3 unidades apresentam condições adequadas de armazenagem dos produtos.</p> <p>Existe uma tentativa de reduzir os stocks e tornar o processo de aquisição mais dinâmico. Cada vez mais se armazena o essencial (um mês), libertando o espaço em armazém.</p>	<p>Cada Unidade Hospitalar faz a gestão própria do seu armazém, com procedimentos ainda não totalmente harmonizados.</p> <p>Os stocks existentes nos serviços são dados como consumos aquando da saída do armazém.</p> <p>O ponto de abastecimento das mercadorias é calculado de acordo com a sensibilidade de quem trabalha no armazém e com base nos consumos, não sendo utilizados os automatismos de ponto de encomenda disponibilizados pela aplicação informática</p>



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Farmácia	<p>Utilização da aplicação informática SGICM – Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento adquirida à empresa CPC – Healthcare Solutions, actual Glintt.</p> <p>A introdução de novos medicamentos depende de parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica e em certas situações da obtenção de autorização do INFARMED .</p> <p>Segregação de funções entre o processo de aquisição, recepção e entrada e saída de medicamentos no programa de stocks.</p> <p>Controlo, da farmácia hospitalar, da cedência de medicamentos aos doentes em ambulatório através das prescrições médicas.</p> <p>São efectuadas previsões de consumos com base nos consumos históricos e efectuadas as comprar anuais através dos concursos públicos da ACSS, IP.</p> <p>Os principais procedimentos de movimentação dos bens são uniformes nas 3 farmácias do CHMT, e todos os registos são efectuados na aplicação de informática que suporta a gestão de stocks.</p> <p>A distribuição de medicamentos é efectuada por reposição de stocks nivelados e por unidose na maioria dos Internamentos.</p> <p>São realizadas contagens físicas intermédias aos artigos de maior valor e no final do ano contagens físicas aos artigos em armazém para procederem ao inventário anual integral.</p> <p>Aplicação do Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM).</p>	<p>Dada a ausência de Director Clínico entre Janeiro e Julho de 2009, a actividade da Comissão foi limitada, atendendo apenas a pedidos urgentes.</p> <p>Cada Unidade Hospitalar faz a gestão própria do seu armazém, com procedimentos ainda não totalmente harmonizados.</p> <p>Os métodos de distribuição por níveis não estão uniformizados entre as 3 farmácias do CHMT</p>
Imobilizado	<p>Os bens do activo imobilizado estão a ser amortizados mensalmente com ficheiros de integração e mapas produzidos pela aplicação informática de gestão do património.</p> <p>É utilizado o regime duodecimal no cálculo das amortizações dos bens do Imobilizado, tendo em conta o mês de início de utilização de cada bem.</p> <p>Existe correspondência entre os registos dos bens do imobilizado na aplicação de gestão do Património e os registos contabilísticos.</p> <p>Os bens encontram-se devidamente identificados e registados por piso e serviço.</p> <p>Os abates ao inventário são previamente autorizados pelo Conselho de Administração.</p> <p>Os bens doados são registados na contabilidade com base em factura ou em consulta ao mercado.</p>	<p>Os terrenos do CHMT não estão registados em nome da entidade nem do Estado o terreno no qual funciona a unidade de Torres Novas não está valorizado no Imobilizado.</p> <p>Não é prática comum a realização de Análises Custo-Benefício nas opções de investimento. Os custos são apurados, mas os benefícios não são devidamente quantificados.</p> <p>Não são realizadas conferências físicas periódicas do imobilizado.</p>
Serviços Financeiros	<p>Aplicação do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS).</p> <p>Existe segregação de funções na Contabilidade entre o registo, a conferência e o pagamento de facturas.</p> <p>Existe uma utilização regular da conta 228 – Facturas em Recepção e Conferência.</p> <p>Todos os pagamentos são autorizados pela Directora Financeira e pelo vogal do CA com competência para o efeito.</p> <p>É feito o fecho mensal das contas e elaborado relatório intercalar, que inclui não só uma análise da execução orçamental como também uma análise da evolução da produção.</p> <p>São tidos em conta os princípios da especialização do exercício tanto para os custos como para os proveitos.</p> <p>São constituídas provisões para clientes de cobrança duvidosa e para os processos judiciais em curso.</p>	<p>As dívidas de terceiros não incluem as taxas moderadoras não pagas pelos utentes.</p> <p>A contabilidade analítica produzida não é acompanhada de um relatório para a Gestão e parece não ser utilizada como um efectivo instrumento de gestão.</p> <p>Não foram efectuadas provisões para as responsabilidades com complementos de pensões de reforma e sobrevivência.</p>



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Tesouraria	<p>A Tesouraria centraliza todas as operações de pagamento e recebimento de valores do CHMT, procedendo à elaboração do balancete diário e da folha de caixa.</p> <p>Os depósitos bancários são efectuados diariamente, mesmo nas 2 Unidades Hospitalares onde não existe Tesouraria (a Tesouraria funciona na Unidade de Torres Novas)</p> <p>Os pagamentos a fornecedores e os recebimentos de clientes são efectuados maioritariamente por transferência bancária</p> <p>As reconciliações bancárias são efectuadas mensalmente e existe um controlo diário dos depósitos efectuados por responsáveis das 2 Unidades Hospitalares onde não funciona a Tesouraria.</p>	<p>Não estão centralizados todos os meios de pagamento no Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP. Existem contas em instituições bancárias privadas, contrariando Regime da Tesouraria do Estado. Os valores em questão são no entanto reduzidos.</p>

