

## RELATÓRIO DE AUDITORIA N.º 25/2003-2ªS

Conselheiro Relator  
Alves Cardoso

Processo n.º 29/02  
12 de Junho de 2003

**ASSUNTO: Auditoria de Gestão Financeira ao Projecto PIDDAC  
“Criação, Remodelação e Equipamento de Infra-  
Estruturas Hospitalares” – Hospital Distrital de Tomar**

- AUDITORIA OPERACIONAL
- AUDITORIA FINANCEIRA
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO
- EQUIPAMENTO HOSPITALAR
- CADERNO DE ENCARGOS
- CONCURSO DE EMPREITADAS DE OBRAS PÚBLICAS
- TRABALHOS A MAIS
- EXECUÇÃO FINANCEIRA
- CONTROLO FINANCEIRO

### 1.1 CONCLUSÕES

#### 1.1.1 – Planeamento

- a) Nos Programas de Governo e nas GOP, os objectivos e medidas de política da saúde são de índole geral, não sendo efectuadas referências ao Projecto em análise.
- b) Existem referências ao Projecto do Novo Hospital Distrital de Tomar:
  - ◇ De carácter global, em documentos de planeamento sectoriais, nomeadamente no Plano de Médio Prazo para o sector da saúde, no domínio da medida 1.1 – Construção e Remodelação de Hospitais/Subprograma Saúde do QCA II, da responsabilidade do extinto DEPS;

- ◇ Este PMP especifica e caracteriza os objectivos, metas, população global abrangida pelas unidades constantes da medida, calendário de realização, previsão de custos e respectivas fontes de financiamento;
  - ◇ De carácter específico, enquanto unidade hospitalar que serviu de base de comparação/alternativa do estudo sobre Avaliação Económica de Projectos – Análise Custo Benefício, sobre as vantagens da decisão de construção da opção HDTN, em detrimento da opção HDT. Este estudo quantifica, fundamenta e demonstra as vantagens da opção HDTN e evidencia o que considera ser um erro estratégico avançar-se com a decisão de construção do NHDT.
- c) Relativamente ao Projecto inicial de construção do NHDT, a definição formal e de enquadramento legal dos objectivos a alcançar encontram-se ao nível do Programa Funcional, sendo os objectivos do Projecto de índole eminentemente financeira, formalizados ao nível do mapa XI do OE e sem marcas visíveis de ordenação e programação temporal, física e financeira, no curto, médio ou longo prazo, suportadas em estudos sobre as necessidades médico-hospitalares das populações da sua área de influência.
- d) Não se detectaram elementos onde fosse evidenciado o enquadramento sustentado<sup>1</sup>, a caracterização e identificação dos objectivos e metas a alcançar com a construção do NHDT.
- e) Através de alterações verificadas ao nível do Programa Funcional inicial, o âmbito do Projecto do Hospital Distrital de Tomar foi orientado para a integração numa estrutura única de gestão hospitalar de carácter sub-regional de unidades de saúde, visando a articulação, complementaridade e a inter-relação com as unidades de saúde existentes – Hospitais Distritais de Abrantes e de Torres Novas.
- f) No entanto, não foram identificados:
- ◇ Estudos ou acções de planeamento a quantificar a poupança ou o sobre-custo resultante da criação de um Centro Hospitalar integrando as unidades hospitalares de Abrantes, Torres Novas e

---

<sup>1</sup> Não foram encontrados, designadamente, estudos especificamente elaborados com o objectivo de evidenciar, justificar e/ou fundamentar a necessidade de construção daquela unidade hospitalar.

tendo em vista o funcionamento em articulação e complementaridade dos cuidados de saúde a prestar;