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Recursos Humanos	<p>O processamento de vencimentos é feito informaticamente no RHV que produz ficheiros mensais para integração na contabilidade</p> <p>O controlo da assiduidade, incluindo escalas, horas extraordinárias, etc, é efectuado através do sistema biométrico</p> <p>Existe migração de dados entre o sistema biométrico de controlo da assiduidade e o sistema de processamento de vencimentos RHV, minimizando a ocorrência de erros associada a registos manuais.</p> <p>Existe segregação de funções na conferência e registos dos abonos e descontos a funcionários.</p> <p>Existem procedimentos uniformes no processo de selecção, recrutamento e contratação de pessoal em regime de CIT.</p> <p>São registadas as saídas e entradas entre as várias unidades que compõem o Centro Hospitalar, quando não pelo próprio médico, pelos respectivos directores de serviço.</p>	<p>Na contratação de entidades privadas de cuidados de saúde, de um modo geral, não é feita consulta ao mercado. Alguns dos contratos efectuados são consequência da proposta informal do director de serviço.</p>

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Gestão de Doentes	<p>Todas as linhas de produção estão informatizadas com o Sistema de Informação de Gestão de Doentes (SONHO)</p> <p>Existência de normas de procedimento para a actividade dos serviços de gestão de doentes.</p> <p>Todos os pedidos de consulta externa são registados através do sistema Alert P1.</p> <p>Existência de leitores do Cartão do Utentes e do Cartão do Cidadão em todos os postos de atendimento.</p> <p>Segregação de funções entre a cobrança das taxas moderadoras e MCDT e a sua conferência e entrega na Tesouraria.</p> <p>Conferência dos registos do SONHO através da "consulta de episódios não facturados" para procederem a diligências no sentido de obterem os dados em falta.</p> <p>Controlo do processo de codificação dos internamento, através do registo das datas de alta, de recepção do processo clínico, de envio dos processos para codificação e de retorno dos processos já codificados</p>	



Anexo IV – Criação do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE – estudos de viabilidade económico-financeira

Quadro I – Principais conclusões do Estudo de Capacidade/Produtividade, elaborado em 2006

Internamento	Existência de serviços de Internamento que, pela sua dispersão pelas 3 unidades e/ou fraca rentabilidade das camas, são os menos produtivos: Cardiologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Cirurgia Geral.
Consulta Externa	“As especialidades mais deficitárias em termos de consulta externa e que realizam a sua actividade nas 3 Unidades do Centro Hospitalar são: Ginecologia, Cardiologia e Oncologia Médica; A unidade de Tomar é, nos serviços de Ginecologia e Cardiologia, a que realiza menor número de consultas/dia útil e menor número de consultas/médico FTE.”
Bloco Operatório	“O hospital de Torres Novas é, das 3 unidades do CHMT, o que realiza menor actividade cirúrgica; Comparativamente com os Hospitais do Barreiro e de Santarém, Ginecologia e Urologia são as especialidades mais deficitárias no CHMT.”
Urgência	“O CHMT, com 3 pólos de urgência, é, dos três hospitais, o que realiza maior número de atendimentos urgentes por dia (mais 44% que o hospital de Santarém e mais 37% que o Hospital do Barreiro); O CHMT apresenta o dobro do ratio urgências hospitalares/consulta externa apresentado como meta do Plano Nacional de Saúde.”
Hospital de Dia	Relativamente a este item, o estudo revela que, com base no ratio número de sessões realizadas por doente novo, o CHMT é o que realiza maior número de sessões de hospital de dia por doente novo.
MCDTs	No que concerne ao total de exames realizados, é o CHMT que apresenta o maior número, devendo-se à triplicação pelas três unidades das estruturas de laboratório e de técnicas de diagnóstico, produzindo as três unidades os mesmos exames, com excepção das Técnicas Oftalmológicas, concentradas em Tomar e das Técnicas de Nefrologia que só existem em Torres Novas.



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Quadro II – Análise das propostas do Plano de Reorganização de Serviços e respectiva implementação, em termos de capacidade instalada no internamento (camas)

		Abr.	Tom.	TN	CHMT	
Berçário	2005	19	0	0	19	Não houve redução na capacidade instalada, contrariando a proposta do Plano.
	Proposta	15	0	0	15	
	2008	19	0	0	19	
	Dif.	4	0	0	4	
Cirurgia Geral	2005	46	24	27	97	Redução similar do total de camas, mas com diferente estruturação da capacidade de cada unidade.
	Proposta	42	32	8	82	
	2008	36	22	26	84	
	Dif.	-6	-10	18	2	
Cirurgia Vascular	2005	0	0	0	0	Não foi aberto o internamento de cirurgia vascular, ao contrário do proposto.
	Proposta	0	5	0	5	
	2008	0	0	0	0	
	Dif.	0	-5	0	-5	
Cardiologia	2005	0	0	22	22	Redução do número de camas inferior ao proposto.
	Proposta	0	0	14	14	
	2008	0	0	21	21	
	Dif.	0	0	7	7	
Dermatologia	2005	0	0	3	3	Foi encerrado o internamento de Dermatologia.
	Proposta	0	0	3	3	
	2008	0	0	0	0	
	Dif.	0	0	-3	-3	
Gastroenterologia	2005	0	0	10	10	Procedeu-se à diminuição da capacidade instalada, de acordo com a proposta do Plano.
	Proposta	0	0	4	4	
	2008	0	0	4	4	
	Dif.	0	0	0	0	
Medicina Física e Reabilitação	2005	0	0	0	0	Não houve a abertura do internamento de Medicina Física e Reabilitação em Tomar, proposta no plano de reestruturação.
	Proposta	0	24	0	24	
	2008	0	0	0	0	
	Dif.	0	-24	0	-24	
Medicina Interna	2005	52	44	36	132	Não se verificou a redução proposta, não tendo ocorrido alterações na capacidade instalada.
	Proposta	48	40	40	128	
	2008	52	44	36	132	
	Dif.	4	4	-4	4	
Nefrologia	2005	0	0	11	11	Não se verificou o aumento da capacidade instalada proposto.
	Proposta	0	0	13	13	
	2008	0	0	11	11	
	Dif.	0	0	-2	-2	
Neurologia	2005	0	0	0	0	Não foi aberto o internamento de neurologia, ao contrário do proposto.
	Proposta	5	0	0	5	
	2008	0	0	0	0	
	Dif.	-5	0	0	-5	



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

		Abr.	Tom.	TN	CHMT	
Obstetrícia / Ginecologia	2005	25	0	3	28	Não se verificou o aumento da lotação em Abrantes, mas procedeu-se ao encerramento do internamento em Torres Novas.
	Proposta	32	0	0	32	
	2008	25	0	0	25	
	Dif.	-7	0	0	-7	
Oftalmologia	2005	0	5	0	5	Não se verificou o aumento da capacidade instalada proposto.
	Proposta	0	6	0	6	
	2008	0	5	0	5	
	Dif.	0	-1	0	-1	
Ortopedia	2005	39	26	0	65	Em vez da diminuição da capacidade instalada, procedeu-se ao seu aumento.
	Proposta	30	20	0	50	
	2008	38	26	0	64	
	Dif.	8	6	0	14	
Otorrinolaringol ogia	2005	6	0	0	6	Verificou-se a diminuição da capacidade instalada, ao contrário do proposto, e o internamento foi mantido em Abrantes.
	Proposta	0	8	0	8	
	2008	4	0	0	4	
	Dif.	4	-8	0	-4	
Pediatria	2005	14	9	14	37	Procedeu-se ao encerramento do Internamento em Tomar, mas a diminuição do total de camas no CHMT ficou aquém do proposto.
	Proposta	6	0	24	30	
	2008	18	0	18	36	
	Dif.	12	0	-6	6	
Pneumologia	2005	0	0	9	9	Foi reduzida a lotação conforme o proposto.
	Proposta	0	0	8	8	
	2008	0	0	8	8	
	Dif.	0	0	0	0	
Psiquiatria	2005	0	0	0	0	Foi aberto o internamento de Psiquiatria conforme o proposto.
	Proposta	0	24	0	24	
	2008	0	24	0	24	
	Dif.	0	0	0	0	
Urologia	2005	17	0	0	17	Verificou-se o encerramento do internamento de Abrantes, em conformidade com o proposto, mas a capacidade instalada em Tomar foi além do constante no plano de reestruturação.
	Proposta	0	8	0	8	
	2008	0	20	0	20	
	Dif.	0	12	0	12	



Anexo V – Organização e Funcionamento

Quadro I - Organização dos serviços de Saúde por unidade -2009

Serviços por Unidade	Unidade de Abrantes	Unidade de Tomar	Unidade de Torres Novas
Internamento			
Cardiologia			✓
Cirurgia Geral	✓	✓	✓
Cuidados Paliativos		✓	
Gastroenterologia			✓
Ginecologia	✓		
Medicina Interna	✓	✓	✓
Nefrologia			✓
Neonatologia	✓		
Obstetrícia	✓		
Oftalmologia		✓	
Ortopedia / Traumatologia	✓	✓	
Otorrinolaringologia	✓		
Pediatria	✓		✓
Pneumologia			✓
Psiquiatria		✓	
Urologia		✓	
U. Cuidados Pós-Cirúrgicos	✓	✓	✓
U. Cuidados Intensivos	✓		
Urgência			
Urgência Geral	✓	✓	✓
Urgência Obstétrica	✓		
Consultas Externas			
Anestesiologia	✓	✓	✓
Cardiologia	✓	✓	✓
Cirurgia Geral	✓	✓	✓
Gastroenterologia	✓		✓
Ginecologia	✓	✓	✓
Imuno-hemoterapia	✓	✓	✓
Medicina Física e Reabilitação	✓	✓	✓
Medicina Interna	✓	✓	✓
Nefrologia			✓
Neurologia			✓
Obstetrícia	✓	✓	✓
Oftalmologia		✓	
Ortopedia	✓	✓	✓
Otorrinolaringologia	✓		
Pediatria	✓	✓	✓
Pneumologia		✓	✓
Psiquiatria		✓	
Urologia	✓	✓	✓
Hospital de Dia			
Quimioterapia / Oncologia	✓	✓	✓
Hemodiálise			✓
Serviço de Sangue			
	✓	✓	✓

Fonte: Sítio oficial na Internet do CHMT e informação estatística fornecida.



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Quadro II – Capacidade instalada no Internamento

Valências	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação	Lotação
	CHMT	T.Novas	Tomar	Abrantes	CHMT	T.Novas	Tomar	Abrantes	CHMT	Abrantes	Tomar	T.Novas	CHMT	Abrantes	Tomar	T.Novas	CHMT	Abrantes	Tomar	T.Novas	CHMT	Abrantes	Tomar	T.Novas
Berçário	12	0	0	12	19	0	0	19	19	19	0	0	19	19	0	0	19	19	0	0	19	19	0	0
Cardiologia	18	18	0	0	22	22	0	0	22	0	0	22	21	0	0	21	21	0	0	21	21	0	0	21
Cirurgia Geral	99	27	28	44	95	27	24	44	97	46	24	27	87	36	24	27	86	36	24	26	84	36	22	26
Cirurgia Plástica*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Dermatologia	3	3	0	0	3	3	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastroenterologia	16	8	0	8	14	10	0	4	10	0	0	10	5	0	0	5	4	0	0	4	4	0	0	4
Ginecologia	3	3	0	0	3	3	0	0	9	6	0	3	9	6	0	3	6	6	0	0	6	6	0	0
Ginecologia-Obstetrícia	26	0	0	26	26	0	0	26	19	19	0	0	19	19	0	0	19	19	0	0	19	19	0	0
Medicina interna	138	36	52	50	132	36	44	52	132	52	44	36	132	52	44	36	132	52	44	36	132	52	44	36
Nefrologia	11	11	0	0	11	11	0	0	11	0	0	11	11	0	0	11	11	0	0	11	11	0	0	11
Neonatologia	5	0	0	5	6	0	0	6	6	6	0	0	6	6	0	0	7	7	0	0	7	7	0	0
Oftalmologia	10	0	10	2	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0
Ortopedia	59	0	26	33	63	0	26	37	65	39	26	0	64	38	26	0	64	38	26	0	64	38	26	0
Otorrinolaringologia	8	0	0	6	6	0	0	6	6	6	0	0	4	4	0	0	4	4	0	0	4	4	0	0
Pediatria	36	14	12	10	35	14	9	12	37	14	9	14	42	19	9	14	36	18	0	18	36	18	0	18
Pneumologia	9	9	0	0	9	9	0	0	9	0	0	9	2	0	0	2	2	0	0	2	8	0	0	8
Psiquiatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	14	0	24	0	24	0
Unidade de Cuidados Coronários	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	6	6	0	0	6	6	0	0	6	6	0	0	6
Urologia	14	0	0	14	14	0	0	14	17	17	0	0	16	16	0	0	20	0	20	0	20	0	20	0
UCPC	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4	0	14	6	4	4	14	6	4	4	14	6	4	4
UCI	3	0	0	3	6	0	0	6	6	6	0	0	6	6	0	0	6	6	0	0	3	3	0	0