- ◇ Estudos de quantificação dos custos e do acréscimo de meios e de estrutura de gestão necessários para uma política sub-regional de Saúde a funcionar em articulação e complementaridade;
  - ◇ Objectivos estratégicos, carências hospitalares, previsões de crescimento populacional ou de geriatria acentuada, justificativos da necessidade de construção de uma nova unidade de saúde hospitalar daquela dimensão;
  - ◇ Estudos de análise custo-benefício, medindo, valorando e comparando os custos e os benefícios sociais, bem como os custos/benefícios associados à comodidade/incomodidade das populações abrangidas pela alternativa encontrada para a criação de um Centro Hospitalar de prestação de cuidados de saúde complementares, o qual irá, necessariamente, implicar uma apreciável mobilidade de meios, de modo a que os 240 000 potenciais utentes são obrigados a deslocar-se no interior de uma vasta região para a unidade de saúde cujos cuidados necessitam;
  - ◇ Estudos que inequivocamente demonstrassem serem as valências definidas para cada uma das unidades do Centro Hospitalar do Médio Tejo – Torres Novas, valência predominantemente médica, Tomar, valência predominantemente cirúrgica, e Abrantes, ambas as valências – as que correspondem às necessidades efectivas das populações abrangidas por cada uma das áreas de influência específicas de cada unidade hospitalar;
  - ◇ Estudos de enquadramento sócio-económico que, em suma, justificassem a decisão de construção do NHDT, face à oferta disponível na sua área de influência coberta pelos hospitais distritais de Abrantes e de Torres Novas, a qual já era, antes da construção do NHDT, comprovadamente excedentária;
- g) Também não foram detectados objectivos estratégicos ou outros elementos que fundamentassem a decisão de construção, em termos de política nacional, regional, sub-regional ou área de influência de cuidados médicos hospitalares, ou que demonstrassem a necessidade de constru-

ção de uma nova unidade de saúde hospitalar, na Sub-região de Saúde de Santarém, da dimensão da construída.

- h) Igualmente não foram encontrados estudos que caracterizassem e identificassem os objectivos e metas a atingir com a construção do NHDT, bem como o impacto dos custos de funcionamento no SNS (sustentabilidade social do investimento, atendendo aos custos reais por unidade de cuidados de saúde produzida).

Pode, pois, referir-se, como conclusão geral, relativamente ao planeamento “lato senso” que, ao decidir-se pela construção do NHDT numa região com excesso de capacidade médico hospitalar instalada, sem estudos que a fundamentassem, nomeadamente através da caracterização da procura e da oferta de serviços de saúde, do impacto do acréscimo de custos no Serviço Nacional de Saúde e do princípio do utente/doente em primeiro lugar, não se teve em conta a lógica económico-social, ou seja, o princípio da oportunidade dos investimentos baseada na escassez dos recursos públicos que deveria fundamentar a decisão de construção daquela unidade hospitalar. Acresce que os *estudos existentes não só apontavam claramente para que não fosse construído o NHDT, como chegam a apontar que tal decisão, a verificar-se, configurava um erro de planeamento.*

- i) Relativamente ao lançamento do concurso, pela apreciação das propostas e pela análise da execução do projecto verificou-se que:

- ◇ A opção pela modalidade de concurso concepção-construção permitiu às entidades adjudicantes desenvolverem procedimentos pré-contractuais com base em elementos menos desenvolvidos do que aqueles que normalmente enformam os processos relativos às restantes modalidades de concurso;

Os pressupostos centrados na perspectiva de que os potenciais concorrentes são detentores de uma elevada especialização e experiência nos domínios conexos com a obra a realizar, que as propostas recebidas incorporam nos correspondentes projectos as soluções técnicas adequadas e tecnologicamente mais actuais e de que o tempo global para concretização do empreendimento resulta encurtado, não tem correspondência na realidade entretanto constatada pelo TC, não só na actual auditoria, como também nas auditorias efectuadas ao PIDDAC/93/94/95 “Construção e Apetrechamento de Hos-

pitais Distritais”, cujos resultados evidenciam o oposto de tais pressupostos.

- ◇ O lançamento de um concurso com caderno de encargos / especificações contendo exigências funcionais e técnicas de âmbito muito genérico e por vezes sem parâmetros de referência, num processo que pressupõe uma valorização importante do preço, abre espaço para a apresentação de propostas com opções cerceadas por especificações minimalistas ou pouco explícitas, que na execução em obra vão obrigar ao “aperfeiçoamento” ou “actualização” e com naturais implicações no preço, dando origem a adicionais (“trabalhos a mais”) que em muitas situações consistem apenas na substituição de trabalhos ou fornecimentos previstos com solução pouco definida ou com características entendidas como insuficientes, e noutras configuram mesmo obra nova, ou seja, dão origem a alterações importantes do objecto do contrato.
- ◇ O recurso a concursos de concepção-construção será de evitar, como deveria mesmo ser abandonado, se mais não fora pelos efeitos perversos que inevitavelmente produz no tecido empresarial do sector de actividade das obras públicas, sem que daí advenham vantagens para a Administração, na qual não só não deixará de ser necessária a existência de elevada competência técnica nestes domínios como também não se pode correr o risco de se perder o “know how” acumulado ao longo de décadas que lhe permita continuar em condições de definir os seus programas de necessidades.
- ◇ Com a inclusão de factores de apreciação das propostas relativos aos concorrentes, misturou-se a análise da aptidão destes com a apreciação das propostas, o que é explicitamente afastado pela Directiva 93/37/CEE, de 14 de Junho. Ou seja, as propostas não foram apreciadas exclusivamente em função do mérito dos projectos em que se baseavam e das suas condições de preço e prazo, tendo sido considerados na graduação das propostas para efeitos de concurso aspectos inerentes aos próprios concorrentes.
- ◇ No CE era estabelecida uma actualização trimestral do Plano de Trabalhos quer para o desenvolvimento do planeamento e coordenação da execução dos trabalhos quer para o controlo da execução pela Fiscalização, detalhadamente regulados.