Fonte: Informação estatística fornecida pelo CHMT, EPE



Quadro III – Indicadores relativos a especialidades seleccionadas – Internamento

Indicadores	Pediatria			Oftalmologia			Gastrentereologia					Ginecologia						
	2007	2008	Δ%	2003	2004	Δ%	2003	2004	2005	Δ%	Δ%	2004	2005	2006	2007	Δ%	Δ%	Δ%
	Ab+To+TN	Ab+TN	07/08	Ab+To	To	03/04	Ab+TN	Ab+TN (transição)	TN	03/04	04/05	TN	Ab+TN	Ab+TN	Ab	04/05	05/06	06/07
Lotação praticada	36	36	0%	10	5	-50%	16	14	10	-38%	-29%	3	9	9	6	200%	0%	-33%
Doentes Saídos (s/transf. Intern.)	2054	1854	-10%	388	729	88%	529	335	274	-48%	-18%	610	216	530	628	-65%	145%	18%
Dias de internamento do período	6308	5268	-16%	552	847	53%	4724	3221	2391	-49%	-26%	2372	764	1956	2315	-68%	156%	18%
Número de cirurgias convencionais	0	0	-	551	702	-	0	0	0	-	-	599	884	407	510	48%	-54%	25%
Taxa de ocupação do Internamento	48%	40%	-16%	15%	46%	207%	81%	63%	66%	-19%	4%	217%	23%	60%	106%	-89%	156%	78%
Doentes Saídos por cama	57	52	-10%	39	146	276%	33	24	27	-17%	15%	203	24	59	105	-88%	145%	78%
Cirurgias Convencionais por cama	0	0	-	55	140	-	0	0	0	-	-	200	98	45	85	-51%	-54%	88%
Custo por doente Saído (Contab. Anal.)	€ 1.478,48	€ 1.537,16	4%	€ 3.710,56	€ 2.701,77	-27%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Informação estatística fornecida pelo CHMT, EPE



Anexo VI – Gabinete do Utente

Quadro I - Propostas de Melhoria constantes do Relatório anual do Gabinete do Utente do CHMT, EPE

	ABRANTES	TOMAR	TORRES NOVAS	PROPOSTAS DE MELHORIA
1	Tempo de espera prolongado	Tempo de espera prolongado	Tempo de espera prolongado	Preenchimento da hora de atendimento na ficha clínica de urgência, de modo a que se possa avaliar o tempo de espera. Acesso do GU ao SAM e Triagem de Manchester
2	Falta de cortesia / desrespeito no trato interpessoal	Falta de cortesia / desrespeito no trato interpessoal	Falta de cortesia / desrespeito no trato interpessoal	Sempre que haja mais que 3 reclamações a incidir sobre o mesmo profissional, propõe-se à Direcção de Unidade que reúna com os visados, de modo a prevenir novas reclamações. Formação na área das relações interpessoais, dos profissionais em contacto com o público.
3	Transporte de doentes	Transporte de doentes	Transporte de doentes	<ul style="list-style-type: none">• Uniformização de procedimentos a nível do CHMT• Revisão do Protocolo com a Federação de Bombeiros no que se refere aos doentes urgentes (demasiado tempo de espera)
4	Informação aos familiares insuficiente / inexistente	Informação aos familiares insuficiente / inexistente	_____	Uniformização de procedimentos a nível do CHMT
5	Tempo de espera prolongado no dia da consulta / exame	Tempo de espera prolongado no dia da consulta / exame	Tempo de espera prolongado no dia da consulta / exame	<ul style="list-style-type: none">• Implementação do SAM nas especialidades em falta• Revisão e afixação de horários de consulta
6	_____	Tempo de espera para consulta da especialidade e adiamento sucessivo de consultas de Urologia	Tempo de espera para consulta da especialidade e adiamento sucessivo de consultas de Cardiologia	Revisão/criação de Protocolos de consulta para as diferentes especialidades Redução do número de alterações de consulta, havendo substituição do médico em falta.
7	O parque de estacionamento não tem as dimensões adequadas nem regras de utilização	_____	_____	Elaboração do Regulamento do Parque do Estacionamento

Fonte: Relatório de Actividades de 2008 do Gabinete do Utente do CHMT, EPE



Anexo VII – Identificação dos Principais Credores do Estado

Quadro I - Dívida por credor em 31 de Dezembro de 2008 – entidades circularizadas pelo TC

Designação do Credor	NIF	Dívida Vencida	Dívida Vincenda	Unid.: euros	
				Dívida Total	%
Abbott Laboratórios, Lda.	500006148	0	200.536	200.536	3,7%
Air Liquide Medicinal, SA	501576436	6.665	3.453	10.118	0,2%
Amerlab - Sistemas de Diagnóstico para Laboratório, SA	501411364	0	49.641	49.641	0,9%
Amgen Biofarmacêutica, Lda.	502942959	0	99.938	99.938	1,8%
Astellas Farma, Lda	502540249	0	52.671	52.671	1,0%
AstraZeneca-Produtos Farmaceuticos, Lda	502942240	0	24.466	24.466	0,5%
B. Braun Medical, Lda.	501506543	80	132.041	132.122	2,4%
Banco BPI, S.A.	501214534	0	5.417	5.417	0,1%
Banco Comercial Português, S.A	501525882	3.779	141.377	145.156	2,7%
Barclays Bank	980000874	0	26.026	26.026	0,5%
Baxter Médico-Farmacêutica, Lda	503347345	383	38.142	38.525	0,7%
Bayer Portugal, SA	500043256	0	85.811	85.811	1,6%
Besleasing e Factoring - Instituição Financeira de Crédito. SA	502330937	42.777	783.002	825.780	15,2%
Biomerieux Portugal, Aparelhos e Reagentes de Laboratório Lda	501524177	0	16.434	16.434	0,3%
BNP Factor - Companhia Internacional de Aquisição de Créditos, SA	501910484	0	148.767	148.767	2,7%
Boston Scientific Ibérica, SA	980079500	0	7.640	7.640	0,1%
Bristol-Myers Squibb Farmacêutica Portuguesa, Lda	500048193	0	41.841	41.841	0,8%
Caixa Leasing e Factoring IFIC SA	504868713	0	540.281	540.281	10,0%
Clisa-Clinica de Santo António, S.A.	500065080	11.595	38.331	49.926	0,9%
Covidien Portugal - Produtos de Saúde, Unipessoal, Lda.	503413410	0	37.225	37.225	0,7%
DADE BEHRING PORTUGAL MEIOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO, LDA	501639713	1.845	70.978	72.823	1,3%
EUREST (PORTUGAL) - SOCIEDADE EUROPEIA DE RESTAURANTES, LDA	500347506	0	218.810	218.810	4,0%
Finanfarma - Sociedade Factoring SA	507496345	1.448	17.067	18.515	0,3%
Fresenius Medical Care Portugal, SA.	503070220	963	43.841	44.805	0,8%
Gilead Sciences Lda	503604704	0	78.456	78.456	1,4%
GlaxoSmithKline - Produtos Farmacêuticos, Lda.	500139962	0	79.469	79.469	1,5%
Guidant - Aparelhos Médicos, Lda.	504988964	0	112.672	112.672	2,1%
HELLER FACTORING PORTUGUESA. S.A.	500723516	298	73.313	73.612	1,4%
Hospira Portugal, Lda (Mayne Pharma Portugal, Lda)	502918098	0	37.444	37.444	0,7%
IPSEN-PRODUTOS FARMACEUTICOS,SA	502609800	0	17.751	17.751	0,3%
IZASA PORTUGAL-Distribuições Técnicas, Lda	501086110	0	107.744	107.744	2,0%
JANSSEN-CILAG, LDA.	500189412	0	8.373	8.373	0,2%
Johnson & Johnson, Lda	500153370	1.757	332.312	334.069	6,2%
Laboratórios Pfizer, Lda	500162166	0	54.305	54.305	1,0%
LILLY PORTUGAL, PRODUTOS FARMACÊUTICOS, LDA.	500165602	0	42.227	42.227	0,8%
MEDICINALIA-CORMEDICA, LDA.	500684324	0	64.809	64.809	1,2%
Medtronic Portugal, Lda.	504223933	0	160.286	160.286	3,0%
Merk, SA.	500650870	0	38.615	38.615	0,7%
MERK, SHARP & DOHME, LDA	500191360	0	37.808	37.808	0,7%
Normática - Serviços De Informática e Organização, SA	501782230	1.219	17.417	18.636	0,3%
NMC - CENTRO MEDICO NACIONAL. SA	501127550	0	24.300	24.300	0,4%
OCTAPHARMA - PRODUTOS FARMACEUTICOS, LDA.	502820780	0	61.075	61.075	1,1%
PHILIPS PORTUGUESA. SA.	500216843	0	76.662	76.662	1,4%
Roche Farmacêutica Química, Lda	500233810	0	208.238	208.238	3,8%
Roche Sistemas de Diagnósticos, Lda	504282921	0	77.762	77.762	1,4%
Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, S.A.	500134960	0	140.137	140.137	2,6%
Schering-Plough Farma, Lda.	500700907	0	57.297	57.297	1,1%
Siemens Medical Solutions Diagnostics Europe, Ltd	980261546	0	17.957	17.957	0,3%
SIEMENS, SA	500247480	2.683	8.823	11.506	0,2%
ST. JUDE MEDICAL - Dist. Produtos Médicos, Lda	504180746	0	62.729	62.729	1,2%
TOTTA CREDITO ESPECIALIZADO - INSTITUIÇÃO FINANCEIRA DE CRÉDITO, S.A.	502598042	50.837	422.925	473.762	8,7%
UNILFARMA - União Internacional de Laboratórios Farmacêuticos, Lda.	500293023	0	44.537	44.537	0,8%
Total referente às entidades circularizadas pelo TC		126.333	5.289.178	5.415.511	100,0%
Outras dívidas reportadas		36.854	1.969.155	2.006.009	
Total		163.187	7.258.333	7.421.520	



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

Auditoria Operacional ou de Resultados ao Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Quadro II - Comparação da dívida reportada pelo CHMT, EPE, ao TC com a constante das demonstrações financeiras em 31 de Dezembro de 2008