- ◇ Não se evidenciou que o planeamento e controlo da execução dos trabalhos previstos no Caderno de Encargos fossem efectivamente exercidos com o nível de detalhe e rigor preconizados, em especial no período inicial de execução da empreitada.
- ◇ Houve um desvio temporal entre a data da publicação do aviso de abertura de concurso, 27 de Janeiro de 1993, e a data da consignação da empreitada, 19 de Julho de 1997, de cerca de 4 anos e meio.

### **1.1.2 – Execução Financeira**

Verificou-se que dos 2 milhões de contos inscritos como dotação inicial no Mapa XI do OE/97, 75% (1,5 milhões de contos) eram relativos a comparticipação comunitária e, como tal, inscritos no Cap. 50º FC – Financiamento Comunitário.

A comparticipação comunitária acabou por não se concretizar, não sendo certamente alheias a este facto:

- ◆ A controvérsia que envolveu a decisão de se avançar com a construção de uma nova unidade hospitalar numa sub-região reconhecida como excedentária em infra-estruturas de cuidados médicos hospitalares, independentemente de neste conceito de sub-região se considerar a Sub-Região de Saúde de Santarém como um todo ou como uma sub-região integrando apenas as unidades de saúde de Abrantes, Torres Novas e Tomar;
- ◆ O facto do Relatório Final da Avaliação Intercalar da IOS do QCA II, de Janeiro de 1997, classificar o NHDT como sendo um erro de planeamento.

A execução financeira atingiu, até 2002, o montante global de 8.320.111 contos. Deste montante de investimento global:

- ◆ Até ao ano 2000, foram executados 6.025.849 contos;
- ◆ Relativamente ao ano de 2001, ano relevante para efeitos do Parecer sobre a CGE/01, verificou-se que da dotação final disponível, 1.231.167 contos, foram executados 1.143.465 contos (92,88%), o que corresponde a uma boa taxa de execução financeira.

### 1.1.3 – Execução física

- a) Na perspectiva da execução da obra, o planeamento, controlo e fiscalização da execução física do projecto foram acompanhados por uma equipa da DRIESC que, numa primeira fase, assumiu a responsabilidade pela direcção, controlo e fiscalização da obra.

Numa segunda fase, cerca de um ano e nove meses após a consignação da empreitada (Abril de 1999), a fiscalização foi cometida a uma empresa externa – PLANEGE, Consultores de Engenharia e Gestão, Lta, mantendo-se a Direcção da obra sob responsabilidade da DRIESC.

- b) De uma forma geral, as prorrogações do prazo de execução da empreitada de concepção/construção do HDT não se encontram correctamente fundamentadas nem de facto nem de direito, quer por parte do empreiteiro, nos casos em que as requereu, quer por parte do dono da obra que as concedeu. O prazo de execução das empreitadas é um elemento essencial da contratação. A prorrogação do prazo sem que haja fundamento para tal implica a renúncia à multa contratual.
- c) Realizaram-se trabalhos a mais sem observância da mesma forma do contrato inicial, que substancialmente o modificaram.