Designação do Credor	NIF	Dívida reportada ao TC	Dívida constante do balancete de terceiros	Unid.: euros Diferença (Reporte - Balancete)
Abbott Laboratórios, Lda.	500006148	200.536	200.536	0
Air Liquide Medicinal, SA	501576436	10.118	10.118	0
Amerlab - Sistemas de Diagnóstico para Laboratório, SA	501411364	49.641	49.641	0
Amgen Biofarmacêutica, Lda.	502942959	99.938	99.938	0
Astellas Farma, Lda	502540249	52.671	52.671	0
AstraZeneca-Produtos Farmaceuticos, Lda	502942240	24.466	24.466	0
B. Braun Medical, Lda.	501506543	132.122	132.122	0
Banco BPI, S.A.	501214534	5.417	0	5.417
Banco Comercial Português, S.A	501525882	145.156	0	145.156
Barclays Bank	980000874	26.026	0	26.026
Baxter Médico-Farmacêutica, Lda	503347345	38.525	38.525	0
Bayer Portugal, SA	500043256	85.811	85.811	0
Besleasing e Factoring - Instituição Financeira de Crédito. SA	502330937	825.780	0	825.780
Biomerieux Portugal, Aparelhos e Reagentes de Laboratório Lda	501524177	16.434	16.434	0
BNP Factor - Companhia Internacional de Aquisição de Créditos, SA	501910484	148.767	0	148.767
Boston Scientific Ibérica, SA	980079500	7.640	7.640	0
Bristol-Myers Squibb Farmacêutica Portuguesa, Lda	500048193	41.841	41.841	0
Caixa Leasing e Factoring IFIC SA	504868713	540.281	0	540.281
Clisa-Clinica de Santo António, S.A.	500065080	49.926	49.926	0
Covidien Portugal - Produtos de Saúde, Unipessoal, Lda.	503413410	37.225	37.225	0
DADE BEHRING PORTUGAL MEIOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO, LDA	501639713	72.823	72.823	0
EUREST (PORTUGAL) - SOCIEDADE EUROPEIA DE RESTAURANTES, LDA	500347506	218.810	218.810	0
Finanfarma - Sociedade Factoring SA	507496345	18.515	0	18.515
Fresenius Medical Care Portugal, SA.	503070220	44.805	44.805	0
Gilead Sciences Lda	503604704	78.456	78.456	0
GlaxoSmithKline - Produtos Farmacêuticos, Lda.	500139962	79.469	79.469	0
Guidant - Aparelhos Médicos, Lda.	504988964	112.672	112.672	0
HELLER FACTORING PORTUGUESA. S.A.	500723516	73.612	0	73.612
Hospira Portugal, Lda (Mayne Pharma Portugal, Lda)	502918098	37.444	37.444	0
IPSEN-PRODUTOS FARMA CEUTICOS,SA	502609800	17.751	17.751	0
IZASA PORTUGAL-Distribuições Técnicas, Lda	501086110	107.744	107.744	0
JANSSEN-CILAG, LDA.	500189412	8.373	8.373	0
Johnson & Johnson, Lda	500153370	334.069	334.069	0
Laboratórios Pfizer, Lda	500162166	54.305	54.305	0
LILLY PORTUGAL, PRODUTOS FARMA CÊUTICOS, LDA.	500165602	42.227	42.227	0
MEDICINALIA-CORMEDICA, LDA.	500684324	64.809	64.809	0
Medtronic Portugal, Lda.	504223933	160.286	160.286	0
Merk, SA.	500650870	38.615	38.615	0
MERK, SHARP & DOHME, LDA	500191360	37.808	37.808	0
Normática - Serviços De Informática e Organização, SA	501782230	18.636	18.636	0
NMC - CENTRO MEDICO NACIONAL. SA	501127550	24.300	24.300	0
OCTAPHARMA - PRODUTOS FARMA CEUTICOS, LDA.	502820780	61.075	61.075	0
PHILIPS PORTUGUESA. SA.	500216843	76.662	76.662	0
Roche Farmacêutica Química, Lda	500233810	208.238	208.238	0
Roche Sistemas de Diagnósticos, Lda	504282921	77.762	77.762	0
Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, S.A.	500134960	140.137	140.137	0
Schering-Plough Farma, Lda.	500700907	57.297	57.297	0
Siemens Medical Solutions Diagnostics Europe, Ltd	980261546	17.957	17.957	0
SIEMENS, SA	500247480	11.506	11.506	0
ST. JUDE MEDICAL - Dist. Produtos Médicos, Lda	504180746	62.729	62.729	0
TOTTA CREDITO ESPECIALIZADO - INSTITUIÇÃO FINANCEIRA DE CRÉDITO, S.A.	502598042	473.762	0	473.762
UNILFARMA - União Internacional de Laboratórios Farmacêuticos, Lda.	500293023	44.537	44.537	0
Total referente às entidades circularizadas pelo TC		5.415.511	3.158.195	2.257.316



Quadro III - Comparação da dívida reportada pelo CHMT, EPE, e pelos credores

Designação do Credor	NIF	Reporte CHMT, EPE	Reporte Credor	Unid.: euros Diferença (CHMT, EPE - Credor)
Abbott Laboratórios, Lda.	500006148	200.536	200.536	0
Air Líquide Medicinal, SA	501576436	10.118	10.481	-363
Amerlab - Sistemas de Diagnóstico para Laboratório, SA	501411364	49.641	49.641	0
Amgen Biofarmacêutica, Lda.	502942959	99.938	167.381	-67.442
Astellas Farma, Lda	502540249	52.671	52.671	0
AstraZeneca-Produtos Farmaceuticos, Lda	502942240	24.466	24.466	0
B. Braun Medical, Lda.	501506543	132.122	132.289	-168
Baxter Médico-Farmacêutica, Lda	503347345	38.525	40.038	-1.513
Biomerieux Portugal, Aparelhos e Reagentes de Laboratório Lda	501524177	16.434	16.434	0
Boston Scientific Ibérica, SA	980079500	7.640	7.640	0
Clisa-Clinica de Santo António, S.A.	500065080	49.926	49.926	0
DADE BEHRING PORTUGAL MEIOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO, LDA	501639713	72.823	75.418	-2.595
EUREST (PORTUGAL) - SOCIEDADE EUROPEIA DE RESTAURANTES, LDA	500347506	218.810	218.810	0
Fresenius Medical Care Portugal, SA.	503070220	44.805	64.671	-19.867
Genzyme Portugal, SA	506399354	0	4.209	-4.209
Gilead Sciences Lda	503604704	78.456	78.456	0
GlaxoSmithKline - Produtos Farmacêuticos, Lda.	500139962	79.469	79.469	0
Guidant - Aparelhos Médicos, Lda.	504988964	112.672	112.672	0
Hospira Portugal, Lda (Mayne Pharma Portugal, Lda)	502918098	37.444	37.444	0
IPSEN-PRODUTOS FARMACEUTICOS,SA	502609800	17.751	224.154	-206.403
IZASA PORTUGAL-Distribuições Técnicas, Lda	501086110	107.744	108.781	-1.037
JANSEN-CILAG, LDA.	500189412	8.373	8.373	0
Johnson & Johnson, Lda	500153370	334.069	257.569	76.500
Laboratórios Pfizer, Lda	500162166	54.305	54.305	0
LILLY PORTUGAL, PRODUTOS FARMACÊUTICOS, LDA.	500165602	42.227	199.065	-156.838
MEDICINALIA-CORMEDICA, LDA.	500684324	64.809	64.809	0
Medtronic Portugal, Lda.	504223933	160.286	160.286	0
Merk, SA.	500650870	38.615	38.615	0
MERK, SHARP & DOHME, LDA	500191360	37.808	37.808	0
NOVO NORDISK - COM. PROD. FARMACEUTICOS. LDA	501485210	0	1.454	-1.454
NMC - CENTRO MEDICO NACIONAL. SA	501127550	24.300	26.547	-2.247
OCTAPHARMA - PRODUTOS FARMACEUTICOS, LDA.	502820780	61.075	59.928	1.147
PHILIPS PORTUGUESA. SA.	500216843	76.662	76.662	0
Roche Farmacêutica Quimica, Lda	500233810	208.238	204.703	3.534
Roche Sistemas de Diagnósticos, Lda	504282921	77.762	77.762	0
Sanofi-Aventis - Produtos Farmacêuticos, S.A.	500134960	140.137	140.137	0
Schering-Plough Farma, Lda.	500700907	57.297	57.292	5
Siemens Medical Solutions Diagnostics Europe, Ltd	980261546	17.957	17.957	0
SIEMENS, SA	500247480	11.506	11.506	0
SUCH-Serviço de Utilização Comum dos Hospitais	500900469	0	233.780	-233.780
UNILFARMA - União Internacional de Laboratórios Farmacêuticos, Lda.	500293023	44.537	44.537	0
Total de respostas ao TC confirmadas	41	2.911.954	3.528.684	-616.730
Banco Comercial Português, S.A	501525882	145.156	0	145.156
Besleasing e Factoring - Instituição Financeira de Crédito. SA	502330937	825.780	3.778.956	-2.953.176
Caixa Leasing e Factoring IFIC SA	504868713	540.281	626.668	-86.387
Covidien Portugal - Produtos de Saúde, Unipessoal, Lda.	503413410	37.225	290.256	-253.031
CIT - CORREIOS DE PORTUGAL, S.A.	500077568	0	8.179	-8.179
HELLER FACTORING PORTUGUESA. S.A.	500723516	73.612	431.817	-358.206
PT Comunicações, SA	504615947	0	5.081	-5.081
PT PRIME - Soluções Empresariais de Telecomunicações e Sistemas, SA	502840757	0	2.432	-2.432
TOTTA CREDITO ESPECIALIZADO - INSTITUIÇÃO FINANCEIRA DE CRÉDITO, S.A.	502598042	473.762	0	473.762
Total de respostas ao TC não confirmadas	9	2.095.815	5.143.390	-3.047.575
Total das diferenças identificadas	50	5.007.769	8.672.074	-3.664.305
Banco BPI, S.A.	501214534	5.417		
Bayer Portugal, SA	500043256	85.811		
BNP Factor - Companhia Internacional de Aquisição de Créditos, SA	501910484	148.767		
Bristol-Myers Squibb Farmacêutica Portuguesa, Lda	500048193	41.841		
Barclays Bank	980000874	26.026		
Finanfarma - Sociedade Factoring SA	507496345	18.515		
Normática - Serviços De Informática e Organização, SA	501782230	18.636		
ST. JUDE MEDICAL - Dist. Produtos Médicos, Lda	504180746	62.729		
Credores sem resposta ao TC	8	407.742		
Total Geral	58	5.415.511		