As causas mais comuns dos trabalhos a mais foram:

- ◇ A reformulação da programação inicialmente prevista para o piso 0 (alterando cerca de 3300 m<sup>2</sup>, ou seja, 77% da área do piso), e para os pisos 1, 2 e 3 (alterando cerca de 2077 m<sup>2</sup>) e também da alteração da capacidade prevista para a lavandaria, da qual adveio a necessidade da execução de uma edificação exterior para central de lixos (cerca de 100 m<sup>2</sup>);
- ◇ A demolição ou abandono de trabalhos já executados, por força das alterações introduzidas durante a execução, e cujo montante total se estima entre 10.000.000\$00 e 15.000.000\$00 + IVA;
- ◇ A reformulação de partes do projecto inicial, depois da adjudicação e consignação da empreitada, devido a deficiências ou insuficiências de projecto base apresentado no concurso;

- ◇ A alteração de soluções construtivas previstas, como foi o caso da substituição das caixilharias de alumínio anodizado e vidro simples por alumínio termo lacado e vidro duplo, da alteração dos estores, introdução de bases de chuveiro e sanitas adequadas a deficientes, aros metálicos das portas da zona das salas de operações, etc.;
  - ◇ A introdução de equipamentos não previstos ou substituição de equipamentos e soluções técnicas previstos no projecto por outros tecnologicamente mais evoluídos, como foi invocado no caso da reformulação da infra-estrutura telefónica e informática, da alteração do sistema de protecção de pessoas contra contactos indirectos (“transformadores de isolamento”), etc.;
  - ◇ A conformação com regulamentação superveniente, como sucedeu na alteração dos elevadores; ou
  - ◇ A obtenção de maiores capacidades, de que são exemplos as alterações dos sistemas de AVAC (alterando os parâmetros de cálculo), etc.
- d) O prazo total da execução da empreitada foi de 1619 dias, mais 809 dias do que o prazo contratual estabelecido (810 dias), distribuídos da seguinte forma:
- ◇ 810 dias relativos ao prazo contratual para execução da obra;
  - ◇ 60 dias relativos à aprovação do projecto de execução;
  - ◇ 60 dias – 1.<sup>a</sup> prorrogação do prazo, com custos adicionais;
  - ◇ 157 dias – 2.<sup>a</sup> prorrogação do prazo, com custos adicionais;
  - ◇ 119 dias – 3.<sup>a</sup> prorrogação do prazo, sem custos adicionais;
  - ◇ 413 dias – 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> prorrogações, para efeitos administrativos.

#### **1.1.4 – ACOMPANHAMENTO E CONTROLO**

- a) A vertente de acompanhamento, fiscalização e controlo da execução do projecto foi exercida numa primeira fase pela equipa do dono da obra.
- b) A partir da entrada de facto em obra da Fiscalização externa, em Novembro de 1998, o controlo e o acompanhamento do projecto de execução passou a abranger as acções previstas para fiscalização pelo dono da obra e a ser objecto de registos em Relatórios Mensais de Progresso.



No entanto, os elementos de suporte do planeamento dos trabalhos apresentados pelo ACE, incluídos nos processos analisados, não abrangiam, em geral, todo o detalhe previsto no CE.

- c) Os orçamentos que fundamentaram a celebração de contratos adicionais, apresentados pelo adjudicatário e aceites pela fiscalização, em muitas situações seguem sistematização que dificulta uma comparação entre o anteriormente previsto e o proposto. Em situações em que na proposta apresentada ao concurso os trabalhos eram aglutinados numa descrição genérica, a nova proposta apresenta-se discriminada em vários artigos; noutras situações, trabalhos que se apresentavam detalhadamente discriminados na proposta, encontram correspondência num artigo global. Em especial, neste último caso, encontraram-se situações em que a agregação de trabalhos por vezes coloca em dúvida o cumprimento do disposto no número 4 do art. 27º do Decreto-Lei n.º 235/86 – que, como regra, obriga à aplicação dos preços unitários contratuais.
- d) Houve permutas de equipamentos médicos sem serem convenientemente analisadas, valorizadas, formalizadas e objecto de autorização superior.
- e) Não se evidenciou a existência de coordenação em matéria de segurança e saúde, durante a fase de projecto, nem a existência de um verdadeiro Plano de Segurança e Saúde, devidamente estruturado, mesmo na fase de execução da obra. A própria designação formal de um Coordenador de Segurança e Saúde da fase de execução da obra só veio a ter lugar quando tais funções foram assumidas pelo Coordenador da fiscalização contratada. Foi a partir daí que se registou a apresentação de documentação diversa relativa a medidas de segurança a implementar, em geral de natureza pontual e visando a correcção de situações específicas, não constituindo, no entanto, um plano abrangente e integrado por planos detalhados coordenados entre si.

### 1.1.5 – AVALIAÇÃO

- a) Ao nível da avaliação de resultados, não se dispõe de elementos que permitam emitir opinião concreta. Pode, desde já, face às vicissitudes e polémica que envolveu a decisão de construção do NHDT e à solução encontrada para a sua integração numa estrutura de funcionamento em regime de complementaridade (CHMT) evidenciar-se que:

- ◇ Não existiam indicadores relativos à necessidade de uma nova unidade de saúde na região que permitissem concluir pela razoabilidade da construção de uma unidade com a dimensão e as características da construída, região essa onde a característica essencial evidenciada nos estudos e nos elementos disponíveis era, reconhecidamente, o excesso da oferta disponível;
- ◇ Os recursos financeiros mobilizados, em consequência de trabalhos a mais, ao que tudo indica, resultantes da tentativa de corrigir o chamado e claramente evidenciado erro de planeamento, que constituiu a decisão de construir o NHDT com as dimensões propostas, ultrapassaram os custos inicialmente previstos;
- ◇ Não foram detectados elementos onde estivesse prevista uma avaliação do impacto e dos custos e benefícios de funcionamento ao nível do SNS, e não só do NHDT, como também não estava prevista qualquer avaliação ao nível das outras unidades de saúde integradas no CHMT, quer enquanto unidades individuais quer enquanto unidades integradas.

## **1.2 – RECOMENDAÇÕES**

No contexto da matéria exposta no presente relatório de auditoria e resumida nas conclusões que antecedem, formulam-se as seguintes recomendações:

### **1.2.1 – PLANEAMENTO**

- a) A definição de metas, objectivos e necessidades de cuidados de saúde médico-hospitalares deverão ser sempre quantificadas, temporal e financeiramente;
- b) A decisão de se avançar com a construção de uma nova unidade hospitalar, para além da necessidade da sua formalização, deverá igualmente ser fundamentada em necessidades objectivamente comprovadas, baseadas em estudos de custo-benefício, tendo assim em conta os aspectos correlacionados com a salutar prática de decisão que deve presidir à

gestão da coisa pública: adequar os investimentos à sua efectiva razão de ser – as necessidades objectivas das populações que devem servir.

- c) Não se deverá avançar com investimentos em infra-estruturas hospitalares, para prestação de serviços médico hospitalares, em regiões onde manifestamente os elementos disponíveis as definam já como possuindo um grau de cobertura desses mesmos serviços satisfatório ou mesmo superior à média nacional.
- d) Ao avançar-se com a construção de novas infra-estruturas médico hospitalares, deverá ter-se em conta não só os custos relativos à sua execução como, e muito especialmente, os inerentes custos que advêm da sua manutenção em funcionamento, os quais, em regra, tornam aqueles custos de investimento irrelevantes perante os custos de sustentabilidade do investimento.
- e) Deverá ser bem ponderada a opção por concursos com recurso à modalidade de concepção-construção. A adopção desta modalidade de concurso faz recair sobre os concorrentes preteridos custos elevados e desnecessários com a elaboração de ante-projectos, de que não são ressarcidos, e dela não resultam, em geral, vantagens sensíveis para o interesse público. Esta modalidade de concurso, por outro lado, dá lugar à apresentação de propostas com opções minimalistas, cerceadas pelas limitações resultantes das especificações dos cadernos de encargos, que amplificam as limitações destes e que na execução em obra vão obrigar a “aperfeiçoamentos”, dando origem a adicionais (“trabalhos a mais”) e tendo como resultado, a subtracção às regras de concorrência inerentes ao concurso público de um volume de trabalhos e fornecimentos muito significativo.
- f) A selecção do regime aplicável (aquisição de bens e serviços / execução de empreitadas de obras públicas) deverá ser adequada à natureza do bem ou serviço a adquirir e à aplicação dos procedimentos pré-contratuais próprios.
- g) Deverá ser aperfeiçoado e actualizado o conteúdo dos cadernos de encargos, tornando-os mais específicos, quantificando devidamente as exigências funcionais formuladas e definindo melhor o que é obrigatório e aquilo que é facultativo ou acessório.

- h) Deverá ser tido na devida conta a doutrina plasmada no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 341/88, de 28 de Setembro (entretanto revogado pelo Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março), o qual referia que a modalidade de concepção-construção podia conduzir a desperdícios inconvenientes e injustificados, evidenciava que *“o recurso sistemático a essa modalidade é característica dos países pouco desenvolvidos que não dispõem de meios humanos para acompanhar a execução dos empreendimentos ou, mais grave ainda, não estão sequer em condições de definir o programa de necessidades”* e que *“quando utilizada de forma não criteriosa, a solução conduz, muitas vezes, a projectos pouco cuidados, pouco imaginativos e a preços, em regra, mais elevados”* e acrescentava que nas situações correntes não é sequer vantajosa em termos de prazos, entendimento que a experiência resultante dos trabalhos desenvolvidos por este TC corrobora inteiramente.
- i) Deverão ser devidamente especificados os equipamentos médicos a adquirir, sem indefinições tais como, *“referências a escolher pelo Hospital”*, de forma a permitir uma verificação inequívoca de conformidade na recepção.
- j) Deverá ser elaborado um quadro de concepção e programação, no qual se articulem os objectivos estratégicos da prestação de cuidados médico-hospitalares com metas quantificadas a atingir, enquadradas por estudos onde sejam determinados e evidenciados os custos médios por tipo de cuidados médico-hospitalares prestados [através dos GDH ou outro(s)] em hospitais de natureza e dimensão semelhante e comparados os custos efectivos do mesmo tipo de cuidados prestados pelo CHMT. Esse quadro deverá considerar o CHMT, enquanto unidade integradora da prestação de serviços médico hospitalares, e cada uma das unidades que o compõem (HDA, HDTN e HDT), promovendo-se, assim, de modo fidedigno e credível, a avaliação e a consequente comparação e adequação da razoabilidade dos custos dos cuidados médico-hospitalares prestados aos seus custos efectivos, tomando-se as medidas correctivas que se mostrem adequadas, designadamente a eventual especialização da unidade hospitalar de Tomar.

### **1.2.3 – EXECUÇÃO FÍSICA**

- a) Os trabalhos a mais, independentemente do seu valor, devem observar a mesma forma do contrato inicial por consubstanciarem modificações do mesmo.
- b) Deverá existir maior rigor na elaboração das estimativas e prazos de execução das empreitadas, na fase de estudo prévio, a fim de que não se verifiquem, posteriormente, discrepâncias acentuadas entre o planeado, o lançado a concurso e o efectivamente realizado.
- c) A DGIES deverá, de futuro, tomar as medidas tidas por convenientes no sentido de que sejam fundamentados, de facto e de direito, os pedidos de prorrogação de prazo de execução das empreitadas e que as informações dos serviços que sobre estes recaiam sejam mais rigorosas e observem os mesmos requisitos.

### **1.2.4 – ACOMPANHAMENTO E CONTROLO**

- a) Deverão ser aperfeiçoados os circuitos de informação internos dos serviços que tenham repercussão na fiscalização e acompanhamento técnico das obras, de modo a evitar-se a demolição ou abandono de trabalhos executados por desconformidade com alterações já anteriormente decididas.
- b) Deverá ser delimitada uma fronteira mais rigorosa entre os equipamentos a incluir na empreitada de construção e aqueles a adquirir separadamente, identificando os equipamentos que, por exigirem obras significativas para instalação, faz sentido incluir na empreitada, evitando-se intermediação onerosa e desnecessária na aquisição daqueles equipamentos.
- c) A DRIESC deve adoptar o princípio de que toda e qualquer permuta de equipamento objecto de contrato estabelecido entre as partes só se efectue após a devida autorização superior e muito especialmente após as devidas valorações que, de forma clara, concreta, precisa e concisa, permitam constatar a equivalência de valores entre os equipamentos objecto de troca.

- d) Deverá ser aperfeiçoado o controlo da execução física das empreitadas e do cumprimento de prazos, incluindo a verificação efectiva da permanência em obra de meios materiais e humanos adequados à execução, em especial dos previstos no planeamento da empreitada.

### 1.2.5 – AVALIAÇÃO

- a) Considerando as implicações relativas à sustentabilidade do investimento, é essencial a implementação de indicadores físicos, financeiros e temporais que se constituam como metas a realizar, permitindo a monitorização e o acompanhamento, indispensáveis na avaliação das medidas e na tomada de decisões.
- b) Seria ainda aconselhável uma avaliação que permitisse a quantificação do acréscimo de custos para o erário público e para a economia em geral e o respectivo impacte no orçamento regular do SNS, resultantes dos evidenciados erros de planeamento, os quais poderiam ser quantificados através de estudos que, embora ambiciosos, complexos e obviamente prolongados no tempo, dada a sua abrangência e dificuldade, porque teriam de envolver a avaliação das três unidades hospitalares a funcionar em sistema de complementaridade de serviços, poderiam conduzir a uma melhor e mais sustentável utilização da unidade hospitalar (HDT).