Anexo VIII – Recursos Humanos

Unid: euros

Grupos Profissionais	Remuneração Base	Trabalho Extraordinário	Prevenções	Trabalho em Regime de Turnos	Outros suplementos	Subsidio de férias e de Natal	Total
Pessoal "Front Office"							
Pessoal médico	6.965.641,60	3.614.016,22	718.295,23	123.926,67	1.167.666,04	1.252.732,01	13.842.277,77
Pessoal Técnico Superior de Saúde	668.648,03	79.156,14	52.365,97	2.962,83	0,00	131.976,94	935.109,91
Pessoal Técnico Superior Serviço Social	164.593,69	0,00	0,00	8,80	0,00	31.772,45	196.374,94
Outro pessoal técnico superior	383.416,38	4.474,75	32.869,98	294,32	0,00	61.520,44	482.575,87
Pessoal de enfermagem	11.523.175,53	31.634,46	272.513,56	1.950.603,57	278.393,55	2.003.515,62	16.059.836,29
Pessoal técnico diagnóstico e terapeutica	2.235.318,97	105.899,48	80.024,35	162.760,28	2.110,92	395.009,32	2.981.123,32
Pessoal operário e auxiliar	4.049.740,51	29.436,80	60.509,31	582.936,43	31.395,00	731.586,70	5.485.604,75
Subtotal "Front Office"	25.990.534,71	3.864.617,85	1.216.578,40	2.823.492,90	1.479.565,51	4.608.113,48	39.982.902,85
Pessoal "Back Office"							
Órgãos Directivos	247.500,10	0,00	0,00	0,00	84.992,56	51.056,36	383.549,02
Pessoal Dirigente	285.556,79	0,00	0,00	0,00	5.232,83	61.037,02	351.826,64
Pessoal técnico profissional	292.487,25	9.499,12	22.400,42	8.734,31	0,00	52.954,71	386.075,81
Pessoal de administração	2.056.461,13	5.997,55	0,00	58.816,46	0,00	360.263,46	2.481.538,60
Pessoal docente	52.531,32	0,00	0,00	0,00	0,00	8.887,39	61.418,71
Pessoal informático	148.105,23	5.369,07	44.877,12	0,00	0,00	26.296,41	224.647,83
Outro pessoal técnico	30.338,97	0,00	0,00	0,00	0,00	5.131,60	35.470,57
Outro pessoal	3.450,23	0,00	0,00	0,00	0,00	1.064,65	4.514,88
Subtotal "Back Office"	3.116.431,02	20.865,74	67.277,54	67.550,77	90.225,39	566.691,60	3.929.042,06
Total	29.106.965,73	3.885.483,59	1.283.855,94	2.891.043,67	1.569.790,90	5.174.805,08	43.911.944,91
% "Front Office"	89%	99%	95%	98%	94%	89%	91%
% "Back Office"	11%	1%	5%	2%	6%	11%	9%

Notas:

(1) Inclui pessoal com relação jurídica de emprego público e privado e pessoal em qualquer outra situação.

(2) Não foram consideradas as prestações sociais directas, o subsidio de refeição, ajudas de custo, abono para falhas, pensões, formação, prémios de desempenho, encargos sobre remunerações e outros custos com pessoal, no total de **10.813.303,68** euros, dado que estes valores, com excepção dos referentes aos órgãos directivos, não se encontram discriminados por grupo profissional no balancete.



Anexo IX – Rendas

Contrato/Protocolo	Adjudicante	Adjudicatário	Período de Vigência	Termo	Valor Mensal da Renda	Actualização da Renda Prevista	Actualização da Renda efectuada
Utilização Infra-estruturas e Disponibilidades comuns - Centro de Saúde de Abrantes	Hospital Distrital de Abrantes	ARS de Lisboa e Vale do Tejo	1994 ?	_____	- Biblioteca 498,80€/12 - Aquecimento 34,68€*12 - Água 24,94€*12 - Electricidade 49,64€*12 - Trabalhos manutenção / reparação - Serviço de esterilização - Incineração - Lavandaria/rouparia	Revisão Anual	Revisão Anual
Exploração do Bazar do Hospital - Abrantes	Hospital Distrital de Abrantes	Martins & Chorão	20.Out.1997 (12 meses)	Renovado p/iguais períodos até 3 anos	1.267.200\$/00/12 + IVA	Anual, pela inflação	Não foi efectuada
Exploração de Espaço Destinado ao Bar/Cafetaria - Torres Novas	Hospital Distrital de Torres Novas	Trincanela	de 1.Out. 2000 (12 meses)	30.Set.2001, renovado p/iguais períodos até 3 anos	3.720.000\$/00/12 + IVA	Não prevê actualização	_____
Exploração da Cafetaria e Refeitório – Tomar (Estorno)	CHMT, SA	Gertal	4.Ago.2003	31.Dez.2003, renovado por períodos anuais	Estorno mensal - 400,00€	Não prevê actualização	_____
Exploração de Espaço Destinado ao Bar/Cafetaria Tomar	CHMT, SA	Trincanela	1.Abr.2005 (12 meses)	31.Mar.2006 renovado p/iguais períodos até 3 anos	18.240,00€/12 + IVA	Anual, de acordo com o coeficiente de actualização das rendas não habitacionais	Não foi efectuada
Exploração da Cafetaria e Refeitório – Abrantes (Estorno)	CHMT, SA	Eurest	1.Jan.2005	31.Dez.2005 renovado por períodos anuais	Estorno mensal - 1.500,00€	Não prevê actualização	_____
Exploração de Meios de Diagnóstico	CHMT, SA	Centro de Radiologia de Tomar e Diamecom	4.Fev.2005	31.Dez.2011 Renovado p/períodos anuais	210,50€ + IVA – total m2	Não prevê actualização	_____
Exploração da Cafetaria e Refeitório – Torres Novas (Estorno)	CHMT, SA	Gertal	_____	_____	Estorno mensal - 700,00€	Não prevê actualização	_____
Exploração do Bazar do Hospital - Tomar	CHMT, EPE	António Godinho	1.Dez.2006 (12 meses)	Renovado p/iguais e sucessivos períodos	1.200,00€/12 + IVA	Anual, pela inflação	Não foi efectuada



Anexo X - Nota de Emolumentos

Emolumentos e outros encargos

(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 1		Procº nº 31/09 – Audit	
		Relatório nº /09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE		
Entidade devedora:	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE		
		Regime jurídico:	AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> <i>a)</i>	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	€ 119,99	188		€ 22.558,12
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	309		€ 27.281,61
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 49.839,73
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 17.164,00
Emolumentos a pagar				€ 17.164,00

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria