



Tribunal de Contas

**Auditoria à Situação
Financeira
do
Serviço Nacional de Saúde**



Vol.I

Sumário Executivo

**Processo nº 06/02-Audit
Relatório nº 10/03-2ª S**



ÍNDICE

FICHA TÉCNICA DE AUDITORIA À SITUAÇÃO FINANCEIRA DO SNS.....	3
SIGLAS	4
GLOSSÁRIO	5
I PARTE INTRODUTÓRIA	9
1.1 Considerações Gerais	9
1.2 Âmbito e Objectivos da Auditoria.....	9
1.3 Metodologia e Procedimentos	9
1.4 Condicionantes	10
1.5 Audição dos Responsáveis.....	11
II ENQUADRAMENTO DO SNS	12
2.1 Portugal no Contexto Internacional – Alguns Indicadores	12
2.2 Caracterização Jurídica do SNS.....	13
2.3 Sistema Contabilístico do SNS	13
III QUESTÕES PRÉVIAS – ALGUMAS RELAÇÕES CONTRATUAIS COM REFLEXOS NA SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DO SNS	15
3.1. Protocolos celebrados com a APIFARMA.....	15
3.2 Perdões de dívida	17
IV CONCLUSÕES	19
4.1 Financiamento do SNS.....	19
4.2 Avaliação da fiabilidade da informação Económico-Financeira produzida pelas Instituições do SNS	20
4.3 Avaliação do acompanhamento e controlo da Execução Orçamental das Instituições integradas no SNS pelo IGIF e pela DGO	21
4.4 Os Défices do SNS.....	22
4.5 Encargos assumidos pelas Instituições do SNS sem Dotação Orçamental.....	23
4.6 A Evolução do Endividamento do SNS	24
4.7 Regularizações de Responsabilidades perante credores externos ao SNS.....	24
4.8 Protocolos celebrados com a APIFARMA.....	26
4.9 Perdões de dívida	26
V RECOMENDAÇÕES.....	27
5.1 Ao Governo	27
5.2 Ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde	27



5.3 À Direcção-Geral do Orçamento.....	28
VI REFERÊNCIAS FINAIS.....	29
6.1 Medidas Adoptadas	29
6.2 Emolumentos	29
6.3 Colaboração Prestada.....	29
VII DETERMINAÇÕES FINAIS	29



FICHA TÉCNICA DE AUDITORIA À SITUAÇÃO FINANCEIRA DO SNS

	Nome do Funcionário	Categoria/Departamento Auditoria	Qualificação Académica
Coordenação Geral	Ana Maria Bento	Auditora - Coordenadora – DA - VI	Lic. Direito
	Maria Isabel Viegas	Auditora - Chefe – DA - VI	Lic. Organização e Gestão de Empresas
Equipa Técnica	Helena Fernandes	Técnica Verif. Sup. Principal –DA - VI	Lic. Direito
	Luísa Bispo	Técnica Verif. Sup. Principal –DA - VI	Lic. Auditoria
	Maria da Conceição Silveiro	Técnica. Verif. 1.ª Cl. – DA-VI	Lic. Auditoria
Colaboração	Ana Campos a)	Auditora – DA - VI	Lic. Direito
	Ana Carreiro b)	Técnica. Verif. Sup. 1.ª CL – DA - VI	Lic. Organização e Gestão de Empresas
	Domingos Manuel Santana d)	Técnico Sup. Principal - DVIC	Lic. Organização e Gestão de Empresas
	Elisa Ponte a)	Auditora – DA - VI	Lic. Economia
	Henrique Tavares c)	Especialista de Informática - DSTI	Lic. Finanças
	Julieta Pereira a)	Auditora – DA - VI	Lic. Economia
	Paulo Sérgio Duque d)	Assistente Administrativo Principal - DVIC	12º Ano. Frequência do 3.º ano do curso de Gestão
	Venâncio Patão a)	Técnico Verif. Sup. Principal –DA - VI	Lic. Gestão e Administração Pública

- a) Levantamento das irregularidades detectadas, referidas em relatórios de auditoria do Tribunal de Contas, DGO, IGF e IGS, com eventuais repercussões nesta auditoria.
- b) Recolha e tratamento de dados internacionais da saúde e elaboração do respectivo ponto no relatório.
- c) Análise de dados.
- d) Tratamento da informação remetida pelas instituições.



SIGLAS

ADSE	Direcção-Geral de Protecção Social dos Funcionários e Agentes da Administração Pública
AIM	Autorizações de introdução no mercado
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
AR	Assembleia da República
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CGE	Conta Geral do Estado
CNCAP	Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública
CRI	Centros de Responsabilidade Integrados
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGO	Direcção-Geral do Orçamento
DGTC	Direcção-Geral do Tribunal de Contas
DR	Diário da República
EPE	Entidade Pública Empresarial
GCI	Grupos de Coordenação Interdepartamental
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogêneos
GOP	Grandes Opções do Plano
IGF	Inspeção-Geral de Finanças
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
IGS	Inspeção Geral da Saúde
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IRC	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Colectivas
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
JO	Jornal Oficial
LO	Lei do Orçamento
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCEO	Mapa de Controlo de Execução Orçamental
MCO	Mapa do Controlo Orçamental
MFF	Mapa de Fluxos Financeiros
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
OGPE	Orientações Gerais das Políticas Económicas
OMC	Organização Mundial do Comércio
PEDIP	Programa de Dinamização e Modernização da Indústria Portuguesa
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
POCSS	Plano Oficial de Contabilidade dos Serviços de Saúde
PSD	Partido Social Democrata
RCM	Resolução de Conselho de Ministros
SA	Serviços Autónomos
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social
SIDC	Sistema de Informações Descentralizado de Contabilidade
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia



GLOSSÁRIO

Ambulatório^(a) ⇒ Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.

Atendimento em Urgência^(a) ⇒ Acto de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.

Carga de Doença ⇒ Um dos factores utilizados pelo IGIF para a determinação do financiamento das ARS, tendo em linha de conta a população e as patologias.

Cirurgia de Ambulatório^(a) ⇒ Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais ~~le~~ges artis, em regime de admissão e alta no mesmo dia.

Consulta Externa^(a) ⇒ Unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares.

Défice (Económico) no Exercício ⇒ (Receita total do exercício + Receita total de anos anteriores) – (Despesa total do exercício + Despesa total de anos anteriores (Fluxo Económico)).

Défice (Económico) Total ⇒ (Défice (Económico) no Exercício) + (Despesa não relevada na contabilidade).

Défice (Económico) Total Consolidado ⇒ Défice (Económico) Total excluído dos fluxos Inter-Instituições.

Défice (Financeiro) Acumulado ⇒ (Défice (Financeiro) do Exercício) + (Défice (Financeiro) de anos anteriores).

Défice (Financeiro) Acumulado Consolidado ⇒ (Défice (Financeiro) do Exercício Consolidado) + (Défice (Financeiro) de Anos Anteriores Consolidado).

Défice (Financeiro) de Anos Anteriores Consolidado ⇒ Défice (Financeiro) de Anos Anteriores excluído dos fluxos Inter-Instituições.

Défice (Financeiro) de Anos Anteriores ⇒ (Saldo inicial de “fundos próprios” + Receita Cobrada de Exercícios Anteriores) – (Despesa Total de Anos Anteriores (Fluxo Financeiro)).

Défice (Financeiro) do Exercício ⇒ (Receita Cobrada do Exercício) – (Despesa Total do Exercício).

Défice (Financeiro) do Exercício Consolidado ⇒ Défice (Financeiro) do Exercício excluído dos fluxos Inter-Instituições.



Défice (Financeiro) Total \Rightarrow (Défice (Financeiro) Acumulado) + (Despesa paga com verbas transferidas pela DGT no âmbito do processo de “regularização de responsabilidades”) + (Despesa não Relevada na Contabilidade).

Défice (Financeiro) Total Consolidado \Rightarrow Défice (Financeiro) total excluído dos fluxos Inter-Instituições.

Despesa não Relevada na Contabilidade \Rightarrow Despesa constituída, cujas facturas foram emitidas no exercício e não foram registadas no exercício.

Despesa não Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições) \Rightarrow Despesa constituída, cujas facturas, emitidas no exercício às instituições do SNS por outras instituições do SNS, não foram registadas na contabilidade do exercício.

Despesa Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições) \Rightarrow Facturas emitidas às instituições do SNS por outras instituições do SNS e contabilizadas no exercício.

Despesa Total \Rightarrow (Despesa Paga + Despesa por Pagar).

Despesa Total de Anos Anteriores (Fluxo Económico) \Rightarrow Despesa constituída em anos anteriores mas registada no exercício.

Despesa Total de Anos Anteriores (Fluxo Financeiro) \Rightarrow (Despesa constituída de anos anteriores mas registada no exercício) + (Despesa constituída em anos anteriores e que transitou em dívida para o exercício).

Despesa Total de Anos Anteriores (Inter-Instituições) \Rightarrow Despesa total de anos anteriores mas registada no exercício + Despesa constituída em anos anteriores e que transitou em dívida para o exercício, relativa a Instituições do SNS.

Despesa Total do Exercício \Rightarrow Despesa constituída do exercício.

Despesa Total do Exercício (Inter-Instituições) \Rightarrow Despesa constituída do exercício com Instituições do SNS.

Entidade Convencionada^(a) \Rightarrow Prestador de cuidados de saúde privado, com quem o Ministério da Saúde ou as Administrações Regionais de Saúde-ARS, celebram contrato de adesão, com o objectivo de prestação de cuidados de saúde, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

Grupo de Diagnóstico Homogéneo \Rightarrow Sistema de classificação de doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.

Hospital^(a) \Rightarrow Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.



Hospital de Dia^(a) ⇒ Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo durante o dia sob vigilância, não requerendo estadia durante a noite.

Internamento^(a) ⇒ Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, uma noite.

Orçamento Financeiro - Receita “Origem de Fundos Próprios” ⇒ Previsão de recebimentos numa dada gerência (Transferências do OE + Receitas Próprias).

Orçamento Financeiro - Despesa “Aplicação de Fundos Próprios” ⇒ Previsão de pagamentos numa dada gerência.

Orçamento Financeiro - Receita “Origem de Fundos Alheios” ⇒ Previsão de recebimentos numa dada gerência que não constituem receitas do organismo (Transferências do OE ou receitas próprias).

Orçamento Financeiro - Despesa “Aplicação de Fundos Alheios” ⇒ Previsão de pagamentos numa dada gerência que não constituem despesa do organismo.

Receita Cobrada do Exercício (Inter-Instituições) ⇒ Receita cobrada do exercício a Instituições do SNS.

Receita Cobrada de Exercícios Anteriores ⇒ Receita cobrada no exercício relativa a anos anteriores.

Receita Cobrada de Exercícios Anteriores (Inter-Instituições) ⇒ Receita cobrada no exercício a Instituições do SNS relativa a anos anteriores.

Receita Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições) ⇒ Facturas emitidas pelas instituições do SNS a outras instituições do SNS e contabilizadas no exercício.

Receita Total ⇒ (Receita Cobrada + Receita por Cobrar).

Receita Total do Exercício ⇒ (Transferências do OE + Receita emitida do exercício).

Receita Total de Anos Anteriores ⇒ Receita emitida no exercício relativa a anos anteriores.

Serviço Nacional de Saúde^(a) ⇒ Conjunto de todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde.

Sistema Local de Saúde^(a) ⇒ Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, com intervenção directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.

Taxa de Admissão^(b) ⇒ Número de pessoas admitidas e que permaneceram pelo menos uma noite numa instituição hospitalar, dividido pela população e multiplicado por 100.



Taxa de Ocupação das Camas^(b) \Rightarrow Número de camas efectivamente ocupadas nas instituições hospitalares, dividido pelo n.º de camas existentes e multiplicado por 100.

^(a) **Fonte:** Glossário do Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde - 2001

^(b) **Fonte:** OCDE Health data 2002.



I PARTE INTRODUTÓRIA

1.1 Considerações Gerais

A auditoria à situação financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) insere-se no Programa de Fiscalização do Tribunal de Contas de 2002. A auditoria toma ainda em consideração, de algum modo, uma solicitação do Grupo Parlamentar do PSD, o qual pretendia “*conhecer o montante da dívida dos Serviços e Organismos do Serviço Nacional de Saúde em 30 de Junho de 2001*”, conforme deliberação do Plenário da 2ª Secção de 15 de Novembro de 2001.

1.2 Âmbito e Objectivos da Auditoria

A presente auditoria teve por objectivo geral analisar o endividamento do SNS no período de 31/12/97 a 31/12/2001 e calcular o défice em 31/12/2001¹. Para o efeito foi recolhida informação junto de 140 instituições integradas no SNS sobre os montantes em dívida de 1998 a 2001² e sobre a execução orçamental do ano de 2001. Procedeu-se, ainda, ao confronto da informação proveniente directamente das referidas instituições com a informação agregada disponibilizada pelas entidades com competência para proceder ao acompanhamento e controlo da respectiva execução orçamental, a saber, o IGIF e a DGO.

Os objectivos operacionais que a presente auditoria visou atingir foram os seguintes:

- ◇ Determinar, ao nível global do SNS, os compromissos assumidos em 2001, tendo em conta, designadamente, os seguintes aspectos:
- ◇ Encargos totais;
- ◇ Encargos não pagos;
- ◇ Encargos assumidos sem dotação orçamental;
- ◇ Determinar o valor e a natureza da dívida do SNS existente em 31/12/2001;
- ◇ Analisar a evolução do endividamento no período compreendido entre 31/12/97 e 31/12/2001, na perspectiva do volume financeiro e da natureza da dívida;
- ◇ Analisar as “*regularizações de responsabilidades*” decorrentes de situações do passado ocorridas no período de 31/12/97 a 31/12/2001.

1.3 Metodologia e Procedimentos

Em cumprimento do Plano Global de Auditoria aprovado, foi seguida a seguinte metodologia:

¹ Atento o âmbito e a natureza sistémica desta acção, e na sequência da metodologia seguida em auditorias anteriores à situação financeira do SNS, não constituiu objectivo da mesma a identificação de eventuais ilícitos financeiros, particularmente no que respeita ao elemento subjectivo.

² O número de instituições integradas no SNS varia de ano para ano, devido, designadamente, à criação e extinção de instituições. Deve referir-se, ainda que, em 2001, as 28 Escolas de Enfermagem e Tecnologia da Saúde do Ministério da Saúde deixaram de ser financiadas pelo Orçamento do SNS. Assim, solicitaram-se elementos a 140 instituições para o período de 31-12-97 a 31-12-2000 e a 112 instituições para o ano de 2001.



- ◇ Recolha de informação global com vista à caracterização dos critérios de financiamento das instituições integradas no SNS adoptados no período considerado, bem como à análise da respectiva evolução;
- ◇ Análise de relatórios de auditoria produzidos quer pelo próprio Tribunal de Contas quer por órgãos de controlo interno - Inspeção Geral de Finanças (IGF), Direcção-Geral do Orçamento (DGO), Inspeção-Geral da Saúde (IGS) e Inspeção-Geral da Administração Pública (IGAP) - , relativos ao período em análise;
- ◇ Solicitação directa às 140 instituições de informação económico-financeira, inserida em mapas-tipo, expressamente preparados e enviados para o efeito³, de listagens de facturas por cobrar, de listagens de facturas por pagar e de cópias dos mapas de controlo de execução orçamental remetido por estas instituições à DGO;
- ◇ Tratamento e análise da informação recolhida pela via supra descrita e cruzamento da mesma com informação financeira global proveniente do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e da DGO e, bem assim, com os documentos de prestação de contas enviados à Direcção-Geral do Tribunal de Contas (DGTC) pelas instituições do SNS;
- ◇ Avaliação da fiabilidade e coerência da informação económico-financeira produzida pelas aplicações informáticas utilizadas pelas instituições;
- ◇ Avaliação dos sistemas de controlo do IGIF e da DGO da execução orçamental das instituições integradas no SNS.

Todos os valores foram fornecidos e trabalhados na unidade monetária Escudos, sendo convertidos para a unidade monetária Euros no final de cada apuramento.

1.4 Condicionantes

Os dados fornecidos pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), relativos ao ano de 2001, no âmbito da presente auditoria, são provisórios⁴ não tendo esta instituição prestado, oportunamente, contas ao Tribunal de Contas relativamente aos anos de 2000 e 2001.

Verificou-se que a DGO não procedeu ao tratamento da informação da execução orçamental das instituições integradas no SNS relativa ao 2.º semestre do ano de 2001⁵, existindo apenas, neste período, a inserção em base de dados dos valores constantes dos orçamentos iniciais e finais.

³ Anexos 1 a 16 – Volume III.

⁴ Os dados fornecidos pela ARSLVT deveriam conter numa base consolidada (Instrução n.º 1/95 (2.ª Secção do Tribunal de Contas) os elementos relativos às Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Setúbal e Santarém e aos Serviços Próprios da ARS. Todavia, os elementos relativos à Sub-região de Saúde de Lisboa são provisórios e os relativos aos Serviços Próprios da ARS não foram remetidos. Relativamente à situação de não prestação de contas, correm termos os processos de multa (Procs. n.º 4 – M/2003 e n.º 6 – M/2003). As contas consolidadas de 2000 e 2001 apenas deram entrada em 7/04/2003.

⁵ As instituições do SNS enviam regularmente à DGO a informação constante do Quadro V da Circular n.º 1278 – Série A, de 6 de Março de 2001. A 12.ª Delegação desta Direcção-Geral produziu sobre o período de 1-1-1998 a 30-6-2001 relatórios sobre a execução orçamental do SNS, nos quais se evidenciava a falta de fidedignidade da informação remetida pelas instituições. Acresce que deste facto foi dado conhecimento, através das Informações n.ºs 297/98, de 15/9, 310/99, de 15/9, 27/00, de 31/5, 119/01, de 5/7 e 146/01, ao Secretário de Estado do Orçamento.



A disponibilização de dados através de ficheiros em suporte magnético pelos Hospitais Nossa Senhora do Rosário, Distrital de Santarém e S. Sebastião, relativos aos movimentos contabilísticos registados no “módulo do razão geral” e no “módulo da gestão de terceiros”, ocorreu com algumas dificuldades. Com efeito, a mesma teve de ser precedida de várias diligências junto do IGIF, entidade que criou a aplicação informática em que estes módulos se encontram inseridos, atentos os seguintes factores: inexistência de modelo de dados sobre a aplicação informática; sucessivas correcções dos *lay-out* inicialmente remetidos e insuficiente informação dos ficheiros magnéticos remetidos pelas instituições com base no programa elaborado pelo IGIF para o efeito.

1.5 Audição dos Responsáveis

Nos termos e para os efeitos do disposto nos art.ºs 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, foram ouvidos o Conselho de Administração do IGIF e o Director-Geral do Orçamento. O Conselho de Administração do IGIF apresentou ao Tribunal as delegações tidas por convenientes, as quais constam, na íntegra, do Anexo I (Volume II) tendo, ainda, sido integradas, em síntese, nos pontos próprios do relatório (Volume II), sempre que relevantes.

O Director-Geral do Orçamento apresentou igualmente alegações, as quais, apesar de extemporâneas, foram consideradas. Do conteúdo das mesmas salienta-se o seguinte:

- A posição da 12.ª Delegação, no âmbito do Protocolo celebrado com a APIFARMA, no sentido de chamar a atenção para o facto de a forma de contabilização adoptada a partir do ano de 2000 “(...) omitir uma real despesa pública com medicamentos”.
- O empenho da 12ª Delegação no sentido de obter informação fidedigna do IGIF e das instituições do SNS.

Foi, ainda, dado conhecimento do relato e do sumário executivo ao Ministro da Saúde e à Ministra de Estado e das Finanças, os quais não apresentaram quaisquer observações.



II ENQUADRAMENTO DO SNS

2.1 Portugal no Contexto Internacional – Alguns Indicadores⁶

Entre 1980 e 2000 Portugal, à semelhança da União Europeia (UE), viu decrescer o número de camas por mil habitantes e a permanência média no hospital, tendência que fica a dever-se a factores como a evolução das ciências médicas e a intensificação da medicina preventiva.

Dos indicadores de 2000, salientamos os seguintes:

- A taxa média de ocupação de camas e a taxa de admissão da população em Portugal é inferior às médias registadas na União Europeia e na OCDE.
- A média de contactos com médicos em ambulatório por habitante em Portugal é inferior às médias da União Europeia e da OCDE.
- O índice de médicos por mil habitantes apresentado por Portugal aproxima-se do registado na União Europeia, sendo superior à média da OCDE; relativamente aos médicos especialistas, o índice nacional é superior às médias da União Europeia e da OCDE.
- Regista-se em Portugal uma baixa densidade de enfermeiros, representando cerca de metade das médias da União Europeia e da OCDE.

No contexto da UE, entre 1980 e 2000, verificou-se um aumento generalizado das despesas com saúde em percentagem do PIB, tendo Portugal acompanhado em 2000 a média da UE, ao afectar 8,2% do PIB às despesas com saúde.

A variação percentual do peso relativo das despesas totais com saúde no PIB ocorrida em Portugal neste período (46,4%) é a mais elevada ao nível dos países da UE.

A componente de despesa pública nas despesas totais com saúde aumentou entre 1980 e 2000, tendo-se registado neste último ano uma aproximação à média da UE, com superação da média da OCDE.

Ao longo do mesmo período, aumentou igualmente a componente da despesa privada nas despesas totais de saúde, tendência igualmente verificada em quase todos os países da União Europeia.

Portugal é o país da UE que apresenta, entre 1980 e 1999, uma maior percentagem de despesas públicas com produtos farmacêuticos em relação às despesas totais com saúde (15,5%), situando-se muito acima da média da UE (9,8%).

Portugal apresenta no período analisado rácios de despesa pública com produtos farmacêuticos muito elevados em termos do PIB, comparativamente à média da UE.

Os gastos *per capita* com produtos farmacêuticos registados em Portugal em 2000 foram superiores em 168% aos registados em 1987, sendo a variação na União Europeia de 139% em igual período.

⁶ Fonte: OECD Health Data 2002.



2.2 Caracterização Jurídica do SNS

O SNS encontra a sua génese na CRP de 1976, tendo sido posteriormente objecto de desenvolvimentos.

A Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – veio introduzir o conceito de sistema de saúde, que abrange um leque de entidades mais vasto do que as integradas no SNS.

O SNS caracteriza-se pela sua universalidade, pela prestação integrada de cuidados de saúde ou pela garantia da sua prestação, pela tendencial gratuitidade, pela equidade no acesso dos utentes e por uma organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, o SNS é financiado pelo Orçamento do Estado e através de receitas próprias das instituições do SNS.

Relativamente à composição do SNS, destacam-se as ARS, os centros de saúde nestas integrados e os hospitais.

Têm vindo a ser adoptadas medidas de flexibilização da gestão no âmbito das instituições e serviços integrados no SNS.

Entre estas encontram-se algumas que, não obstante terem sido objecto de regulação legal, não foram ainda implementadas. Podem referir-se a este título a criação das figuras dos CRI, do sistema local de saúde e a definição de um novo regime jurídico de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, veio redefinir o regime jurídico da gestão hospitalar e proceder à alteração de alguns preceitos da Lei de Bases da Saúde, regulando aspectos como o estatuto dos profissionais de saúde do SNS, o financiamento do SNS e a existência e regime de hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

2.3 Sistema Contabilístico do SNS

As instituições que integram o SNS dispunham de um sistema de contabilidade digráfico, o Plano Oficial de Contabilidade dos Serviços de Saúde (POCSS)⁷. Todavia, com a aprovação do Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP)⁸, e dada a especificidade do sector da saúde, foi publicado o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)⁹, cuja implementação teve início no ano de 2001.

É com base na informação económico-financeira produzida pelas instituições integradas no SNS, e remetida¹⁰ ao IGIF, que este procede ao acompanhamento da execução orçamental e, ainda, ao

⁷ Aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, n.º 231, de 18/10/91. Revisto em 1995 - Despacho de aprovação do Secretário de Estado da Saúde de 2/10/95.

⁸ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 232/97, de 3 de Setembro.

⁹ Aprovado pela Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro.

¹⁰ Mensalmente e/ou trimestralmente.



tratamento de dados com vista à publicação anual das “Contas Globais do SNS”¹¹ e à remessa à DGO de informação sobre a “*situação financeira do SNS*”.

Para além da informação prestada ao IGIF, as instituições do SNS remetem à DGO, em cumprimento do disposto nos sucessivos decretos de execução orçamental¹², mensalmente e/ou trimestralmente, um conjunto de informação económico-financeira para efeitos de controlo sistemático e sucessivo da gestão orçamental.

Anualmente as instituições integradas no SNS prestam contas ao Tribunal de Contas nos termos da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Para a produção da informação anteriormente referida a maioria das instituições integradas no SNS são utilizadoras da aplicação informática disponibilizada pelo IGIF (93,75 %)¹³, designada por Sistema de Informações Descentralizado de Contabilidade (SIDC).

O sistema contabilístico utilizado nas Instituições do SNS permite apurar os valores da despesa realizada que transitou em dívida para o ano seguinte e, bem assim, a totalidade dos compromissos assumidos.

A Conta Geral do Estado tem sido elaborada num sistema de base caixa (recebimentos/pagamentos), pelo que os fluxos reflectidos neste documento são apenas os valores relativos à receita cobrada e à despesa realizada e paga¹⁴.

¹¹ Em Julho de 2001 foram publicadas as Contas Globais de 1999 e em Novembro de 2002 as Contas Globais de 2000.

¹² Art. 42.º do Decreto-Lei n.º 77/2001, de 5 de Março (Decreto de execução orçamental do ano de 2001).

¹³ Das 112 instituições integradas no SNS apenas 7 não utilizam a aplicação informática do IGIF.

¹⁴ A Lei de Enquadramento Orçamental, aprovada pela Lei n.º 91/2001, de 20/08, impõe que no Orçamento e na CGE sejam evidenciados os compromissos assumidos.

O sistema contabilístico acolhido pelo POCP, e adoptado à Área da Saúde através do POCMS, integra informação que permite o acompanhamento da execução orçamental numa perspectiva de compromisso, gerando assim outputs indispensáveis ao cálculo de grandezas relevantes na óptica da Contabilidade Nacional, disponibilizando informação necessária no âmbito dos instrumentos comunitários e contribuindo para uma harmonização dos sistemas orçamentais e de contas públicas no âmbito da UE.

De resto, a necessidade de as contas públicas evidenciarem a despesa na óptica do exercício ou do compromisso (accrual basis), e não apenas na óptica do pagamento, constituiu já preocupação manifestada pelo Tribunal no âmbito das recomendações formuladas no Relatório n.º 4/97 – 2ª Secção.



III QUESTÕES PRÉVIAS – ALGUMAS RELAÇÕES CONTRATUAIS COM REFLEXOS NA SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DO SNS

3.1. Protocolos celebrados com a APIFARMA

Foram celebrados em 20-3-97 e 03-10-2001 Protocolos com a Indústria Farmacêutica, representada pela APIFARMA¹⁵.

No primeiro Protocolo as partes – o Estado, através dos Ministérios da Saúde e da Economia - e a Indústria Farmacêutica – através da APIFARMA -, acordaram na necessidade de adopção de uma série de medidas tendentes à atenuação do crescimento da despesa do SNS relativa a comparticipações no preço dos medicamentos.

Entre tais medidas previa-se o pagamento ao Estado por parte das empresas da Indústria Farmacêutica aderentes ao Protocolo de uma contribuição financeira, que variava em função do nível de crescimento da despesa suportada pelo SNS com as comparticipações em medicamentos.

O cumprimento da obrigação supra descrita poderia efectivar-se através de pagamento ou cessão de créditos detidos pelas empresas aderentes sobre instituições do SNS por fornecimento de medicamentos cujo não pagamento persistisse por mais de 180 dias após o envio da respectiva factura. Assistia à empresa aderente o direito de opção por uma ou outra forma de cumprimento, ou pelas duas cumulativamente, e ainda o direito à opção sobre os créditos a ceder.

O segundo dos mencionados Protocolos, celebrado entre o Ministério da Saúde e a APIFARMA, destinava-se a vigorar entre 2001 e 2003 e visava igualmente a contenção dos gastos do SNS com as comparticipações nos preços de medicamentos.

Entre outras medidas, previa igualmente a contribuição financeira das empresas aderentes, mantendo-se as formas de cumprimento desta obrigação previstas no anterior Protocolo.

Nenhum dos Protocolos refere qualquer lei habilitante.

A cessão de créditos em apreço é uma cessão *pro solutum*, isto é, o devedor - a empresa aderente – exonera-se da sua obrigação com a cessão e não na medida efectiva da cobrança do crédito pelo cessionário, o Estado.

Com efeito, o Estado não tem exigido o pagamento destes créditos às instituições do SNS devedoras, tendo vindo a conceder-lhes, na prática, um perdão da correspondente dívida.

A conclusão supra extrai-se da relevação contabilística feita pelas instituições na sequência de circulares do IGIF e relativa a estas operações. Nos termos das mencionadas circulares, as instituições do SNS devem reflectir na sua contabilidade a extinção das dívidas objecto de cessão.

¹⁵ Os referidos protocolos tiveram por objectivo a contenção dos gastos do SNS com comparticipações nos preços dos medicamentos "(...) por forma que os mesmos não ultrapassem as taxas de crescimento da despesa nele definidas, criando condições para a previsibilidade e sustentabilidade das políticas a desenvolver pelo Serviço Nacional de Saúde e pela indústria farmacêutica" - cfr. Despacho n.º 23 059/2001, DR II S., n.º 264 de 14/11/2001.



Do ponto de vista da receita do Estado, as Leis do Orçamento para 1997 e 1998 apenas prevêm genericamente a faculdade de o Governo autorizar a aceitação, como dação em cumprimento, de valores mobiliários e outros activos financeiros, o que não parece poder aplicar-se ao caso em apreço, por não estarmos perante uma dação em cumprimento, mas perante uma cessão de créditos e por esta não assegurar, como se viu, qualquer percebimento de receita efectiva por parte do Estado, ao invés do que parece ser o espírito das apontadas normas.

O INFARMED definiu, ao abrigo do segundo Protocolo, um limite mínimo anual de contribuição abaixo do qual as empresas foram dispensadas do respectivo pagamento, deliberação que, muito embora tenha sido notificada à APIFARMA e objecto de execução, não consta nem de acta do Conselho de Administração nem de acta do Grupo de Trabalho de Acompanhamento do Protocolo. Esta deliberação importou em perda de receita para o Estado.

Relativamente à inscrição orçamental e contabilização na CGE destas operações releva o seguinte:

1. A partir de 2000, as cessões de créditos pela Indústria Farmacêutica ao Estado não são evidenciadas nos orçamentos das instituições integradas no SNS e devedoras.
2. Não evidenciando a contabilidade orçamental das instituições estes fluxos financeiros meramente escriturais, os mesmos não são evidenciados nos mapas orçamentais de receita e despesa dos serviços e fundos autónomos integrantes do Orçamento do Estado nem nos correspondentes mapas da Conta Geral do Estado.
3. Verifica-se, assim, uma desorçamentação dos montantes relativos aos créditos cedidos e correspondentes débitos do SNS.
4. Tal facto viola os princípios orçamentais da universalidade e do orçamento bruto ou da não compensação e impede a Assembleia da República de conhecer os montantes envolvidos nestas operações e de controlar, aquando da aprovação da CGE, o impacto financeiro para o Estado dos Protocolos em análise.
5. Apenas as contribuições financeiras que revistam a forma de fluxo financeiro são contabilizadas como receita, sendo, no entanto, diferentes as formas de contabilização consoante se trate do primeiro ou do segundo Protocolo.
6. Assim, no âmbito do primeiro Protocolo, tais fluxos monetários eram contabilizados como receita nos orçamentos e contas das instituições, constando dos mapas de receita dos serviços e fundos autónomos integrados no Orçamento do Estado e na CGE.
7. No entanto, tal receita nunca era contabilizada como receita do Estado, pelo que o valor relativo a transferências do subsector Estado para os serviços e fundos autónomos constante do OE e da CGE resultava subavaliado.
8. No âmbito do segundo Protocolo, a receita passou a ser contabilizada também no IGIF, na conta 748 – Subsídio de Exploração - Outras entidades.

Em termos globais, incluindo as contribuições pecuniárias e as cessões de créditos, as contribuições da Indústria Farmacêutica entre 1997 e 2001 cifraram-se em 74 560 milhares de euros (14 947,9 milhares de contos), sendo 15 668 milhares de euros (3 141,2 milhares contos), relativos a contribuições pecuniárias e 58 892 milhares de euros (11 806,7 milhares contos) relativos a cessão de créditos.



3.2 Perdões de dívida

Através de alguns documentos negociais e do Despacho n.º 1978/2002¹⁶ do Secretário de Estado da Saúde foram concedidos a diversas entidades¹⁷ perdões parciais das dívidas que detinham a instituições integradas no SNS. Tais dívidas haviam sido originadas pela prestação de cuidados de saúde por parte das referidas instituições do SNS a beneficiários das entidades mencionadas.

Os perdões em causa são ilegais, atentos os aspectos seguidamente enunciados.

Estes perdões de dívida subsumir-se-iam à figura jus-civilística da remissão de dívida, não fora o facto de o perdão ser concedido por entidade diferente das instituições credoras.

Verifica-se, assim, que apesar da personalidade jurídica das instituições credoras, as mesmas não tiveram intervenção nos Protocolos que viriam a resultar na diminuição dos seus créditos sobre terceiros e que, em última linha, acarretaram perda de receita própria, com o conseqüente aumento do défice e da dívida das instituições do SNS envolvidas.

Relativamente ao despacho referido, a intervenção das instituições situa-se apenas na capacidade que o mesmo lhes confere para negociar com os seus devedores a percentagem da dívida confirmada que estes irão efectivamente pagar, a qual poderá situar-se entre 40% e 60%.

O n.º 3 do art. 25º do Estatuto do SNS, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de Dezembro, apenas permite a celebração de acordos pelo IGIF tendo por objecto tabelas de preços e pagamentos. Ora, referindo-se a norma a pagamentos, poder-se-iam abarcar no seu âmbito formas e prazos de pagamento, ou até formas de cumprimento das obrigações diferentes do pagamento, mas dificilmente pode conceber-se uma interpretação extensiva que englobe no âmbito da previsão da norma a figura do perdão de dívidas vencidas e exigíveis. Daqui decorre que o conteúdo dos Protocolos e, bem assim, os despachos de homologação dos mesmos do Secretário de Estado da Saúde carecem de fundamentação legal, ao não poderem integrar-se, contrariamente ao que pretendem, no n.º 3 do art. 25º do Estatuto do SNS.

A mesma interpretação vale para o n.º 5 do art.º 25.º do Estatuto do SNS, pelo que também o Despacho n.º 1978/2002, da autoria do referido Secretário de Estado, e os eventuais acordos celebrados na sequência daquele carecem da devida fundamentação legal.

Acresce, ainda, que o princípio vigente no Direito Fiscal nesta matéria é o da indisponibilidade dos créditos tributários, devendo este princípio ser aplicável a todo o ordenamento jus-financeiro¹⁸.

Em suma, não só não existe lei permissiva do perdão de dívida, como existe mesmo lei proibitiva daquele. Assim, os perdões operados por via dos instrumentos negociais e do Despacho supra referidos violam o princípio da legalidade das receitas públicas.

¹⁶ Publicado no DR, II S, n.º 21, de 25/01/2002.

¹⁷ Serviços Médico-Sociais dos Sindicatos dos Bancários do Norte, do Centro e do Sul e Ilhas; Serviços Médico-Sociais do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários; empresas seguradoras.

¹⁸ Afirma o Prof. Sousa Franco in Finanças Públicas e Direito Financeiro, vol. II, 4.ª edição – 5.ª reimpressão, Almedina, 1997, pág. 48, que “O regime comum das receitas em Portugal é expressão, no geral, dos princípios essenciais da contabilidade pública e, por outro, do carácter dominante da receita tributária, que tende a dominar e assimilar crescentes aspectos do regime das restantes receitas”.



Sem prejuízo do exposto nos parágrafos anteriores, quanto à ilegalidade das operações em causa, sempre resultaria violado o princípio constitucional da igualdade, porquanto dos perdões de dívida em análise beneficiaram apenas os SAMS e as seguradoras, não tendo sido concedidos idênticos perdões a outros subsistemas, públicos ou privados.

Acresce, ainda, que a CRP impõe que a proposta de Orçamento apresentada pelo Governo à Assembleia da República seja acompanhada de relatórios vários, designadamente sobre a estimativa da receita cessante. Assim, os Orçamentos relativos aos anos incluídos no âmbito de vigência dos Protocolos que prevêm os perdões de dívida em análise deveriam ter sido aprovados pela Assembleia da República com conhecimento do valor da estimativa da receita cessante em virtude dos mesmos. A não observância do normativo constitucional importaria uma inconstitucionalidade procedimental das Leis do Orçamento de Estado em causa.

No âmbito dos Protocolos supra referidos deixaram de ser cobradas, entre 1999 e 2001, receitas nos valores de 16 150 e 4 574 milhares de euros (3 237,7 e 917 milhares de contos) no que respeita aos SAMS e às seguradoras, respectivamente.



IV CONCLUSÕES

4.1 Financiamento do SNS

O sistema de financiamento do SNS baseia-se, essencialmente, no imposto, pois compete ao Estado, constitucionalmente, garantir os recursos necessários à prossecução dos fins que ele próprio se propôs realizar em matéria de saúde, para permitir às populações o acesso a cuidados de saúde.

Assim, as instituições integradas no SNS são financiadas fundamentalmente através de transferências provenientes do Orçamento do Estado. Para além destas receitas as instituições também se financiam através de receitas próprias.

As transferências provenientes do Estado são, na óptica da contabilidade patrimonial, genericamente atribuídas sob a forma de subsídio de exploração e os critérios para a distribuição de verbas pelas instituições têm vindo, nos últimos 5 anos, a privilegiar, de forma progressiva, os dados relativos ao factor produção em detrimento dos dados históricos.

Em 2000 o orçamento global de receita do SNS evidenciou um acréscimo significativo (25%) em relação ao ano anterior. Todavia, este acréscimo de receita decorreu fundamentalmente da inscrição nos orçamentos das instituições de uma receita fictícia inscrita na conta “265- Operações financeiras a regularizar”. Verificou-se que também nos anos de 2001 e 2002 foram inscritos nos orçamentos das instituições valores na conta 265 e que estes montantes não só têm vindo a sofrer acréscimos em termos globais como ainda têm vindo a representar uma percentagem crescente dos orçamentos globais iniciais.

Ao inscrever nos orçamentos das entidades do SNS a conta 265 do lado da receita, permite-se, aparentemente preservando o princípio do equilíbrio global, aumentar o volume previsto da despesa, através de um artifício formal que aumenta de forma irreal a receita.

O princípio referido, consagrado, à data, no n.º 1 do art.º 4.º da Lei n.º 6/91¹⁹, é violado, porque as verbas inscritas na conta 265 não constituem receita efectiva ou não efectiva. Com efeito, trata-se de uma receita meramente fictícia ou virtual.

¹⁹ O mesmo princípio encontra-se igualmente consignado no art. 9º da Lei n.º 91/2001, de 20-08, a nova Lei de Enquadramento Orçamental, que estipula que “Os orçamentos dos organismos do sector público administrativo prevêm as receitas necessárias para cobrir todas as despesas, sem prejuízo do disposto nos arts. 20º, 22º e 25º”. Para os serviços e fundos autónomos, o princípio do equilíbrio é retomado no art. 22º da mencionada Lei, o qual dispõe como regra geral que “O orçamento de cada serviço ou fundo autónomo é elaborado, aprovado e executado por forma a apresentar saldo global nulo ou positivo”, não sendo consideradas para o cômputo do referido saldo quer as receitas, quer as despesas provenientes de activos e passivos financeiros, nem as receitas provenientes do saldo da gerência anterior. Deve ainda referir-se que a Lei Orgânica n.º 2/2002, de 28 de Agosto – Lei de Estabilidade Orçamental – veio introduzir na Lei supra indicada um novo Título V – “Estabilidade orçamental”. Dentro daquele Título, o n.º 1 do art. 81º vem sujeitar os subsectores que constituem o sector público administrativo e os organismos que os integram ao princípio da estabilidade orçamental, definida pelo n.º 2 do mesmo artigo como a “situação de equilíbrio ou excedente orçamental, calculada de acordo com a definição constante do Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais, nas condições estabelecidas para cada um dos subsectores”. A verificação do cumprimento deste princípio da estabilidade orçamental compete, nos termos do disposto no n.º 1 do art. 87.º da Lei n.º 91/2001, com a redacção introduzida pela Lei Orgânica n.º 2/2002, aos órgãos de controlo orçamental.



O empolamento da receita em que se traduz a referida engenharia orçamental permite um empolamento de igual montante na despesa orçamentada, daqui decorrendo que podem ser objecto de cabimento orçamental despesas que, de outra forma, não o poderiam ser, com as previsíveis consequências ao nível do endividamento (dívida administrativa).

4.2 Avaliação da fiabilidade da informação Económico-Financeira produzida pelas Instituições do SNS

Os “outputs” económico-financeiros produzidos pelas aplicações informáticas utilizadas pelas instituições integradas no SNS, reportados a uma mesma data, contêm informação divergente e, por conseguinte, pouco fiável. Estas deficiências resultam da falta de segurança do sistema de informação (SIDC) desenvolvido pelo IGIF.

A maioria das instituições não utiliza a conta 228 – Fornecedores c/c – Facturas em Recepção e Conferência, não se encontrando toda a despesa realizada relevada na contabilidade. Este facto implica uma subavaliação do valor da despesa por pagar.

As deficiências da informação prestada pelas instituições condicionam o cálculo correcto do valor da receita e da despesa relevada na contabilidade. Não obstante, é com base nesta informação, não validada, que o IGIF procede ao cálculo da “situação financeira do SNS” que comunica à DGO.

A “situação financeira do SNS” apurada pelo IGIF, em 31/12/2001, contem dados provisórios. Por outro lado, não são relevados os compromissos assumidos que não estejam evidenciados na contabilidade geral, ou seja, que não constituam, ainda, despesa registada.

Os orçamentos das instituições integradas no SNS, as contas respectivas e a “Conta Global do SNS” não evidenciam de forma verdadeira as operações previstas e realizadas, com reflexos no Orçamento de Estado e na Conta Geral do Estado e consequências ao nível do défice evidenciado.

A alteração de políticas contabilísticas²⁰ dificulta a análise comparativa das demonstrações financeiras.

O valor do défice apurado pelos Serviços de Apoio Técnico do Tribunal de Contas, com base na informação recolhida directamente das 112 instituições, é divergente do valor apresentado pelo IGIF.

Estes factos implicam que a informação remetida pelas instituições às entidades com competência para exercer o acompanhamento e controlo da execução orçamental (IGIF e DGO) não seja fidedigna e integral.

Face ao exposto, conclui-se que os dados constantes das demonstrações financeiras das instituições integradas no SNS não são fidedignos, integrais e consistentes, o que implica um juízo desfavorável²¹ sobre a informação económico-financeira produzida pelas instituições e consequentemente sobre a informação global, agregada e consolidada, relativa à “situação financeira do SNS” produzida pelo IGIF.

²⁰ A que se faz referência no relatório (volume II).

²¹ Com o sentido que a esta expressão é atribuído no domínio da auditoria financeira, de acordo com as normas de auditoria internacionalmente aceites.



4.3 Avaliação do acompanhamento e controlo da Execução Orçamental das Instituições integradas no SNS pelo IGIF e pela DGO

O IGIF não tem vindo a exercer de forma completa e sistemática as suas competências em matéria de acompanhamento e controlo da execução orçamental das instituições pelas razões a seguir identificadas:

- Não providencia no sentido de obter das instituições informação sobre a totalidade dos compromissos assumidos, baseando-se nos elementos relevados na contabilidade geral. Este facto implica que o acompanhamento efectuado não tenha em conta a totalidade dos compromissos assumidos perante terceiros;
- Não valida atempadamente a informação que lhe é remetida pelas instituições, de modo a impedir ou a minimizar a ocorrência de divergências como as referidas no ponto 5.2.1 do relatório – Volume II;
- Não tem realizado auditorias, nos termos legalmente previstos;
- A aplicação informática de contabilidade (SIDC) desenvolvida pelo IGIF tem revelado várias deficiências, que motivaram sucessivas correcções, suscitando ainda dificuldades na sua utilização, inexistindo manual de procedimentos completo e sistemático;
- A aplicação informática de contabilidade (SIDC) desenvolvida pelo IGIF permite a produção de “outputs” económico-financeiros que, reportando-se a uma mesma data, contêm informação divergente sobre os mesmos elementos contabilísticos;
- A referida aplicação informática de contabilidade é susceptível de alterações por parte das instituições, uma vez que algumas das fórmulas subjacentes à produção de determinados documentos relativos à situação económico-financeira das instituições do SNS podem ser por estas alteradas.
- Outras aplicações informáticas disponibilizadas pelo IGIF e cujos dados têm reflexos na informação financeira, designadamente as aplicações relativas aos recursos humanos e ao aprovisionamento, não estão integradas com a aplicação informática de contabilidade, uma vez que os dados não são actualizados “on line”. Este facto implica desactualização de informação e potencial ocorrência de erros ou omissões.

A DGO não tem vindo a exercer o seu poder de acompanhamento e de controlo da execução orçamental pelos fundamentos seguintes:

- Não apura a totalidade dos encargos assumidos através da agregação dos elementos remetidos pelas instituições (Mapa de Controlo de Execução Orçamental), designadamente por não os considerar fiáveis;
- Não tem diligenciado junto das instituições integradas no SNS no sentido de obter informação que lhe permita validar a informação recebida²²;
- Tem-se limitado a não fazer uso dos referidos dados, não exercendo totalmente as suas competências;
- No que diz respeito ao apuramento da situação económico-financeira global do SNS, a DGO solicita ao IGIF os elementos necessários, os quais enfermam das deficiências anteriormente mencionadas, não procedendo a qualquer validação dos mesmos.

²² Não obstante os esforços empreendidos pela 12.ª Delegação no sentido de alertar superiormente para as deficiências detectadas.



4.4 Os Défices do SNS

Não obstante as conclusões extraídas sobre a falta de fiabilidade dos elementos económico-financeiros residentes nas bases de dados das instituições integradas no SNS, procedeu-se ao cálculo dos défices económico e financeiro do SNS, em 31/12/2001, em conformidade com a metodologia descrita no ponto 6.1 do relatório (volume II).

Para cálculo dos défices económico e financeiro do SNS foram tidos em conta os encargos assumidos relevados na contabilidade e ainda os encargos assumidos em 2001, cujas facturas foram emitidas em 2001, mas não relevadas na contabilidade de 2001.

No ano de 2001 foram realizadas despesas de montante superior a 16% da receita total, originando, no referido ano, um défice económico total no montante de 955 705 milhares de euros (191 601,7 milhares contos) e um défice económico total consolidado no valor de 1 011 033 milhares de euros (202 694,2 milhares de contos). Tal facto contribuiu para agravar o endividamento das instituições integradas no SNS.

A despesa realizada no ano de 2001, acrescida dos montantes que transitaram em dívida de anos anteriores, ultrapassou em 58% o valor da receita cobrada inscrita nos orçamentos de “*Origem de fundos próprios*” das instituições, originando, em 2001, um défice financeiro total no valor de 3 356 780 milhares de euros (672 974,1 milhares de contos) e um défice financeiro total consolidado no valor de 3 001 239 milhares de euros (601 694,5 milhares de contos).

Para suprir os insuficientes recursos financeiros disponibilizados face ao total de despesa realizada ocorreu, em 2001, um processo de “*regularizações de responsabilidades*” de anos anteriores. A transferência de verbas para as instituições ao abrigo do processo de regularizações não foi objecto de inscrição nem no Orçamento do Estado nem nos orçamentos de “*Origem de fundos próprios*” das instituições. O pagamento de dívidas a fornecedores externos ao abrigo deste processo de regularização efectuou-se nas instituições por operações extra-orçamentais.

As operações realizadas no âmbito do processo de “*regularização de responsabilidades*” não são reflectidas, nem na receita nem na despesa e, conseqüentemente, na Conta Geral do Estado.

Se os valores destinados às regularizações tivessem sido inscritos no Orçamento do Estado e nos orçamentos de “*fundos próprios*” das instituições, a despesa seria paga por operações orçamentais e seria reflectida na Conta Geral do Estado, implicando um aumento do défice, uma vez que a receita utilizada para cobrir a referida despesa é uma receita não efectiva. Este procedimento originou um défice oculto no montante de 1 446 514 milhares de euros (290 000 milhares de contos) em termos de contabilidade orçamental²³.

O facto de as transferências de fundos e de os respectivos pagamentos se efectuarem através de operações extra-orçamentais, origina que estes fluxos apenas sejam evidenciados na contabilidade patrimonial das instituições.

²³ Cfr. sobre esta matéria os relatórios n.ºs 4/97 – 2.º Secção, 38/99 – 2.º Secção e os Pareceres sobre a CGE dos anos respectivos.



O total de créditos que se encontrava por cobrar, em 31/12/2001, pelas instituições do SNS, ascendia a 945 252 milhares de euros (189 506 milhares de contos), Contudo, mesmo que todos os créditos tivessem sido cobrados, tal não seria suficiente para atingir o saldo nulo ou positivo das contas das instituições que integram o SNS.

Grande parte dos créditos detidos pelas instituições do SNS tem como sujeitos passivos outras instituições do SNS (44%), pelo que o seu recebimento não implicaria qualquer reflexo no défice. Diferentemente, e com efeito positivo, contribuiria a cobrança dos créditos que têm como sujeitos passivos entidades externas ao SNS, em especial a ADSE, as Companhias de Seguros e as Forças Militarizadas, que se apresentam como os maiores devedores ao SNS, em termos de volume financeiro.

Em 31/12/2001, encontrava-se por pagar despesa no montante de 2 145 220 milhares de euros (430 078 milhares de contos), respeitando 1 836 386 milhares de euros (368 162,6 milhares de contos) (86%) a obrigações perante credores externos ao SNS e o restante a dívidas inter-instituições do SNS.

Encontrava-se, ainda, por pagar, em 31/12/2001, 6 137 milhares de euros de despesa realizada e não relevada na contabilidade, em 2001, sendo 5 840 milhares de euros (1 170,8 milhares de contos) referente a credores externos ao SNS.

O maior volume desta despesa por pagar tem como credores fornecedores de medicamentos e de material clínico, produtos adquiridos essencialmente pelos hospitais, e farmácias privadas, por via do receituário médico prescrito a utentes do SNS em regime de ambulatório.

4.5 Encargos assumidos pelas Instituições do SNS sem Dotação Orçamental

Para cálculo do valor dos encargos assumidos, em 2001, sem dotação orçamental foi considerado o valor da despesa autorizada em 2001, relevada ou não contabilisticamente, acrescido do valor da despesa transitada por pagar originada em anos anteriores e reorçamentada em 2001.

A informação extra contabilística foi solicitada às 112 instituições, das quais 41 não indicaram qualquer valor relativo a encargos assumidos não registados na contabilidade. Apenas 25 instituições forneceram valores relativamente a todos os elementos solicitados²⁴. De acordo com a informação disponibilizada, apurou-se um valor de encargos assumidos em 2001 e não relevados na contabilidade de 49 003 milhares de euros, correspondente ao total da informação de 71 instituições.

Os encargos assumidos com reflexo na execução orçamental de 2001 atingiram o montante de 9 219 665 milhares de euros (1 848 376,9 milhares de contos), ultrapassando largamente (em 42%) o valor da receita orçamentada (orçamento final) em 2001, excluindo os valores inscritos na conta “265 – *Operações financeiras a regularizar*”.

²⁴ Encargos assumidos em 2001 com factura emitida em 2001 + Encargos assumidos em 2001 sem factura emitida em 2001.



4.6 A Evolução do Endividamento do SNS

Os relatórios de auditoria ao SNS²⁵ produzidos pelo Tribunal de Contas em 1997 e 1999 evidenciavam que a assunção de encargos sem a correspondente dotação orçamental e a ineficácia na cobrança de receita proveniente de serviços prestados pelas instituições que integram o SNS eram os principais factores que contribuíam para o acumular de passivos no período de 1994 a 1997.

Não obstante a existência de algumas incoerências detectadas nos dados fornecidos por um número significativo de instituições, da qual decorre a falta de fiabilidade dos referidos dados, foi efectuada uma análise ao volume e natureza das dívidas das instituições integradas no SNS no período decorrido entre 31/12/97 a 31/12/2001.

Ao longo do quadriénio analisado (1998-2001) as dívidas inter-instituições do SNS aumentaram significativamente, atingindo o valor mais elevado em 2000, não obstante o Ministério da Saúde ter promovido em cada ano um processo de regularização de dívidas inter-instituições.

Ao longo do referido quadriénio verificou-se uma tendência crescente do volume financeiro das dívidas de instituições do SNS a credores externos. Registaram-se, porém, processos de “regularização de responsabilidades” nos anos de 1999 e 2001.

A situação de endividamento do SNS tem persistido, verificando-se que os sucessivos processos de “regularizações de responsabilidades” têm diminuído a dívida a credores externos apenas no ano em que ocorrem, não se tendo verificado um efectivo saneamento financeiro do sector da saúde.

Ao longo do quadriénio analisado, as dívidas das instituições do SNS a farmácias, laboratórios e convencionados foram sempre as mais significativas. Nos anos de 1998 a 2000 o valor da dívida a farmácias foi sempre superior ao valor da dívida a laboratórios, verificando-se uma inversão desta tendência em 2001.

A sucessiva acumulação de dívidas das instituições do SNS perante credores externos implica que os orçamentos anuais se encontram, à partida, largamente comprometidos com as dívidas transitadas de anos anteriores. A despesa que transitou em dívida em 31/12/2001 comprometeu o orçamento inicial de 2002 (excluindo a conta 265) em 30%.

4.7 Regularizações de Responsabilidades perante credores externos ao SNS

A prática reiterada da assunção de encargos sem cabimento na respectiva dotação orçamental tem conduzido ao avolumar de dívidas das instituições integradas no SNS, as quais têm vindo a ser pagas nos anos subsequentes ao da sua constituição por via de “regularização de responsabilidades” decorrentes de situações do passado.

No quadriénio em análise, ocorreram processos de “regularização de responsabilidades” nos anos de 1999 e 2001²⁶. As mencionadas “regularização de responsabilidades” foram financiadas através da emissão de dívida pública.

²⁵ Relatórios n.º 4/97 – 2.ª Secção e n.º 38/99 – 2.ª Secção.

²⁶ Também em 2002 ocorreu um processo de regularização de responsabilidades de anos anteriores, no valor de 444 milhões de Euros, previsto no art.º 60.º da Lei n.º 109-B/2001, de 27/12, que aprovou o Orçamento do Estado para 2002.



A análise das várias fases em que podem decompor-se os processos de regularização revela que as operações efectuadas não são relevadas no Orçamento do Estado nem na Conta Geral do Estado, em virtude de os pagamentos subjacentes serem efectuados à margem do Orçamento, por operações de tesouraria, e, conseqüentemente, sem expressão na conta de execução orçamental.

Tais operações apenas são relevadas na contabilidade patrimonial de cada instituição do SNS abrangida pelo processo de regularização, não o sendo, contudo, na respectiva contabilidade orçamental.

As operações de “*regularização de responsabilidades*” de anos anteriores têm vindo a ser utilizadas como meio de financiar o pagamento de obrigações assumidas pelas instituições integradas no SNS.

A natureza destas operações tem vindo a ser objecto de censura pelo Tribunal de Contas nos Pareceres sobre a Conta Geral do Estado.

Verifica-se que as leis do Orçamento que autorizam os processos de “*regularização de responsabilidades*” se limitam a autorizar os correspondentes aumentos dos limites máximos do endividamento global do Estado. Contudo, a receita proveniente do recurso à dívida pública e a despesa que irá ser paga por via daquelas operações não são objecto de inscrição nos mapas de receita e de despesa do Estado ou dos serviços e fundos autónomos integrados no Orçamento do Estado.

Existe, pois, uma verdadeira desorçamentação, em violação dos princípios da universalidade e da tipicidade, consagrados, respectivamente, no n.º 1 do art.º 3.º e no art.º 18.º da Lei n.º 6/91, de 20 de Fevereiro²⁷, vigente no período de referência da auditoria.

Assim, as despesas assumidas pelas instituições integradas no SNS e não pagas por falta de dotação orçamental, abrangidas no âmbito de cada processo de “*regularização de responsabilidades*” nunca são evidenciadas em sede de Orçamentos do Estado. Não o são no ano em que são ilegalmente assumidas, mas também não o são no ano em que são pagas por via dos mencionados processos de “*regularização de responsabilidades*”.

Decorre do exposto que a despesa pública do SNS se encontra subavaliada nos Orçamentos do Estado relativos ao período em análise. O mesmo se verifica em relação à respectiva Conta Geral do Estado, dado que a mesma espelha a execução orçamental e as operações de “*regularização de responsabilidades*” não são nela objecto de relevação.

Acresce que, ao omitir despesa efectiva que é paga com recurso a receita não efectiva, a Conta Geral do Estado não evidencia correctamente o défice público, que se encontra, assim, subavaliado.

Com os processos de regularização descritos, a dívida acumulada do SNS, que é na origem uma dívida administrativa, é coberta directamente por recurso ao crédito público projectando-se para orçamentos futuros os encargos com a correspondente dívida pública (juros e amortizações)²⁸.

²⁷ Os mesmos princípios encontram-se consagrados no art. 5º e no art.º 39.º da Lei n.º 91/2001, de 20-08, alterada pela Lei Orgânica n.º 2/2002, de 28-08.

²⁸ Cfr. sobre esta matéria os relatórios n.º 4/97 – 2.ª Secção e n.º 38/99 – 2.ª Secção.



Ao não ter expressão no cálculo do défice orçamental no ano a que a dívida administrativa se reporta, compromete o princípio do equilíbrio substancial consagrado no n.º 2 do art.º 4.º da Lei n.º 6/91²⁹, que vigora no período coberto pela presente auditoria.

Entre 1998 e 2001 ocorreram 3 processos de “*regularização de responsabilidades*”: dois em 1999, no montante global de 1 381 670 milhares de euros (277 000 milhares de contos), e um em 2001, no valor de 1 446 514 milhares de euros (290 000 milhares de contos).

4.8 Protocolos celebrados com a APIFARMA

As operações de cessão de créditos ocorridas ao abrigo dos Protocolos celebrados com a APIFARMA configuram, pela sua não relevação contabilística quer em sede de OE quer em sede da CGE, um caso de desorçamentação, implicando a violação dos princípios orçamentais da universalidade e da não compensação.

4.9 Perdões de dívida

Os perdões de dívida decorrentes dos Protocolos celebrados com os SAMS e a APS e ainda o Despacho n.º 1978/2002 violam o princípio da legalidade, quer porque não podem fundamentar-se nos preceitos que invocam como sua base legal (n.º 3 e n.º 5 do art.º 25.º do Estatuto do SNS, respectivamente), quer porque contrariam o princípio da indisponibilidade dos créditos fiscais, aplicável, *mutatis mutandis*, a todo o ordenamento jus-financeiro.

Acresce que a concessão dos referidos perdões apenas aos SAMS e às empresas seguradoras poderá também violar o princípio constitucional da igualdade, na medida em que deles não beneficiaram outros subsistemas, públicos ou privados.

Os Protocolos e o Despacho implicam a existência de receita cessante, pelo que é aplicável nesta sede a al. g) do art. 106º da CRP. O eventual incumprimento deste preceito constitucional importaria uma inconstitucionalidade procedimental das Leis do Orçamento do Estado em causa.

²⁹ A que corresponde, actualmente, o art.º 9.º da Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto.



V RECOMENDAÇÕES

Tendo em conta as conclusões gerais da presente auditoria e o resultado do exercício do contraditório, o Tribunal formula as seguintes recomendações:

5.1 Ao Governo

- O financiamento do SNS, independentemente dos modelos de gestão, público ou privado, deverá garantir a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos (direito constitucionalmente protegido e que lhes garante igualdade no acesso e equidade na prestação dos cuidados de saúde) e potenciar eficácia e eficiência no desempenho das instituições.
- Deverão ser adoptadas medidas de correcção estrutural de forma a evitar estrangulamentos que conduzam à ocorrência de défices no SNS.
- Os orçamentos das entidades do SNS não deverão acolher procedimentos de engenharia orçamental que permitam a contracção de encargos com mero cabimento virtual, geradores de dívida administrativa, e potenciadores de mecanismos de regularização de situações do passado verdadeiramente desresponsabilizantes da gestão.
- Providenciar o desenvolvimento de um adequado sistema de informação que garanta a plenitude e a fidedignidade da informação económico-financeira das instituições e permita, com segurança, a agregação e a consolidação da mesma.
- Providenciar pela implementação de adequados sistemas de controlo interno e de gestão que garantam o bom desempenho das entidades a quem compete o acompanhamento, a gestão global e o controlo da execução orçamental e a avaliação da gestão económico-financeira do SNS.
- Medidas de carácter extraordinário com vista à regularização de passivos acumulados deverão observar os princípios constitucional e legalmente previstos, aplicáveis em matéria orçamental e de contas públicas, evitando-se fenómenos de desorçamentação como os que se verificaram no passado, através da regularização de responsabilidades por operações de tesouraria com recurso a dívida pública.
- Clarificar as relações entre os subsistemas e o SNS de forma a evitar morosos processos de cobrança ou de regularização de dívidas.
- Não deverão ser celebrados protocolos, sem base legal, com os subsistemas de saúde que originem a não arrecadação de receita devida pela prestação de serviços de saúde.

5.2 Ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

- No âmbito da prossecução das suas atribuições, deverá o IGIF desenvolver um sistema de controlo financeiro que garanta, designadamente:



- O acompanhamento e o controlo da execução orçamental, abrangendo os compromissos assumidos.
- A validação atempada da informação produzida pelas instituições do SNS, de forma a garantir a fidedignidade, a integralidade, a consistência e a oportunidade da informação produzida e disponibilizada.
- A realização de auditorias financeiras.
- A adequabilidade, a operacionalidade, a segurança e a integração das aplicações informáticas que ele próprio disponibiliza.
- Acompanhar o aperfeiçoamento dos mecanismos de controlo interno das instituições que garantam a eficácia do sistema de cobrança das receitas próprias particularmente no que concerne à comparticipação dos subsistemas na prestação de cuidados de saúde.
- As receitas provenientes de protocolos celebrados entre o Estado e a indústria farmacêutica, deverão ser espelhadas no Orçamento do Estado de acordo com os princípios e regras aplicáveis.

5.3 À Direcção-Geral do Orçamento

No âmbito da prossecução das suas atribuições, deverá a DGO acompanhar e controlar a execução orçamental e coordenar o sistema de gestão e informação orçamental.



VI REFERÊNCIAS FINAIS

6.1 Medidas Adoptadas

O Tribunal de Contas regista com apreço algumas medidas referidas pelo IGIF e a implementar em 2003, e de que dá conta no exercício do contraditório, relativamente a matérias constantes do relato de auditoria, particularmente na área do Sistema de Informação.

6.2 Emolumentos

Não são devidos emolumentos.

6.3 Colaboração Prestada

Expressa-se aos responsáveis do IGIF e da DGO o apreço do Tribunal pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada ao longo do desenvolvimento desta acção.

VII DETERMINAÇÕES FINAIS

7.1 O presente relatório deverá ser remetido:

- Ao Presidente da Assembleia da República, aos Presidentes das Comissões Parlamentares de Economia e Finanças e de Execução Orçamental e aos líderes de todos os grupos Parlamentares.
- À Ministra de Estado e das Finanças
- Ao Ministro da Saúde.
- Às entidades ouvidas no exercício do contraditório.

7.2 Em cumprimento do disposto nos arts. 29º, n.º4, e 54º, n.º 4, aplicável por força do disposto no art. 55º, n.º 2, da Lei 98/97, de 26 de Agosto, notifique-se o Ministério Público, junto deste Tribunal, do presente relatório.

7.3 Após comunicação nos termos dos pontos anteriores, colocar o presente relatório à disposição dos órgãos de comunicação social, bem como proceder à respectiva divulgação via Internet.

7.4 O Conselho de Administração do IGIF e o Director-Geral do Orçamento deverão comunicar ao Tribunal de Contas, no prazo de seis meses, a contar da data da recepção deste relatório, as medidas tomadas na sequência das recomendações ora formuladas.



Aprovado, em plenário da 2ª Secção do Tribunal de Contas, em 10 de Abril de 2003

Os Juízes Conselheiros

Olema

(Ela Olema Videira Correia - Relator)

Manuel Raminhos Aives de Melo

(Manuel Raminhos Aives de Melo)

João Pinto Ribeiro (voto o relatório com ressalva dos artigos quatro parágrafos da pag 16 (ponto final da 2ª da), artigo 4º parágrafo primeiro (ponto final) e seu anexo, e o artigo 5º parágrafo 1º do voto do Sr. Conselheiro Frutuoso Pereira)

Ernesto Luís Rosa Laurentino da Cunha

(Ernesto Luís Rosa Laurentino da Cunha)

José de Castro de Mira Mendes

(José de Castro de Mira Mendes)

José Alves Cardoso

(José Alves Cardoso)

Mira Cresp (voto o relatório com as objeções formuladas pelo Ex. Conselheiro Sr. João Ribeiro)

(António José Avérous Mira Cresp)

Manuel Henrique de Freitas Pereira (com o declaração de voto em anexo)

(Manuel Henrique de Freitas Pereira)

Carlos Manuel Botelho, Moreno

(Carlos Manuel Botelho, Moreno)



Tribunal de Contas

Auditoria à Situação Financeira do Serviço Nacional de Saúde (Processo n° 06/02-Audit)

Declaração de voto

Voto o relatório.

Porém, quanto aos pontos 3.2. e 4.9. do Vol. I, entendo o seguinte:

1. Concordo que o perdão de dívidas aí em causa seja qualificado de ilegal por falta de lei habilitante pois não me parece que a invocação do artº 25º do Estatuto do SNS, na redacção dada pelo Decreto-Lei n° 401/98, de 17 de Dezembro, seja suficiente para o efeito.
2. O princípio da indisponibilidade do crédito tributário – artº 30º, nº 2, da Lei Geral Tributária (LGT) – só é aplicável a tributos e não pode ser extensivo a todo o ordenamento jus financeiro, pois está ligado à própria natureza jurídica da obrigação tributária¹.

Assim, em relação a receitas do SNS que não sejam taxas e cuja cobrança coerciva não seja feita em processo de execução fiscal nos termos do artº 148º do Código de Procedimento e de Processo Tributário (CPPT) não se pode aplicar o referido princípio. É que não se verifica em relação àquela a característica fundamental do processo de execução fiscal que é a de não estar dependente de qualquer outra pronúncia para além do próprio acto tributário e de não poder ser suspenso fora dos casos previstos na lei (artº 85º, nº3, do CPPT). De facto, a cobrança coerciva destas dívidas ao SNS é feita nos tribunais comuns, e, hoje em dia, não só está prevista, como regra geral, uma acção declarativa para efeitos de cobrança de dívidas por parte das instituições integradas no SNS em virtude dos cuidados de saúde prestados, como está consagrada a possibilidade genérica de recurso à arbitragem para a resolução de conflitos nesta matéria (cf. Decreto-Lei n° 218/99, de 15 de Junho).

3. A estimativa de receita cessante prevista no artº 106º, nº 3, da Constituição da República aplica-se apenas a benefícios tributários e não abrange receitas do SNS que não sejam tributos.

Essa tem sido, aliás, reduzida até aos benefícios relativos a impostos de que seja titular o Estado², a prática seguida sem qualquer reparo até agora do Tribunal de Contas.

A doutrina tem-se pronunciado no mesmo sentido quando interpreta quer a Constituição da República quer a Lei n° 6/91, de 20 de Fevereiro³, o que é

¹ Veja-se, por todos, CASALTA NABAIS, José, Direito Fiscal, 2º cd., Coimbra, Almedina, 2003, pág. 246.

² Veja-se sobre o assunto Reavaliação dos Benefícios Fiscais, Lisboa, Centro de Estudos Fiscais, 1998, pág. 32.

³ Reforma da Lei do Enquadramento Orçamental – Trabalhos Preparatórios e Anteprojecto, Lisboa, Ministério das Finanças, 1998, págs. 150 e segs. A estimativa da perda de receita cessante relativa a benefícios fiscais (e sua evidenciação a propósito do processo orçamental) não pode ser dissociada,



Tribunal de Contas

confirmado, hoje, pelo disposto no artº 29º da Lei nº 91/2001, de 20 de Agosto, em que o mapa orçamental XXI respeita apenas a “receitas tributárias cessantes dos serviços integrados, dos serviços e fundos autónomos e da segurança social”, disposição a cuja luz deve ser lido o artº 34º, nº 1, alínea r), da mesma Lei.

Lisboa, 10 de Abril de 2003

O juiz conselheiro

(Manuel Henrique de Freitas Pereira)

historicamente, do conceito de “despesas fiscais” introduzido nos finais dos anos 60 do século passado por BITTKER (cf. BITTKER, B. I., “Accounting for Federal “tax subsidies” in the National Budget”, National Tax Journal, Juin, 1969) e SURREY (cf. SURREY, Stanley, Pathways to Tax Reform: The Concept of Tax Expenditures, Harvard Business Press, 1973). Na sequência do debate académico então suscitado começaram a ser introduzidos nos ordenamentos jurídicos dos vários países os chamados “orçamentos de despesas fiscais”. Portugal não fugiu a essa tendência e nessa medida foi publicado o Despacho Normativo nº 310/80, de 8 de Setembro (Diário da República, I série, de 23/9/80) que, no entanto, não teve sequência prática imediata. Só muito mais tarde e com alcance muito limitado, sempre ligado a benefícios fiscais, foi introduzida essa rotina. Sobre a história e as práticas dos diferentes países neste domínio, incluindo Portugal, veja-se OCDE, Dépenses fiscales - Expériences recentes, Paris, 1996.



Tribunal de Contas



Vol.II

**Auditoria à Situação
Financeira
do
Serviço Nacional de Saúde**

**Processo nº 06/02-Audit
Relatório nº 10/03-2ª S**



INDICE

FICHA TÉCNICA DE AUDITORIA À SITUAÇÃO FINANCEIRA DO SNS.	4
SIGLAS.....	4
GLOSSÁRIO.....	4
I ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL – ALGUNS DADOS COMPARATIVOS	4
1.1 ACTIVIDADE ASSISTENCIAL	4
1.2 EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE.....	4
1.3 DESPESAS COM PRODUTOS FARMACÊUTICOS.....	4
II ENQUADRAMENTO DO SNS	4
2.1 OBJECTIVOS DA POLÍTICA DE SAÚDE ENTRE 1998 E 2001.....	4
2.2 CARACTERIZAÇÃO JURÍDICA DO SNS.....	4
2.2.1 Antecedentes históricos.....	4
2.2.2 A Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS.....	4
2.2.3 Desenvolvimentos recentes relativos à organização e funcionamento das instituições e serviços integrados no SNS	4
2.3 SISTEMA CONTABILÍSTICO DO SNS	4
2.3.1 Regime contabilístico.....	4
2.3.2 Relevação das operações contabilísticas na Conta Geral do Estado	4
III RESULTADOS DE AUDITORIAS ANTERIORES	4
IV FINANCIAMENTO DO SNS.....	4
4.1 ORÇAMENTO DO SNS	4
4.1.1 Evolução do orçamento no período de 1998 a 2001	4
4.1.2 Análise jurídica da rubrica “Operações Financeiras a Regularizar”	4
4.2 CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO DE EXPLORAÇÃO PELAS INSTITUIÇÕES INTEGRADAS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.....	4
V AVALIAÇÃO DA FIABILIDADE DA INFORMAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA PRODUZIDA PELAS INSTITUIÇÕES DO SNS.....	4
5.1 METODOLOGIA ADOPTADA.....	4
5.2 VERIFICAÇÕES DECORRENTES DAS ANÁLISES DAS AMOSTRAS	4
5.2.1 Cruzamento dos dados constantes dos vários documentos produzidos pelas instituições ...	4



5.2.2 Análise dos dados constantes do “módulo do razão geral” e do “módulo de gestão de terceiros” remetidos em suporte magnético por três instituições	4
VI ACOMPANHAMENTO E CONTROLO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTAL PELO IGIF E PELA DGO	4
6.1 IGIF	4
6.2 DGO	4
VII OS DÉFICES DO SNS	4
7.1 METODOLOGIA ADOPTADA	4
7.2 DÉFICE ECONÓMICO DO SNS	4
7.3 DÉFICE FINANCEIRO DO SNS	4
VIII ENCARGOS ASSUMIDOS PELO SNS SEM DOTAÇÃO ORÇAMENTAL	4
IX EVOLUÇÃO DO ENDIVIDAMENTO ENTRE 31/12/97 E 31/12/2001	4
9.1 DÍVIDAS INTER - INSTITUIÇÕES DO SNS	4
9.2 DÍVIDAS A CREDORES EXTERNOS AO SNS	4
X. REGULARIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADES PERANTE CREDORES EXTERNOS AO SNS	4
10.1 ENQUADRAMENTO JURÍDICO-FINANCEIRO	4
10.2 ENQUADRAMENTO CONTABILÍSTICO E ADMINISTRATIVO	4
10.3 ANÁLISE JURÍDICO-FINANCEIRA DA REGULARIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADES ..	4
10.4 EXECUÇÃO FINANCEIRA DOS PROCESSOS DE “REGULARIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADES”	4
10.5 VERIFICAÇÕES EFECTUADAS	4
10.5.1 Por órgãos de controlo interno	4
10.5.2 Pela DGTC	4
XI ALGUMAS RELAÇÕES CONTRATUAIS COM REFLEXOS NA SITUAÇÃO ECONÓMICO – FINANCEIRA DO SNS	4
11.1 OS PROTOCOLOS CELEBRADOS COM A APIFARMA	4
11.2 PERDÃO DE DÍVIDAS A INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS INTEGRADOS NO SNS RESULTANTES DA PRESTAÇÃO POR ESTES DE CUIDADOS DE SAÚDE	4
11.2.1 Breve enquadramento normativo da cobrança de receitas provenientes da prestação de cuidados de saúde pelas instituições integradas no SNS	4



11.2.2 Análise jurídica dos protocolos e despacho que consubstanciam perdões de dívida4

**11.3 REPARTIÇÃO DE ENCARGOS PELA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E PELA
COMPARTICIPAÇÃO MEDICAMENTOSA ENTRE O SNS E OUTRAS ENTIDADES 4**



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1	Capacidade Hospitalar e Taxa de Utilização	13
Quadro n.º 2	Utilização de Recursos na Saúde	14
Quadro n.º 3	Distribuição Geográfica dos Médicos e Enfermeiros em Portugal – 2001.....	15
Quadro n.º 4	Despesas com Cuidados de Saúde em % do PIB	16
Quadro n.º 5	Evolução das Despesas Públicas com Produtos Farmacêuticos em % da Despesa Total de Saúde.....	17
Quadro n.º 6	Despesas em Produtos Farmacêuticos.....	18
Quadro n.º 7	Orçamento Global do SNS.....	30
Quadro n.º 8	Orçamentos – Receitas.....	31
Quadro n.º 9	Orçamentos Iniciais e Finais	31
Quadro n.º 10	Quadro Síntese da Evolução dos Critérios de Financiamento....	36
Quadro n.º 11	Cruzamento de Informação Produzida em Vários Documentos Económico - Financeiros	39
Quadro n.º 12	Resultados Obtidos com o Cruzamento da Informação Económico-Financeira	40
Quadro n.º 13	Valor Total das Facturas por Cobrar em 31/12/2001	42
Quadro n.º 14	Valor Total das Facturas por Pagar em 31/12/2001.....	42
Quadro n.º 15	Despesa Realizada em 2001 e não Relevada na Contabilidade em 31/12/2001	48
Quadro n.º 16	Informação Considerada para Cálculo do Défice Económico.....	50
Quadro n.º 17	Défice Económico do SNS em 31/12/2001.....	51
Quadro n.º 18	Situação Financeira de 2001 Provisória - IGIF.....	52
Quadro n.º 19	Informação Considerada para Cálculo do Défice Financeiro ...	53
Quadro n.º 20	Défice Financeiro do SNS em 31/12/2001.....	54
Quadro n.º 21	Receita por Cobrar em 31/12/2001.....	55
Quadro n.º 22	Antiguidade dos Créditos Sobre Terceiros	56
Quadro n.º 23	Despesa por Pagar em 31/12/2001.....	57
Quadro n.º 24	Instituições que Prestaram Informação no Mapa V – Encargos	



	Assumidos.....	59
Quadro n.º 25	Encargos Assumidos em 2001 não Relevados na Contabilidade	59
Quadro n.º 26	Total de Encargos Assumidos em 2001.....	60
Quadro n.º 27	Encargos Assumidos sem Dotação Orçamental em 2001.....	60
Quadro n.º 28	Evolução do Endividamento do SNS.....	61
Quadro n.º 29	Dívidas Inter-Instituições do SNS	63
Quadro n.º 30	Instituições do SNS Credoras de Outras Instituições do SNS ...	65
Quadro n.º 31	Débitos Regularizados através dos Processos de Encontros de Contas e Regularização de dívidas	65
Quadro n.º 32	Dívidas a Credores Externos ao SNS	66
Quadro n.º 33	Credores Externos ao SNS	67
Quadro n.º 34	Orçamento Total do SNS para 2002 (Inicial) Incluindo os Valores Inscritos na Conta 265	68
Quadro n.º 35	Orçamento Total do SNS para 2002 (inicial) Excluindo os Valores Inscritos na conta 265	68
Quadro n.º 36	Distribuição Inicial de Verbas para Regularização de Responsabilidades	75
Quadro n.º 37	Instituições Contempladas e Respectiva Percentagem de Dívida Elegível Coberta por Verbas do Processo de Regularização de Responsabilidades 2001	76
Quadro n.º 38	Instituições que Procederam a Devoluções de Verbas Excedentárias (Regularização de Responsabilidades)	76
Quadro n.º 39	Distribuição Final de Verbas para Regularização de Responsabilidades	77
Quadro n.º 40	Protocolos Celebrados com a APIFARMA	80
Quadro n.º 41	Contribuições a Cargo da Indústria Farmacêutica	81
Quadro n.º 42	Determinação da Contribuição da Indústria Farmacêutica	83
Quadro n.º 43	Contribuição da Indústria Farmacêutica no Âmbito dos Protocolos Celebrados com a APIFARMA	88
Quadro n.º 44	Cessão de Créditos no Âmbito dos Protocolos Celebrados com a APIFARMA	88
Quadro n.º 45	Tipos de Acordos que é Possível Celebrar no Âmbito do SNS .	91
Quadro n.º 46	Receita não Cobrada no Âmbito do Protocolo Celebrado com os SAMS	94
Quadro n.º 47	Receita não Cobrada no Âmbito do Protocolo Celebrado com a APS	94



Quadro n.º 48	Valor da Comparticipação Financeira a Cargo do Ministério da Saúde	97
----------------------	--	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1	Evolução da despesa pública com produtos farmacêuticos (em % da despesa total)	17
Gráfico n.º 2	Evolução do endividamento do SNS.....	62
Gráfico n.º 3	Distribuição da dívida do SNS	62
Gráfico n.º 4	Dívida inter-instituições do SNS	63
Gráfico n.º 5	Dívidas inter-instituições do SNS.....	64
Gráfico n.º 6	Dívida a credores externos ao SNS	66
Gráfico n.º 7	Credores externos ao SNS.....	67
Gráfico n.º 8	Distribuição inicial de verbas	75
Gráfico n.º 9	Devoluções sobre o valor total distribuído.....	75
Gráfico n.º 10	Distribuição final de verbas	77



FICHA TÉCNICA DE AUDITORIA À SITUAÇÃO FINANCEIRA DO SNS

	Nome do Funcionário	Categoria/Departamento Auditoria	Qualificação Académica
Coordenação Geral	Ana Maria Bento	Auditora - Coordenadora – DA - VI	Lic. Direito
	Maria Isabel Viegas	Auditora - Chefe – DA - VI	Lic. Organização e Gestão de Empresas
Equipa Técnica	Helena Fernandes	Técnica Verif. Sup. Principal –DA - VI	Lic. Direito
	Luísa Bispo	Técnica Verif. Sup. Principal –DA - VI	Lic. Auditoria
	Maria da Conceição Silveiro	Técnica. Verif. 1.ª Cl. – DA-VI	Lic. Auditoria
Colaboração	Ana Campos a)	Auditora – DA - VI	Lic. Direito
	Ana Carreiro b)	Técnica. Verif. Sup. 1.ª CL – DA - VI	Lic. Organização e Gestão de Empresas
	Domingos Manuel Santana d)	Técnico Sup. Principal - DVIC	Lic. Organização e Gestão de Empresas
	Elisa Ponte a)	Auditora – DA - VI	Lic. Economia
	Henrique Tavares c)	Especialista de Informática - DSTI	Lic. Finanças
	Julieta Pereira a)	Auditora – DA - VI	Lic. Economia
	Paulo Sérgio Duque d)	Assistente Administrativo Principal - DVIC	12º Ano. Frequência do 3.º ano do curso de Gestão
	Venâncio Patão a)	Técnico Verif. Sup. Principal –DA - VI	Lic. Gestão e Administração Pública

- a) Levantamento das irregularidades detectadas, referidas em relatórios de auditoria do Tribunal de Contas, DGO, IGF e IGS, com eventuais repercussões nesta auditoria.
- b) Recolha e tratamento de dados internacionais da saúde e elaboração do respectivo ponto no relatório.
- c) Análise de dados.
- d) Tratamento da informação remetida pelas instituições.



SIGLAS

ADSE	Direcção-Geral de Protecção Social dos Funcionários e Agentes da Administração Pública
AIM	Autorizações de introdução no mercado
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
AR	Assembleia da República
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CGE	Conta Geral do Estado
CNCAP	Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública
CRI	Centros de Responsabilidade Integrados
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGO	Direcção-Geral do Orçamento
DGTC	Direcção-Geral do Tribunal de Contas
DR	Diário da República
EPE	Entidade Pública Empresarial
GCI	Grupos de Coordenação Interdepartamental
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
GOP	Grandes Opções do Plano
IGF	Inspecção Geral de Finanças
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
IGS	Inspecção Geral da Saúde
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IRC	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Colectivas
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
JO	Jornal Oficial
LO	Lei do Orçamento
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCEO	Mapa de Controlo de Execução Orçamental
MCO	Mapa do Controlo Orçamental
MFF	Mapa de Fluxos Financeiros
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
OGPE	Orientações Gerais das Políticas Económicas
OMC	Organização Mundial do Comércio
PEDIP	Programa de Dinamização e Modernização da Indústria Portuguesa
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
POCSS	Plano Oficial de Contabilidade dos Serviços de Saúde
PSD	Partido Social Democrata
RCM	Resolução de Conselho de Ministros
SA	Serviços Autónomos
SAMS	Serviços de Assistência Médico-Social
SIDC	Sistema de Informações Descentralizado de Contabilidade
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde



UE

União Europeia

GLOSSÁRIO

Ambulatório^(a) ⇒ Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.

Atendimento em Urgência^(a) ⇒ Acto de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.

Carga de Doença ⇒ Um dos factores utilizados pelo IGIF para a determinação do financiamento das ARS, tendo em linha de conta a população e as patologias.

Cirurgia de Ambulatório^(a) ⇒ Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta no mesmo dia.

Consulta Externa^(a) ⇒ Unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares.

Défice (Económico) no Exercício ⇒ (Receita total do exercício + Receita total de anos anteriores) – (Despesa total do exercício + Despesa total de anos anteriores (Fluxo Económico)).

Défice (Económico) Total ⇒ (Défice (Económico) no Exercício) + (Despesa não relevada na contabilidade).

Défice (Económico) Total Consolidado ⇒ Déficit (Económico) Total excluído dos fluxos Inter-Instituições.

Défice (Financeiro) Acumulado ⇒ (Défice (Financeiro) do Exercício) + (Défice (Financeiro) de anos anteriores).

Défice (Financeiro) Acumulado Consolidado ⇒ (Défice (Financeiro) do Exercício Consolidado) + (Défice (Financeiro) de Anos Anteriores Consolidado).

Défice (Financeiro) de Anos Anteriores Consolidado ⇒ Déficit (Financeiro) de Anos Anteriores excluído dos fluxos Inter-Instituições.

Défice (Financeiro) de Anos Anteriores ⇒ (Saldo inicial de “*fundos próprios*” + Receita Cobrada de Exercícios Anteriores) – (Despesa Total de Anos Anteriores (Fluxo Financeiro)).

Défice (Financeiro) do Exercício ⇒ (Receita Cobrada do Exercício) – (Despesa Total do Exercício).



Défice (Financeiro) do Exercício Consolidado ⇒ Défice (Financeiro) do Exercício excluído dos fluxos Inter-Instituições.

Défice (Financeiro) Total ⇒ (Défice (Financeiro) Acumulado) + (Despesa paga com verbas transferidas pela DGT no âmbito do processo de “regularização de responsabilidades”) + (Despesa não Relevada na Contabilidade).

Défice (Financeiro) Total Consolidado ⇒ Défice (Financeiro) total excluído dos fluxos Inter-Instituições.

Despesa não Relevada na Contabilidade ⇒ Despesa constituída, cujas facturas foram emitidas no exercício e não foram registadas no exercício.

Despesa não Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições) ⇒ Despesa constituída, cujas facturas, emitidas no exercício às instituições do SNS, por outras instituições do SNS e não foram registadas na contabilidade do exercício.

Despesa Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições) ⇒ Facturas emitidas às instituições do SNS por outras instituições do SNS e contabilizadas no exercício.

Despesa Total ⇒ (Despesa Paga + Despesa por Pagar).

Despesa Total de Anos Anteriores (Fluxo Económico) ⇒ Despesa constituída em anos anteriores mas registada no exercício.

Despesa Total de Anos Anteriores (Fluxo Financeiro) ⇒ (Despesa constituída de anos anteriores mas registada no exercício) + (Despesa constituída em anos anteriores e que transitou em dívida para o exercício).

Despesa Total de Anos Anteriores (Inter-Instituições) ⇒ Despesa total de anos anteriores mas registada no exercício + Despesa constituída em anos anteriores e que transitou em dívida para o exercício, relativa a Instituições do SNS.

Despesa Total do Exercício ⇒ Despesa constituída do exercício.

Despesa Total do Exercício (Inter-Instituições) ⇒ Despesa constituída do exercício com Instituições do SNS.

Entidade Convencionada^(a) ⇒ Prestador de cuidados de saúde privado, com quem o Ministério da Saúde ou as Administrações Regionais de Saúde-ARS, celebram contrato de adesão, com o objectivo de prestação de cuidados de saúde, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, integrando-se na rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

Grupo de Diagnóstico Homogéneo ⇒ Sistema de classificação de doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.



Hospital^(a) ⇒ Estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

Hospital de Dia^(a) ⇒ Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo durante o dia sob vigilância, não requerendo estadia durante a noite.

Internamento^(a) ⇒ Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, uma noite.

Orçamento Financeiro - Receita “Origem de Fundos Próprios” ⇒ Previsão de recebimentos numa dada gerência (Transferências do OE + Receitas Próprias).

Orçamento Financeiro - Despesa “Aplicação de Fundos Próprios” ⇒ Previsão de pagamentos numa dada gerência.

Orçamento Financeiro - Receita “Origem de Fundos Alheios” ⇒ Previsão de recebimentos numa dada gerência que não constituem receitas do organismo (Transferências do OE ou receitas próprias).

Orçamento Financeiro - Despesa “Aplicação de Fundos Alheios” ⇒ Previsão de pagamentos numa dada gerência que não constituem despesa do organismo.

Receita Cobrada do Exercício (Inter-Instituições) ⇒ Receita cobrada do exercício a Instituições do SNS.

Receita Cobrada de Exercícios Anteriores ⇒ Receita cobrada no exercício relativa a anos anteriores.

Receita Cobrada de Exercícios Anteriores (Inter-Instituições) ⇒ Receita cobrada no exercício a Instituições do SNS relativa a anos anteriores.

Receita Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições) ⇒ Facturas emitidas pelas instituições do SNS a outras instituições do SNS e contabilizadas no exercício.

Receita Total ⇒ (Receita Cobrada + Receita por Cobrar).

Receita Total do Exercício ⇒ (Transferências do OE + Receita emitida do exercício).

Receita Total de Anos Anteriores ⇒ Receita emitida no exercício relativa a anos anteriores.



Serviço Nacional de Saúde^(a) ⇒ Conjunto de todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde.

Sistema Local de Saúde^(a) ⇒ Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, com intervenção directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.

Taxa de Admissão^(b) ⇒ Número de pessoas admitidas e que permaneceram pelo menos uma noite numa instituição hospitalar, dividido pela população e multiplicado por 100.

Taxa de Ocupação das Camas^(b) ⇒ Número de camas efectivamente ocupadas nas instituições hospitalares, dividido pelo n.º de camas existentes e multiplicado por 100.

^(a) **Fonte:** Glossário do Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde - 2001

^(b) **Fonte:** OCDE Health data 2002.



I ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL – ALGUNS DADOS COMPARATIVOS

Ao comparar diversos indicadores a nível internacional é necessário ter presente as limitações que um exercício deste tipo comporta. Cada país recolhe e trata a informação de acordo com os indicadores que definiu, baseando-se em realidades que eventualmente se revelarão de difícil comparação.

Apesar destas condicionantes, a comparação a nível global de alguns indicadores revela-se de interesse para a análise da evolução nacional e para situar a posição de Portugal no contexto internacional.

1.1 ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

Em termos de número de camas por mil habitantes e de duração média de permanência no hospital, Portugal, à semelhança do que aconteceu na União Europeia, viu decrescer nas últimas duas décadas estes indicadores. De 5,2 camas por mil habitantes em 1980, passou para 4 camas em 2000, e de uma permanência média de 14,4 dias passou para 9, nos mesmos anos de referência.

Quadro n.º 1

CAPACIDADE HOSPITALAR E TAXA DE UTILIZAÇÃO

Países	N.º camas por 1 000 habitantes			Duração média de permanência no hospital (em dias)			Taxa média de ocupação das camas (em %)			Taxa de admissão da população (por 1000 habitantes)		
	1980	2000 ¹	Δ% 80/00	1980	2000 ¹	Δ% 80/00	1980	2000 ¹	Δ% 80/00	1980	2000 ¹	Δ% 80/00
Portugal	5,2	4,0	-23,1	14,4	9,0	-37,5	62,6	74,0	18,2	8,9	12,0	34,8
Alemanha	11,5	9,1	-20,9	19,0	11,9	-37,4	84,9	80,2	-5,5	18,8	23,5	25,0
Áustria	11,2	8,6	-23,2	17,9	8,6	-52,0	84,4	80,2	-5,0	19,5	30,4	55,9
Bélgica	9,4	7,3	-22,3	19,5	11,1	-43,1	85,7	81,1	-5,4	13,5	20,0	48,1
Dinamarca	8,1	4,5	-44,4	12,7	6,9	-45,7	78,7	84,2	7,0	18,3	19,9	8,7
Espanha	5,4	4,1	-24,1	14,8	9,7	-34,5	70,0	79,1	13,0	9,3	11,5	23,7
Finlândia	15,6	7,5	-51,9	21,6	10,3	-52,3	86,0	87,7	2,0	21,0	26,7	27,1
França	11,1	8,2	-26,1	16,7	10,6	-36,5	81,1	83,4	2,8	19,3	23,0	19,2
Grécia	6,2	4,9	-21,0	13,3	8,3	-37,6	69,0	70,4	2,0	11,8	15,4	30,5
Irlanda	13,0	9,7	-25,4	9,8	7,5	-23,5	81,6	84,2	3,2	15,9	14,7	-7,5
Itália	9,6	4,9	-49,0	13,5	8,0	-40,7	68,9	73,7	7,0	18,1	18,0	-0,6
Luxemburgo	12,8	8,0	-37,5	23,2	15,3	-34,1	82,6	75,0	-9,2	16,6	19,4	16,9
Países Baixos	12,3	10,8	-12,2	34,7	33,4	-3,7	90,9	86,1	-5,3	11,7	10,1	-13,7
Reino Unido	8,1	4,1	-49,4	19,1	9,8	-48,7	80,5	83,1	3,2	12,5	15,0	20,0
Suécia	15,1	3,6	-76,2	23,2	6,4	-72,4	83,0	81,9	-1,3	18,3	18,1	-1,1
UE ²	10,3	6,6	-35,9	18,2	11,1	-39,0	79,3	80,3	1,3	15,5	18,5	19,4
OCDE ²	9,5	7,5	-21,1	18,4	11,8	-35,9	79,7	78,1	-2,0	15,0	16,7	11,3

¹ Ou ano mais próximo para o qual os dados estejam disponíveis.

² Média aritmética simples.

Fonte: OECD Health Data 2002.

A Suécia foi o país que registou o maior decréscimo nestes indicadores, uma vez que de 15,1 camas por mil habitantes passou para 3,6 (decréscimo de 76,2%), e de 23,2 dias de permanência média no hospital passou para 6,4 dias (decréscimo de 72,4%).

Esta tendência tem sido justificada por diversos factores, entre os quais a evolução das ciências médicas que acelera os ritmos de tratamento e de reabilitação de diversas patologias, aumentando o número de casos tratados em regime de ambulatório, a evolução



tecnológica e a intensificação da medicina preventiva como medida essencial para a melhoria do estado de saúde da população.¹

No que concerne à taxa média de ocupação das camas, Portugal, apesar de ter registado um aumento percentual significativo entre 1980 e 2000 (de 62,6% passou para 74%), regista, não obstante, valor inferior às médias quer da União Europeia (80,3%) quer da OCDE (78,1%), posicionando-se apenas à frente da Grécia e da Itália. Igualmente abaixo das médias da União Europeia e da OCDE encontra-se o indicador da taxa de admissão da população. Assim, enquanto a média da União Europeia em 2000 é de 18,5% e a da OCDE é de 16,7%, Portugal apresenta no mesmo ano uma taxa de 12%.

Relativamente à utilização de recursos na saúde, em 2000, verifica-se que, no caso português, o número de contactos com médicos em ambulatório por habitante (3,4) se situa abaixo das médias da União Europeia (5,3) e da OCDE (6,7), o que denota a baixa frequência de contactos que a população mantém com os médicos, comparativamente com a maioria dos países considerados.

Quadro n.º 2

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE

Países	Contactos com médicos (por habitante)	Densidade de médicos (por 1000 habitantes)	Densidade de médicos especialistas (por 1000 habitantes)	Densidade de enfermeiros (por 1000 habitantes)
	2000 ¹	2000 ¹	2000 ¹	2000 ¹
Portugal	3,4	3,2	2,2	3,8
Alemanha	6,5	3,6	2,4	9,3
Áustria	6,7	3,1	1,8	9,2
Bélgica	7,9	3,9	1,7	-
Dinamarca	5,8	3,4	-	7,3
Espanha	7,8	3,3	-	3,7
Finlândia	4,3	3,1	1,4	14,7
França	6,5	3,0	1,5	6,0
Grécia	2,5	4,4	3,0	3,9
Irlanda	-	2,3	0,3	9,2
Itália	6,1	6,0	-	4,5
Luxemburgo	2,8	3,1	1,7	7,1
Países Baixos	5,9	3,2	0,9	13,0
Reino Unido	5,4	1,8	1,6	5,3
Suécia	2,8	2,9	2,2	8,4
UE²	5,3	3,4	1,7	7,5
OCDE²	6,7	2,9	1,6	7,2

¹ Ou ano mais próximo para o qual os dados estejam disponíveis.

² Média aritmética simples.

Fonte: OECD Health Data 2002.

Com excepção da Itália, que apresenta o valor máximo de 6 médicos por mil habitantes, e do Reino Unido, com o valor mínimo de 1,8 médicos, existe alguma homogeneidade entre os vários países da União Europeia relativamente à densidade de médicos. O índice de 3,2 médicos por mil habitantes que Portugal apresenta não está longe da média europeia (3,4) e é superior à média da OCDE. No que respeita aos médicos especialistas, Portugal apresenta uma densidade superior à da maioria dos países da União Europeia.

¹ Cfr. Recomendações para uma reforma estrutural – Reflexão sobre a saúde, 1998, Conselho de reflexão sobre a saúde, pág. 257.



O mesmo não se verifica relativamente à densidade de enfermeiros. A média nacional é de 3,8 enfermeiros por mil habitantes, o que representa quase metade da média europeia (7,5) e da OCDE (7,2). Apenas a Espanha apresenta um indicador inferior (3,7). O país com maior densidade de enfermeiros é a Finlândia (14,7), cerca de três vezes superior ao valor nacional.

Quadro n.º 3

Distribuição Geográfica dos Médicos¹ e Enfermeiros em Portugal - 2001

	Médicos		Enfermeiros	
	N.º	%	N.º	%
Porto	7.545	23,3	7.090	19,2
Braga	1.301	4,0	2.035	5,5
Outras regiões do Norte ²	2.278	7,0	3.922	10,6
Coimbra	3.291	10,2	3.348	9,1
Outras regiões do Centro ³	1.897	5,9	3.835	10,4
Lisboa	11.932	36,9	10.131	27,4
Outras regiões ⁴	2.341	7,2	3.498	9,5
Alentejo	808	2,5	1.736	4,7
Algarve	962	3,0	1.382	3,7
Total Continente	32.355	100,0	36.977	100,0

¹Inscritos nas respectivas ordens por local de residência.

²Inclui Aveiro, Viana do Castelo e Vila Real

³Inclui Castelo Branco, Guarda, Leiria e Viseu

⁴Inclui Santarém e Setúbal

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde, 2001 (em www.ine.pt)

De um total de 32 355 médicos inscritos nas respectivas ordens, quase 37% concentram-se em Lisboa, enquanto a segunda maior fatia está concentrada no Porto (23%). A mesma tendência verifica-se com os enfermeiros, se bem que em valores relativos inferiores, ou seja, 27% dos enfermeiros encontram-se em Lisboa e 19% no Porto. É ainda de notar que Lisboa e Porto apresentam um número de médicos superior ao número de enfermeiros.

1.2 EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE

No contexto da União Europeia regista-se um aumento generalizado das despesas totais com a saúde em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) no período compreendido entre 1980 e 2000, constituindo excepções a Dinamarca e a Irlanda. Portugal, um dos países que, em 1980, menor valor do PIB afectava à saúde (5,6%), acompanhou, em 2000, a média da UE, afectando 8,2% do PIB às despesas com saúde. Esta aproximação às médias da UE torna-se ainda mais evidente ao atentar na variação percentual do peso relativo das despesas totais com saúde no PIB ocorrida nestes anos em Portugal (46,4%), a maior registada ao nível dos países europeus.



Quadro n.º 4

DESPESAS COM CUIDADOS DE SAÚDE EM % DO PIB

Países	Despesas Totais de Saúde			Despesas Públicas de Saúde			Despesas Privadas de Saúde			Peso das Despesas Públicas (em % das Despesas Totais)		
	1980 ¹	2000 ¹	Δ% 80/00	1980 ¹	2000 ¹	Δ% 80/00	1980	2000 ¹	Δ% 80/00	1980 ¹	2000 ¹	Δ% 80/00
Portugal	5,6	8,2	46,4	3,6	5,8	61,1	2,0	2,3	15,0	64,3	71,2	10,7
Alemanha	8,8	10,3	17,0	6,9	7,8	13,0	1,9	2,5	31,6	78,7	75,8	-3,7
Áustria	7,6	8,0	5,3	5,2	5,6	7,7	2,4	2,4	0,0	68,8	69,7	1,3
Bélgica	6,4	8,7	35,9	-	6,2	-	-	2,5	-	-	71,2	-
Dinamarca	9,1	8,3	-8,8	8,0	6,8	-15,0	1,1	1,5	36,4	87,8	82,1	-6,5
Espanha	5,4	7,7	42,6	4,3	5,4	25,6	1,1	2,3	109,1	79,9	69,9	-12,5
Finlândia	6,4	6,6	3,1	5,0	5,0	0,0	1,3	1,7	30,8	79,0	75,1	-4,9
França	-	9,5	-	-	7,2	-	-	2,3	-	-	76,0	-
Grécia	6,6	8,3	25,8	3,7	4,6	24,3	2,9	3,7	27,6	55,6	55,5	-0,2
Irlanda	8,4	6,7	-20,2	6,8	5,1	-25,0	1,5	1,6	6,7	81,6	75,8	-7,1
Itália	6,1	8,1	32,8	5,3	5,9	11,3	0,8	2,1	162,5	87,3	73,7	-15,6
Luxemburgo	5,9	6,0	1,7	5,5	5,6	1,8	0,4	0,4	0,0	92,8	92,9	0,1
Países Baixos	7,5	8,1	8,0	5,2	5,5	5,8	2,3	2,6	13,0	69,4	67,5	-2,7
Reino Unido	5,6	7,3	30,4	5,0	5,9	18,0	0,6	1,4	133,3	89,4	81,0	-9,4
Estados Unidos da América	8,7	13,0	49,4	3,6	5,8	61,1	5,1	7,2	41,2	41,5	44,3	6,7
UE ²	7,0	8,0	14,3	5,6	5,9	5,4	1,5	2,0	33,3	79,0	74,7	-5,4
OCDE ²	6,9	7,8	13,0	5,1	5,6	9,8	1,7	2,2	29,4	75,1	72,7	-3,2

¹ Ou ano mais próximo para o qual os dados estejam disponíveis.

² Média aritmética simples.

Fonte: OECD Health Data 2002.

Também na componente das despesas públicas com a saúde, Portugal registou a maior variação percentual, passando de 3,6% em 1980 para 5,8% em 2000, o que resultou numa aproximação à média da União Europeia (5,9%), tendo-se ultrapassado inclusive a média apresentada pela OCDE (5,6%). Verifica-se que as desigualdades entre Portugal e os restantes países ao nível destes indicadores se têm vindo a atenuar nos anos em análise, mercê do desenvolvimento económico ocorrido em Portugal neste período.

Por outro lado, a componente privada na despesa de saúde aumentou nestas duas décadas em Portugal; em 1980 representava 2% do PIB e, em 2000, 2,3%. Esta é uma tendência verificada em quase todos os países de União Europeia, tendo alguns, como Itália, Espanha e Reino Unido, aumentado significativamente, em termos relativos, a despesa privada na saúde.

1.3 DESPESAS COM PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Um dos factores com maior peso relativo nos gastos com a saúde é o consumo de produtos farmacêuticos. Os vários países têm vindo a adoptar estratégias diversificadas para controlar o crescimento deste tipo de despesa, destacando-se a introdução de genéricos, a prescrição pelo princípio activo e o estabelecimento de preços de referência e padrões de consumo.²

Atendendo à percentagem das despesas públicas com produtos farmacêuticos relativamente às despesas totais de saúde, verifica-se que Portugal, entre 1980 e 1999, é o país da UE que apresenta o valor mais elevado neste indicador (15,5%) situando-se muito acima da média da UE (9,8%), seguido da Espanha e da Grécia.

² Cfr. Conhecer os caminhos da saúde – Relatório da Primavera 2001, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde.



Quadro n.º 5

Evolução das despesas públicas com produtos farmacêuticos em % da despesa total de saúde

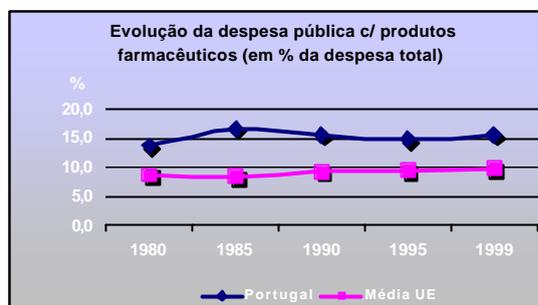
	1980	1985	1990	1995	1999 ¹
Portugal	13,7	16,4	15,5	14,7	15,5
Alemanha	9,8	9,9	10,4	8,9	8,8
Áustria	-	-	-	-	-
Bélgica	10,0	8,0	7,3	7,0	8,2
Dinamarca	3,0	3,0	2,6	4,4	4,3
Espanha	13,4	12,7	12,8	13,4	15,3
Finlândia	5,0	4,3	4,5	6,4	7,4
França	-	-	10,4	10,7	12,3
Grécia	11,3	-	10,2	12,1	11,2
Irlanda	5,8	6,0	7,4	7,6	8,0
Itália		-	13,3	8,0	9,2
Luxemburgo	12,5	12,7	12,6	9,8	9,5
Países Baixos	5,3	5,9	6,4	9,7	7,4
Reino Unido	8,6	9,0	9,0	9,7	10,2
Suécia	4,7	4,9	5,8	8,9	9,2
Média UE ²	8,6	8,4	9,2	9,4	9,8

¹ Ou ano mais próximo para o qual os dados estejam disponíveis.

² Média aritmética simples

Fonte: OECD Health Data 2002.

Gráfico n.º 1



No contexto europeu, verifica-se que Portugal, nos anos apontados na figura supra, se mantém claramente acima da média da União Europeia. Assim, em 1980 a despesa pública com produtos farmacêuticos em percentagem da despesa total de saúde representa mais 5,1% do que a média da União Europeia e, em 1999, a diferença aumentou para 5,7%.

Como se pode observar no quadro seguinte, as despesas com produtos farmacêuticos em relação ao PIB atingiram um mínimo de 0,6% em 1987 na Dinamarca e Suécia e um máximo de 1,6% em Portugal. Em 2000 era a Irlanda o país da União Europeia a afectar a menor fatia do seu PIB aos gastos com produtos farmacêuticos, enquanto Portugal continuou a ocupar o primeiro lugar com 2%.



Quadro n.º 6

DESPESAS EM PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Países	Em % do PIB			Por habitante ²		
	1987	1996	2000 ¹	1987 ¹	1996	2000 ¹
Portugal	1,6	2,0	2,0	118	286	316
Alemanha	1,3	1,3	1,3	191	284	312
Áustria	-	-	-	-	-	-
Bélgica	1,2	1,4	1,4	160	310	328
Dinamarca	0,6	0,7	0,8	86	178	223
Espanha	1,0	1,4	1,4	98	226	246
Finlândia	0,7	1,1	1,0	94	214	259
França	-	1,7	1,9	-	349	473
Grécia	1,0	1,6	1,5	76	211	258
Irlanda	0,8	0,7	0,6	66	127	187
Itália	-	1,6	1,8	231	330	459
Luxemburgo	0,9	0,7	0,7	165	253	307
Países Baixos	0,8	0,9	1,0	102	200	264
Reino Unido	0,8	1,1	1,1	107	222	236
Suécia	0,6	1,1	1,0	95	222	227
Média UE ³	0,9	1,2	1,3	122,2	243,7	292,5

¹ Ou ano mais próximo para o qual os dados estejam disponíveis.

² Em dólares dos EUA, com base na paridade dos poderes de compra.

³ Média aritmética simples.

Fonte: OECD Health Data 2002.

Em Portugal, os gastos *per capita* em produtos farmacêuticos foram, em 2000, superiores em 168% aos registados no ano de 1987, enquanto o aumento dos gastos médios em produtos farmacêuticos por habitante na União Europeia foi de 139% em igual período.



II ENQUADRAMENTO DO SNS

2.1 OBJECTIVOS DA POLÍTICA DE SAÚDE ENTRE 1998 E 2001

A Constituição da República Portuguesa consagra, no seu art. 64º, o direito universal à protecção da saúde e o dever de a defender e promover, cometendo ao Estado, neste âmbito, várias acções tendentes à criação de condições para a concretização daquele direito³.

Os vários Governos, designadamente os XIII e XIV Governos Constitucionais apresentaram nos respectivos Programas os seus objectivos estratégicos nesta matéria, objectivos estes que foram também consagrados, no período em análise, nas Leis n.ºs 69/93, de 24-09⁴, 127-A/97, de 20-12⁵, 87-A/98, de 31-12⁶, 3-A/2000, de 04-04⁷ e 30-B/2000, de 29-12⁸.

Deve realçar-se que a política nacional de saúde se encontra condicionada por instrumentos comunitários, como sejam o Pacto de Estabilidade e Crescimento e as Recomendações do Conselho da União Europeia sobre as Orientações Gerais das Políticas Económicas (OGPE) dos Estados-Membros⁹, bem como pelos Programas de Estabilidade e Crescimento apresentados por Portugal à União Europeia.

Tendo em conta, por um lado, o carácter estratégico das medidas de política delineadas nos referidos instrumentos, e, por outro, o âmbito, a natureza e os objectivos da presente auditoria, torna-se impraticável, nesta sede, proceder a uma avaliação da implementação daquelas medidas. Pode, contudo, referir-se que, ainda que os sucessivos Governos tenham legislado sobre vários aspectos¹⁰, muita da legislação produzida nunca foi aplicada, como poderá constatar-se pela leitura do ponto 2.2 do presente relatório.

³ Para maiores desenvolvimentos sobre a matéria v. anexo 17 – Vol. III.

⁴ Aprova as Opções Estratégicas para o Desenvolvimento do País no período 1994-1999.

⁵ Aprova as Grandes Opções do Plano para 1998.

⁶ Aprova as Grandes Opções do Plano para 1999.

⁷ Aprova as Grandes Opções do Plano, plurianuais para o período 2000-2003 e anuais para 2000.

⁸ Aprova as Grandes Opções do Plano para 2001.

⁹ Cfr. Recomendações de 12 de Julho de 1999, publicada no JO L 217, de 17-08-99, de 19 de Junho de 2000, publicada no JO, L 210, de 21-08-2000 e, por último, de 15 de Junho de 2001, publicada no JO L 179, de 02-07-2001.

¹⁰ Foram criados e implementados os centros hospitalares e os grupos de hospitais e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, entidade com personalidade jurídica que congrega um estabelecimento hospitalar e vários centros de saúde. Encontra-se em curso o processo de transformação de alguns hospitais em entidades de natureza empresarial, bem como o processo de lançamento de parcerias público-privadas. Diferentemente, aspectos como a criação dos CRI, a criação dos Sistemas Locais de Saúde, e a criação dos centros de saúde com personalidade jurídica, apesar de terem sido objecto de legislação específica, não foram objecto de implementação.



2.2 CARACTERIZAÇÃO JURÍDICA DO SNS

2.2.1 Antecedentes históricos

O Serviço Nacional de Saúde encontra a sua génese na Constituição da República Portuguesa de 1976, tendo posteriormente vindo a ser objecto de desenvolvimentos vários até à publicação da actual Lei de Bases da Saúde¹¹.

2.2.2 A Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS

A Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – veio introduzir o conceito de sistema de saúde, conferindo-lhe uma relevância até aí só reconhecida ao Serviço Nacional de Saúde. Aquele abrange, a par das instituições integradas no SNS¹², outras entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e ainda todas as entidades privadas e profissionais livres que estabeleçam com o Ministério da Saúde ou com as administrações regionais de saúde acordos relativos à prestação de todas ou algumas das referidas actividades aos beneficiários do SNS¹³. A Lei de Bases da Saúde não integra no sistema de saúde nem na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas que desenvolvam todas ou algumas das actividades a que se refere o n.º 1 da Base XII mas não celebrem com o Estado os acordos supra referidos. No entanto, a Lei prevê expressamente existência e actividade das referidas entidades no seu Capítulo IV.

No que ao SNS especificamente respeita, o mesmo caracteriza-se pela sua universalidade, pela prestação integrada de cuidados de saúde ou pela garantia da sua prestação, pela tendencial gratuitidade, pela equidade no acesso dos utentes e por uma organização regionalizada e gestão descentralizada e participada (Base XXIV da Lei n.º 48/90).

Do ponto de vista do financiamento, estipula o n.º 1 da Base XXXIII que o SNS é financiado pelo Orçamento do Estado, podendo, não obstante, as instituições inscrever nos seus orçamentos e cobrar receitas devidamente elencadas no n.º 2 da mesma Base. Receitas do SNS são igualmente as resultantes da cobrança de taxas moderadoras (Base XXXIV)¹⁴. O que se verifica é que as instituições do SNS são financiadas maioritariamente através do subsídio de exploração previsto no Orçamento do Estado¹⁵, ao passo que as entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde se financiam principalmente através do pagamento directo pelo beneficiário da prestação de cuidados de saúde ou do pagamento por um terceiro sobre o qual impendem, total ou parcialmente,

¹¹ Desses desenvolvimentos se dá conta no anexo 18 – Vol. III. No referido anexo encontram-se igualmente aditamentos relativos a outros pontos do presente capítulo.

¹² O SNS é constituído pelas instituições e serviços de saúde oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde, prevendo o n.º 2 da Base XII da Lei que dispõe de estatuto próprio.

¹³ Cfr. Base XII da Lei n.º 48/90.

¹⁴ As quantias cobradas a título de pagamento de cuidados de saúde e de taxas moderadoras constituem, nos termos do disposto no n.º 2 do art. 26º do Estatuto do SNS (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93), receita própria das instituições prestadoras dos cuidados, sendo inscritas nos respectivos orçamentos e balancetes.

¹⁵ Sobre a responsabilidade pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS rege o art. 23º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15-01.



os encargos derivados da prestação de cuidados de saúde, na sequência da celebração, designadamente, de contrato de seguro.

Para desenvolvimento do regime constante da Lei de Bases da Saúde foi publicado o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15-01, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Do ponto de vista da composição do SNS, destacam-se as Administrações Regionais de Saúde (ARS), os centros de saúde nestas integrados e os hospitais¹⁶, enquanto prestadores de cuidados de saúde, e ainda o IGIF. Relativamente a este último, salienta-se que este Instituto veio substituir o Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde e o Serviço de Informática do Ministério da Saúde, tendo-lhe ainda sido cometidas funções na área do aprovisionamento anteriormente exercidas pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. O Decreto-Lei n.º 308/93, de 2 de Setembro, consubstancia a lei orgânica do referido Instituto¹⁷, definido como pessoa colectiva de direito público, com autonomia administrativa e financeira, sob a tutela do Ministro da Saúde. Ao IGIF foram cometidas importantes atribuições no que respeita à gestão económico-financeira do SNS, de que se destacam as de *“Contribuir para a correcta gestão dos recursos financeiros do Serviço Nacional de Saúde”¹⁸*, *“Contribuir para a melhoria dos sistemas de organização e gestão das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde”* e *“Proceder à avaliação da gestão económico-financeira das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde ou por ele financiados”*. Compete-lhe igualmente *“Instituir um sistema de controlo e efectuar auditoria às instituições e serviços integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde e a entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde cujos encargos sejam suportados, directa ou indirectamente, por verbas do Serviço Nacional de Saúde”*.

2.2.3 Desenvolvimentos recentes relativos à organização e funcionamento das instituições e serviços integrados no SNS

Têm vindo a ser adoptadas várias medidas legislativas de flexibilização da gestão no âmbito das instituições e serviços integrados no SNS, devendo salientar-se que, muito embora tenham sido publicados os respectivos regimes jurídicos, muitas destas inovações não foram implementadas, como pontualmente se referirá.

¹⁶ Para uma compreensão mais alargada do SNS, cfr. Relatório do Tribunal de Contas relativo à “Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde (1ª Fase)” (Relatório n.º 4/97 – 2.ª Secção).

¹⁷ O Decreto-Lei n.º 194/2001, de 26 de Junho, veio revogar a supra referida lei orgânica do IGIF, extinguindo o Instituto, e criando, em sua substituição, dois outros Institutos, um com atribuições na área económico-financeira e outro na área informática, a saber, o Instituto de Gestão Financeira da Saúde (IGFS) e o Instituto para as Redes de Informação da Saúde (IRIS), ambos definidos como pessoas colectivas de direito público, com autonomia administrativa e financeira e património próprio. Porém, menos de um mês após a publicação do Decreto-Lei n.º 194/2001, viria a ser publicado o Decreto-Lei n.º 203-A/2001, de 21 de Julho que suspendeu a vigência do primeiro e ripristinou o Decreto-Lei n.º 308/93, supra aludido.

¹⁸ Compete-lhe, designadamente, propor os critérios de financiamento das instituições e serviços integrados ou financiados por verbas afectas ao SNS, analisar e submeter a aprovação as propostas de orçamentos daquelas instituições e serviços, assegurar recursos financeiros às mesmas instituições e serviços, de acordo com as disponibilidades existentes e as políticas definidas, e ainda propor os preços dos cuidados de saúde prestados pelas instituições e serviços integrados no SNS.



Assim, no âmbito da gestão hospitalar, há que referir o seguinte:

- Tendo em vista uma actuação concertada dos hospitais envolvidos que permita *“maior rendibilidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam¹⁹”*, o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho, veio criar e regulamentar as figuras do centro hospitalar – pessoa colectiva pública, com autonomia administrativa e financeira com património próprio e órgãos idênticos aos legalmente previstos para os hospitais públicos que integra vários estabelecimentos hospitalares sem personalidade jurídica - e do grupo hospitalar – composto por vários estabelecimentos hospitalares que mantêm a sua personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, património próprio e quadro de pessoal próprio -, abrangendo-se neste último o grupo hospitalar sob coordenação comum - caso em que os hospitais nele integrados mantêm os seus órgãos de administração e direcção técnica - e o grupo hospitalar de administração comum, sendo o grupo dotado apenas de um único esquema de órgãos, idêntico ao legalmente estabelecido para os hospitais públicos. Ambas as figuras se encontram concretizadas em vários pontos geográficos²⁰.
- Em 1999, o Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, visou (através da criação dos CRI, a implementar até Dezembro de 2003), *“atingir uma maior eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição²¹”*, o que implicava *“a definição de novas regras de financiamento e de remuneração directamente dependentes do volume da actividade realizada, dos níveis de produtividade e da qualidade dos resultados obtidos²²”*.

No entanto, apesar de ter sido iniciado o processo de estudo da organização e funcionamento dos CRI, designadamente ao nível da regulamentação a integrar no Regulamento Interno dos Hospitais, tal processo viria a ser suspenso através da Circular Normativa n.º 6/DSP da Direcção-Geral da Saúde, de 02-03-00, razão pela qual não vieram a ser implementados²³.

- Referência merece igualmente a RCM n.º 41/2002, de 14 de Fevereiro²⁴, que abriu caminho à transformação em EPE de *“entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares que apresentem uma dimensão média, uma dívida acumulada inferior a 35% da despesa total do ano anterior e capacidade demonstrada”*.

¹⁹ Cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 284/99.

²⁰ Podem referir-se, a título exemplificativo, os Centros Hospitalares de Vila Nova de Gaia, das Caldas da Rainha e da Póvoa de Varzim – Vila do Conde. Relativamente aos Grupos Hospitalares, podem mencionar-se o Grupo dos Hospitais Psiquiátricos da Região de Lisboa e Vale do Tejo e o Grupo dos Hospitais do Nordeste Transmontano.

²¹ Cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 374/99.

²² V. nota anterior.

²³ Os CRI, criados através do diploma referido, não podem confundir-se com experiências encetadas ao abrigo do disposto no art. 9º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, que previa os centros de responsabilidade e de custos.

²⁴ Publicada no DR, I-B, , n.º 56, de 07-03.



De notar que anteriormente haviam já sido iniciadas duas experiências com modelos de gestão hospitalar distintos do tradicional: o Hospital Amadora-Sintra e o Hospital de São Sebastião. O primeiro é gerido por uma empresa privada, ao abrigo de um contrato de concessão da gestão. O segundo é configurado como *“estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com natureza empresarial”*.

Relativamente a novas formas de interacção entre vários tipos de serviços prestadores de cuidados de saúde que coexistem na mesma área geográfica, foram adoptadas as medidas legislativas seguidamente enunciadas.

- O Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio, veio fixar o regime jurídico dos sistemas locais de saúde²⁵, a criar por portaria do Ministro da Saúde, sob proposta dos conselhos da ARS respectiva, ouvidas as autarquias locais (art. 5º, n.º 1). Nos termos do n.º 1 do art. 2º do mesmo decreto-lei, *“Um SLS é constituído pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços ou instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde”*, competindo-lhe *“assegurar, no âmbito da respectiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos”*.

Até à data, não foi criado nenhum sistema local de saúde.

- Com uma filosofia semelhante à dos SLS, complementada pelo conceito de gestão empresarializada, foi criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos²⁶, através do Decreto-lei n.º 207/99, de 9 de Junho, que a define como *“estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, que integra o Hospital de Pedro Hispano e os Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira”*²⁷. Incumbe-lhe *“a prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, directamente através dos seus serviços ou indirectamente através da contratação com outras entidades, bem como assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica abrangida”*²⁸, sempre de forma integrada e com base na contratualização estabelecida entre a Unidade e a ARS do Norte, através da Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde. Deve referir-se que, com vista a uma maior flexibilidade da gestão da Unidade, o art.

²⁵ Estes SLS viriam substituir as unidades de saúde, previstas no art. 14º do Estatuto do SNS, de acordo com o qual aquelas unidades agrupariam os hospitais e os grupos personalizados de centros de saúde, estes últimos nunca criados. Aquele artigo foi expressamente revogado pelo n.º 1 do Decreto-Lei n.º 156/99.

²⁶ Por se tratar de uma experiência inovadora, prevê-se no art. 38º do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho, que o respectivo regime seja avaliado pela ARS do Norte e pela Direcção-Geral da Saúde, dependendo dos resultados de tal avaliação a manutenção ou não do actual estatuto.

²⁷ Art. 1º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 207/99.

²⁸ Art. 2º do Decreto-Lei n.º 207/99.



33º do diploma vem estipular que a contratação de bens e serviços se rege pelo direito privado, sem prejuízo da aplicação das directivas comunitárias e do Acordo sobre Mercados Públicos celebrado no âmbito da OMC, e, ainda, que o regime regra do pessoal da Unidade é o do contrato individual de trabalho, como estipula o n.º 1 do art. 36º.

Como acima se deixou antever, também os centros de saúde foram objecto de tratamento legislativo, nos termos que ora se enunciam.

- Assim, o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, veio estabelecer um novo regime de criação, organização e funcionamento daqueles e ainda das associações de centros de saúde. Pretendeu-se dotar de personalidade jurídica os centros de saúde²⁹, visando uma aproximação do estatuto dos centros de saúde ao estatuto dos hospitais. Nos termos do mencionado diploma, os centros e as associações de centros de saúde passaram a ser definidos como “*pessoas colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde*”, competindo a respectiva coordenação, orientação e avaliação às ARS.

Contudo, a implementação destes centros de saúde, designados por centros de saúde de 3.ª geração, demonstrou ser um processo moroso e inacabado³⁰. Assim, muito embora o Decreto-Lei n.º 157/99 tenha revogado o art. 6º do Decreto-Lei n.º 11/93, que aprovou o Estatuto do SNS e o art. 13º daquele Estatuto, o primeiro relativo aos centros de saúde³¹, e o segundo aos grupos personalizados de centros de saúde³², certo é que não foi ainda criado nenhum centro de saúde personalizado ao abrigo deste novo diploma. Acresce ainda que os actuais centros de saúde não foram objecto da reestruturação, contrariando o disposto no nº 1 do art. 56º do Decreto-Lei n.º 157/99, que estabelecia um prazo máximo de três anos para que tal reestruturação se concluisse.

Com um âmbito inicialmente restrito à construção de cinco novos hospitais – Braga, Cascais, Loures, Sintra e Vila Franca de Xira³³ –, mas progressivamente alargado, importa ainda mencionar as parcerias em saúde.

O Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, viria, já no âmbito do XV Governo Constitucional, definir os princípios e instrumentos para o estabelecimento de parcerias em

²⁹ Não obstante, o próprio diploma reconhece, no seu preâmbulo, que “(...) o processo de reestruturação dos centros de saúde não pode ser universal nem uniforme, devendo antes fazer-se de modo progressivo, flexível e consensual, otimizando os recursos disponíveis, designadamente através da criação de serviços comuns a vários centros de saúde”.

³⁰ Sobre as várias etapas do processo, cfr. O estado da Saúde e a saúde do Estado – Relatório de Primavera 2002, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, pág. 78.

³¹ Estatua o n.º 1 do referido preceito que os centros de saúde se encontravam na dependência orgânica e funcional da respectiva ARS, que financiava o seu funcionamento, até à criação dos grupos personalizados de centros de saúde, criação essa que não veio a verificar-se.

³² O n.º 1 do art. 13º previa a possibilidade de criação, por decreto-lei, de grupos personalizados de centros de saúde.

³³ Cfr. Despacho n.º 1977/2002 (2.ª série) do Ministro da Saúde, publicado no DR, II, n.º 21, de 25-01-2002.



saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e outras entidades. As parcerias têm por objecto, de acordo com o n.º 2 do art. 2º do Decreto-Lei supra indicado, *“a associação duradoura de entidades dos sectores privado e social à realização directa de prestações de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, ou o apoio directo ou indirecto à sua realização no âmbito do serviço público de saúde assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde”*, podendo envolver *“uma ou mais das actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos estabelecimentos integrados ou a integrar no Serviço Nacional de Saúde, com transferência e partilha de riscos e recurso a financiamento de outras entidades”*.

Na sequência deste diploma, através do Despacho n.º19946/2002 (2.ª série) do Ministro da Saúde, exarado em 23 de Agosto de 2002³⁴, foram criados cinco grupos de coordenação interdepartamental (GCI) para o lançamento de parcerias público-privadas. Deve notar-se que a cada um destes GCI não está cometido apenas um único projecto, como acontecia no âmbito do Despacho n.º 1977/2002 (2.ª série), supra citado, mas antes uma pluralidade de projectos no âmbito de determinada área regional³⁵.

Finalmente, far-se-á uma breve referência à Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que redefiniu o regime jurídico da gestão hospitalar e procedeu à alteração de alguns dos preceitos constantes da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, a Lei de Bases da Saúde.

Destacam-se desta Lei os seguintes aspectos:

- Alterações à Lei de Bases da Saúde, designadamente nas seguintes vertentes:
 - estatuto dos profissionais de saúde do SNS, permitindo-se o alargamento dos regimes laborais aplicáveis com inclusão do regime jurídico do contrato individual de trabalho e da contratação colectiva de trabalho (alteração do n.º 1 da Base XXXI);
 - financiamento do SNS, passando a prever-se que o mesmo venha a ter por critério o pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde (alteração do n.º 1 da Base XXXIII);

³⁴ Publicado no DR, II, n.º 209, de 10-09-2002, págs. 15476-15477.

³⁵ Os GCI ora constituídos são os seguintes: o GCI/PPP Norte, que tem a seu cargo os projectos de substituição do actual Hospital de São Marcos (Braga) e do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e o projecto do novo hospital de Vila do Conde/Póvoa do Varzim; o GCI/PPP Centro, que tem a seu cargo o projecto de substituição do Hospital de Sousa Martins (Guarda); o GCI/PPP Lisboa e Vale do Tejo, que tem a seu cargo o projecto de substituição dos actuais hospitais de Castro Guimarães (Cascais) e de Reynaldo dos Santos (Vila Franca de Xira) e os projectos de lançamento dos novos hospitais de Sintra e de Loures; o GCI/PPP Alentejo, que tem a seu cargo o projecto de substituição do actual Hospital do Espírito Santo (Évora) e, por último, o GCI/PPP Algarve, que tem a seu cargo o projecto de nova unidade hospitalar a desenvolver no Parque das Cidades Loulé/Faro.



- possibilidade de criação de unidades de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos (alteração do n.º 3 de Base XXXVI).
- Aprovação do novo regime jurídico da gestão hospitalar, a qual prevê, designadamente:
 - a existência de hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e o respectivo regime (art.º 2.º, n.º 1, al.ª c) do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH), aprovado pela Lei n.º 27/2002 e art.º 19º do RJGH, respectivamente).
 - a possibilidade de contratação de pessoal pelos hospitais nos termos do regime jurídico do contrato individual de trabalho (art.º 14.º, n.º 2 do RJGH).



- o a possibilidade de, mediante autorização do Ministro da Saúde, “os hospitais poderem associar-se e celebrar acordos com entidades privadas que visem a prestação de cuidados de saúde, com o objectivo de otimizar os recursos disponíveis” (art.º 16º do RJGH).

2.3 SISTEMA CONTABILÍSTICO DO SNS

2.3.1 Regime contabilístico

As instituições que integram o SNS dispunham de um sistema de contabilidade digráfico, o Plano Oficial de Contabilidade dos Serviços de Saúde (POCSS)³⁶. Todavia, com a aprovação do Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP)³⁷, e dada a especificidade do sector da saúde, foi publicado o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)³⁸, cuja implementação teve início no ano de 2001.

É com base na informação económico-financeira produzida pelas instituições integradas no SNS, e remetida³⁹ ao IGIF, que este procede ao acompanhamento da execução orçamental e, ainda, ao tratamento de dados com vista à publicação anual das “Contas Globais do SNS”⁴⁰ e à remessa à DGO de informação sobre a “*situação financeira do SNS*”.

Para além da informação prestada ao IGIF, as instituições do SNS remetem à DGO, em cumprimento do disposto nos sucessivos decretos de execução orçamental⁴¹, mensalmente e/ou trimestralmente, um conjunto de informação económico-financeira para efeitos de controlo sistemático e sucessivo da gestão orçamental.

Anualmente as instituições integradas no SNS prestam contas ao Tribunal de Contas nos termos da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto.

Para a produção da informação anteriormente referida a maioria das instituições integradas no SNS são utilizadoras da aplicação informática disponibilizada pelo IGIF (93,75 %) ⁴² designada por Sistema de Informações Descentralizado de Contabilidade (SIDC).

2.3.2 Relevação das operações contabilísticas na Conta Geral do Estado

O sistema contabilístico utilizado nas Instituições do SNS permite apurar os valores da despesa realizada que transitou em dívida para o ano seguinte e, bem assim, a totalidade dos compromissos assumidos.

³⁶ Aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, n.º 231, de 18/10/91. Revisto em 1995 - Despacho de aprovação do Secretário de Estado da Saúde de 2/10/95.

³⁷ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 232/97, de 3 de Setembro.

³⁸ Aprovado pela Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro.

³⁹ Mensalmente e/ou trimestralmente.

⁴⁰ Em Julho de 2001 foram publicadas as Contas Globais de 1999 e em Novembro de 2002 as Contas Globais de 2000.

⁴¹ Art. 42.º do Decreto-Lei n.º 77/2001, de 5 de Março (Decreto de execução orçamental do ano de 2001).

⁴² Das 112 instituições integradas no SNS apenas 7 não utilizam a aplicação informática do IGIF.



A Conta Geral do Estado tem sido elaborada num sistema de base caixa (recebimentos/pagamentos), pelo que o valor da despesa reflectida neste documento é apenas o relativo à receita cobrada e à despesa realizada e paga⁴³

⁴³ Nos termos da Lei n.º 6/91 de 20/02.

A Lei de enquadramento orçamental aprovada pela Lei n.º 91/2001, de 20/08 permite evidenciar (art.º 73.º - elementos informativos) os compromissos assumidos. Nos termos do POCMS, aprovado pela Portaria n.º 898/2000, de 28/09, a totalidade dos encargos assumidos é evidenciada através da classe zero.



III RESULTADOS DE AUDITORIAS ANTERIORES

Os relatórios de auditoria ao SNS produzidos pelo Tribunal de Contas em 1997 e em 1999⁴⁴ identificaram alguns factos que contribuíram ao longo dos anos para que a situação económico-financeira do SNS se apresentasse permanentemente deficitária, dos quais se destacam os seguintes:

- Sub-financiamento crónico do SNS, o qual contribuiu, em conjunto com as ineficiências e os desperdícios na utilização dos recursos, para o avolumar das dívidas das instituições naquele integradas;
- Assunção de encargos em valor superior ao orçamentado;
- Portugal apresenta rácios de despesa com medicamentos em termos de PIB e indicadores de consumo de medicamentos por habitante muito elevados, comparativamente à média da UE;
- Crescimento da despesa nas vertentes dos produtos de consumo hospitalar (produtos farmacêuticos e material de consumo clínico), das prestações de serviços por entidades convencionadas e, bem assim, dos produtos vendidos por farmácias a beneficiários do SNS, na sequência de receituário médico emitido em regime de ambulatório;
- Deficiente controlo dos consumos hospitalares;
- Deficiências no sistema de liquidação e cobrança de receitas.

Após as auditorias supra referidas foram realizadas pelo Tribunal de Contas outras auditorias⁴⁵ a entidades integradas no SNS. Resulta dos respectivos relatórios que muitas das deficiências supra mencionadas continuavam a verificar-se, destacando-se as seguintes:

- Ausência ou insuficiência do sistema de controlo interno no que respeita à cabimentação de despesas prévia à respectiva autorização;
- Realização de despesa apesar de a mesma ter sido objecto de declaração de não cabimento pelo serviço competente;
- Não facturação a subsistemas ou outras entidades responsáveis pelo respectivo pagamento;
- Sistemas de registo deficientes em vários serviços que contribuem para a emissão de facturação, designadamente nos serviços de urgência, de consulta externa e de codificação de GDH;
- Deficiências nos sistemas de controlo interno que resultam em perda de receita por falta de cobrança de taxas moderadoras.

Também a IGF faz menção, no seu relatório⁴⁶ “Análise do endividamento do sector da saúde”, de alguns dos aspectos supra referidos e, bem assim, de alguns outros, que passam a descrever-se:

- Inexistência de parâmetros de referência de consumo;
- Falta de métodos rigorosos de controlo de medicamentos gratuitos fornecidos aos doentes de ambulatório;

⁴⁴ Relatórios da 2.ª Secção n.ºs 4/97 e 38/99.

⁴⁵ Relatórios da 2.ª Secção n.ºs 59/99, 5/00, 13/00, 23/00, 44/00, 45/00, 3/01, 48/01, 56/01, 14/02.

⁴⁶ Relatório n.º 2338/CGP/99.



- Insuficiência dos procedimentos de fornecimento aos profissionais de saúde de informação sobre o custo dos materiais e equipamentos utilizados, como medida de sensibilização para a sua utilização criteriosa;
- Especificamente no que se refere às Sub-regiões de Saúde, foram detectadas deficiências nos procedimentos de controlo dos pagamentos de bens e serviços prestados por terceiros, destacando-se a falta de controlo sobre os impressos e vinhetas utilizados na prescrição de medicamentos, o facto de o método automático de controlo sobre a facturação apresentada por terceiros não permitir a verificação de todos os elementos essenciais e ainda o facto de os procedimentos de arquivo e inutilização da documentação já objecto de comparticipação, permitirem a reintrodução da mesma no circuito de processamento;
- Dificuldade de cobrança das receitas próprias pelas instituições do SNS que resulta essencialmente de falhas do sistema de informação e da difícil articulação do SNS com os subsistemas e as companhias de seguros.

Da análise dos relatórios produzidos pelos órgãos de controlo interno⁴⁷ com incidência no período decorrido entre 1998 e 2001, resulta que muitas das conclusões aí enunciadas foram igualmente objecto de formulação nos relatórios de auditoria aprovados pelo Tribunal de Contas, encontrando-se, assim, já descritas.

Finalmente, no que respeita à fiabilidade dos dados económico-financeiros produzidos pelas instituições integradas no SNS, relatórios de auditoria aprovados pelo Tribunal de Contas, bem como provenientes de órgãos de controlo interno, têm vindo a referir as seguintes deficiências:

- Dificuldades de utilização pelas instituições do SNS das aplicações informáticas desenvolvidas pelo IGIF, resultando, designadamente, da falta de manuais para o uso dessas aplicações, da reduzida formação ministrada aos utilizadores e à incapacidade do IGIF para garantir a assistência necessária;
- Os módulos integrantes da aplicação informática desenvolvida pelo IGIF não comunicam entre si, o que dificulta o cruzamento da informação, a detecção de eventuais divergências e a correcção de erros ou omissões;
- O saldo das contas correntes de terceiros nem sempre coincide com os valores por cobrar e por pagar reflectidos no balancete.

Do exposto resulta que a aplicação informática do IGIF, utilizada pela maior parte das instituições integradas no SNS, não produz informação consistente, fiável e coerente.

⁴⁷ IGF: Relatórios n.ºs 686/00, 1261/00, 1336/00, 926/01, 1021/01 e 1059/01; IGS: Relatórios n.ºs 3/98-AG, 5/98-AG, 2/99-AG, 7/99-AG, 8/99-AG e 11/99-AG; DGO: Relatórios n.ºs 3/DAS/99, 5/DSA/99, 11/DSA/99, 13/DSA/99, 3/DSA/00, 13/DAS/01, e 5/DAS/00; 13/DSA/01.



IV FINANCIAMENTO DO SNS

As instituições integradas no SNS são financiadas fundamentalmente através de transferências provenientes do Orçamento de Estado. Tais transferências reportam-se quer ao respectivo subsídio de exploração, quer ao subsídio de investimento.

As transferências do Orçamento de Estado fazem-se numa primeira fase, para o IGIF⁴⁸ procedendo posteriormente este instituto às transferências das referidas verbas para as várias instituições.

Para além das receitas provenientes de transferências do Orçamento de Estado, as instituições integradas no SNS financiam-se também através de receitas próprias.

4.1 ORÇAMENTO DO SNS

4.1.1 Evolução do orçamento no período de 1998 a 2001

O quadro que se segue evidencia o orçamento global do SNS para o quadriénio de 1998 a 2001⁴⁹.

Quadro n.º 7

ORÇAMENTO GLOBAL DO SNS		
Milhares de Euros		
Anos	Valor	Δ %
1998	4.972.957	
1999	5.336.438	7
2000	6.665.341	25
2001	6.722.937	1

Fonte: DGO, IGIF e orçamentos das instituições dos anos de 2000 e 2001.

No período em análise, a maior variação positiva do Orçamento global do SNS é a registada de 1999 para 2000 (25%), muito superior ao crescimento verificado entre 1998 e 1999.

Esta variação decorre fundamentalmente da inscrição em 2000 de uma nova conta de receita nos orçamentos das instituições – a conta 265 – “Operações Financeiras a

⁴⁸ À excepção das verbas do PIDDAC.

⁴⁹ Verificou-se que no ano de 2000 e 2001 as últimas propostas de alterações orçamentais de 6 instituições e 2 instituições, respectivamente, não obtiveram despacho autorizador do Ministro das Finanças, encontrando-se as mesmas identificadas no anexo 19 – Vol. III. Verificou-se, ainda, que valores constantes da base de dados da DGO, relativos a 8 instituições para o ano de 2000 e a 2 instituições para o ano de 2001, identificadas no anexo 20 – Vol. III, não correspondem às últimas alterações orçamentais aprovadas pelo Ministro das Finanças. Os valores considerados nos quadros 7, 8 e 9 relativamente às instituições que se encontram nestas duas situações (orçamentos não aprovados pelo Ministro das Finanças e orçamentos aprovados mas não actualizados na base de dados da DGO) foram os relativos às últimas alterações aprovadas pelo Ministro das Finanças e enviadas à Direcção-Geral do Tribunal de Contas, nos termos do n.º 3 do art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 71/95, de 15 de Abril.



Tribunal de Contas

6.

Regularizar”⁵⁰ que, como adiante se concluirá, constitui uma “receita” fictícia. A inscrição orçamental desta “receita” contribuiu, no conjunto das instituições, em cerca de 67% para a referida variação.

Apresenta-se no quadro infra uma desagregação das receitas inscritas nos orçamentos do quadriénio 1998-2001. Pretende-se evidenciar o volume financeiro das receitas potenciais e das receitas fictícias (inscritas na conta 265) e a respectiva evolução.

Quadro n.º 8

Milhares de Euros

Anos	Receitas Potenciais				Receita Fictícia		Total do Orçamento Global (5)=(3)+(4)	
	Receitas Próprias e Subsídio de Investimento (1)	%	Subsídio de exploração* (3)	%	Total (3)=(1)+(2)	Conta 265- Operações financeiras a regularizar (4)		%
1998	1.360.917	27	3.612.040	73	4.972.957		0	4.972.957
1999	1.122.329	21	4.214.109	79	5.336.438		0	5.336.438
△% 99/98	-18		17		7			7
2000	1.212.724	18	4.563.098	68	5.775.822	889.519	13	6.665.341
△% 00/99	8		8		8		0	25
2001	1.517.682	23	4.955.016	74	6.472.698	250.239	4	6.722.937
△% 01/00	25		9		12	-72	0	1

* Subsídio de exploração e verbas do tabaco.

Fontes: DGO, IGIF e orçamentos das instituições integradas no SNS de 2000 e 2001.

Decorre do quadro supra que, muito embora a maior variação do Orçamento global do SNS se tenha registado nos anos referidos, a maior variação da receita potencial ocorreu entre 2000 e 2001 (de 1999 para 2000 tal variação foi apenas de 8%, enquanto de 2000 para 2001 foi de 12%).

Saliente-se que o peso relativo da conta 265 no orçamento final do SNS é muito inferior ao que resultaria do orçamento inicial, em particular em 2001, como resulta do quadro infra.

Quadro n.º 9

Milhares de Euros

	Orçamento Inicial								Orçamento Final					△ % Orçamento Inicial e Orçamento Final	
	2000	%	2001	%	2002	%	△ % 01/00	△ % 02/01	2000	%	2001	%	△ % 01/00	2000	2001
Conta 265	1.024.509	16	1.465.588	19	2.498.596	29	43	70	889.519	13	250.239	4	-72	-13	-83
Total	6.457.393	100	7.771.918	100	8.723.168	100	20	12	6.665.341	100	6.722.937	100	1	3	-13

Fonte: Orçamentos das instituições integradas no SNS de 2000, 2001 e 2002.

⁵⁰ A Ministra da Saúde, através do seu Despacho n.º 59/99, de 14/12/99, criou uma conta que designou “265- Operações financeiras a regularizar” e que deveria ser inscrita do lado das receitas “sempre que a receita revista alguma improbabilidade na cobertura da despesa (...) por forma a que o orçamento, apesar de equilibrado, reflita a necessidade de contenção da despesa e um maior esforço de cobrança”. A definição da “receita” a inscrever na referida conta foi sendo anualmente alterada, como se relata no ponto 4.1.2. A DGO inscreveu nos orçamentos os valores relativos a esta conta na rubrica 07.02.00 na classificação económica das receitas públicas.



A diferença entre os valores inscritos na conta 265 do orçamento inicial e final de 2001 resulta do facto de terem sido entretanto reduzidos nesta conta os montantes correspondentes às verbas atribuídas às instituições no âmbito do processo de “regularização de responsabilidades”⁵¹ de anos anteriores⁵².

4.1.2 Análise jurídica da rubrica “Operações Financeiras a Regularizar”

- Orçamento de 2000 -

Através do Despacho n.º 56/99, de 14-12, a Ministra da Saúde procedeu à criação de uma conta de receita a incluir nos orçamentos das instituições integradas no SNS, nos seguintes termos:

“Sempre que a receita revista alguma improbabilidade na cobertura da despesa, inscrever-se-á, do lado das receitas, de forma assinalável, uma rubrica 265 – Operações financeiras a regularizar, por forma a que o orçamento, apesar de equilibrado, reflecta a necessidade de contenção da despesa ou de um esforço de maior cobrança”.

Em 30/05/2000 a Ministra da Saúde, a propósito das alterações orçamentais, estabeleceu, entre outras, como possíveis as alterações que “apresentem previsão de acréscimo de receitas com anulação de igual montante na rubrica 265 – Operações financeiras a regularizar” e as que “determinem previsão de diminuição global de despesa, com anulação de igual montante na rubrica 265”.

- Orçamento de 2001 -

A conta 265 voltou a ser inscrita nos orçamentos de 2001, conforme o Despacho da Ministra da Saúde de 3-8-2000, mas com um conteúdo distinto do definido para a contabilização da referida rubrica em 2000. Assim,

“Sempre que a previsão de receita a cobrar de anos anteriores seja inferior à despesa a pagar de anos anteriores, deverá inscrever-se do lado das receitas uma rubrica 265 – Operações financeiras a regularizar, no valor correspondente à diferença entre estas rubricas”.

Prevía-se ainda que, no caso de se verificar um excedente entre as previsões de receita e de despesa do exercício, tal excedente deveria ser abatido à conta 265.

Por outro lado, as verbas distribuídas às instituições para “regularização de responsabilidades” de dívidas do passado deveriam ser abatidas ao montante inscrito na conta 265, nos termos de despacho exarado pelo Secretário de Estado da Saúde.

⁵¹ Sobre os processos de “regularização de responsabilidades” v. ponto X deste relatório.

⁵² Este procedimento foi determinado por despacho do Secretário de Estado da Saúde de 7/08/2001, no qual se afirmava que “As verbas a distribuir pelas instituições a este título deverão ter como contrapartida a redução, em igual montante, da conta 265 – Operações financeiras a regularizar – previstas nos orçamentos dos respectivos serviços”. Contudo, verificou-se que 11 instituições (12,6%) não efectuaram essa redução, conforme se encontra discriminado no anexo 21-Volume III.



A DGO pronunciou-se sobre a inserção da conta 265 e da correspondente rubrica de classificação orçamental económica⁵³ - 07.02.00 - nos orçamentos dos serviços e organismos integrados no SNS, considerando que esta inserção se traduziu *“na inscrição nos orçamentos privativos de uma rubrica de receita (...) não tendo correspondência com o classificador económico das receitas públicas por não se tratar de previsão de uma receita efectiva, tendo antes como objectivo evidenciar o défice de anos anteriores”* e que, sendo o OE elaborado numa base de caixa, prevendo as receitas a arrecadar e as despesas a pagar em cada exercício orçamental, *“a aceitação do procedimento em causa desvirtua os princípios e regras orçamentais que devem presidir à elaboração do OE”*. Adianta igualmente que *“a forma por excelência de evidenciar a situação financeira do SNS, em particular o défice de anos anteriores como se pretendia com a conta 265, será através dos documentos de prestação de contas e apuramento de resultados obtidos a partir do sistema contabilístico que tem por base o POCSS”*⁵⁴. Sobre este parecer recaiu o seguinte despacho do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento: *“Visto. A DGO tratará esta questão com o IGIF, como combinado com a Senhora Ministra da Saúde”*.

- Orçamento de 2002 -

Para o ano de 2002, voltou a ser inscrita nos orçamentos dos serviços e organismos que integram o SNS a conta *“265 – Operações financeiras a regularizar”*, de acordo com o despacho do Secretário de Estado da Saúde de 1-8-2001. No entanto, o conteúdo da referida conta alterou-se novamente, passando a ser aí inscrito *“um montante que não exceda a diferença entre o valor dos critérios de financiamento e o subsídio de exploração atribuído”*.

A criação da conta 265 - Operações financeiras a regularizar suscita várias questões quanto à sua legalidade.

A Lei n.º 6/91, de 20-02, Lei de Enquadramento do Orçamento do Estado, vigente nos anos económicos em análise, vem estabelecer, no seu art. 4º, o princípio do equilíbrio orçamental⁵⁵, nos termos do qual

⁵³ Cfr. Parecer emitido pela Direcção de Serviços do Orçamento da DGO na sequência da Informação n.º 82/2002, de 11-9, da 12.ª Delegação da DGO.

⁵⁴ Deve referir-se que nem o POCSS nem o POCMS prevêem a existência da conta 265, permitindo, no entanto, este último a possibilidade de abertura de subcontas *“que permitam a adaptação à especificidade de cada realidade, devendo, contudo, respeitar-se sempre o conteúdo da conta respectiva”*. Mesmo nestes casos, a abertura das novas contas deve ser precedida de parecer da Comissão de Normalização do POCMS e devidamente comunicadas à CNCAP.

⁵⁵ O mesmo princípio encontra-se igualmente consignado no art. 9º da Lei n.º 91/2001, de 20-08, a nova Lei de Enquadramento Orçamental, que estipula que *“Os orçamentos dos organismos do sector público administrativo prevêm as receitas necessárias para cobrir todas as despesas, sem prejuízo do disposto nos arts. 20º, 22º e 25º”*. Para os serviços e fundos autónomos, o princípio do equilíbrio é retomado no art. 22º da mencionada Lei, o qual dispõe como regra geral que *“O orçamento de cada serviço ou fundo autónomo é elaborado, aprovado e executado por forma a apresentar saldo global nulo ou positivo”*, não sendo consideradas para o cômputo do referido saldo quer as receitas, quer as despesas provenientes de activos e passivos financeiros, nem as receitas provenientes do saldo da gerência anterior. Deve ainda referir-se que a Lei Orgânica n.º 2/2002, de 28 de Agosto – Lei de Estabilidade Orçamental – veio introduzir na Lei supra indicada um novo Título V – “Estabilidade orçamental”. Dentro daquele Título, o n.º 1 do art. 81º vem sujeitar os subsectores que constituem o sector público administrativo e os



“O Orçamento do Estado deve prever os recursos necessários para cobrir todas as despesas, procurando-se que não sejam financiadas mediante a criação de moeda” e ainda “as receitas efectivas têm de ser, pelo menos, iguais às despesas efectivas, excluindo os juros da dívida pública, salvo se a conjuntura do período a que se refere o Orçamento justificadamente o não permitir.”

Ao inscrever nos orçamentos das entidades do SNS a conta 265 do lado da receita, permite-se, aparentemente preservando o princípio do equilíbrio, aumentar o volume previsto de despesa, através de um artifício formal que aumenta de forma irreal a receita. O princípio referido, consagrado, à data, no art. 4º da Lei n.º 6/91⁵⁶, é, pois, violado, porque as verbas inscritas na conta 265 não constituem receita, efectiva ou não efectiva. Com efeito, trata-se de uma receita meramente fictícia ou virtual.

O empolamento da receita em que se traduz a referida engenharia orçamental permite um empolamento de igual montante na despesa orçamentada, daqui decorrendo que podem ser objecto de cabimento orçamental despesas que, de outra forma, não o poderiam ser, com as previsíveis consequências ao nível do endividamento (dívida administrativa).

O Conselho de Administração do IGIF pronunciou-se sobre a conta 265, apresentando o que qualifica como uma perspectiva de abordagem diferente.

Assim, considera que aquela conta “(...) teve como objectivo tornar os orçamentos das instituições realistas de molde a que os orçamentos financeiros pudessem ser para todos, instituições e serviços que as tutelam, um verdadeiro instrumento de gestão”.

Sobre esta matéria, refira-se que as observações feitas no relato, a propósito da análise da legalidade da criação da conta 265, foram sustentadas nos princípios e regras aplicáveis à elaboração e execução dos orçamentos, pelo que não relevam as alegações do Conselho de Administração do IGIF, mantendo-se na íntegra as observações feitas.

4.2 CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO DO SUBSÍDIO DE EXPLORAÇÃO PELAS INSTITUIÇÕES INTEGRADAS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O financiamento do SNS, caracteriza-se como se referiu, por ser suportado, essencialmente, pelo OE e por a distribuição dos meios financeiros pelas instituições ser definida, na sua quase totalidade, centralmente pelo Ministério da Saúde por via do IGIF. Este sistema de financiamento baseia-se essencialmente no imposto, pois compete ao

organismos que os integram ao princípio da estabilidade orçamental, definida pelo n.º 2 do mesmo artigo como a “situação de equilíbrio ou excedente orçamental, calculada de acordo com a definição constante do Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais, nas condições estabelecidas para cada um dos subsectores”. A verificação do cumprimento deste princípio da estabilidade orçamental compete, nos termos do disposto no n.º 1 do art. 87.º da Lei n.º 91/2001, com a redacção introduzida pela Lei Orgânica n.º 2/2002, aos órgãos de controlo orçamental.

⁵⁶ V. nota anterior.



Estado, constitucionalmente, garantir os recursos necessários à prossecução dos fins que ele próprio se propôs realizar em matéria de saúde, para permitir o acesso e a prestação de cuidados de saúde às populações.

Até 1996 os hospitais eram financiados com base em dados históricos, com atribuição de subsídios extraordinários em função da despesa do ano anterior.

A partir de 1997, o modelo retrospectivo com base na despesa foi substituído por um modelo prospectivo a ter como base a produção passando o financiamento a ser:

- de base capicional para as ARS, com base na população beneficiária do SNS em cada região, ajustada pela estrutura etária e pela carga de doença;
- assente na produção para os Hospitais, utilizando-se os GDH como medida do produto final hospitalar.

O quadro seguinte apresenta de forma sintética a evolução dos critérios de financiamento aos Hospitais e ARS, nos últimos 5 anos.



Quadro n.º 10

QUADRO SÍNTESE DA EVOLUÇÃO DOS CRITÉRIOS DE FINANCIAMENTO

ANOS	ENTIDADES	CRITÉRIOS DE FINANCIAMENTO	OBSERVAÇÕES
1998	ARS	Financiamento histórico ¹ + 8,3% a atribuir em função da população equivalente para cuidados primários ² .	
	Hospitais	80% do financiamento histórico ¹ + 20% da produção.	Os 20% da produção foram calculados com base nos GDH do internamento.
1999	ARS	84,5% do financiamento histórico ¹ + ajustamento por grupo etário + ajustamento pela carga de doença.	
	Hospitais	70% do financiamento histórico + 30% da produção.	Os 30% resultam do somatório de 3 componentes: Internamento + Cirurgia de Ambulatório + Ambulatório.
2000	ARS	70% do financiamento histórico + 30% de capitação ajustada. ²	A componente capitacional ³ contou com os ajustamentos sexo/idade e carga de doença.
	Hospitais	70% do financiamento histórico + 30% do valor da produção.	Na produção foi considerado Internamento (GDH), Cirurgia de Ambulatório, Hospital de dia, Ambulatório hospitalar (estes dois últimos foram este ano financiados pela primeira vez pela produção).
2001	ARS	60% do financiamento histórico + 38,5 % do financiamento do ano com base capitacional + encargo com vacinação + encargo com hemodializados ² .	A capitação ajustada foi definida em partes iguais pelo ajustamento sexo idade e pelo ajustamento carga da doença.
	Hospitais	60% do financiamento histórico + 40% da produção.	Na produção foi considerado o internamento e o ambulatório (consulta externa, urgência e hospital de dia).
2002	ARS	50% do financiamento histórico + encargos com a vacinação obrigatória dos 0-14 + encargos com hemodializados + valor capitacional. ²	O valor capitacional inclui 50% com a capitação ajustada pelo vector sexo - idade e 50% pela capitação do vector "carga de doença".
	Hospitais	50% financiamento histórico + 50% da produção.	Os 50% resultam do somatório do internamento, cirurgia de ambulatório, hotelaria e ambulatório.

¹ Inclui o orçamento inicial do ano anterior + actualização da tabela salarial.

² Aos valores da ARSLVT há a acrescer a renda paga por esta ao hospital Amadora/Sintra.

³ Base capitacional – Com base na população beneficiária do SNS em cada região, ajustada pela estrutura etária e pela carga de doença.



Verifica-se, deste modo, que o financiamento dos hospitais e das ARS tem vindo, nos últimos 5 anos, a privilegiar de forma progressiva os dados relativos ao factor produção em detrimento dos dados históricos. E mesmo no que se refere à ponderação do factor produção, cumpre registar que têm vindo progressivamente a ser introduzidas algumas variáveis.

Assim, no financiamento das ARS, para além da componente capicional, existem ajustamentos pelos vectores sexo/idade e carga de doença e, nos dois últimos anos, foram também introduzidas variáveis relativas a encargos com vacinação obrigatória e com hemodializados.

Ao nível do financiamento dos hospitais, também se verifica que, para além do factor internamento, têm vindo a ser introduzidas, gradualmente, variáveis relativas à produção em regime de ambulatório e, em 2002, foram, ainda, incluídos elementos relativos a hotelaria.



V AVALIAÇÃO DA FIABILIDADE DA INFORMAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA PRODUZIDA PELAS INSTITUIÇÕES DO SNS

A análise seguinte tem como objectivo permitir a avaliação da fiabilidade da informação económico-financeira produzida pelas instituições do SNS através de documentos diversos que são remetidos às entidades com competências de controlo da respectiva execução orçamental, designadamente no que respeita à unicidade, integralidade e actualização da mesma informação.

Só através desta avaliação se poderá aferir da fiabilidade da informação sobre a situação financeira produzida, a nível global do SNS, pelo IGIF e sobre a integralidade da relevação em sede de Conta Geral do Estado da execução orçamental das instituições.

5.1 METODOLOGIA ADOPTADA

No âmbito da presente auditoria foi recolhida diversa informação sobre a situação económico-financeira do universo das instituições integradas no SNS, quer através de solicitação da remessa por estas de dados previamente definidos, quer através da consulta de dados constantes das contas de gerência existentes na DGTC.

A análise da informação incidiu sobre uma amostra estratificada de instituições integradas no SNS, seleccionada de forma a abranger, cumulativamente, mais de 50% do número de instituições integradas no SNS, instituições inseridas em cada grupo diferenciado de instituições que compõem o SNS⁵⁷ e mais de 90% do volume financeiro do Orçamento inicial do SNS relativo a 2001. Os critérios de selecção da amostra foram os seguintes:

1. Inclusão na amostra de todas as instituições integradas no SNS com um orçamento inicial para 2001 superior a 29 928 milhares de Euros (6.000.000 contos);
2. Inclusão na amostra de instituições representativas de 50% do total do volume financeiro dos orçamentos iniciais de cada grupo diferenciado; como sub-critério, deve referir-se que, dentro de cada grupo, foram seleccionadas em primeira linha as 3 instituições com maior volume de orçamento inicial, tendo as restantes sido seleccionadas aleatoriamente.

Com base nos referidos critérios, foram abrangidas na amostra 69 das 112 instituições do SNS.

Pretendeu-se ainda testar a fiabilidade dos saldos do Razão Geral em face dos registos contabilísticos relativos à gestão de terceiros, uma vez que anteriores acções de controlo quer do Tribunal de Contas quer de órgãos de controlo interno haviam já alertado para a não coincidência injustificada dos valores apurados através destas duas fontes. Para o efeito foram seleccionadas, dada a exiguidade de recursos humanos, as três instituições onde se encontravam em trabalho de campo outras equipas de auditoria deste Tribunal.

⁵⁷ O SNS é composto pelos seguintes grupos de instituições: Administrações Regionais de Saúde; Hospitais Centrais; Hospitais Distritais; Hospitais Distritais de Nível Um; Hospitais Psiquiátricos e Institutos de Oncologia; Outros Serviços Autónomos.



5.2 VERIFICAÇÕES DECORRENTES DAS ANÁLISES DAS AMOSTRAS

5.2.1 Cruzamento dos dados constantes dos vários documentos produzidos pelas instituições

Tendo em conta que o sistema contabilístico utilizado nas instituições do SNS e as aplicações informáticas que o suportam permitem obter os mesmos dados através de diferentes documentos-tipo, gerados automaticamente, visou-se nesta análise testar a coerência da informação constante dos vários documentos.

Os vários cruzamentos efectuados para o efeito encontram-se descritos no quadro infra.

Quadro n.º 11

Informação contabilística	Documentos incluídos na prestação de contas ao TC		Documentos remetidos pelas instituições no âmbito da presente auditoria						
	MFF (1)	MCO (2)	Mapa I (3)	Mapa II (4)	MCEO (5)	Mapa III (6)	Mapa IV (7)	Listagem de facturas por cobrar	Listagem de facturas por pagar
Receita Cobrada	X	X	X		X				
Despesa Paga	X	X		X	X				
Despesa processada		X			X				
Receita por cobrar	X		X			X		X	
Despesa por pagar	X			X			X		X

(1) – Mapa de Fluxos Financeiros (Receita e Despesa) que acompanhou a prestação de contas da gerência de 2001.

(2) - Mapa de Controlo Orçamental (Receita e Despesa) que acompanhou a prestação de contas da gerência de 2001.

(3) (4) (6) (7) – Mapas concebidos para a presente auditoria destinados ao preenchimento pelas instituições com dados retirados dos documentos-tipo, gerados automaticamente pelas aplicações informáticas v. anexos 3, 4, 5 e 6 – Vol. III.

(5) - Mapa de Controlo da Execução Orçamental, remetido à DGO nos termos da Circular desta Direcção-Geral n.º 1278 Série A, de 6 de Março de 2001.

Deve ressaltar-se que os cruzamentos efectuados se reportaram aos valores globais constantes de cada tipo de documento referido no quadro supra. Foram solicitados esclarecimentos às instituições em todos os casos em que foram detectadas divergências relativamente à mesma informação nos vários tipos de documentos disponíveis, tendo sido acolhidas algumas das justificações apresentadas.

Do cruzamento efectuado à informação das 69 instituições seleccionadas na amostra apuraram-se as seguintes divergências:

- Entre os valores da receita cobrada constantes do Mapa I remetido pelas instituições e os constantes do MCEO remetido por aquelas à DGO;
- Entre os valores da despesa paga constantes do Mapa II remetido pelas instituições e os constantes do MCEO remetido por aquelas à DGO;



- Entre os valores da despesa processada do MCO incluído na prestação de contas e os constantes do MCEO remetido pelas instituições à DGO;
- Entre os valores da receita por cobrar constantes dos Mapas I e Mapa III e da listagem de facturas por cobrar remetidos pelas instituições;
- Entre os valores da despesa por pagar constantes dos Mapas II e IV e listagem de facturas por pagar remetidos pelas instituições.

O quadro seguinte evidencia os resultados obtidos dos cruzamentos de informação e a natureza das justificações apresentadas com maior frequência pelas instituições⁵⁸.

Quadro n.º 12

Em 31/12/2001	Instituições sem divergências	Instituições com divergências	Justificações apresentadas pelas instituições com divergências
Divergências nos valores de receita cobrada entre o Mapa I e o MCEO	42%	58%	Para 87% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de despesa paga entre o Mapa II e o MCEO	51%	49%	Para 88% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de despesa processada entre o MCO e o MCEO	44%	56%	Para 88% das instituições têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de receita por cobrar entre o Mapa I, o Mapa III e a listagem de facturas por cobrar	42%	58%	Para 50% das instituições têm origem em problemas de ordem informática e, para 35%, em procedimentos contabilísticos incorrectos, na falta de conferência de contas correntes ou em razões desconhecidas.
Divergências nos valores de despesa por pagar entre o Mapa II, Mapa IV e a listagem de facturas por pagar	57%	43%	Para 30% das instituições têm origem em problemas de ordem informática e, para 53% em procedimentos contabilísticos incorrectos, na falta de conferência de contas correntes ou razões desconhecidas.

Fonte: Elementos remetidos por 69 instituições (Mapas I, II, III, e IV - anexos 3, 4, 5 e 6 – Vol. III, listagem de facturas por cobrar, listagem de facturas por pagar e mapa de execução orçamental remetido à DGO); elementos constantes dos processos de prestação de contas de 2001 existentes no Tribunal de Contas (mapa de fluxos financeiros e mapa de controlo orçamental).

No que respeita à receita cobrada, à despesa paga e à despesa processada, as divergências apuradas verificaram-se entre os documentos remetidos ao Tribunal de Contas⁵⁹ e os remetidos à DGO⁶⁰, sendo as instituições utilizadoras da aplicação informática do IGIF aquelas onde se verificam as divergências mais relevantes.

⁵⁸ As instituições onde foram apuradas divergências materialmente irrelevantes, face ao orçamento médio global (inicial) do SNS por instituição foram consideradas como “instituições sem divergências”.

Para mais desenvolvimentos sobre a matéria v. anexos 22, 22-A, 22-B, 22-C, 23, 23-A, 23-B, 24, 24-A e 24-B – Vol. III.

⁵⁹ Dados disponibilizados pelas instituições (Mapas I e II) e MFF e MCO incluídos na prestação de contas.

⁶⁰ A DGO através das suas informações n.º 136/2000, 119/2001 e 146/2001, da 12.ª Delegação, tem vindo a alertar o Secretário de Estado do Orçamento para as deficiências que os mapas de controlo de execução orçamental revelam.



Afigura-se de particular relevo a existência de divergências entre a receita por cobrar e a despesa por pagar nos mapas e listagens de facturas remetidos pelas instituições, já acima referida, reveladora da existência de deficiências nos registos contabilísticos das instituições, indiciando falta de controlo interno ao nível destas em relação aos créditos sobre terceiros e às obrigações perante terceiros.

Verifica-se, assim, que em documentos diferentes os mesmos elementos contabilísticos reportados a uma mesma data têm valores diferentes.

Acresce que a grande maioria das instituições não utiliza a conta 228 – Fornecedores c/c – Facturas em Recepção e Conferência não se encontrando toda a despesa realizada relevada na contabilidade. Este facto implica uma subavaliação da despesa por pagar.

Face ao exposto conclui-se que os dados constantes das demonstrações financeiras das instituições não são fidedignos e integrais.

5.2.2 Análise dos dados constantes do “módulo do razão geral” e do “módulo de gestão de terceiros” remetidos em suporte magnético por três instituições

Relativamente à análise empreendida sobre a fiabilidade dos saldos do Razão Geral em face dos registos contabilísticos relativos à gestão de terceiros, com base em ficheiros em suporte magnético remetidos pelos Hospitais de Nossa Senhora do Rosário, Distrital de Santarém e de São Sebastião, procurou-se atingir os seguintes objectivos intermédios:

- Apurar se os saldos das contas correntes do “módulo de gestão de terceiros⁶¹” coincidem com os saldos do “módulo do Razão Geral⁶²” em 31/12/2001;
- Apurar se as facturas por cobrar registadas no “módulo de gestão de terceiros” no exercício de 2000 transitaram no mesmo módulo para o exercício de 2001;
- Apurar se as facturas por pagar registadas no “módulo de gestão de terceiros” no exercício de 2000 transitaram no mesmo módulo para o exercício de 2001.

Para proceder a esta análise foi necessária a intervenção do IGIF, no sentido de elaborar um conjunto de instruções que permitissem às entidades seleccionadas produzir ficheiros em suporte magnético contendo os dados indispensáveis à prossecução dos objectivos de auditoria.

Da análise efectuada à informação incluída nos ficheiros em suporte magnético verificou-se que:

⁶¹ Base de dados que possibilita o controlo individualizado, por factura, por cliente, por fornecedor ou por outros devedores e credores, da receita por cobrar e da despesa por pagar. Em cada exercício económico este módulo regista informação individualizada sobre cada factura que transitou em dívida de anos anteriores e, ainda, todos os movimentos contabilísticos registados em contas correntes de terceiros (por cliente, por fornecedor ou por outros devedores e credores).

⁶² Base de dados que fornece toda a informação para a elaboração das demonstrações financeiras designadamente: mapa de fluxos financeiros, situação económico-financeira, balancete, balanço, etc. Em cada exercício económico este módulo regista os saldos iniciais do exercício e todos os movimentos contabilísticos ocorridos no exercício (contas de terceiros e outras).



- Os ficheiros do “módulo do razão geral” (2000 e 2001) do Hospital Distrital de Santarém não contêm informação sobre o valor dos saldos iniciais (incluindo os saldos de contas de terceiros) mas apenas os movimentos contabilísticos ocorridos nos exercícios;
- O valor das facturas por cobrar extraído do “módulo de gestão de terceiros” nos Hospitais Nossa Senhora do Rosário e S. Sebastião, em suporte papel, não coincide com o valor extraído no “módulo de gestão de terceiros” dos ficheiros magnéticos:



Quadro n.º 13

VALOR TOTAL DAS FACTURAS POR COBRAR EM 31/12/2001

Euros

INSTITUIÇÕES	EM SUPORTE PAPEL	EM FICHEIRO MAGNÉTICO
Hospital Nossa Senhora do Rosário	8 454 658	10 339 686
Hospital de Santarém	8 948 014	8 948 014
Hospital S. Sebastião	3 584 899	3 471 934

- Os ficheiros do “módulo de gestão de terceiros” dos três hospitais não contêm todas as facturas por pagar que se encontram na listagem de facturas por pagar remetidas em suporte papel⁶³,

Quadro n.º 14

VALOR TOTAL DAS FACTURAS POR PAGAR EM 31/12/2001

Euros

INSTITUIÇÕES	EM SUPORTE PAPEL	EM FICHEIRO MAGNÉTICO
Hospital Nossa Senhora do Rosário	23 272 429	2 853 211
Hospital de Santarém	22 311 340	0
Hospital S. Sebastião	3 918 557	0

Face ao exposto, conclui-se que os ficheiros produzidos em suporte magnético e solicitados no âmbito da presente auditoria, não contêm a informação residente na base de dados das instituições necessária para a comparação entre os saldos finais, em 31/12/2001, do “módulo do razão geral” e os do “módulo da gestão de terceiros” de contas de terceiros (clientes, fornecedores e outros devedores e credores). Este facto impossibilitou a avaliação sobre a fiabilidade dos saldos de contas correntes de terceiros constantes do razão geral.

⁶³ Listagem extraída pelas instituições do “módulo da gestão de terceiros”.



VI ACOMPANHAMENTO E CONTROLO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTAL PELO IGIF E PELADGO

O acompanhamento e controlo da execução orçamental das instituições integradas no SNS é exercido pelo IGIF e a pela DGO nos termos das suas leis orgânicas⁶⁴.

6.1 IGIF

De acordo com o art.º 2.º da sua lei orgânica são atribuições do IGIF, entre outras, as seguintes:

- Contribuir para a correcta gestão dos recursos financeiros do SNS;
- Contribuir para a melhoria dos sistemas de organização e gestão das instituições e serviços integrados no SNS;
- Proceder à avaliação da gestão económico-financeira das instituições e serviços integrados no SNS e por ele financiados;
- Desenvolver sistemas de informação nos serviços do Ministério da Saúde.

Para prossecução das suas atribuições, o IGIF possui, entre outras, as seguintes competências:

- Em matéria de gestão económico-financeira:
 - Proceder ao acompanhamento e avaliação da execução orçamental das instituições e serviços de saúde (al. h) do n.º 1 do art.º 13.º);
 - Estabelecer um sistema de controlo financeiro e proceder à realização de auditorias financeiras nas instituições e serviços integrados e financiados pelo SNS (al. m) do n.º 1 do art.º 13.º);
- Em matéria de informática:
 - Assegurar, promover e coordenar a concepção e desenvolvimento de sistemas informáticos destinados às instituições e serviços do Ministério da Saúde (al. a) do n.º 2 do art.º 3.º);
 - Promover a adopção de medidas com vista à criação e utilização de normas e procedimentos comuns relativos a códigos, linguagem, documentação, segurança, confidencialidade e gestão de informática (al. c) do n.º 2 do art.º 3.º);
 - Prestar serviços de consultadoria e proceder a auditorias no âmbito dos serviços e organismos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (al. d) do n.º 2 do art.º 3.º).

Para o exercício das suas competências o IGIF solicita às instituições integradas no SNS informação (quer em suporte papel quer em suporte informático) que entende necessária para aferir a respectiva situação económico-financeira.

Todavia, de acordo com a avaliação efectuada no ponto V deste relatório, constatou-se que a informação económico-financeira remetida pelas instituições do SNS ao IGIF carece de integralidade e de fiabilidade.

Regista-se ainda que o IGIF não tem assegurado que a informação que lhe é prestada pelas instituições do SNS seja actualizada e definitiva⁶⁵.

⁶⁴ Decreto-Lei n.º 308/93, de 2-9 e Decreto-Lei n.º 344/98, de 6-11, respectivamente.



Verifica-se, assim, que o IGIF não tem vindo a exercer de forma completa e sistemática as suas competências em matéria de acompanhamento e controlo da execução orçamental das instituições. Assim:

- O IGIF não providencia no sentido de obter uma informação integral relativa à situação económico-financeira do conjunto das instituições integradas no SNS, uma vez que não solicita a estas, informação sobre os valores globais dos compromissos assumidos com reflexo na execução orçamental registados ou não na contabilidade geral, apesar de as instituições produzirem regularmente tal informação para remessa à DGO;
- O IGIF não valida a informação que lhe é remetida pelas instituições do SNS com vista à avaliação da sua fiabilidade⁶⁶, destacando-se que não exerce a sua competência legal de realização de auditorias financeiras;

De igual forma, o IGIF não tem dado cumprimento às normas legais que lhe cometem competências na área informática, destacando-se os seguintes aspectos:

- A aplicação informática de contabilidade (SIDC) desenvolvida pelo IGIF permite a produção de “outputs” económico-financeiros que, reportando-se a uma mesma data, contêm informação divergente sobre os mesmos elementos contabilísticos⁶⁷;
- A referida aplicação informática de contabilidade é susceptível de alterações por parte das instituições, uma vez que algumas das fórmulas subjacentes à produção de determinados “outputs” relativos à situação económico-financeira das instituições do SNS podem ser por estas alteradas o que torna imprescindível a realização por este Instituto de auditorias informáticas, com vista à correcção das irregularidades detectadas.
- Acresce que outras aplicações informáticas disponibilizadas pelo IGIF e cujos dados tem reflexos na área financeira, designadamente as aplicações relativas aos recursos humanos e ao aprovisionamento não estão integradas com a aplicação informática de contabilidade, uma vez que os dados não são actualizados “on line”. Este facto implica desactualização de informação e potencial ocorrência de erros ou omissões. Torna-se imprescindível para este efeito a realização de auditorias pelos órgãos de controlo interno;
- Nas justificações apresentadas pelas instituições para as divergências relatadas no ponto 5.2.1 ressaltam as dificuldades advenientes da utilização das aplicações informáticas do IGIF. Tal poderá advir do facto de o IGIF não prestar às instituições o necessário apoio técnico e ainda da inexistência de um manual de procedimentos completo e sistemático. Com efeito, detectou-se que as “normas técnicas” produzidas em 2000 e 2001 visam, na sua maioria, corrigir anomalias pontuais.

Relativamente a esta matéria, das alegações⁶⁸ do Conselho de Administração do IGIF, há a destacar o seguinte:

⁶⁵ Como se refere no ponto 7.3 do presente relatório, em Agosto de 2002, mais de 6 meses volvidos sobre o termo da execução orçamental de 2001 e mais de 2 meses após o termo do prazo para prestação de contas ao Tribunal de Contas, este Instituto não possuía dados definitivos para todas as instituições, já que para a ARS de Lisboa os dados são estimados e, para alguns hospitais distritais, os elementos são provisórios.

⁶⁶ Cfr. As divergências constatadas na informação definitiva prestada ao Tribunal de Contas (v. ponto 5.2.1 deste relatório)

⁶⁷ A título meramente exemplificativo, refere-se que o valor da receita cobrada pode divergir consoante se trate do MCO, do MCEO e do MFF. Para maiores desenvolvimentos v. ponto 5.2.1 deste relatório.



“(...) a situação económico-financeira do SNS não é apurada pelo IGIF é a que resulta dos documentos que lhe são enviados.”



“Se a situação financeira produzida pelo IGIF não é fidedigna, integral e consistente já que o não são os dados das Demonstrações Financeiras em que se baseia, também o relato de auditoria poderá estar em erro porque assenta nos mesmos pressupostos.”

“Reconhecemos que as instituições do Serviço Nacional de Saúde e o IGIF terão de procurar resolver algumas situações por forma a minimizar divergências (não explicáveis) entre os documentos produzidos.”

Estas alegações merecem-nos os seguintes comentários:

1. O IGIF, nos termos das alíneas h), i) e m) do art.º 13.º do Decreto-Lei n.º 308/93, de 2/9, deve:
 - “Proceder ao acompanhamento e avaliação da execução orçamental das instituições e serviços de saúde;
 - Proceder à revisão das contas dos serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde, propondo as correcções adequadas;
 - Estabelecer um sistema de controlo financeiro e proceder à realização de auditorias financeiras nas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (...).”
2. Relativamente aos défices a que chegou o Tribunal de Contas, a metodologia, os pressupostos e as condicionantes estão devidamente identificados no relatório. Se houvesse confiança razoável nos valores recolhidos, obviamente que as conclusões de auditoria não traduziriam um parecer adverso sobre a fidedignidade, a integralidade e a consistência da informação, nos termos em que é formulado. Apesar disso houve a tentativa de chegar a um valor o mais próximo possível da realidade, apesar das condicionantes identificadas.

O mérito do relato de auditoria é demonstrar a falta de fidedignidade da informação, dada a divergência dos valores apresentados pelos diversos mapas económico-financeiros.

As conclusões a que se chegou com a recolha de informação directamente das instituições permitiram questionar o défice apurado pelo IGIF.

3. O CA reconhece ainda a existência de divergências não explicáveis entre os documentos produzidos.

Afirma, ainda, o Conselho de Administração do IGIF que *“(...) nunca refere que os dados são definitivos, sobretudo os de final do ano, antes de realizar bastantes validações dos dados que lhe são presentes (...) Acrescenta, mais adiante, que “Os elementos serão definitivos, quando após múltiplas validações (e respectivas consequências) a que procedemos, for publicado relatório das contas globais que anualmente fazemos.”*



Não nos parece que tal procedimento seja correcto, já que após a aprovação das contas pelos órgãos competentes a informação é definitiva. As validações que o IGIF afirma realizar podem implicar que os dados ditos definitivos e que constituirão a base das contas globais não sejam coincidentes com as demonstrações financeiras aprovadas pelos órgãos competentes e apresentadas até 15 de Maio do ano subsequente, ao Tribunal de Contas.

6.2 DGO

A DGO integra-se no sistema de controlo interno da administração financeira do Estado⁶⁹ e “*tem por missão superintender na elaboração e controlo do Orçamento do Estado, na contabilidade pública e no controlo da legalidade, regularidade e economia da administração financeira do Estado*”⁷⁰. Estão-lhe, designadamente, cometidas as seguintes competências (art.º 2.º, n.º 1):

- Analisar, acompanhar e controlar a execução orçamental (al. c));
- Coordenar o sistema de gestão e de informação orçamental (al. g));
- Assegurar, no âmbito da elaboração do Orçamento do Estado, da contabilidade pública e da conta do sector público administrativo, a aplicação de metodologias que permitam procedimentos coerentes e o tratamento agregado da informação (al. s));
- Realizar auditorias internas no âmbito da administração financeira do Estado (al. i)).

Os decretos-lei de execução orçamental determinam quais os elementos que os serviços e fundos autónomos devem remeter à DGO, para efeitos de controlo sistemático e sucessivo da respectiva execução orçamental. Para o ano de 2001, os dados a fornecer encontram-se previstos no art. 42º do Decreto-Lei n.º 77/2001, de 5 de Março⁷¹.

Deve referir-se que se encontra abrangido nos documentos enviados pelas instituições ao abrigo dos referidos diplomas o “Mapa de Controlo da Execução Orçamental”, destinado a evidenciar a integralidade das operações de execução orçamental, incluindo todos os encargos assumidos⁷², ainda que não relevados na contabilidade.

Daqui decorre que a DGO deveria obter por esta via informação integral relativa à situação económico-financeira de cada uma das instituições que integram o SNS.

A 12ª Delegação da DGO produziu sobre o período de 1-1-98 a 30-6-2001 relatórios sobre a execução orçamental do SNS⁷³, alertando⁷⁴ para a inconsistência e consequente falta

⁶⁹ Art.º 1.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 344/98, de 6 de Novembro.

⁷⁰ N.º 1 do art.º 1.º do mencionado diploma legal.

⁷¹ Acresce que, em complemento dos diplomas que disciplinam a execução orçamental, o Despacho n.º 5956/2001 do Secretário Adjunto e do Orçamento, publicado no DR, II S, n.º 71, de 24-03-2001, veio impedir a DGO de proceder à apreciação, entre outros, dos processos de requisição de fundos provenientes de serviços e fundos autónomos que não cumprissem o dever de remessa à DGO dos elementos contabilísticos acima mencionados.

⁷² Esta informação consta exclusivamente deste Mapa, não sendo reflectida em qualquer outra demonstração financeira.

⁷³ A 12ª Delegação não havia produzido, até ao termo do trabalho de campo da presente auditoria, o relatório de execução orçamental do SNS relativo ao período de 1-7-2001 a 31-12-2001.



de fidedignidade da informação transmitida pelas instituições através do “Mapa de Controlo da Execução Orçamental”.

Não se constatou todavia que a DGO tenha diligenciado no sentido de apurar junto das instituições do SNS os valores correctos da totalidade dos encargos assumidos, designadamente através de solicitação de correcção dos valores inicialmente remetidos ou da realização de auditorias, financeiras ou informáticas neste âmbito.

Por não considerar fiáveis os dados enviados pelas instituições e relativos à totalidade dos compromissos assumidos pelas mesmas, a DGO tem-se limitado a não fazer uso dos referidos dados, não exercendo portanto totalmente as suas competências.

No que diz respeito ao apuramento da situação económico-financeira global do SNS a DGO solicita ao IGIF os elementos necessários os quais enfermam das deficiências já mencionadas no ponto 6.1, não procedendo a qualquer validação dos mesmos.

⁷⁴ .Cfr. informações n.ºs 297/98, de 15/9, 310/99, de 15/9, 27/00, de 31/05, 119/01, de 5/7, 136/00 e 146/01 ao Secretário de Estado do Orçamento.



VII OS DÉFICES DO SNS

Não obstante a análise realizada no ponto VI ter revelado falta de fiabilidade dos elementos económico-financeiros residentes nas bases de dados das instituições integradas no SNS, apresenta-se neste ponto a metodologia adoptada e os cálculos efectuados no sentido de evidenciar os défices do SNS de acordo com os dados disponibilizados.

7.1 METODOLOGIA ADOPTADA

Para o cálculo dos défices do SNS, em 31/12/2001, foram considerados os dados disponibilizados pelas 112 instituições, relevados e não relevados na contabilidade, no âmbito da presente auditoria.

Os valores da receita e da despesa relevados na contabilidade de 2001 foram os dados definitivos disponibilizados por todas as instituições à excepção da ARSLVT que disponibilizou dados provisórios.

Para apuramento do valor da despesa realizada não relevada na contabilidade em 2001, foi solicitado às instituições, no âmbito da presente auditoria, informação nesse sentido. O quadro infra evidencia a informação que foi possível obter das instituições relativamente aos encargos assumidos em 2001 com factura emitida em 2001, cujo valor não se encontra relevado na contabilidade.

Quadro n.º 15

DESPESA REALIZADA EM 2001 E NÃO RELEVADA NA CONTABILIDADE EM 31/12/2001⁷⁵

Instituições	N.º instituições que prestaram informação	Valor da despesa (Milhares de Euros)		
		Com instituições integradas no SNS (1)	Com Fornecedores Externos ao SNS (2)	TOTAL (3)=(1)+(2)
ARS	4	5	231	236
H Centrais	13	287	5 053	5 340
H Distritais	6	0	181	181
H Nível I	4	5	67	72
IPO e H. Psiquiátricos	1	0	267	267
Outros	1	0	41	41
TOTAL	29	297	5 840	6 137

5 Instituições não remeteram os mapas solicitados (Hospital S. Pedro, Hospital Peso da Régua, Hospital Distrital de Lagos, Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Hospital Cândido de Figueiredo) e 5 Instituições não indicaram quaisquer valores alegando que não têm meios disponíveis que lhes permita prestar a informação solicitada (Hospital Geral de Santo António, Hospital Amato Lusitano, Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo, Hospital Francisco Zagalo e Centro de Histocompatibilidade do Norte).

Fonte: Informação prestada pelas instituições no âmbito da presente auditoria (Informação n.º 1 do Mapa V - Encargos Assumidos - Anexo 14 - Vol. III).

Conforme se verifica do quadro supra, apenas 29 das 112 instituições remeteram informação sobre o valor dos encargos assumidos em 2001, cujas facturas também foram

⁷⁵ A este valor acrescem encargos assumidos em 2001 sem factura emitida em 2001. Cfr. Quadro n.º 25.



emitidas em 2001 e não se encontravam relevadas na contabilidade de 2001. O volume financeiro apurado foi considerado para cálculo do défice económico e financeiro do SNS correspondendo à parcela de “ Despesa não relevada na contabilidade”.

Relativamente às alegações do Conselho de Administração do IGIF sobre a metodologia utilizada para os cálculos do Tribunal de Contas e particularmente à consideração de que “(...) *na verdade o IGIF não aumentou a despesa de 2001 com os compromissos que só foram relevados em 2002, mas também não corrigiu a despesa de 2001, retirando as despesas contabilizadas que eram de anos anteriores*”, convirá salientar, designadamente, o seguinte:

De acordo com as regras de elaboração e de execução orçamental, “os encargos relativos a anos anteriores serão satisfeitos por conta das verbas adequadas do orçamento que estiver em vigor no momento em que for efectuado o seu pagamento” pelo que “o montante global dos encargos transitados de anos anteriores deve estar registado nos compromissos assumidos (...)”.(Cfr. art.º 34.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28/7).

Face ao exposto, mantém-se a metodologia relativa ao apuramento dos encargos assumidos, considerando-se incorrecto o procedimento referido pelo IGIF na sua observação por desrespeitar a disciplina financeira em que se enquadra aquela execução orçamental.



7.2 DÉFICE ECONÓMICO DO SNS

Com o cálculo do défice económico do SNS pretende-se evidenciar a capacidade de financiamento das instituições do SNS através das receitas geradas directamente pela sua actividade e das receitas provenientes do Orçamento do Estado no exercício de 2001.

A informação considerada foi a seguinte:

Quadro n.º 16

Milhares Euros

		N.º DA PARCELA DO QUADRO N.º 17	INFORMAÇÃO CONSIDERADA	FONTE DE INFORMAÇÃO
Receita Total		1	Valor da receita total emitida no exercício de 2001 e relativa ao exercício de 2001 R 5 318 645 cobrada R por cobrar 551 212 R Total 5 869 857	Mapa I (anexo 3 – Vol. III) (1)
		3	Valor da receita total emitida relativa a anos anteriores mas registada pela primeira vez em 2001. Conta 797 78 151	Mapa X (anexo 12 – Vol. III)
Despesa Total Realizada	Despesa relevada na contabilidade	2	Valor da despesa total realizada no exercício de 2001 e relativa ao exercício de 2001 D paga 4 888 483 D por pagar 1 942 867 D Total 6 831 350	Mapa II (anexo 4 – Vol. III) (2)
		4	Valor da despesa total realizada relativa a anos anteriores mas registada pela primeira vez em 2001 Conta 697 226 66	Mapa X (anexo 12 – Vol. III)
	Despesa não relevada na contabilidade	5	Valor da despesa total realizada com factura emitida em 2001 e não relevada na contabilidade de 2001 6 137	Quadro n.º15 do relatório
Consolidação	Receita	9	Valor da facturação emitida pelas instituições do SNS a outras instituições do SNS contabilizadas no ano de 2001 338 202	Mapa IX (anexo 11 – Vol. III)
	Despesa	10	Valor da facturação emitida às instituições do SNS por outras instituições do SNS contabilizadas no ano de 2001 282 577	Mapa IX (anexo 11 – Vol. III)
		11	Valor das facturas emitidas às instituições do SNS por outras instituições do SNS, em 2001, e não relevadas na contabilidade 297	Quadro n.º15 do relatório

- (1) O valor da receita cobrada da ARSLVT foi corrigido, para mais, no que se refere ao subsídio de exploração para o valor correspondente ao transferido pelo IGIF para aquela instituição, no ano de 2001, em virtude de os dados provisórios remetidos por esta instituição não contemplarem o valor total do montante transferido. O valor da receita cobrada do IGIF foi corrigido, para menos, no valor correspondente às transferências efectuadas para as instituições e, para mais, no valor correspondente à receita cobrada respeitante ao protocolo celebrado com a APIFARMA e contabilizado como reposição abatida nos pagamentos, no ano de 2001. Cfr. ponto 11.1 do presente relatório.
- (2) O valor da despesa paga da ARSLVT foi corrigido, para mais, no que se refere ao subsídio de exploração, para o valor correspondente ao transferido pelo IGIF para aquela instituição, no ano de 2001.



O valor da despesa paga do IGIF foi corrigido, para menos, no valor correspondente às transferências efectuadas para as instituições e, para mais, no valor correspondente à receita cobrada respeitante ao protocolo celebrado com a APIFARMA e contabilizado como reposição abatida nos pagamentos, no ano de 2001. Cfr. ponto 11.1 do presente relatório.

De acordo com a informação considerada o défice económico do SNS, em 31/12/2001, foi o seguinte:

Quadro n.º 17

DÉFICE ECONÓMICO DO SNS EM 31/12/2001

Milhares de Euros

1	Receita Total do Exercício	5.869.857
2	Despesa Total do Exercício	6.831.350
3	Receita Total de Anos Anteriores	78.151
4	Despesa Total de Anos Anteriores	66.226
5	Despesa não Relevada na Contabilidade	6.137
6	Défice no Exercício (1+3-2-4)	949.568
7	Défice Oculto (5)	6.137
8	Défice Total (6+7)	955.705
9	Receita Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições em 2001)	338.202
10	Despesa Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições em 2001)	282.577
11	Despesa não Relevada na Contabilidade (Inter-Instituições do SNS)	297
12	Défice Total Consolidado (8+9-10-11)	1.011.033

Nota: ARSLVT Cfr.. Nota 3 do Sumário Executivo – Volume I

Da análise do quadro n.º 17 verifica-se que a receita total das instituições não foi suficiente para fazer face à despesa total das mesmas, constatando-se que foram realizadas despesas de montante superior em 16% à receita total. Tal facto contribuiu para o agravar o endividamento das instituições integradas no SNS.

Como informação complementar, deve referir-se que as empresas associadas da APIFARMA cederam ao Estado créditos sobre as instituições do SNS no valor de 13 310 milhares de euros, em 2001⁷⁶, no âmbito do Protocolo analisado no ponto 11.1 do presente relatório. As correspondentes dívidas das instituições àquelas empresas foram consideradas extintas na contabilidade das instituições, ao abrigo das instruções fornecidas na circular n.º 1, de 24/05/2000, do IGIF, não se encontrando os valores correspondentes incluídos no valor da despesa total do quadro n.º 17.

⁷⁶ Valores contabilizados, na conta 79882 – Proveitos e Ganhos Extraordinários – Protocolo com a APIFARMA, nas instituições, em 2001 (Mapa X – anexo 12 – Vol. III).



7.3 DÉFICE FINANCEIRO DO SNS

A situação financeira do SNS reportada a 31/12/2001 e disponibilizada, pelo IGIF, em Agosto de 2002, no âmbito da presente auditoria foi a seguinte:

Quadro n.º 18

**“SITUAÇÃO FINANCEIRA DE 2001 PROVISÓRIA
(EM JULHO de 2002)”**

Milhares Euros

	Valores consolidados	Valores não consolidados
Receita Cobrada do Exercício	5.293.014	5.314.063
Despesa Total do Exercício	6.538.083	6.798.231
Déficé do Exercício	1.245.069	1.484.168
Saldo inicial	163.541	163.541
Correcções de Anos Anteriores - Receita	256.083	335.202
Correcção de Anos Anteriores - Despesa	717.631	912.895
Déficé de Anos Anteriores	298.007	414.152
Déficé Acumulado	1.543.076	1.898.320

“Nota: A ARS de Lisboa é estimada e alguns hospitais distritais ainda são elementos provisórios. Consolidaram-se todas as contas em que houve movimentos de fluxos inter-instituições, com informação recolhida das instituições”.

Fonte: IGIF

O valor da despesa considerada na situação financeira calculada pelo IGIF não inclui o valor da despesa que transitou e que foi paga no ano de 2001 através do processo de “regularização de responsabilidades”.

No âmbito da presente auditoria, para o cálculo do défice financeiro reportado à mesma data consideraram-se os dados disponibilizados pelas 112 instituições, e, ainda, o valor transferido pela DGT relativo ao processo de “regularização de responsabilidades”⁷⁷. A informação considerada foi a seguinte:

⁷⁷ Para maiores desenvolvimentos sobre a matéria v. ponto X deste relatório.



Tribunal de Contas

6.

Quadro n.º 19⁷⁸

Milhares de Euros

		N.º DA PARCELA DO QUADRO N.º 20	INFORMAÇÃO CONSIDERADA	FONTE DE INFORMAÇÃO	
Receita Cobrada	Total	1	Valor da receita cobrada no exercício de 2001 e relativa ao exercício de 2001	5 318 645	Mapa I (anexo 3 – Vol. III) (1)
		4	Valor da receita cobrada no exercício de 2001 e relativa a anos anteriores	337 013	Mapa I (anexo 3 – Vol. III)
		3	Saldo Inicial de “fundos próprios” de 2001	164 361	Mapa I (anexo 3 – Vol. III)
Despesa Total Realizada	Despesa relevada na contabilidade orçamental de “fundos próprios” e na contabilidade patrimonial	2	Valor da despesa total realizada no exercício de 2001 e relativa ao exercício de 2001	D paga 4 888 483 D por pagar 1 942 867 D Total 6 831 350	Mapa II (anexo 4 – Vol. III) (2)
		5	Valor da despesa total realizada no exercício de 2001 relativa a anos anteriores e despesa realizada em anos anteriores que transitou em dívida para 2001	D paga 691 720 D por pagar 201 078 D Total 892 798 (3)	Mapa II (anexo 4 – Vol. III)
	Despesa relevada na contabilidade patrimonial	6	Valor de despesa paga com verbas transferidas pela DGT no âmbito do processo de “regularização de responsabilidades”	1 446 514	Despacho Conjunto do MF e do MS n.º 791-A/2001 (DR. II S., de 22/08)
	Despesa não relevada na contabilidade orçamental nem na contabilidade patrimonial	7	Valor da despesa total realizada com factura emitida em 2001 e não relevada na contabilidade de 2001	6 137	Quadro n.º15 do relatório
	Consolidação	Receita	15	Receita cobrada do exercício (Inter-Instituições)	21 049
16			Receita cobrada de exercícios anteriores (Inter-Instituições)	79 119	IGIF
Despesa		17	Despesa total do exercício (Inter-Instituições)	260 148	IGIF
		18	Despesa total de anos anteriores (Inter-Instituições)	195 264	IGIF
		19	Despesa total não relevada na contabilidade (Inter-Instituições)	297	Quadro n.º15 do relatório

(1) O valor da receita cobrada da ARSLVT foi corrigido, para mais, no que se refere ao subsídio de exploração para o valor correspondente ao transferido pelo IGIF para aquela instituição, no ano 2001, em virtude de os dados provisórios remetidos por esta instituição não contemplarem o valor total do montante transferido. O valor da receita cobrada do IGIF foi corrigido, para menos, no valor correspondente às transferências efectuadas para as instituições e, para mais, no valor correspondente à receita cobrada respeitante ao protocolo celebrado com a APIFARMA e contabilizado como reposição abatida nos pagamentos, no ano de 2001. Cfr. ponto 11.1 do presente relatório.

⁷⁸ Foram tidas em conta as observações do IGIF, evidenciando-se elementos que permitam efectuar consolidação em todos os défices apresentados.



- (2) O valor da despesa paga da ARSLVT foi corrigido, para mais, no que se refere ao subsídio de exploração, para o valor correspondente ao transferido pelo IGIF para aquela instituição, no ano de 2001.
O valor da despesa paga do IGIF foi corrigido, para menos, no valor correspondente às transferências efectuadas para as instituições e, para mais, no valor correspondente à receita cobrada respeitante ao protocolo celebrado com a APIFARMA e contabilizado como reposição abatida nos pagamentos, no ano de 2001. Cfr. ponto 11.1 do presente relatório.
- (3) O valor de despesa que transitou em dívida para 2001 e foi paga no ano de 2001 no âmbito do processo de “regularização de responsabilidades” não se encontra incluído neste valor.



De acordo com a informação considerada o défice financeiro do SNS, em 31/12/2001, foi o seguinte:

Quadro n.º 20

DÉFICE FINANCEIRO DO SNS EM 31/12/2001

Milhares de Euros

1	Receita Cobrada do Exercício	5.318.645
2	Despesa Total do Exercício	6.831.350
3	Saldo Inicial	164.361
4	Receita Cobrada de Exercícios Anteriores	337.013
5	Despesa Total de Anos Anteriores	892.798
6	Regularizações de Responsabilidades	1.446.514
7	Despesa não Relevada na Contabilidade	6.137
8	Receita Total Cobrada em 2001 (1+3+4)	5.820.019
9	Despesa Total Acumulada em 2001 (2+5+6+7)	9.176.799
10	Défice do Exercício (1-2)	1.512.705
11	Défice de Anos Anteriores (3+4-5)	391.424
12	Défice Acumulado (10+11)	1.904.129
13	Défice Oculto (6+7)	1.452.651
14	Défice Total (12+13)	3.356.780
CONSOLIDAÇÃO ⁷⁹		
15	Receita Cobrada do Exercício (Inter-instituições)	21.049
16	Receita Cobrada de Exercícios Anteriores (Inter-instituições)	79.119
17	Despesa Total do Exercício (Inter-instituições)	260.148
18	Despesa Total de Anos Anteriores (Inter-instituições)	195.264
19	Despesa Total não Relevada na Contabilidade (Inter-instituições)	297
20	Défice do exercício Consolidado (10+15-17)	1.273.606
21	Défice de Anos Anteriores Consolidado (11+16-18)	275.279
22	Défice Acumulado Consolidado (20+21)	1.548.885
23	Défice Oculto Consolidado (13-19)	1.452.354
24	Défice Total Consolidado (22+23)	3.001.239

Nota: ARSLVT Cfr.. Nota 3 do Sumário Executivo – Volume I

A despesa realizada no ano de 2001 acrescida dos montantes que transitaram em dívida de anos anteriores ultrapassou em 58% o valor da receita cobrada inscrita nos orçamentos de “*Origem de fundos próprios*” das instituições.

Tal como em anos anteriores, em 2001⁸⁰ ocorreu um processo de “*regularização de responsabilidades*” com recurso à emissão de dívida pública. As transferências dos correspondentes fundos para as instituições não foram objecto de inscrição nem no Orçamento de Estado nem nos orçamentos de “*Origem de fundos próprios*” das instituições⁸¹. O pagamento de dívidas a fornecedores externos ao abrigo deste processo de regularização efectuou-se nas instituições por operações extra-orçamentais.

De facto, este procedimento não é reflectido na contabilidade orçamental de “*fundos próprios*” das instituições e, conseqüentemente, na Conta Geral do Estado, dado que o montante de despesa paga com verbas oriundas de “*regularização de responsabilidades*” não é reflectida nesta conta como despesa. Se os valores destinados às regularizações tivessem sido inscritos nos mapas do Orçamento do Estado e nos orçamentos das instituições de “*fundos próprios*” a despesa seria paga por operações

⁷⁹ Foram tidas em conta as observações do IGIF, expressando-se valores consolidados em todos os défices apresentados.

⁸⁰ Também em 2002 ocorreu um processo de regularização de responsabilidades de anos anteriores, no valor de 444 milhões de Euros, previsto no art.º 60.º da Lei n.º 109-B/2001, de 27/12, que aprovou o Orçamento do Estado para 2002.

⁸¹ Estes montantes encontram-se inscritos nos orçamentos de fundos alheios das instituições.



orçamentais e seria reflectida na Conta Geral do Estado, implicando um aumento do défice, uma vez que a receita utilizada para cobrir a referida despesa é uma receita não efectiva.

O facto de as transferências de fundos e de os respectivos pagamentos se efectuarem através de operações extra-orçamentais origina que estes fluxos apenas sejam evidenciados na contabilidade patrimonial das instituições.

Por outro lado, o perdão de dívidas ao abrigo dos Protocolos celebrados com os SAMS e a APS⁸² permitiu que deixasse de ser cobrado o montante global de 6445 milhares de euros (6 020 + 425, respectivamente), tendo, nessa medida, contribuído para o agravamento do défice financeiro⁸³.

O total de créditos que se encontrava por cobrar, em 31/12/2001, pelas instituições do SNS, ascendia a 945 252 milhares de euros. Contudo, mesmo que todos os créditos tivessem sido cobrados, tal não seria suficiente para atingir o saldo nulo ou positivo das contas das instituições que integram o SNS.

No quadro seguinte pode-se observar o total da receita por cobrar por tipo de devedor:

Quadro n.º 21

RECEITA POR COBRAR EM 31/12/2001

Milhares de Euros

Devedores		Até 31/12/2000	De 2001	TOTAL	%
		(1)	(2)	(3)=(1)+(2)	
1 - Instituições do SNS:					
ARS		44.698	62.177	106.875	11
Hospitais		69.872	207.053	276.925	29
Outros Serviços SNS		6.269	22.101	28.370	3
Sub-total 1	a)	120.895	291.371	412.266	44
	b)	10	0	10	0
2- Outras instituições do Estado					
3 - ADSE		14.918	7.735	22.653	2
4 - ADSE		34.948	146.796	181.744	19
4 - Forças Armadas		5.352	16.420	21.772	2
5 - Forças Militarizadas		50.770	31.713	82.483	9
6 - SAMS		26.835	6.126	32.961	3
7 -CTT/Telecom		792	3.888	4.680	0
8 - Serviços Sociais		2.779	5.929	8.708	1
9 - Outros Subsistemas		4.503	954	5.457	1
10 - Companhias de Seguros		64.794	29.622	94.416	10
11 - Outros		56.916	21.196	78.112	8
Sub-total 2		262.607	270.379	532.986	56
TOTAL		383.502	561.750	945.252	100

a) O total não corresponde com a soma das 3 parcelas porque o Hospital Santa Maria Maior não desagregou a informação relativa às instituições do SNS.

b) Valor não considerado na soma do mapa enviado pelo Hospital S. José de Fafe. (Instituição não integrada na amostra do pedido de esclarecimentos).

Fonte: Informação prestada pelas 112 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapa III – Anexo 5 – Vol. III)

⁸² Para mais desenvolvimentos sobre a matéria v. ponto 11.2 do presente relatório.

⁸³ V.nota de rodapé n.º 176.



De destacar que grande parte dos créditos detidos pelas instituições (44%) têm como sujeitos passivos outras instituições do SNS e que o seu recebimento não implicaria qualquer reflexo no défice, pois o que seria receita para umas seria despesa para outras. Diferentemente, e com efeito positivo, contribuiria a cobrança dos créditos que têm como sujeitos passivos entidades externas ao SNS (56%) em especial a ADSE, as Companhias de Seguros e as Forças Militarizadas que se apresentam como os maiores devedores ao SNS, em termos de volume financeiro.

Analisando a antiguidade das receitas por cobrar, verifica-se que 41% do volume total das mesmas foram constituídas até 31/12/2000. No que respeita aos devedores externos ao SNS, a receita por cobrar constituída até 30/12/2000 representa 49% do total em dívida em 31/12/2001, residindo as maiores dificuldades na cobrança às Forças Militarizadas, aos SAMS, às Companhias de Seguros, a Outras instituições do Estado e ainda aos Outros Devedores, dado que apresentam valores reportados a 31/12/2000 superiores aos valores dos créditos por cobrar constituídos em 2001 (quadro n.º 21) e existem créditos concedidos a estes devedores num número considerável de instituições há mais de 5 anos (quadro n.º 22).

Quadro n.º 22

ANTIGUIDADE DOS CRÉDITOS SOBRE TERCEIROS

Devedores	N.º de instituições										
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1 - Instituições do SNS											
ARS	2	0	2	4	5	4	7	10	15	19	23
Hospitais	2	5	4	10	15	11	18	13	20	25	26
Outros Serviços SNS	0	1	2	4	3	5	3	6	4	9	11
2 - Outras Instituições Estado	6	8	11	16	17	29	28	28	34	37	45
3 - ADSE	1	1	1	3	3	7	9	12	11	14	21
4 - Forças Armadas	1	0	1	3	4	6	14	7	10	11	20
5 - Forças Militarizadas	1	0	4	6	7	8	10	13	12	16	19
6 - SAMS	1	1	3	4	6	8	6	17	27	29	38
7 - CTT/TELECOM	1	0	4	1	3	3	9	12	12	19	21
8 - Serviços Sociais	2	1	4	5	3	6	11	11	11	18	25
9 - Outros Subsistemas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - Companhias de Seguros	5	10	15	22	25	31	39	39	39	45	46
11 - Outros	9	8	17	26	26	33	38	40	47	46	49

Fonte: Listagens de facturas por cobrar das instituições que compõem a amostra (69) no âmbito da presente auditoria.

A falta de controlo, por parte das instituições, sobre o valor dos créditos que detêm sobre terceiros pode resultar em perda de receita, a avaliar pela antiguidade dos créditos apresentados no quadro supra. Alguns destes créditos podem encontrar-se prescritos por, eventualmente, os processos – extra-judiciais ou judiciais - tendentes à sua cobrança não terem sido atempadamente desencadeados.

A despesa total realizada e relevada na contabilidade foi calculada com base na informação que consta do mapa de fluxos financeiros (Mapa II) disponibilizada pelas instituições e totaliza o montante de 7 724 148 milhares de euros (6 831 350 + 892 798). Desta despesa, 2 143 945 milhares de euros encontravam-se por pagar, em 31/12/2001.

Porém, o valor da despesa por pagar, em 31/12/2001, recolhido através dos saldos de contas correntes de terceiros e que se encontra evidenciado no quadro n.º 23 ascende a



2 145 220 milhares de euros. As diferenças entre estes dois valores são justificadas pelas divergências constatadas no ponto V deste relatório.

Encontrava-se, ainda, por pagar, em 31/12/2001, 6137 milhares de euros de despesa realizada e não relevada na contabilidade, em 2001, sendo 5 840 milhares de euros referente a credores externos ao SNS.

As deficiências da informação prestada pelas instituições condicionam o cálculo correcto do valor da despesa por pagar relevada na contabilidade das instituições influenciando, deste modo, o valor da despesa total (despesa paga + despesa por pagar) pois é com base nesta informação que o IGIF procede ao cálculo da situação financeira do SNS que comunica à DGO.

O quadro seguinte evidencia o total de despesa por pagar, em 31/12/2001, por tipo de credor:

Quadro n.º 23

DESPESA POR PAGAR EM 31/12/2001

Milhares de Euros

Credores	Até 31/12/2000 (1)	De 2001 (2)	TOTAL (3)=(1)+(2)	%
1 - Instituições do SNS:				
ARS	5.669	149.652	155.321	7
Hospitais	49.908	71.282	121.190	6
Outros Serviços SNS	11.186	12.873	24.059	1
Sub-total 1 a)	66.764	242.070	308.834	14
2 - Outras Entidades do Estado	4.408	5.869	10.277	0
3 - Fornecedores - Compras	87.874	665.118	752.992	35
4 - Fornecedores - Imobilizado	8.290	46.543	54.833	3
5 - Fornecimentos e serviços:				
5.1 - Convencionados (ARS)	2.132	228.499	230.631	11
5.2 - Farmácias (ARS)	0	604.114	604.114	28
5.3 - Outros	17.909	120.510	138.419	6
6 - Pessoal	4.266	10.152	14.418	1
7 - Outros	14.676	16.026	30.702	1
Sub-total 2	139.555	1.696.831	1.836.386	86
TOTAL	206.319	1.938.901	2.145.220	100

a) O valor do sub-total 1 não corresponde à soma das três parcelas porque o Hospital de S. João não disponibilizou informação desagregada mas apenas por valores globais.

Fonte: Informação prestada pelas 112 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapa IV – Anexo 6 – Vol. III)

A despesa por pagar inter-instituições do SNS representa apenas 14% do total da despesa por pagar em 31/12/2001. A despesa por pagar perante os credores externos ao SNS é a mais significativa (86%) comprometendo significativamente o orçamento de 2002.

O maior volume destes últimos débitos está concentrado nos fornecedores de medicamentos e de material de consumo clínico (35%), produtos adquiridos essencialmente pelos hospitais; os débitos das farmácias como fornecedoras de todos os medicamentos e outros produtos farmacêuticos por via do receituário médico prescrito aos utentes do SNS, em regime de ambulatório, representam 28% dos débitos; os prestadores



privados de serviços em regime de convenção representam, ainda, um significativo peso (11%) na estrutura dos credores do SNS.

Analisando a antiguidade da despesa por pagar das instituições integradas no SNS, em 31/12/2001, verifica-se que 10% do respectivo volume financeiro constituiu despesa por pagar gerada até 31/12/2000, não obstante ter havido um processo de “*regularização de responsabilidades*” face a credores externos ao SNS e um processo de regularização de dívidas inter-instituições do SNS, em 2001.

Como informação complementar, deve referir-se que as empresas associadas da APIFARMA cederam ao Estado créditos sobre as instituições do SNS no valor de 13 310 milhares de Euros, em 2001, no âmbito do Protocolo analisado no ponto 11.1 deste relatório. As correspondentes dívidas das instituições àquelas empresas foram consideradas extintas na contabilidade das instituições, ao abrigo das instruções fornecidas na circular n.º 1, de 24/05/2000, do IGIF, não se encontrando este valor incluído no valor da despesa total acumulada em 2001 constante do quadro n.º 20.

Relativamente à observação do Conselho de Administração do IGIF sobre a inclusão no cálculo do défice financeiro do valor da despesa realizada e paga através do processo de “Regularização de Responsabilidades” salienta-se que, em consonância com as observações formuladas no capítulo X – “Regularização de responsabilidades perante credores externos”, uma análise integral do défice financeiro do SNS deve evidenciar as operações que, de acordo com a disciplina orçamental, deveriam ter sido relevadas como operações orçamentais e o não foram.



VIII ENCARGOS ASSUMIDOS PELO SNS SEM DOTAÇÃO ORÇAMENTAL

Para além do valor da despesa realizada em 2001, constante das demonstrações financeiras das instituições, foi ainda solicitado, no âmbito da presente auditoria, o valor dos encargos assumidos nesse ano e não relevado contabilisticamente em 2001, para efeitos do cálculo da totalidade dos encargos assumidos.

O quadro infra evidencia a informação que foi possível obter das instituições relativamente a encargos assumidos e não relevados na contabilidade.

Quadro n.º 24

INSTITUIÇÕES QUE PRESTARAM INFORMAÇÃO NO MAPA V – ENCARGOS ASSUMIDOS

INSTITUIÇÕES	N.º de instituições				
	Sem indicação de qualquer valor de encargos assumidos*	Indicação de valores com encargos assumidos e factura emitida em 2001 e não relevada na contabilidade	Indicação de encargos assumidos em 2001 sem factura emitida em 2001	Indicação de valores com encargos assumidos e factura emitida em 2001 e não relevada na contabilidade + Indicação de encargos assumidos em 2001 sem factura emitida em 2001	TOTAL
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(1)+(2)+(3)+(4)
ARS	1	0	0	4	5
Hospitais Centrais	5	2	5	11	23
Hospitais Distritais	15	1	19	5	40
Hospitais Nível I	8	1	9	3	21
IPO Psiquiátricos	6	0	6	1	13
Outros S. Autónomos	6	0	3	1	10
TOTAL	41	4	42	25	112

* 5 Instituições não remeteram os mapas solicitados (Hospital S. Pedro, Hospital Peso da Régua, Hospital Distrital de Lagos, Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Hospital Cândido de Figueiredo) e 5 Instituições não indicaram quaisquer valores alegando que não têm meios disponíveis que lhes permita prestar a informação solicitada (Hospital Geral de Santo António, Hospital Amato Lusitano, Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo, Hospital Francisco Zagalo e Centro de Histocompatibilidade do Norte).

Fonte: Informação prestada pelas instituições no âmbito da presente auditoria (Mapa V - Anexo 14 – Vol. III)

Ressalta do quadro n.º 24 que, das 112 instituições, 41 não indicaram qualquer valor relativo a encargos assumidos não registados na contabilidade e que apenas 25 forneceram valores relativamente a todos os elementos solicitados.

O volume financeiro que, com as lacunas enunciadas, foi possível apurar, atinge os valores discriminados no quadro n.º 25.

Quadro n.º 25

ENCARGOS ASSUMIDOS EM 2001 NÃO RELEVADOS NA CONTABILIDADE

Milhares de Euros

Tipo Encargos	Instituições integradas no SNS (1)	Fornecedores externos ao SNS (2)	TOTAL (3)=(1)+(2)
Encargos Assumidos com factura emitida em 2001 e não relevada na contabilidade a)	297	5.840	6.137
Encargos Assumidos em 2001 sem factura emitida em 2001 b)	5.294	37.572	42.866
TOTAL	5.591	43.412	49.003

a) Informação n.º 1 do Mapa V- Encargos Assumidos



b) Informações n.ºs 2, 3 ou 4 do Mapa V – Encargos Assumidos

Fonte: Informação prestada pelas instituições no âmbito da presente auditoria (Mapa V - Anexo 14 – Vol. III).

Pode constatar-se através dos elementos fornecidos pelas instituições no âmbito da presente auditoria que os valores de encargos assumidos com reflexo na execução orçamental de 2001 ultrapassam largamente o valor da despesa orçamentada em 2001.

Quadro n.º 26

TOTAL DE ENCARGOS ASSUMIDOS EM 2001

Milhares de Euros

Encargos assumidos relevados na contabilidade	Encargos assumidos relevados na contabilidade patrimonial e na contabilidade orçamental	Despesa total do exercício	6 831 350
		Despesa total de anos anteriores (incluindo valores que transitaram em dívida de anos anteriores)	892 798
	Encargos assumidos relevados na contabilidade patrimonial	Despesa paga através do processo de “regularização de responsabilidades”	1 446 514
	Sub-Total		9 170 662
Encargos assumidos não relevados na contabilidade		Encargos assumidos com factura emitida em 2001	6 137
		Encargos assumidos sem factura emitida em 2001	42 866
		Sub-Total	49 003
Total de encargos assumidos em 2001			9 219 665

Fonte: Quadros n.ºs 19 e 25 do presente relatório.

O quadro seguinte evidencia o excesso de encargos assumidos relativamente aos valores de receita inscritos no conjunto dos orçamentos finais das instituições do SNS. Não se consideraram nestes valores orçamentais de receita os decorrentes da inscrição da conta 265, por se tratar de uma receita fictícia.

Quadro n.º 27

ENCARGOS ASSUMIDOS SEM DOTAÇÃO ORÇAMENTAL EM 2001

(excluindo os valores inscritos na conta 265 -orçamento final)

Milhares de Euros

1	Receita Orçamentada	6.472.698
2	Total de Encargos Assumidos	9.219.665
3	Total de Encargos Assumidos sem Dotação Orçamental (1-2)	2.746.967
4	% Encargos Assumidos sem Dotação Orçamental	42

Fonte: Quadros n.ºs 8 e 26 do presente relatório.



IX EVOLUÇÃO DO ENDIVIDAMENTO ENTRE 31/12/97 E 31/12/2001

Os relatórios da auditoria ao Serviço Nacional de Saúde (1.ª fase e final) produzidos pelo Tribunal de Contas em 1997 e 1999⁸⁴, evidenciam que a assunção de encargos sem a correspondente dotação orçamental e a ineficácia na cobrança de receita proveniente de serviços prestados pelas instituições que integram o SNS foram os principais factores que contribuíram para o acumular de passivos no período de 1994 a 1997.

Com o objectivo de proceder à análise da dívida do SNS, no período decorrido entre 31/12/97 a 31/12/2001, foram solicitados elementos às instituições. Da análise destes elementos constatou-se a existência de algumas incoerências⁸⁵. A conclusão a extrair destas incoerências é a de que, tal como a dívida apurada no ano de 2001, também a dívida apurada nos anos de 1997 a 2000 merece algumas reservas, atenta a falta de fiabilidade dos dados fornecidos por um número significativo de instituições (29%).

O resultado da agregação dos dados remetidos foi a seguinte:

Quadro n.º 28

EVOLUÇÃO DO ENDIVIDAMENTO DO SNS

	Milhares de Euros													
	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%	Δ % 98/97	Δ % 99/98	Δ % 00/99	Δ % 01/00
Dívida inter-instituições do SNS	90.631	8	106.605	6	199.332	13	345.766	14	308.834	14	18	87	73	-11
Dívida a credores externos ao SNS	1.094.070	92	1.774.443	94	1.306.985	87	2.088.473	86	1.836.386	86	62	-26	60	-12
TOTAL	1.184.701	100	1.881.048	100	1.506.317	100	2.434.239	100	2.145.220	100	59	-20	62	-12

Fonte: Informação prestada pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII - anexos 6, 9, 15 e 16 - Vol. III)⁸⁶

⁸⁴ Relatórios n.º 4/97 - 2.ª Secção e n.º 38/99 - 2.ª Secção.

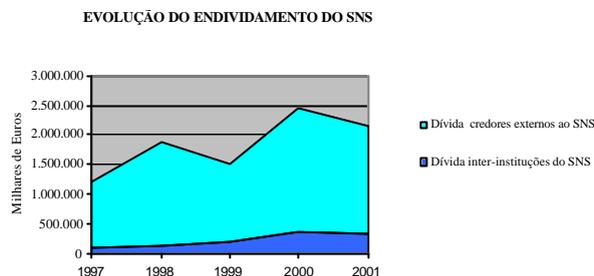
⁸⁵ Ex. Valores indicados no Mapa XI (dívidas das instituições em 31/12/98 que se encontravam contabilizadas nas demonstrações financeiras de 1998) por valores iguais ou superiores aos indicados no Mapa VII, coluna 2 (inclui débitos existentes nos registos contabilísticos em 31/12/98, bem como os registados nas peças contabilísticas de 1999 relativos a anos anteriores), quando a lógica deveria ser o inverso (anexo 25 - Vol. III); valor indicado na coluna 5 do Mapa VII (débitos gerados no ano de 1999 que se encontravam em dívida em 31/12/99) superior ao apurado na coluna 6 do mesmo mapa (soma dos valores em dívida de anos anteriores mais os valores em dívida inscritos na coluna 5), quando deveria ser o inverso (anexo 26 - Vol. III); Valores indicados no Mapa XII (dívidas das instituições em 31/12/2000 que se encontravam contabilizadas nas demonstrações financeiras do ano de 2000) iguais ou superiores aos indicados na coluna 1 do Mapa VIII, (inclui débitos existentes nos registos contabilísticos em 31/12/2000, bem como os registados nas peças contabilísticas de 2001 relativos a anos anteriores quando deveria acontecer o contrário (anexo 27 - Vol. III).

⁸⁶ **Dívida de 1997** - Mapa VII (coluna 1). Não inclui quaisquer dívidas do Hospital João Crisóstomo porque o hospital não prestou informação alegando problemas de ordem informática. Não inclui as dívidas a instituições do SNS do Hospital Garcia de Orta, alegando o hospital não poder prestar informação em tempo útil. As dívidas do Hospital Padre Américo, do Hospital de S. José e das Sub-regiões de Saúde de Setúbal e de Santarém a outras instituições do SNS encontram-se incluídas nas dívidas a fornecedores externos ao SNS, alegando as instituições não lhes ser possível desagregar a informação.

Dívida de 1998 - Mapa XI. Não inclui os valores em dívida do Hospital de S. Pedro - Vila Real, do Hospital Peso da Régua, do Hospital Arcebispo João Crisóstomo e do Hospital Distrital de Lagos, dado que estas instituições não remeteram elementos. As dívidas do Hospital de S. José e das Sub-regiões de



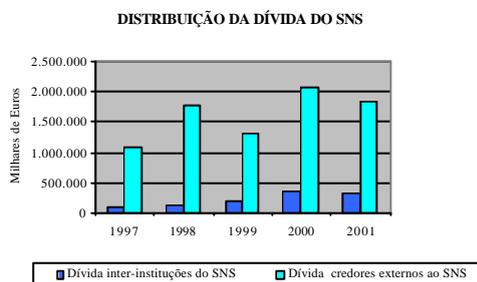
Gráfico n.º 2



Fonte: Informação prestada pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII - anexos 6, 9, 15 e 16 - Vol. III)

As dívidas existentes no âmbito do SNS são constituídas por dois grupos distintos: as dívidas entre instituições integradas no SNS⁸⁷ e as dívidas a credores externos ao SNS. Deve ressaltar-se que as primeiras não representam propriamente dívida do SNS, dado que o que é despesa para umas instituições é receita para outras. Tais dívidas assumem, assim, importância ao nível do resultado individual de cada instituição, mas não ao nível da dívida global consolidada do SNS.

Gráfico n.º 3



Fonte: Informação prestada pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII - anexos 6, 9, 15 e 16 - Vol. III)

Saúde de Setúbal e de Santarém a outras instituições do SNS encontram-se incluídas nas dívidas a credores externos ao SNS, alegando as instituições não lhes ser possível desagregar a informação.

Dívida de 1999 – Mapa VII (coluna 6). Não inclui a dívida do Hospital Arcebispo João Crisóstomo, dado que o hospital não prestou informação alegando problemas de ordem informática. As dívidas do Hospital de S. José e da Sub-região de saúde de Setúbal a outras instituições do SNS encontram-se incluídas nas dívidas a credores externos ao SNS, alegando as instituições não lhes ser possível desagregar a informação. A Sub-região de Santarém apenas conseguiu desagregar esta informação para as facturas emitidas em 1999 e ainda em dívida em 31/12/99, encontrando-se as facturas por pagar de anos anteriores incluídas nos credores externos ao SNS.

Dívida de 2000 – Mapa XII. Não inclui os valores em dívida do Hospital de S. Pedro - Vila Real, do Hospital Peso da Régua, do Hospital Arcebispo João Crisóstomo e do Hospital Distrital de Lagos, dado que estas instituições não remeteram elementos.

⁸⁷ Estas dívidas são provenientes essencialmente da facturação emitida pelas ARS aos hospitais relativamente a medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos aos utentes nas urgências e consultas externas dos hospitais e também de facturação emitida pelos hospitais às ARS relativamente a medicamentos disponibilizados por farmácias hospitalares em regime de ambulatório.



Em 1997 e 1998 as dívidas a instituições do SNS representavam uma fatia reduzida na dívida global do SNS de 8% e 6%, respectivamente. No entanto, em 1999 houve um acréscimo para 13% mantendo-se em 14% nos anos de 2000 e 2001, em relação à dívida global. Em termos de crescimento da dívida inter-instituições face ao ano anterior, regista-se um agravamento de 18% em 1998, 87% em 1999, 73% em 2000 e uma redução de 11% em 2001.

A dívida a credores externos ao SNS é a mais significativa ao longo do período, registando um acréscimo de 62% em 1998 em relação ao ano anterior. Em 1999, por via do processo de “regularização de responsabilidades”⁸⁸, no valor de 1381 751 milhares de euros (277 016 milhares de contos), e do aumento de 17% no valor global do subsídio de exploração, a dívida, em 31/12/1999, diminuiu em 26% relativamente ao ano anterior.

Em 2000 a dívida a credores externos volta a registar um aumento de 60% face ao ano anterior, atingindo o maior valor de sempre. Em 2001 assiste-se a um decréscimo de 12%. Este decréscimo resultou essencialmente do processo de “regularizações de responsabilidades” no valor de 1 446, 5 milhares de euros (290 milhões de contos).

9.1 DÍVIDAS INTER - INSTITUIÇÕES DO SNS

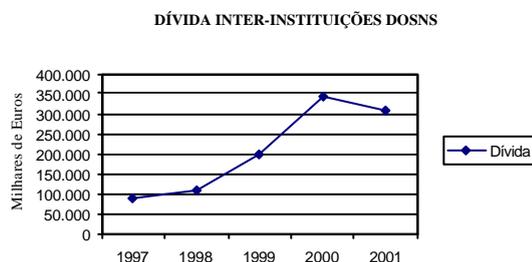
No quadro seguinte evidenciam-se as dívidas de instituições do SNS perante outras instituições do SNS ao longo do quadriénio analisado.

Quadro n.º 29

DÍVIDAS INTER-INSTITUIÇÕES DO SNS											Milhares de Euros			
INSTITUIÇÕES	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%	Δ % 98/97	Δ % 99/98	Δ % 00/99	Δ % 01/00
ARS	23.887	26	25.919	24	44.938	23	79.434	23	37.739	12	9	73	77	-52
Hospitais Centrais	36.779	41	36.596	34	71.122	36	129.424	37	117.110	38	0	94	82	-10
Hospitais Distritais	22.283	25	34.290	32	63.448	32	103.539	30	121.075	39	54	85	63	17
Hospitais Nível I	4.589	5	5.838	5	11.794	6	17.720	5	17.665	6	27	102	50	0
IPO e H. Psiquiátricos	2.834	3	3.735	4	7.433	4	14.555	4	13.353	4	32	99	96	-3
Outros	259	0	227	0	597	0	1.094	0	1.892	1	-13	164	83	73
TOTAL	90.631	100	106.605	100	199.332	100	345.766	100	308.834	100	18	87	73	-11

Fonte: Informação prestada pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII – anexos 6, 9, 15 e 16 – Vol. III)

Gráfico n.º 4



Fonte: Informação prestada pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII – anexos 6, 9, 15 e 16 – Vol. III)

O aumento de dívidas das instituições do SNS a outras instituições do SNS resulta essencialmente da política seguida na maioria dessas mesmas instituições - devido à escassez de recursos financeiros face às suas necessidades - de satisfazer

⁸⁸ V. ponto X para maior desenvolvimento sobre esta matéria.



prioritariamente os encargos com as despesas de pessoal e de fornecedores externos e só posteriormente os encargos com instituições integradas no SNS.



Quadro n.º 30

INSTITUIÇÕES DO SNS CREDORAS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES DO SNS Milhares de Euros

CREDORES	1997*	%	1998*	%	1999*	%	2000*	%	2001*	%	△ % 98/97	△ % 99/98	△ % 00/99	△ % 00/01
ARS	40.816	51	56.542	55	105.886	56	191.790	57	155.322	52	39	87	81	-19
Hospitais	34.455	43	42.186	41	74.805	39	128.905	39	121.190	40	22	77	72	-6
Outros Serviços SNS	4.272	5	3.606	4	9.150	5	13.056	4	24.059	8	-16	154	43	84
TOTAL	79.543	100	102.334	100	189.841	100	333.751	100	300.571	100	29	86	76	-10

Fonte: Informação prestada pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII – anexos 6, 9, 15 e 16 – Vol. III)⁸⁹.

Periodicamente, e para sanar este tipo de passivos nas instituições, o Ministério da Saúde tem promovido processos de encontro de contas ou de anulação de dívidas inter-instituições⁹⁰. Porém, os valores em dívida têm vindo a aumentar ao longo do período analisado com particular relevância para os anos de 1999 e 2000, verificando-se uma ligeira redução em 2001, fruto da anulação de dívidas dos hospitais às ARS (dívidas existentes até 31/12/2000).

Ao longo deste quadriénio os valores dos débitos regularizados através dos processos de encontros de contas ou de regularização de dívidas inter-instituições do SNS foram os seguintes:

Quadro n.º 31

**DÉBITOS REGULARIZADOS ATRAVÉS DOS PROCESSOS DE ENCONTROS DE CONTAS E
REGULARIZAÇÃO DE DÍVIDAS**

Milhares de Euros

Instituições	1998	1999	2000	2001
ARS	46.246	27.998	23.127	23
Hospitais Centrais	81.710	48.359	44.672	104.500
Hospitais Distritais	50.495	36.417	30.316	64.185
Hospitais Nível I	11.351	7.731	6.289	17.452
IPO e Psiquiátricos	5.739	3.539	3.985	11.669
Outros	504	261	310	275
TOTAL	196.045	124.305	108.699	198.104

Fonte: Informação prestada pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapa X – Anexo 12 – Vol. III)

⁸⁹ Os valores totais não são coincidentes com os apurados no quadro n.º 29 pelas seguintes razões: o Hospital S. João não desagregou informação para todos os anos; o Hospital D. Estefânia não prestou informação desagregada para os anos de 1997, 1998 e 1999; o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia, o Hospital José Maria Grande e o Hospital Garcia de Orta não desagregaram informação para o ano de 1999, pelo que o quadro n.º 30 não inclui os valores destes hospitais.

⁹⁰

ANO DO PROCESSAMENTO	DÍVIDAS REGULARIZAR	A
1998	Até 30/06/1998	
1999	Até 31/12/1998	
2000	Até 30/06/1999	
2001	Até 30/12/2000	

Fonte: IGIF



9.2 DÍVIDAS A CREDORES EXTERNOS AO SNS

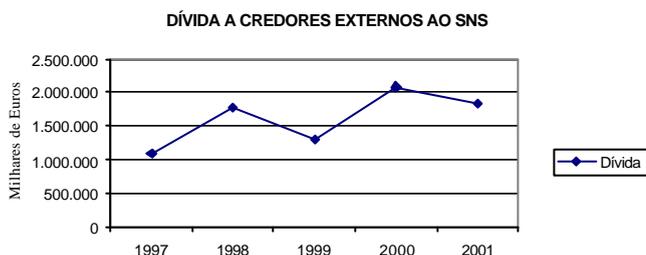
Não obstante os sucessivos processos de “regularização de responsabilidades” das instituições integradas no SNS perante os seus credores externos, ocorridos desde 1995, a situação de endividamento tem persistido verificando-se que as regularizações apenas diminuem a dívida do SNS a credores externos no ano em que ocorrem, não se tendo verificado um efectivo saneamento financeiro do sector da saúde, como se pode constatar pelos elementos do quadro e do gráfico seguintes:

Quadro n.º 32

DÍVIDAS A CREDORES EXTERNOS AO SNS														
Milhares de Euros														
INSTITUIÇÕES	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%	Δ % 98/97	Δ % 99/98	Δ % 00/99	Δ % 01/00
ARS	631.381	58	1.059.204	60	733.334	56	1.109.411	53	873.746	48	68	-31	51	-21
Hospitais Centrais	274.133	25	426.561	24	337.797	26	558.565	27	553.501	30	56	-21	65	-1
Hospitais Distritais	149.648	14	230.188	13	174.990	13	306.860	15	321.177	17	54	-24	75	5
Hospitais Nível I	10.112	1	16.391	1	14.444	1	25.957	1	23.122	1	62	-12	80	-11
IPO e H. Psiquiátricos	25.854	2	33.088	2	34.135	3	65.224	3	47.920	3	28	3	91	-27
Estab. Ensino	297	0	545	0	437	0	418	0	0	0				-100
Outros	2.645	0	8.466	0	11.848	1	22.038	1	16.920	1	220	40	86	-23
TOTAL	1.094.070	100	1.774.443	100	1.306.985	100	2.088.473	100	1.836.386	100	62	-26	60	-12

Fonte: Informações prestadas pelas 140 instituições oficiais de saúde no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII – anexos 6, 9, 15 e 16 – Vol. III)

Gráfico n.º 6



Fonte: Informações prestadas pelas 140 instituições oficiais de saúde no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII – anexos 6, 9, 15 e 16 – Vol. III)

As instituições que possuem maiores débitos perante credores externos são as ARS, que mantiveram ao longo do período em análise débitos superiores a 53%, à excepção do ano de 2001 (48%).

Como decorre do quadro infra, são os laboratórios, as farmácias e os convencionados os principais credores externos do SNS. Ao longo do 1.º quadriénio, as dívidas a farmácias⁹¹ foram sempre superiores às dívidas a laboratórios⁹² que fornecem os hospitais de medicamentos e de material clínico. No entanto, em 2001, verifica-se uma inversão desta tendência, passando a dívida aos laboratórios a representar 41% e a dívida a farmácias 33% da dívida global a fornecedores externos.

⁹¹ Dívidas contraídas pelas ARS na sequência da disponibilização de medicamentos, por parte das farmácias particulares, a utentes do SNS.

⁹² Compra de medicamentos e material clínico pelos hospitais para consumo interno e para a disponibilização a utentes do SNS ou de outros subsistemas de saúde, em regime de ambulatório, de medicamentos que só podem ser fornecidos em farmácias hospitalares.



6.

Quadro n.º 33

CREDORES EXTERNOS AO SNS

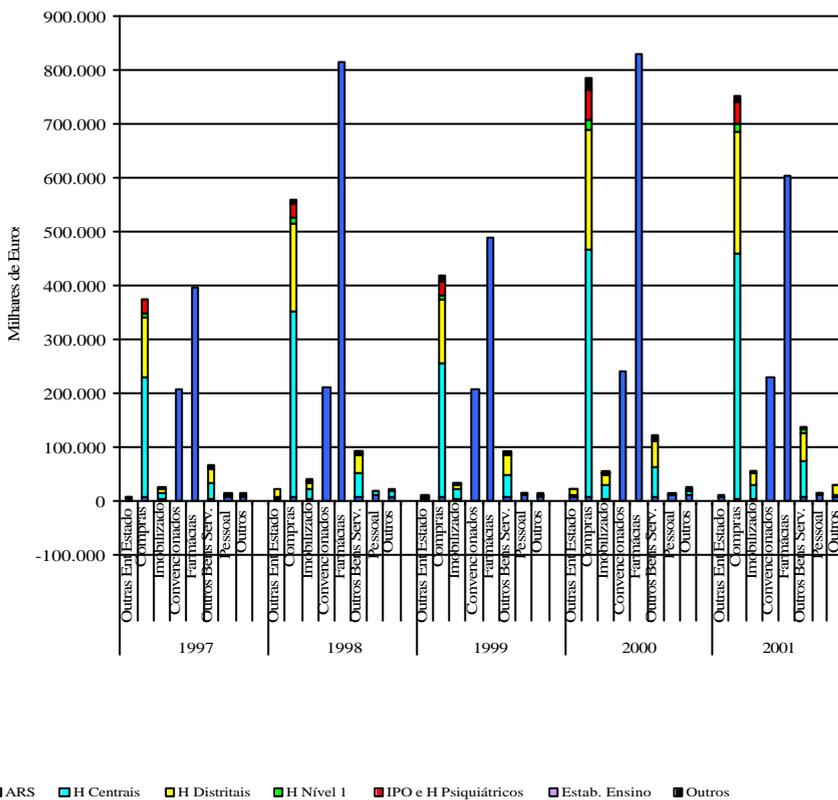
Milhares de Euros

CREDORES	1997*	%	1998	%	1999*	%	2000	%	2001	%	Δ % 98/97	Δ % 99/98	Δ % 99/00	Δ % 00/01
Outras Ent. do Estado	6.927	1	20.557	1	8.627	1	21.813	1	10.277	1	197	-58	153	-53
Fornec.-Compras	373.073	34	559.174	32	417.524	33	782.196	37	752.992	41	50	-25	87	-4
Fornec.-Imobilizado	24.228	2	37.423	2	34.870	3	52.419	3	54.833	3	54	-7	50	5
Fornec.-Convencionados	205.438	19	209.763	12	206.400	16	238.901	11	230.631	13	2	-2	16	-3
Fornec.-Farmácias	393.901	36	815.464	46	487.557	38	830.397	40	604.114	33	107	-40	70	-27
Fornec.-Out Bens. Serviços	63.398	6	92.580	5	91.295	7	121.562	6	138.419	8	46	-1	33	14
Pessoal	12.511	1	18.356	1	14.136	1	15.915	1	14.418	1	47	-23	13	-9
Outros	12.953	1	21.126	1	12.916	1	25.270	1	30.702	2	63	-39	96	21
TOTAL	1.092.428	100	1.774.443	100	1.273.325	100	2.088.473	100	1.836.386	100	62	-28	64	-12

Fonte: Informações prestadas pelas 140 instituições oficiais de saúde no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII – anexos 6, 9, 15 e 16 – Vol. III)⁹³

Gráfico n.º 7

CREDORES EXTERNOS AO SNS



Fonte: Informações prestadas pelas 140 instituições oficiais de saúde no âmbito da presente auditoria (Mapas IV, VII, XI, XII – anexos 6, 9, 15 e 16 – Vol. III)

⁹³ Os valores totais dos anos de 1997 e de 1999 não são coincidentes com os valores do quadro n.º 32 porque o Hospital D. Estefânia não desagregou informação para os anos de 1997 e 1999 e o Hospital José Maria Grande e o Centro Hospitalar de Coimbra não desagregaram informação para o ano de 1999, pelo que o quadro n.º 33 não inclui os valores destes hospitais.



Para além do valor apurado no quadro n.º 33, à despesa por pagar acumulada de 2001 (1 836 386 milhares de euros) há ainda a acrescer o valor de 5840 milhares de euros, relativos a encargos assumidos com credores externos ao SNS em 2001, cujas facturas também foram emitidas em 2001⁹⁴, mas não relevadas na contabilidade, totalizando, assim, a despesa por pagar o valor de 1 842 226 milhares de euros.

Das análises anteriormente efectuadas conclui-se que nem os aumentos verificados nos valores do subsídio de exploração atribuído às instituições, nem a disponibilização de verbas no âmbito de “*regularização de responsabilidades*” iniciados em 1995, têm sido suficientes para colmatar o cenário deficitário que tem caracterizado o SNS ao longo do tempo.

Tem-se verificado sucessivamente que, dada a acumulação de dívidas das instituições do SNS a credores externos, todos os orçamentos anuais se encontram, à partida, largamente comprometidos com as dívidas transitadas de anos anteriores. A título meramente exemplificativo, fornece-se nos quadros infra informação sobre a situação descrita relativamente ao orçamento de 2002, considerando ou excluindo o valor inscrito na conta “265 – *Operações financeiras a regularizar*”.

Quadro n.º 34

ORÇAMENTO TOTAL DO SNS PARA 2002 (INICIAL)

(incluindo os valores inscritos na conta 265)

Milhares de Euros	
Despesa por pagar a credores externos ao SNS em 31/12/2001	1.842.226
Orçamento Total do SNS para 2002	8.723.168
% do valor do Orçamento de 2002 comprometido com despesa assumida e não paga em 2001	21

Fonte: Quadros n.ºs 9, 23 e 25.

Quadro n.º 35

ORÇAMENTO TOTAL DO SNS PARA 2002 (INICIAL)

(excluindo os valores inscritos na conta 265)

Milhares de Euros	
Despesa por pagar a credores externos ao SNS em 31/12/2001	1.842.226
Orçamento Total do SNS para 2002	6.224.572
% do valor do Orçamento de 2002 comprometido com despesa assumida e não paga em 2001	30

Fonte: Quadros n.ºs 9, 23 e 25.

Observa-se assim que o orçamento do SNS para 2002 ficou comprometido em 30% com despesa assumida e não paga em 2001, ao retirar-se o valor inscrito na “265 – *Operações financeiras a regularizar*” que conforme já foi referido no ponto IV constitui uma receita meramente fictícia.

⁹⁴ Quadro n.º25 do relatório.



X. REGULARIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADES PERANTE CREDORES EXTERNOS AO SNS

10.1 ENQUADRAMENTO JURÍDICO-FINANCEIRO

A prática reiterada da assunção de encargos sem cabimento na respectiva dotação orçamental tem conduzido ao avolumar de dívidas das instituições integradas no SNS, as quais têm vindo a ser pagas nos anos subsequentes ao da sua constituição por via de “Regularização de responsabilidades”⁹⁵.

No período em análise, encontram-se previstas “regularizações de responsabilidades” nos anos de 1999 e 2001⁹⁶.

Assim, a Lei n.º 87-B/98, de 31-12, que aprovou o Orçamento do Estado para 1999, autorizava o Governo, na al. b) do seu art. 64º, a regularizar responsabilidades decorrentes de situações do passado, designadamente as relativas ao “Cumprimento de obrigações assumidas pelos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira integrados no Serviço Nacional de Saúde, até ao limite de 159 milhões de contos”. Por sua vez, a Lei n.º 176-A, de 30-12, que alterou a Lei n.º 87-B/98, veio fixar o limite das regularizações no âmbito do SNS em 277 milhões de contos⁹⁷. Em cumprimento dos preceitos autorizadores de regularizações viriam a ser publicados o Despacho Conjunto n.º 124/99, dos Ministros das Finanças e da Saúde, de 18-01-99, publicado no DR, II Série, n.º 29, de 04-02-99, que veio estabelecer os procedimentos a adoptar para a regularização⁹⁸ prevista na redacção inicial da Lei n.º 87-B/98, e o Despacho Conjunto n.º 73-A/2000, também dos Ministros das Finanças e da Saúde, de 31-12-99, publicado no DR, II Série, n.º 17, de 21-01-2000.

No que respeita ao ano de 2001, a Lei n.º 30-C/2000, de 29-12, que aprova o Orçamento do Estado para o referido ano, não prevê qualquer “regularização de responsabilidades” para o SNS. Contudo, a Lei n.º 85/2001, de 04-08, veio, através do seu art. 3º, introduzir várias novas alíneas no art. 63º da Lei n.º 30-C/2000⁹⁹, designadamente a al. l), que prevê o “Cumprimento de obrigações assumidas pelos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira integrados no

⁹⁵ A identificação dos diplomas e Despachos reguladores da matéria, bem como a descrição das dívidas abrangidas e excluídas, dos procedimentos tendentes à respectiva regularização e dos critérios de distribuição dos montantes pelas várias instituições encontram-se no anexo 28 – Vol. III.

⁹⁶ Também a Lei n.º 109-B/2001, de 27-12, que aprovou o Orçamento do Estado para 2002, contém no seu artigo 60º a autorização para o Governo regularizar responsabilidades decorrentes de situações do passado, contando-se entre as expressamente previstas as resultantes de “Cumprimento de obrigações assumidas pelos organismos dotados de autonomia administrativa e financeira integrados no Serviço Nacional de Saúde, até ao limite de € 444 000 000”. A Lei referida foi objecto de alteração pela Lei n.º 16-A/2002, de 31-05 que, por sua vez, foi rectificadora através das Declarações de Rectificação n.ºs 21-A/2002, publicada no DR, Série I – A, de 31-05 (3.º Suplemento) e 23/2002, publicada no DR, Série I – A, de 29-06.

⁹⁷ O art. 11º da referida Lei veio alterar a redacção da supra mencionada al. b) do art. 64º da Lei n.º 87-B/98.

⁹⁸ No que respeita aos procedimentos relativos aos processos de regularização que decorreram no período em análise, cfr. anexo 28 – Vol. III.

⁹⁹ É de referir que a al. n) do art. 63º, igualmente introduzida pela Lei n.º 85/2001, veio permitir a “Regularização de responsabilidades emergentes de encargos contraídos no âmbito dos subsistemas de saúde do Ministério da Administração Interna, até ao limite de 2 milhões de contos”.



Serviço Nacional de Saúde nos anos de 1998, 1999 e 2000, até ao limite de 290 milhões de contos". O Despacho Conjunto n.º 791-A/2001, dos Ministros das Finanças e da Saúde, de 22-08, publicado no DR, II Série, n.º 201, de 30-08-2001, veio estabelecer os procedimentos a adoptar no que respeita a esta regularização, única do ano de 2001.

Para financiamento das referidas operações de regularização, as várias Leis invocadas contêm preceitos sobre o recurso à emissão de dívida pública.

Assim, no que respeita ao ano de 1999, a Lei n.º 87-B/98, de 31-12, previa, no seu art. 74º, que *"para financiamento das operações referidas (...) e da regularização de responsabilidades ao abrigo do estabelecido no art. 64º, fica o Governo autorizado (...) a aumentar o endividamento líquido global directo, para além do que é indicado no art. 73º, para o limite de 250 milhões de contos, a que acresce o montante não utilizado da autorização concedida no art. 66º da Lei n.º 127-B/97, de 20-12"*. Para o mesmo ano, e na sequência, designadamente, do aumento do montante das regularizações de responsabilidades das instituições integradas no SNS de 159 para 277 milhões de contos, a Lei n.º 176-A/99, de 30-12, veio aumentar o limite máximo do endividamento para 368 milhões de contos, a que acresce o montante não utilizado da autorização concedida no art. 66º da Lei n.º 127-B/97, de 20-12.

Para o ano de 2001, a Lei n.º 30-C/2000, de 29-12, autorizava o Governo, no seu art. 71º, a aumentar o endividamento líquido global directo, para além do que é indicado no art. 70º, até ao limite máximo de 150 milhões de contos, a que acresce o montante não utilizado da autorização concedida no art. 86º da Lei n.º 3-B/2000, de 4 de Abril. Esta Lei não incluía, contudo, no preceito relativo à regularização de responsabilidades, as obrigações assumidas e não pagas pelas instituições integradas no SNS. Posteriormente, a Lei n.º 85/2001, de 04-08, que veio alterar a redacção da Lei n.º 30-C/2000 no sentido, designadamente, de esta passar a abranger no seu art. 63º as obrigações assumidas e não pagas das instituições do SNS, aumentou igualmente o limite máximo do endividamento líquido global directo, para além do previsto no art. 70º da Lei n.º 30-C/2000, para 430 milhões de contos.

10.2 ENQUADRAMENTO CONTABILÍSTICO E ADMINISTRATIVO

Os procedimentos efectuados do ponto de vista administrativo e contabilístico são os seguintes:

1. Apresentação, pelo IGIF, à DGT, de proposta devidamente quantificada, com os montantes atribuídos a cada instituição¹⁰⁰;
2. Transferência de fundos da DGT para o IGIF¹⁰¹;

¹⁰⁰ Os critérios de afectação às instituições do SNS encontram-se descritos no anexo 28 – Vol. III.

¹⁰¹ No primeiro processo de regularização de 1999 as transferências foram efectuadas em 4 tranches (as 3 primeiras no valor de 40 milhões de contos e a última no valor de 39 milhões de contos). No 2.º processo de regularização de 1999 a transferência foi efectuada de uma só vez. No ano de 2001 as transferências realizaram-se em 3 tranches (as 2 primeiras no valor de 100 milhões de contos e a última no valor de 90 milhões de contos).



3. Entrada de fundos na contabilidade patrimonial do IGIF, com registos a débito em conta da classe de disponibilidades¹⁰² e a crédito em conta da classe de terceiros criada especialmente para o registo das regularizações¹⁰³. Registo de entradas de fundos no mapa de controlo orçamental (“*fundos alheios*”)¹⁰⁴ do IGIF;
4. Saída de fundos do IGIF para as instituições integradas no SNS, com registos na contabilidade patrimonial do Instituto, a crédito e a débito das referidas contas das classes de disponibilidades e de terceiros referidas no ponto anterior¹⁰⁵. Registo de saída de fundos no mapa de controlo orçamental (“*fundos alheios*”) do IGIF;
5. Entrada de fundos proveniente do IGIF na contabilidade patrimonial das instituições integradas no SNS, com registos a débito em conta da classe de disponibilidades¹⁰⁶ e a crédito em conta da classe de terceiros criada especialmente para o registo das regularizações¹⁰⁷. Registo de entradas de fundos no mapa de controlo orçamental (“*fundos alheios*”) das instituições;
6. Pagamento directo aos fornecedores externos pelas instituições integradas no SNS com registos, na contabilidade patrimonial das mesmas, a crédito em conta da classe de disponibilidades¹⁰⁸ e a débito em conta da classe de terceiros onde se encontravam registadas as facturas objecto de pagamento¹⁰⁹. Registo de saída de fundos no mapa de controlo orçamental (“*fundos alheios*”) das instituições;
7. Regularização contabilística, na contabilidade patrimonial das instituições, da conta da classe de terceiros criada especificamente para o registo das regularizações¹¹⁰ por contrapartida de uma conta da classe de capital¹¹¹.

Do enquadramento contabilístico descrito, resulta que em nenhuma etapa as operações efectuadas são relevadas no Orçamento do Estado ou na Conta Geral do Estado, já que estes documentos apenas reflectem os orçamentos e contas de “*fundos próprios*” das instituições.

Se, do estrito ponto de vista de cada uma das instituições, a sua contabilidade patrimonial designadamente, os seus balanços - espelha resultados iguais aos que seriam obtidos se as verbas disponibilizadas para “*regularizações de responsabilidades*” fossem inscritas

¹⁰² 1264 – “*Devedores e Credores - Regularizações de dívidas por ordem do Tesouro*”.

¹⁰³ 264 - “*Outros Devedores e Credores - Regularizações de dívidas por ordem do Tesouro*”

¹⁰⁴ As verbas movimentadas através de fundos alheios não têm relevação no Orçamento do Estado nem na Conta Geral do Estado.

¹⁰⁵ Deve referir-se que as entradas e as saídas de verbas para “*regularização de responsabilidades*” quer no IGIF quer nas instituições integradas no SNS foram inscritas nos orçamentos de fundos alheios (“*Origem de fundos alheios*” e “*Aplicação de fundos alheios*”), nos respectivos anos.

¹⁰⁶ 1264 – “*Devedores e Credores - Regularizações de dívidas por ordem do Tesouro*”

¹⁰⁷ 264 - “*Outros Devedores e Credores - Regularizações de dívidas por ordem do Tesouro*”

¹⁰⁸ 1264 – “*Devedores e Credores - Regularizações de dívidas por ordem do Tesouro*”

¹⁰⁹ 221 – “*Fornecedores c/c.*”

¹¹⁰ 264 - “*Outros Devedores e Credores - Regularizações de dívidas por ordem do Tesouro*”

¹¹¹ 5922 – “*Resultados Transitados de Exercícios Anteriores – Regularizações*”. De acordo com o Decreto-Lei n.º 232/97, de 3 de Setembro, que aprovou o POCP e a Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro, que aprovou o POCMS a classe de capital passou a designar-se por classe de Fundo Patrimonial.



em orçamentos de “*fundos próprios*”¹¹², tais resultados não são evidenciados na contabilidade orçamental.

Em suma, as “*regularizações de responsabilidades*” não são objecto de relevação ao nível da contabilidade orçamental, muito embora se encontrem espelhadas na contabilidade patrimonial das instituições.

¹¹² O que aconteceria se as verbas fossem transferidas através do subsídio de exploração e contabilizadas na conta 741 – Subsídio de Exploração. Neste caso, o resultado seria evidenciado no ano da transferência, na conta 88 - Resultado Líquido do Exercício; todavia, no ano subsequente este resultado transitaria para a conta 59 – Resultados de Exercícios Anteriores.



10.3 ANÁLISE JURÍDICO-FINANCEIRA DA REGULARIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADES

As operações de “*regularização de responsabilidades*” decorrentes de situações do passado com o enquadramento jurídico-financeiro e contabilístico supra descrito, têm vindo a ser utilizadas como meio de financiar o pagamento de obrigações assumidas pelas instituições integradas no SNS.

Estas operações de “*regularização de responsabilidades*” relativas a obrigações assumidas pelas instituições integradas no SNS têm vindo a ser objecto de censura pelo Tribunal de Contas nos Pareceres sobre a Conta Geral do Estado. Assim, pode ler-se, designadamente, no Parecer sobre a Conta Geral do Estado de 1999 que “*Os restantes encargos, decorrentes de operações efectuadas ao abrigo dos art. 63º e 64º (...), à semelhança do procedimento adoptado em anos anteriores, não foram orçamentados, tendo sido pagos, ilegalmente, por operações de tesouraria, com recurso ao produto de empréstimos emitidos no ano, ao abrigo do art. 74º da Lei do Orçamento*”. E, mais adiante, “*(...) o facto de as operações em apreço terem sido autorizadas pela Assembleia da República, na respectiva Lei do Orçamento, não é razão para os respectivos pagamentos terem sido efectuados à margem do orçamento, por operações de tesouraria, sem expressão na conta de execução orçamental*”, tanto mais que “*A realização daqueles pagamentos, à margem do orçamento, por operações de tesouraria, deve-se, tão somente, ao facto de não terem sido inscritas, como deveriam, no Orçamento do Estado, nos mapas orçamentais a que se refere o art. 12º, n.º 1, da Lei do Enquadramento do Orçamento do Estado, as dotações necessárias para fazer face a estes encargos, procedimento que viola, designadamente, o art. 105º da Constituição e o art. 18º da Lei do Enquadramento do Orçamento do Estado*”.

Com efeito, as Leis do Orçamento de Estado supra identificadas e que prevêm as operações de “*regularização de responsabilidades*” limitam-se a autorizar os correspondentes aumentos dos limites máximos do endividamento global do Estado, nos termos acima descritos. Contudo, a receita proveniente do recurso à dívida pública e a despesa que irá ser paga por via daquelas operações não são objecto de inscrição nos mapas orçamentais de receita e despesa do Estado ou dos serviços e fundos autónomos, todos integrados no Orçamento do Estado.

Nesta medida, pode afirmar-se existir uma verdadeira desorçamentação, em violação dos princípios da universalidade e tipicidade, consagrados, respectivamente, no n.º 1 do art. 3º e no art.º 18.º da Lei n.º 6/91¹¹³, de 20-02. Assim, as despesas assumidas pelas instituições integradas no SNS e não pagas por falta de dotação orçamental, abrangidas no âmbito de cada processo de regularização de responsabilidades nunca são evidenciadas em sede de Orçamentos do Estado. Não o são no ano em que são indevidamente assumidas, mas também não o são no ano em que são pagas por via dos mencionados processos de “*regularização de responsabilidades*”. Decorre do exposto que a despesa pública do SNS se encontra subavaliada nos vários Orçamentos do Estado relativos ao período em análise.

¹¹³ Os mesmos princípios encontram-se consagrados no art. 5º e no art.º 39.º da Lei n.º 91/2001, de 20-08, alterada pela Lei Orgânica n.º 2/2002, de 28-08.



O que ficou dito relativamente aos Orçamentos do Estado verifica-se igualmente em relação às correspondentes Contas Gerais do Estado, como decorre dos excertos do Parecer sobre a Conta Geral do Estado supra transcritos e do enquadramento contabilístico das operações de “*regularização de responsabilidades*” oportunamente apresentado. É que, não tendo as importâncias disponibilizadas através daqueles processos sido objecto de inscrição no Orçamento do Estado, e constituindo a Conta Geral do Estado o espelho apenas da execução orçamental, as operações de “*regularização de responsabilidades*” não são nela objecto de relevação.

Cumpre ainda salientar que o financiamento, através do recurso à dívida pública – receita não efectiva –, da despesa efectiva autorizada, se traduz na não observância, ao nível do Estado, do princípio do equilíbrio orçamental, tal como definido no n.º 2 do art.º 4º da Lei n.º 6/91¹¹⁴.

Por último, importa salientar que, ao omitir despesa efectiva que é paga com recurso a receita não efectiva, a Conta Geral do Estado não evidencia correctamente o défice público que se encontra, assim, subavaliado.

10.4 EXECUÇÃO FINANCEIRA DOS PROCESSOS DE “REGULARIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADES”

O IGIF procede à afectação a cada instituição dos montantes disponibilizados para efeitos de “*regularização de responsabilidades*” de acordo com os princípios orientadores definidos pelo Governo. Os critérios de distribuição¹¹⁵ não foram idênticos nos 3 processos de regularização, em análise. Assim, enquanto nos dois primeiros processos de regularização apresentou maior peso relativo a variável “*atraso verificado nos pagamentos*”, no terceiro apresentou maior relevância o factor “*produtividade*”. O resultado inicial da distribuição de verbas nos 3 processos de regularização foi o seguinte:

¹¹⁴ A que corresponde, actualmente, o art.º 9.º da Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto.

¹¹⁵ A descrição dos critérios de distribuição encontra-se no anexo 28 – Vol. III.



6.

Quadro n.º 36

DISTRIBUIÇÃO INICIAL DE VERBAS

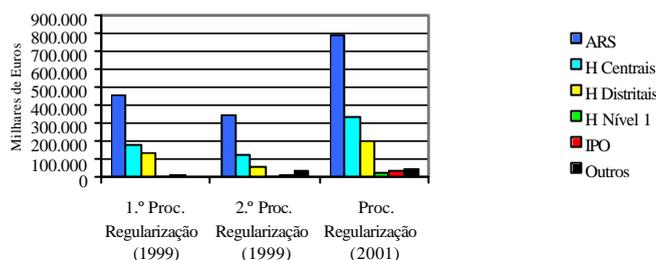
Milhares de Euros

Instituições	1.ª Processo Regularização (1999)	%	2.ª Processo Regularização (1999)	%	Processo Regularização (2001)	%
ARS	457.395	58	347.777	59	799.021	55
Hospitais Centrais	181.487	23	125.412	21	341.485	24
Hospitais Distritais	131.993	17	59.483	10	200.980	14
Hospitais Nível 1	6.750	1	5.616	1	27.040	2
IPO	15.001	2	14.994	3	35.583	2
Outros	463	0	37.105	6	42.405	3
Total	793.089	100	590.387	100	1.446.514	100

Fonte: IGIF

Gráfico n.º 8

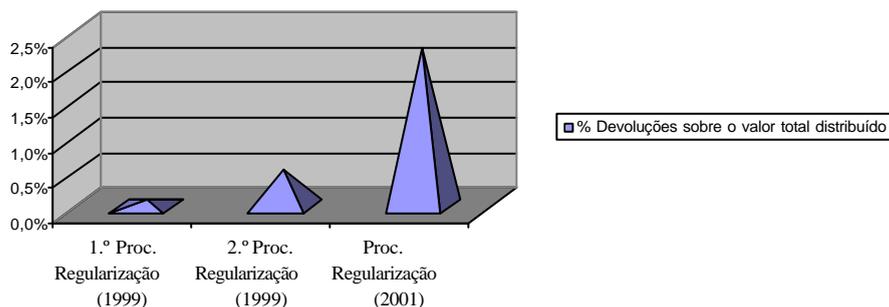
DISTRIBUIÇÃO INICIAL DE VERBAS



Fonte: IGIF.

Verificou-se que em todos os processos de regularização ocorreram devoluções de verbas por parte de algumas instituições¹¹⁶, dado que os montantes atribuídos excederam as dívidas elegíveis¹¹⁷.

Gráfico n.º 9



Fonte: IGIF

No processo de regularização ocorrido em 2001 verificou-se o maior número de devoluções, apresentando estas o maior volume financeiro e o maior peso relativo do volume financeiro das devoluções, relativamente ao volume das verbas distribuídas. Tal resulta do critério de distribuição adoptado neste processo ter privilegiado o factor “*produtividade*” das instituições, afastando-se dos critérios estabelecidos nos processos

¹¹⁶ Os valores devolvidos pelas instituições encontram-se evidenciados nos anexos n.º 29 e 30 – Vol. III.

¹¹⁷ As dívidas abrangidas encontram-se descritas no anexo 28 – Vol. III.



anteriores, por se entender que aqueles derivavam de uma “*filosofia injusta e ineficiente de mera cobertura da situação deficitária dos organismos. Esta atitude premeia os mais gastadores e penaliza os mais eficientes. Ao invés, procura-se fazer uma conexão clara e transparente entre as necessidades específicas das instituições, a produção realizada e as verbas disponíveis a distribuir.*”

O critério de distribuição referido deu origem à atribuição de verbas que cobriam pelo menos 80% da despesa em dívida em 46 instituições (47%) das 98 a quem foram atribuídas verbas.

Quadro n.º 37**INSTITUIÇÕES CONTEMPLADAS E RESPECTIVA PERCENTAGEM DE DÍVIDA ELEGÍVEL COBERTA POR VERBAS DO PROCESSO DE REGULARIZAÇÃO DE 2001**

N.º Instituições

INSTITUIÇÕES	% DA DÍVIDA ELEGÍVEL COBERTA PELAS VERBAS TRANSFERIDAS					TOTAL
	100%	99% e 80%	79% e 50%	49% e 35%	menos 35%	
ARS	1		4			5
Hospitais Centrais	4	1	9	7	2	23
Hospitais Distritais	13	5	11	6	3	38
Hospitais Nível 1	14	1	3		1	19
IPO	1		1	1		3
Outros	2	4			4	10
TOTAL	35	11	28	14	10	98

Fonte: IGIF

De acordo com o quadro infra, trinta e oito instituições procederam a devoluções de verbas excedentárias, merecendo especial destaque as instituições a quem foram atribuídos montantes que contemplaram 100% da dívida elegível (28).

Quadro n.º 38**INSTITUIÇÕES QUE PROCEDERAM A DEVOLUÇÕES DE VERBAS EXCEDENTÁRIAS**

N.º Instituições

INSTITUIÇÕES	% DA DÍVIDA ELEGÍVEL COBERTA PELAS VERBAS TRANSFERIDAS					TOTAL*
	100%	99% e 80%	79% e 50%	49% e 35%	menos 35%	
ARS	1		1			2
Hospitais Centrais	3	1				4
Hospitais Distritais	12	5				17
Hospitais Nível 1	10	1	1			12
IPO	1					1
Outros	1				1	2
TOTAL	28	7	2	0	1	38

*As entidades que devolveram dinheiro ao IGIF foram 42. No entanto, 4 não foram consideradas neste quadro devido à irrelevância dos valores devolvidos.

Fonte: IGIF

Após a redistribuição das verbas devolvidas nos três processos de regularização o resultado da atribuição final foi o seguinte¹¹⁸:

¹¹⁸ As diferenças existentes entre os valores distribuídos iniciais e finais do 1.º e 2.º processos de regularização de 1999 resultam do seguinte: No 1.º processo o valor final inclui valores relativos a juros. No 2.º processo a diferença resulta do facto do Despacho Conjunto n.º 73-A/2000 referenciar o valor de 590,387 Milhares de Euros (118,362 Milhões de Contos) e o valor efectivamente transferido pelo Tesouro ter sido de 588,6 Milhares de Euros (118 Milhões de Contos).



Quadro n.º 39

DISTRIBUIÇÃO FINAL DE VERBAS

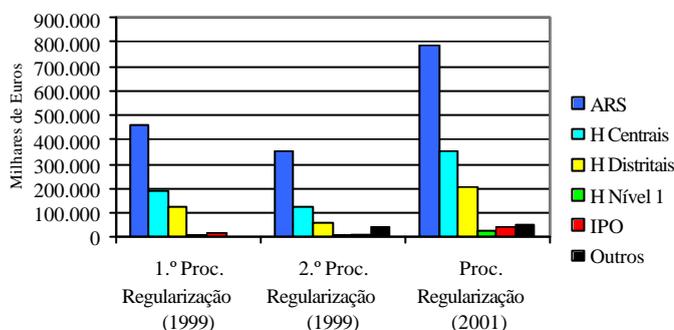
Milhares de Euros

Instituições	1.ª Processo Regularização (1999)	%	2.ª Processo Regularização (1999)	%	Processo Regularização (2001)	%
ARS	461.904	58	350.610	60	785.755	54
Hospitais Centrais	186.338	23	126.684	22	349.211	24
Hospitais Distritais	124.181	16	57.517	10	202.118	14
Hospitais Nível 1	5.928	1	5.470	1	24.013	2
IPO	14.352	2	13.021	2	35.476	2
Outros	466	0	35.280	6	49.941	3
Total	793.169	100	588.582	100	1.446.514	100

Fonte: IGIF

Gráfico n.º 10

DISTRIBUIÇÃO FINAL DE VERBAS



Fonte: IGIF

Conforme se pode observar do quadro e do gráfico anteriores os grupos de instituições para onde foi canalizado maior volume de verbas foram as ARS que em todos os processos absorveram o maior volume de verbas (mais de 54%) para “regularização de responsabilidades”, e destinam-se as mesmas sobretudo a regularizar dívidas a farmácias e a convencionados. O 2.º grupo destinatário destas verbas é o grupo dos hospitais centrais, ao qual foram atribuídos mais de 22% dos montantes disponíveis em todos os processos.

10.5 VERIFICAÇÕES EFECTUADAS

10.5.1 Por órgãos de controlo interno

Com o objectivo de verificar o cumprimento das regras estabelecidas nos despachos de “regularização de responsabilidades” e apreciar a regularidade e legalidade financeira das despesas pagas com as verbas atribuídas, os órgãos de controlo interno, DGO e IGF realizaram auditorias¹¹⁹ no âmbito do 1.º e 2.º processos “regularização de responsabilidades” de 1999 a 11 instituições, de que resultaram as conclusões seguintes:

¹¹⁹ DGO: Relatórios n.ºs 11/DSA/99, 12/DSA/99, 13/DSA/99, 3DSA/00, 5/DSA/00; IGF: Proc. n.º 1999/CGP/A4/463, Proc. n.º 2000/5/22/A4/793.



- Quase todas as instituições auditadas incumpriram os prazos de pagamento directo a fornecedores e de envio ao IGIF da listagem dos pagamentos;
- Relativamente ao Hospital de S. Marcos, a listagem de pagamentos enviada ao IGIF não correspondia, como deveria, aos pagamentos efectuados, mas ao total das facturas que se encontravam a pagamento;
- No Hospital Garcia de Orta, a listagem de pagamentos enviada ao IGIF não reflectia a totalidade de facturas liquidadas, pelo facto de terem sido efectuados encontros de contas tendo por base notas de crédito. Mais se detectou a existência de deficiências nos procedimentos de conferência das facturas originando erros nos lançamentos contabilísticos, tendo sido detectadas facturas liquidadas a entidades distintas das constantes da listagem de pagamentos enviada ao IGIF;
- O Hospital Nossa Senhora do Rosário não utilizou a verba remanescente de 3 761 contos, em virtude de ter efectuado um encontro de contas entre o valor da dívida de determinados fornecedores e o montante de notas de crédito emitidas pelos mesmos. Aquela verba foi contabilizada como receita o que contraria o disposto na al. a) do n.º 2 do Despacho Conjunto n.º 124/99;
- No Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Coimbra, regista-se a anulação meramente contabilística de facturação da dívida contraída em 1998 paga com verbas do orçamento de 1999, de modo a aproveitar parte (no valor de 317 380 contos) da tranche posta à sua disposição no âmbito do processo de “*regularização de responsabilidades*”;
- Em todos os hospitais auditados, há a registar algumas deficiências quanto à conformidade legal e regularidade financeira nos processos de aquisição que deram origem às facturas seleccionadas.

10.5.2 Pela DGTC

Confrontando os elementos remetidos à DGTC pelas instituições¹²⁰, relativos aos montantes utilizados no âmbito do processo de “*regularização de responsabilidades*”, com os elementos disponibilizados pelo IGIF, relativos às verbas transferidas para aquelas instituições no âmbito do mesmo processo, verificou-se que:

- Os valores recebidos e não utilizados por duas instituições incluídas na amostra não tinham sido devolvidos ao IGIF até ao termo dos trabalhos de campo da presente auditoria;
- Uma instituição, incluída na amostra, indicou como utilizados no âmbito do processo de “*regularização de responsabilidades*” valores superiores aos transferidos pelo IGIF, justificando o facto com a dificuldade de juntar facturas com valor exactamente igual ao transferido pelo IGIF.

Constatou-se, ainda, que os valores indicados (como utilizados) por dez instituições não incluídas na amostra diferem dos valores transferidos pelo IGIF para as mesmas instituições.

¹²⁰ Mapa VII – Regularizações – Despachos n.º 124/99 e 73-A/2000 (coluna 4) e Mapa VIII – Regularizações – Despacho n.º 791-A/2001 (coluna 3) – anexos 9, 10, 29 e 30 – Vol. III.



XI ALGUMAS RELAÇÕES CONTRATUAIS COM REFLEXOS NA SITUAÇÃO ECONÓMICO – FINANCEIRO DO SNS

11.1 OS PROTOCOLOS CELEBRADOS COM A APIFARMA¹²¹

Em 20-3-97 foi celebrado entre o Estado, representado pelos Ministros da Saúde e da Economia e a Indústria Farmacêutica, representada pela APIFARMA, um primeiro Protocolo, em que as partes, reconhecendo o ritmo anual de crescimento¹²² das despesas relativas a participações no preço de medicamentos a suportar pelo SNS, “*incomportável para o Orçamento da Saúde*”, acordam na “*necessidade da adopção de medidas com o objectivo de que aquela despesa cresça a níveis próximos da inflação para o triénio de 1997 a 1999*”. As medidas então acordadas foram as sucintamente descritas no quadro infra.

¹²¹ Para maior desenvolvimento sobre o teor dos Protocolos v. anexo 31 – Vol. III.

¹²² De acordo com o Protocolo, tal crescimento atingiu, em 1996, 14,6%.

**Quadro n.º 40**

Partes no contrato	Representantes	Medidas
Estado	Ministério da Saúde	<p>Elaboração, em colaboração com a Ordem dos Médicos, de um Formulário Nacional por Patologias, de acordo com critérios clínicos;</p> <p>Conclusão do projecto de utilização do cartão de utente, à data em fase de implantação nas Regiões de Saúde do Algarve e do Norte, e prevendo-se o seu alargamento às restantes Regiões até 30-06-97;</p> <p>Desenvolvimento e aperfeiçoamento da informação sobre medicamentos, quer junto dos profissionais de saúde, quer junto do público, promovendo o seu uso racional;</p> <p>Acompanhamento sistemático da evolução do consumo de medicamentos, com vista à análise das causas indutoras de crescimento;</p> <p>Adopção de outras medidas, legislativas e administrativas, relativas, designadamente, a medicamentos genéricos, flexibilização de concursos públicos para aquisição de medicamentos, aproximação progressiva aos prazos contratuais no pagamento de dívidas relativas a fornecimentos de produtos farmacêuticos aos hospitais e encurtamento de prazos de aprovação de AIM.</p>
	Ministério da Economia	<p>Diversas iniciativas de incentivação ao desenvolvimento empresarial, à internacionalização, ao desenvolvimento tecnológico e à melhoria da competitividade da Indústria Farmacêutica portuguesa, designadamente no âmbito do PEDIP II e do Sistema de Apoio à Internacionalização, envolvendo o estímulo às actividades de I & D e à utilização da Propriedade Industrial como factor competitivo, o apoio à introdução de medicamentos em novos mercados, o desenvolvimento de projectos mobilizadores de desenvolvimento tecnológico, o reforço da orientação para a qualidade, a dinamização de estratégias de internacionalização e o alargamento de cadeia de valores;</p> <p>Desenvolvimento de parcerias estratégicas com o Sistema Científico e Tecnológico Nacional, em articulação com o INETI¹²³ através de uma estrutura de missão de I&D e Inovação na Indústria Farmacêutica, que potencie os investimentos empresariais.</p>
Indústria Farmacêutica	APIFARMA ¹²⁴	<p><u>Para 1997</u></p> <p>Aceitação do congelamento dos preços de venda ao público de medicamentos comparticipados pelo SNS;</p> <p>Colaboração na redução de despesa do Estado na comparticipação do preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e vendidos nas farmácias privadas de venda ao público, mediante uma contribuição a prestar pelas empresas¹²⁵, cujos critérios de fixação se encontram definidos no Protocolo.</p>

¹²³ Instituto de Engenharia e Tecnologia Industrial.

¹²⁴ De notar que, de acordo com o disposto nos pontos 3.5 e 3.6 do Protocolo, as contribuições previstas estão a cargo das empresas que aderiram ao mesmo, não sendo a APIFARMA responsável pelo pagamento de quaisquer das contribuições ao Estado previstas no Protocolo.

¹²⁵ As fórmulas de contribuição de cada empresa e o respectivo sistema de pagamento são os fixados no Anexo I ao Protocolo.



Partes no contrato	Representantes	Medidas
		<p><u>Para 1998 e 1999</u></p> <p>Acordou em que os preços de venda ao público de medicamentos comparticipados pelo SNS fossem aumentados em Janeiro de cada ano; tais aumentos foram fixados, sendo para 1998, de 75% do valor da inflação registada no ano anterior e para 1999, de 80% do valor da inflação registada no ano anterior.</p> <p>Acordou no pagamento ao Estado de contribuições para a diminuição da despesa, de acordo com os critérios fixados no Protocolo¹²⁶.</p>

Os contraentes comprometiam-se ainda a “*continuar e aprofundar o estudo da alteração do sistema de comparticipação de medicamentos através da aplicação de preços de referência ou de outras alternativas no sentido de se avaliar com maior precisão o impacto sobre o fabrico e comercialização de medicamentos em Portugal e sobre os utentes do SNS*”.

A adesão das empresas da Indústria Farmacêutica ao Protocolo processava-se, de acordo com o Anexo I ao mesmo, por declaração escrita, subscrita por quem obrigasse a empresa, devendo tal declaração ser entregue na APIFARMA que, por sua vez, a entregaria na Secretaria de Estado da Saúde, tornando-se a adesão efectiva na data da entrega. No entanto, o Protocolo e Anexo entrariam em vigor para cada empresa “*na data em que, em relação a cada uma dessas empresas, for vinculativamente reconhecido pela Administração Fiscal, pelo meio legalmente apropriado, que as contribuições por elas pagas no seu âmbito serão consideradas custos ou perdas de exercício para efeito de determinação da matéria colectável em sede de imposto sobre o rendimento (IRS ou IRC)*”.

As contribuições a cargo da Indústria Farmacêutica convencionadas no Protocolo são as seguintes:

Quadro n.º 41

Anos	Determinação da contribuição
1997	A contribuição variava em função do crescimento da despesa ¹²⁷ em 1997 relativamente à despesa de 1996. Assim, com um crescimento da despesa $\leq 4\%$ ¹²⁸ , não seria devida qualquer contribuição pela Indústria Farmacêutica; com um crescimento da despesa $> 4\%$, a Indústria Farmacêutica pagaria ao Estado uma contribuição de 64,3% sobre a diferença entre 145,600 milhões de contos ¹²⁹ e o montante efectivo da despesa, até ao máximo de 155,400 milhões de contos ¹³⁰ , isto é, uma contribuição não superior a 6,3 milhões de contos.

¹²⁶ V. nota anterior.

¹²⁷ Trata-se da despesa do Estado na comparticipação no preço de medicamentos prescritos aos utentes do SNS e vendidos nas farmácias privadas de venda ao público, conforme definição do Protocolo.

¹²⁸ Isto é, se a despesa em 1997 não exceder 145,600 milhões de contos, como consta do Protocolo.

¹²⁹ Valor correspondente a um crescimento da despesa de 4% relativamente a 1996.

¹³⁰ Valor correspondente a um crescimento da despesa de 11%. Com efeito, o Protocolo dispunha no sentido de não serem feitas pela Indústria Farmacêutica quaisquer contribuições relativamente a valores que ultrapassassem um crescimento da despesa de 11%.



Anos	Determinação da contribuição
1998	Com um crescimento da despesa $\leq 4\%$ relativamente a 1997 + 75% do valor da inflação de 1997, não seria devida qualquer contribuição pela Indústria Farmacêutica; com um crescimento da despesa $> 4\%$ relativamente a 1997 + 75% do valor da inflação de 1997, a contribuição máxima a pagar pela Indústria Farmacêutica seria de 6 milhões de contos.
1999	Com um crescimento da despesa $\leq 4\%$ relativamente a 1998 + 80% do valor da inflação de 1998, não seria devida qualquer contribuição pela Indústria Farmacêutica; com um crescimento da despesa $> 4\%$ relativamente a 1998 + 80% do valor da inflação de 1998, a contribuição máxima a pagar pela Indústria Farmacêutica seria de 5,5 milhões de contos.

Sobre a repartição pelas empresas aderentes da contribuição prevista no Protocolo, o Anexo vem fixar a regra da proporcionalidade¹³¹, com ressalva de que “Ao valor da contribuição de cada empresa não acrescerá qualquer parte daquele que caberia a empresas não aderentes ou inadimplentes”.

O Anexo I ao Protocolo estabelecia que as empresas aderentes pagariam, no início de cada um dos três primeiros trimestres de cada ano de vigência do Protocolo, contribuições provisórias, de acordo com uma fórmula constante do mesmo Anexo, sendo o cálculo final da contribuição total de cada empresa com referência ao ano anterior efectivado até 31 de Janeiro do ano imediatamente subsequente¹³². O cálculo era, nos termos do referido Anexo, da competência do INFARMED, devendo ser confirmado pela Comissão Paritária de Acompanhamento instituída pelo Protocolo. No caso de tal cálculo não ser possível no referido prazo, podia o INFARMED proceder a um cálculo provisório, fazendo-se o cálculo final até 31 de Março¹³³.

O cumprimento das obrigações das empresas aderentes podia fazer-se mediante pagamento ou cessão de créditos detidos por aquelas empresas sobre instituições integradas no SNS por fornecimento de medicamentos cujo não pagamento persistisse para além dos cento e oitenta dias após a data de envio da factura.

Na sequência deste Protocolo, viria a ser celebrado em 03-10-2001 novo Protocolo¹³⁴, desta feita entre o Ministério da Saúde, representado pelo Ministro da Saúde, e a Indústria

¹³¹ “Cada empresa aderente suportará uma parte da contribuição da Indústria Farmacêutica prevista no Acordo, proporcional à despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no ano em causa, com a comparticipação no preço dos medicamentos vendidos nas farmácias privadas de venda ao público por ela comercializados”. Mais esclarece o Anexo I que se consideram comercializados “por cada empresa aderente, os medicamentos de cujas autorizações de introdução no mercado ela seja titular, a menos que os não comercialize, por ter cedido essa comercialização a terceiros; neste último caso, será considerada, (...) a empresa que coloque o medicamento no circuito de comercialização”. Sobre as empresas detentoras da autorização de introdução no mercado que não comercializem os respectivos medicamentos impende o ónus de informar o INFARMED sobre qual a empresa que comercializa aqueles, sob pena de serem consideradas, para todos os efeitos, como responsáveis pela sua efectiva comercialização.

¹³² Tal cálculo poderá dar origem a pagamentos das empresas ao Estado ou a reembolsos por este às empresas. No último caso, o prazo é de 30 dias a contar da data da conclusão do cálculo final, podendo as empresas que não obtenham o reembolso atempado suspender quaisquer pagamentos previstos no Protocolo ao Ministério da Saúde, enquanto persistir a situação de incumprimento por parte deste.

¹³³ Em qualquer caso, seria o INFARMED a remeter tal informação à APIFARMA, devendo esta enviá-los às empresas aderentes.

¹³⁴ Este Protocolo encontra-se publicado no DR, II, n.º 264, de 14-11-2001, págs 18768-18770.



Farmacêutica, representada pela APIFARMA. O Protocolo destinava-se a vigorar entre 2001 e 2003, visando a contenção de gastos do Serviço Nacional de Saúde com as participações dos preços de medicamentos prescritos aos seus utentes e vendidos nas farmácias de venda ao público e “*criando condições para a previsibilidade e sustentabilidade das políticas a desenvolver pelo Serviço Nacional de Saúde e pela indústria farmacêutica*”.

O Protocolo prevê nas suas Cláusulas 3ª e 4ª as acções a desenvolver pelo Ministério da Saúde e pela indústria farmacêutica. Deve salientar-se como obrigação fundamental para a indústria farmacêutica¹³⁵ a de colaborar na redução da despesa do SNS supra referida através das contribuições a prestar pelas empresas aderentes ao Protocolo nos termos da Cláusula 5ª do mesmo. Essa contribuição será calculada de acordo com os critérios abaixo sumariados.

Quadro n.º 42

Anos	Determinação da contribuição da indústria farmacêutica
2001	A contribuição da indústria farmacêutica seria devida se o crescimento dos encargos do SNS com a participação de medicamentos registasse um crescimento relativamente ao ano anterior superior a 6,5%. A indústria farmacêutica prestaria ao Estado uma contribuição equivalente a 64,3% da parte do aumento dos encargos do SNS com a participação dos medicamentos que se situassem entre os limiares de crescimento de 6,5% e 10,5% ¹³⁶ .
2002	A contribuição da indústria farmacêutica será devida se o crescimento dos encargos do SNS com a participação de medicamentos registasse um crescimento relativamente ao ano anterior superior a 5%. A indústria farmacêutica prestará ao Estado uma contribuição equivalente a 64,3% da parte do aumento dos encargos do SNS com a participação dos medicamentos que se situem entre os limiares de crescimento de 6,5% e 10% ¹³⁷ .
2003	A contribuição da indústria farmacêutica será devida se o crescimento dos encargos do SNS com a participação de medicamentos registasse um crescimento relativamente ao ano anterior superior a 4%.

¹³⁵ A APIFARMA, representante da indústria farmacêutica na celebração do Protocolo, não é sujeito passivo da obrigação de contribuição supra mencionada. Com efeito, decorre directamente das Cláusulas 5ª, n.ºs 1 e 2 e do Anexo ao Protocolo, designadamente dos seus pontos I.1 e II.1, que são devedoras da referida obrigação as empresas aderentes ao Protocolo. É de notar que podem aderir ao Protocolo empresas não associadas da APIFARMA, nos termos do disposto no ponto I.4 do Anexo ao Protocolo.

¹³⁶ Nos termos da Cláusula 6.ª do Protocolo, este é o limite máximo do crescimento anual da despesa do SNS com participação em medicamentos, incluindo o decorrente de aumentos gerais ou revisões de preços permitidos pelo Protocolo, mas excluindo o “*aumento decorrente da implementação de decisões especiais de alteração do escalão de participação de medicamentos que o Ministério da Saúde eventualmente venha a tomar*”, compatível com a manutenção da vigência do Protocolo. Caso este limite seja excedido, prevê-se que aquele “*pode cessar imediata e automaticamente a sua vigência, sendo suficiente, para invocação dessa cessação, a comunicação deste facto à indústria farmacêutica pelo INFARMED, através de carta registada com aviso de recepção*”.

¹³⁷ V. nota anterior.



Anos	Determinação da contribuição da indústria farmacêutica
	A indústria farmacêutica prestará ao Estado uma contribuição equivalente a 64,3% da parte do aumento dos encargos do SNS com a comparticipação dos medicamentos que se situem entre os limiares de crescimento de 6,5% e 9,5% ¹³⁸ .

De acordo com o disposto no n.º 5 da Cláusula 5.ª, o INFARMED poderá definir um limite mínimo anual ou trimestral de contribuição abaixo da qual as empresas sejam dispensadas do seu pagamento. De acordo com informação do próprio INFARMED¹³⁹, tal limite foi definido para a contribuição referente ao ano de 2001, sendo de “2500 Euros anuais, totalizando 28387 Euros, o que corresponde a 0,11% do total da contribuição da Indústria Farmacêutica para 2001”. A decisão referida não consta, contudo, das actas das reuniões quer do Conselho de Administração do INFARMED, quer das actas do Grupo de Trabalho de Acompanhamento do Protocolo, ainda segundo informação do INFARMED, que igualmente esclarece que a referida decisão “foi comunicada oralmente pelo INFARMED à APIFARMA (...), tendo esta notificado, por escrito, as empresas suas associadas com contribuição inferior ao limite (...). As empresas não associadas da APIFARMA não tiveram conhecimento do limite, no entanto, não foi cobrada, às empresas, contribuição inferior a 2500 Euros”.

As regras sobre a repartição da contribuição pelas empresas encontram-se fixadas no Anexo ao Protocolo, devendo referir-se que serão prestadas três contribuições provisórias nos três primeiros trimestre de cada ano, e uma contribuição ou reembolso final no primeiro trimestre do ano seguinte àquele a que respeita.

Tal como acontecia no Protocolo anterior, também neste, mais propriamente no seu Anexo, se encontram previstas duas formas de cumprimento das obrigações das empresas aderentes: o pagamento das quantias devidas e/ou a cessão¹⁴⁰ ao Estado de créditos vencidos e não pagos¹⁴¹ que detenham sobre instituições integradas no SNS e originados pelo fornecimento de medicamentos.

O Anexo ao Protocolo comete ao IGIF a responsabilidade pela gestão financeira do Protocolo, incluindo a emissão dos documentos de quitação às empresas aderentes, a considerar como custo da respectiva actividade para efeitos fiscais.

Os mencionados Protocolos suscitam algumas reflexões, quer do ponto de vista jurídico, quer do ponto de vista da contabilização das operações neles estabelecidas. Do ponto de vista jurídico, pode referir-se o seguinte:

- Nenhum dos mencionados Protocolos menciona qualquer lei habilitante, inexistindo base legal para a celebração dos mesmos.

¹³⁸ V. notas anteriores.

¹³⁹ V. anexo 32 – Vol. III.

¹⁴⁰ Tal cessão será feita mediante a entrega pela empresa da relação de facturas de onde constem os créditos a ceder, acompanhada de declaração de onde conste de forma expressa e inequívoca a manifestação de vontade na cessão, nos termos do ponto III.10 do Anexo.

¹⁴¹ Para 2002 tal cessão será possível, nos termos do ponto III.9 do Anexo, desde que haja decorrido o período mínimo de 180 dias sobre a recepção da respectiva factura. Para 2003 o prazo é encurtado para 90 dias após a recepção da factura, alargando-se, assim, o campo de aplicação da figura da cessão de créditos.



- No que respeita às formas acordadas de cumprimento da obrigação pecuniária a cargo das empresas aderentes, verifica-se que em ambos os Protocolos se prevê que a contribuição devida por cada uma daquelas empresas possa ser feita por pagamento¹⁴² ou mediante a cessão ao Estado de créditos vencidos e exigíveis¹⁴³ que tais empresas detenham sobre instituições ou serviços públicos integrados no SNS e tenham sido originados pelo fornecimento de medicamentos.

Assiste à empresa devedora, em ambos os Protocolos, o direito à opção por uma das modalidades ou por outra ou pelo cumprimento em ambas as modalidades. E, no caso da modalidade da cessão de créditos, assiste-lhe, ainda, em ambos os Protocolos, o direito de escolher os créditos a ceder.

- A cessão de créditos encontra-se prevista no artigo 577º do Código Civil, que a define como o negócio jurídico em que um credor (no caso vertente, a empresa aderente) cede a um terceiro (no caso, o Estado) uma parte ou a totalidade do seu crédito, independentemente da vontade do devedor (no caso, as instituições ou serviços públicos integrados no SNS), desde que a cessão não seja interdita por lei ou convenção das partes e o crédito não esteja, pela própria natureza da prestação, ligado à pessoa do credor.
- O entendimento mais correcto sobre a cessão de créditos prevista em ambos os Protocolos parece ser o de que se trata de uma cessão *pro solutum*, isto é, o devedor, no caso a empresa aderente a qualquer dos Protocolos, exonera-se da sua obrigação com a cessão e não na medida da efectiva cobrança do crédito pelo cessionário, no caso o Estado, como aconteceria numa cessão *pro solvendo*¹⁴⁴.
- Com efeito, o Estado não tem exigido o pagamento dos créditos que lhe foram cedidos às instituições integradas no SNS devedoras, tendo vindo a conceder-lhes,

¹⁴² No âmbito do primeiro Protocolo, celebrado em 1997, prevê o ponto 3.7 do respectivo anexo que o pagamento pelas empresas é antecedido da emissão pelo IGIF do respectivo documento de cobrança, competindo ainda ao mesmo Instituto receber os fundos e proceder à quitação “*nos termos do Despacho do Ministro das Finanças que venha a regulamentar tal recebimento*”. De acordo com o Despacho n.º 3180/98, publicado no DR, II, n.º 43, de 20-02-98, da autoria do Secretário de Estado da Saúde e não do Ministro das Finanças, como se previa no Anexo ao Protocolo e se compreende em função da particular relevância financeira e fiscal da matéria objecto de acordo, o pagamento seria efectuado através de transferência para a conta bancária existente para o efeito junto da DGT. A emissão dos recibos de quitação da contribuição paga ao Estado competia, ainda nos termos do referido Despacho, ao IGIF. No âmbito do segundo Protocolo, celebrado em 2001, prevê-se a figura da auto-liquidação pelas empresas da contribuição devida ao Estado, devendo o pagamento ser feito junto do IGIF (ponto III do Anexo ao Protocolo), através de transferência para a conta bancária existente para o efeito junto da DGT (Despacho n.º 23059/2001, da autoria do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR, II, n.º 264, de 14-11-2001). A emissão dos recibos de quitação da contribuição paga ao Estado continuou a cargo do IGIF, de acordo com o Despacho n.º 23059/2001, supra referido.

¹⁴³ Trata-se de créditos cujo não pagamento perdure por mais de 180 dias após a remessa da respectiva factura no Protocolo celebrado em 1997 e por mais de 180 dias em 2002 e 90 dias em 2003 no Protocolo celebrado em 2001.

¹⁴⁴ Sobre ambos os conceitos cfr. Pires de Lima e Antunes Varela, Código Civil Anotado, vol. I, 4.ª Edição, revista e actualizada, Coimbra Editora, 1987, em anotação ao artigo 577º.



na prática, um perdão da correspondente dívida¹⁴⁵. A concessão deste perdão encontra-se implícita nas circulares n.º 3, de 14/4/98 e n.º 1, de 24/5/2000, ambas do IGIF, nos termos das quais as instituições integradas no SNS devem reflectir na sua contabilidade a extinção das dívidas correspondentes às facturas objecto da cessão¹⁴⁶. A não existir este perdão de dívidas por parte do Estado, a contabilidade das instituições deveria continuar a relevar as referidas dívidas, alterando-se apenas a titularidade do crédito respectivo, da empresa originariamente credora para o Estado, como é próprio da figura da cessão de créditos.

- É ainda de notar que, do ponto de vista da receita do Estado, as Leis do Orçamento para 1997¹⁴⁷ e 1998¹⁴⁸ apenas prevêm genericamente a faculdade de o Governo autorizar, através do Ministro das Finanças ou de seu delegado, a aceitação, como dação em cumprimento, de valores mobiliários e outros activos financeiros, o que não parece poder aplicar-se ao caso em apreço, por não estarmos perante uma dação em cumprimento, como vimos atrás, mas perante uma cessão de créditos, e ainda por tal cessão, não assegurar, como se viu, qualquer percibimento de receita por parte do Estado, ao invés do que parece ser o espírito das apontadas normas.
- Por último, como se encontra acima relatado, importa ainda referir que o INFARMED, nos termos do disposto no n.º 5 da Cláusula 5.ª do Protocolo celebrado em 2001, definiu um limite mínimo anual de contribuição abaixo da qual as empresas foram dispensadas do pagamento. Porém, tal decisão não consta de acta do respectivo Conselho de Administração, nem das actas das reuniões do Grupo de Trabalho de Acompanhamento do Protocolo, tendo, no entanto, sido comunicada pelo INFARMED à APIFARMA e tendo sido objecto de execução, o que importou em perda de receita para o Estado¹⁴⁹.

Do ponto de vista da inscrição orçamental e da contabilização na Conta Geral do Estado e nas contas de gerência das instituições destas cessões de créditos, cumpre tecer as seguintes considerações:

- As cessões de créditos pela Indústria Farmacêutica ao Estado não são evidenciadas nos orçamentos das instituições integradas no SNS e devedoras, a partir de 2000.

Com efeito, desde o início do protocolo e até à entrada em vigor da circular normativa n.º 1, de 24/5/2000, do IGIF, os orçamentos e as contas das instituições

¹⁴⁵ De notar que este perdão de dívida pelo Estado às instituições integradas no SNS que, por via da cessão de créditos de terceiros, se tornaram suas devedoras, não se encontra expressamente previsto.

¹⁴⁶ Sobre esta forma de contabilização, v. anexos 33 e 34 - Vol. III.

¹⁴⁷ V. o n.º 2 do art. 60º da Lei n.º 52-C/96, de 27-12, que, sob a epígrafe “Mobilização de activos e recuperação de créditos” se insere no Capítulo XIV da referida Lei, intitulado “Receitas diversas”.

¹⁴⁸ V. a al. C) do n.º 1 do art. 54º da Lei n.º 127-B/97, de 20-12, que, sob a epígrafe “Mobilização de activos e recuperação de créditos” se insere no Capítulo XV da referida Lei, intitulado “Operações activas, regularizações e garantias do Estado”.

¹⁴⁹ De acordo com o próprio INFARMED, essa perda corresponde a 0,11% do total da contribuição da Indústria Farmacêutica para 2002.



relevavam como receita extraordinária os valores das facturas objecto de cessão de créditos, e como despesa valor idêntico¹⁵⁰. Encontravam-se, pois, registados todos os fluxos financeiros, ainda que meramente escriturais. Não se verificava qualquer desorçamentação, nem ao nível dos orçamentos das instituições, nem ao nível do Orçamento de Estado, que fazia incluir tais receitas e despesas nos correspondentes mapas orçamentais relativos aos serviços e fundos autónomos, o mesmo se aplicando relativamente às contas de gerência das instituições e aos correspondentes mapas da CGE.

Por outro lado, os orçamentos e as contas das instituições ficavam equilibrados quanto àquelas receitas e despesas, atenta a igualdade dos valores de receita e despesa inscritos nos orçamentos e nas contas.

A partir da entrada em vigor da circular n.º 1, de 24/5/2000, do IGIF, o valor das facturas objecto de cessão de créditos, deixou de ser relevado nos orçamentos e nos mapas de fluxos financeiros das instituições, uma vez que a sua contabilização deixou de utilizar as contas de disponibilidades, passando a utilizar apenas as contas económicas e de terceiros¹⁵¹. Assim, as cessões de créditos e os subsequentes perdões da respectiva dívida pelo Estado passam a encontrar-se reflectidos unicamente na contabilidade patrimonial das instituições, escapando completamente à contabilidade orçamental.

A contabilidade orçamental das instituições não regista estes fluxos financeiros meramente escriturais, que desta forma não são relevados nos mapas orçamentais de receita e despesa dos serviços e fundos autónomos integrantes do Orçamento de Estado e nos mapas correspondentes da Conta Geral do Estado.

Verifica-se, assim, existir uma desorçamentação dos montantes relativos aos créditos objecto de cessão.

Da não relevação destas operações nos orçamentos e nas contas das instituições e do Estado resulta a violação do princípio da universalidade aflorado na al. a) do n.º 1 do art. 105º¹⁵² da Constituição da República Portuguesa e consignado no art. 3º da Lei n.º 6/91, de 20-2 e 5º da Lei n.º 91/2001, de 20-08 e do princípio do orçamento bruto¹⁵³, ou da não compensação¹⁵⁴. A Assembleia da República fica, assim, impedida de conhecer os montantes envolvidos nestas operações e ainda de controlar, aquando da aprovação da Conta Geral do Estado¹⁵⁵, o impacto financeiro para o Estado da execução dos Protocolos em análise.

¹⁵⁰ Sobre esta forma de contabilização da cessão de créditos no âmbito do Protocolo celebrado com a APIFARMA, v. anexo 33 – Vol. III.

¹⁵¹ Sobre esta forma de contabilização da cessão de créditos, v. anexo 34 – Vol. III.

¹⁵² Versões resultantes das Leis Constitucionais n.ºs 1/97, de 20-09 (Quarta revisão constitucional) e 1/2001, de 12-12 (Quinta revisão constitucional).

¹⁵³ O art. 5º da Lei n.º 6/91 estipula que as receitas e despesas devem ser inscritas no Orçamento do Estado pela importância integral em que foram avaliadas, sem qualquer dedução.

¹⁵⁴ Corresponde à nova designação legal para o anteriormente designado princípio do orçamento bruto, consagrada pela Lei n.º 91/2001.

¹⁵⁵ V. art. 107º da Constituição da República Portuguesa, nas versões das Leis Constitucionais indicadas na nota anterior.



- Apenas as contribuições da Indústria Farmacêutica que revistam a forma de fluxo monetário¹⁵⁶ são contabilizadas como receita.

Contudo, também relativamente a este aspecto os procedimentos contabilísticos adoptados foram objecto de alteração, havendo que distingui-los segundo os períodos de vigência de cada um dos Protocolos supra descritos.

No âmbito do Protocolo celebrado em 1997, os fluxos monetários apenas eram contabilizados como receita nos orçamentos e nas contas das instituições, constando igualmente dos mapas de receita dos serviços e fundos autónomos integrados no Orçamento de Estado e na Conta Geral do Estado. Esta receita era transferida para as instituições pelo IGIF a título de subsídio de exploração.

Muito embora as importâncias pagas pela Indústria Farmacêutica fossem canalizadas pelo IGIF, as mesmas nunca foram objecto de inscrição e relevação contabilística como receita deste Instituto, nem como despesa aquando da transferência daquelas importâncias para as instituições. Tal ficou a dever-se ao procedimento adoptado na sequência de despacho do Director-Geral do Orçamento¹⁵⁷, nos termos do qual este Instituto deveria proceder à contabilização das verbas supra referidas, depositadas em conta no Tesouro, com recurso à figura da “reposição abatida nos pagamentos”.

Decorre do exposto que o valor relativo a transferências do subsector Estado para os Serviços e Fundos Autónomos constante da Conta Geral do Estado se encontra subavaliado, por não reflectir os montantes transferidos para o IGIF no âmbito do Protocolo.

Com o segundo Protocolo este procedimento foi alterado, passando o IGIF a inscrever nos seus orçamentos e contas os valores de receita correspondentes à contribuição da Indústria Farmacêutica. Tal inscrição passou a ser efectuada na conta 748 – Subsídio de Exploração - Outras entidades. Por essa via, estas importâncias encontram-se, tal como no anterior Protocolo, espelhadas nos mapas de receita dos serviços e fundos autónomos integrados no Orçamento de Estado e na Conta Geral do Estado.

No âmbito destes protocolos, a Indústria Farmacêutica contribuiu com os seguintes montantes:

Quadro n.º 43

¹⁵⁶ Importâncias depositadas na Direcção Geral do Tesouro.

¹⁵⁷ No Protocolo que vigorou até 1999 as comparticipações eram depositadas “(...) numa conta no Tesouro em nome do IGIF das receitas em análise. (...) Quanto à contabilização dessas receitas (...) a forma mais correcta é considerar as receitas referidas como reposições abatidas nos pagamentos” Este é o procedimento aprovado por despacho do Director-Geral do Orçamento de 22/04/97 exarado sobre a informação n.º 4 – 218/B/1665-2, de 21/04/97.



CONTRIBUIÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DOS PROTOCOLOS CELEBRADOS COM A APIFARMA

Euros

Receitas	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Contribuição pecuniária	0	5.346.037	2.672.553	3.363.990	4.285.441	15.668.021
Cessão de créditos	14.763.724	12.118.275	18.059.796	0	13.949.936	58.891.731
TOTAL	14.763.724	17.464.312	20.732.349	3.363.990	18.235.377	74.559.752

Fonte: IGIF

As instituições inseridas no SNS contabilizaram nas contas de proveitos extraordinários cessões de créditos dos seguintes valores:

Quadro n.º 44

CESSÃO DE CRÉDITOS NO ÂMBITO DOS PROTOCOLOS CELEBRADOS COM A APIFARMA

Euros

Instituições	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
ARS	228	846	3.389	6.729	212	11.404
Hospitais Centrais	4.780.485	3.311.603	6.499.116	10.799.081	8.116.126	33.506.411
Hospitais Distritais	4.882.019	4.078.362	3.904.769	5.322.542	4.537.968	22.725.660
Hospitais Nível I	255.026	101.459	479.648	825.612	132.575	1.794.320
IPO Psiquiátricos	1.494.007	1.633.574	1.153.506	1.302.569	523.193	6.106.849
TOTAL	11.411.765	9.125.844	12.040.428	18.256.533	13.310.074	64.144.644

Fonte: Dados fornecidos pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapa X – anexo 12 – Vol. III).

As diferenças verificadas, ao longo de cada ano, entre os valores registados na contabilidade patrimonial das instituições e os valores constantes do quadro n.º 43, podem justificar-se pela diferença temporal em que são efectuados os registos. Assim, as instituições só efectuam os registos contabilísticos após instruções do IGIF nesse sentido, podendo tais registos vir a ocorrer em ano económico subsequente ao do pagamento das contribuições pela Indústria Farmacêutica.

No entanto, não se compreende por que motivo o valor total da cessão de créditos registados na contabilidade das instituições é superior ao valor total da cessão de créditos indicado pelo IGIF, uma vez que as instituições só podem efectuar os registos contabilísticos no âmbito dos Protocolos após instruções daquele instituto.

O Conselho de Administração do IGIF afirma que existem algumas imprecisões na apreciação que é feita pelo Tribunal de Contas sobre o Protocolo com a APIFARMA.

Não se alcança o sentido das imprecisões que o Conselho de Administração do IGIF refere existirem na apreciação da matéria tratada neste Capítulo XI-1 do relato, uma vez que os procedimentos descritos estão em conformidade com os textos dos protocolos, pelo que se mantém na íntegra as conclusões do relato.

11.2 PERDÕES DE DÍVIDA A INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS INTEGRADOS NO SNS RESULTANTES DA PRESTAÇÃO POR ESTES DE CUIDADOS DE SAÚDE

Através de alguns instrumentos negociais¹⁵⁸ e do Despacho n.º 1978/2002 (2.ª série)¹⁵⁹ do Secretário de Estado da Saúde, foram concedidos aos Serviços Médico-Sociais dos

¹⁵⁸ Trata-se dos seguintes Protocolos: Protocolo celebrado entre o IGIF e a Associação Portuguesa de Seguradores em 06-10-99, homologado na mesma data pelo Secretário de Estado da Saúde e publicado



Sindicatos dos Bancários do Norte, do Centro e do Sul e Ilhas, aos Serviços Médico-Sociais do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários e às empresas seguradoras perdões parciais das dívidas de que eram titulares relativamente a instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde, dívidas essas originadas pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários das referidas entidades.

11.2.1 Breve enquadramento normativo da cobrança de receitas provenientes da prestação de cuidados de saúde pelas instituições integradas no SNS

A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, consagrava, na al. a) da sua Base XXIV, uma tendencial gratuitidade para os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), atentas as condições económicas e sociais dos cidadãos. No entanto, na sua Base XXXIII, previa que, além das receitas provenientes de transferências do Orçamento do Estado, os serviços e estabelecimentos do SNS pudessem cobrar receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios. Tais receitas, previstas no n.º 2 da mencionada Base, eram, no que à prestação de cuidados de saúde respeita, as provenientes dos seguintes pagamentos: de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes; de cuidados prestados cujo pagamento se encontre a cargo de terceiros, por determinação legal ou contratual, abrangendo, nomeadamente, subsistemas de saúde e entidades seguradoras; de cuidados prestados a não beneficiários do SNS quando não há terceiros responsáveis e, por último, de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos, nos termos legalmente previstos.

Para desenvolvimento da Lei de Bases da Saúde, foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, que determina, no seu artigo 23.º, quais os responsáveis pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do SNS, como se segue: utentes não beneficiários do SNS; utentes beneficiários do SNS na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais¹⁶⁰; subsistemas de saúde, neles incluídas as IPSS, nos termos dos seus diplomas orgânicos ou estatutários; entidades a tal obrigadas por força de lei ou de contrato e ainda entidades que se responsabilizem pelo pagamento devido pela assistência em quarto particular ou por outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes. O n.º 2 do referido artigo vem estabelecer uma isenção de encargos para os *“utentes que se encontrem em situações clínicas ou pertençam a grupos sociais de risco ou financeiramente mais desfavorecidos, constantes de relação a estabelecer em decreto-lei”*.

através do Aviso n.º 17038/99 (2.ª série) no DR, II, n.º 274, de 24-11-99; Protocolo celebrado entre o IGIF e o Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários em 06-10-99, homologado em 08-10-99 pelo Secretário de Estado da Saúde e publicado através do Aviso n.º 17041/99 (2.ª série) no DR, II, n.º 274, de 24-11-99 e Protocolo celebrado entre o IGIF e os Sindicatos dos Bancários do Norte, do Centro e do Sul e Ilhas em 06-10-99, homologado na mesma data pelo Secretário de Estado da Saúde e publicado através do Aviso n.º 17042/99 (2.ª série) no DR, II, n.º 274, de 24-11-99. Os vários instrumentos negociais e o Despacho encontram-se descritos no anexo 35 – Vol. III.

¹⁵⁹ Datado de 31-12-2001, o Despacho foi publicado no DR, II, n.º 21, de 25-01-2002.

¹⁶⁰ Para a aferição das condições económicas e sociais rege o n.º 3 do mencionado artigo, que remete para regras a estabelecer em Portaria do Ministro da Saúde, permitindo que para o efeito sejam considerados os elementos definidores da sua situação fiscal.



Por sua vez, o artigo 25º do Estatuto, relativo ao preço dos cuidados de saúde, estipula que os limites mínimos e máximos dos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde, atentos os custos reais directos e indirectos e o necessário equilíbrio de exploração, devendo os preços ser fixados em cada região de saúde pelo respectivo conselho de administração, dentro dos limites fixados na portaria supra mencionada¹⁶¹. Para o período em análise, compreendido entre 01-01-1998 e 31-12-2001, os preços supra mencionados foram sucessivamente fixados pelas Portarias n.ºs 756/96, de 24 de Dezembro¹⁶², 348-B/98, de 18 de Junho¹⁶³ e 189/2001, de 9 de Março¹⁶⁴.

Na primeira das referidas Portarias afirma-se que “(...) a tabela de preços é um instrumento essencial do sistema de financiamento do Serviço Nacional de Saúde, dando tradução prática à repartição da responsabilidade pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados, a que se refere o artigo 23º do Estatuto (...)”. No seu âmbito subjectivo de aplicação encontram-se “(...) todos os subsistemas de saúde cujos beneficiários a ele recorram, bem como (...) quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelo pagamento da assistência prestada”. Definição idêntica do respectivo âmbito subjectivo de aplicação consta da Portaria n.º 348-B/98

Diferentemente, no art. 1º do Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde que constitui o Anexo I à Portaria n.º 189/2001, entrada em vigor em 01-04-2001¹⁶⁵, é dada nova redacção à matéria do âmbito de aplicação, ao estatuir que “O valor das prestações de saúde realizadas pelas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde e que devam ser cobradas¹⁶⁶ aos subsistemas de saúde cujos beneficiários a eles recorram, bem como a quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelos respectivos encargos, regem-se pelo presente Regulamento”. Poderá estar subjacente a esta alteração de redacção a publicação do Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de Dezembro.

Assim, no preâmbulo daquele diploma, pode desde logo ler-se que “O sistema de preços previsto para as instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem-se revelado incompleto. Na verdade, é sentida a necessidade de encontrar soluções contratuais para regular o pagamento das prestações de saúde.” E adianta-se ainda que “Os instrumentos contratuais podem actuar mediante

¹⁶¹ À referida norma nunca foi dado integral cumprimento, podendo referir-se que as Portarias que aprovam as tabelas de preços a praticar pelo SNS fixam preços definidos e não limites máximos e mínimos, sendo tais preços aplicados a nível nacional, com variação apenas em função do nível dos hospitais e não em função da região geográfica. Aliás, logo no preâmbulo da Portaria n.º 756/96, de 24 de Dezembro, refere-se que “Não estando ainda definidos preços específicos para cada região (...)”, incluindo os preâmbulos das Portarias subsequentes a mesma menção.

¹⁶² Esta Portaria foi aditada pela Portaria 369/97, de 5-6, rectificada pela Declaração de Rectificação n.º 10-F/97, de 31-05, suprimidos alguns códigos da tabela de anatomia patológica pela Portaria n.º 890/97, de 10-9 e aplicada pelo Despacho n.º 9446/97 do Secretário de Estado da Saúde, de 25-09, publicado no DR, II S, 243, de 20-10-97.

¹⁶³ Esta Portaria foi objecto de rectificação pela Declaração de Rectificação n.º 13-N/98, de 31-08.

¹⁶⁴ Esta Portaria foi rectificada através da Declaração de Rectificação n.º 10-J/2001, de 30-04.

¹⁶⁵ Ex vi do disposto no seu ponto 2º.

¹⁶⁶ A nova redacção parece abarcar a hipótese de algumas prestações de saúde realizadas pelos mencionados serviços e instituições poderem não ser cobradas.



o estabelecimento de acordos de âmbito nacional e regional, para a fixação de preços para determinadas entidades responsáveis pelos encargos das prestações de saúde. Por outro lado, torna-se necessário admitir acordos relativos ao pagamento de prestações de saúde, mediante critérios genéricos fixados por despacho do Ministro da Saúde”. Neste contexto, foram aditados pelo mencionado Decreto-Lei os n.ºs 3 a 6 do art.º 25º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15-01, através dos quais se veio prever a possibilidade de celebração, no âmbito do SNS, de vários tipos de acordos, com os conteúdos definidos no quadro seguinte:

Quadro n.º 45

N.º	Entidades do SNS com competência na matéria	Tipos de acordos
3	IGIF	Acordos de âmbito nacional, a celebrar com as entidades responsáveis pelo pagamento das prestações de saúde, relativos a tabelas de preços e a pagamentos.
4	Instituições e serviços integrados no SNS	Acordos especiais para a fixação de preços dos cuidados de saúde, cuja eficácia a lei faz depender da aprovação das respectivas ARS.
5	Instituições e serviços integrados no SNS	Acordos de pagamentos com as entidades responsáveis pelos encargos relativos à prestação de cuidados de saúde, segundo critérios a fixar pelo Ministro da Saúde.
6	IGIF	Transferência para entidades públicas ou privadas dos encargos relativos a prestações de saúde, mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo, nos termos e montantes a definir em portaria do Ministro da Saúde.

11.2.2 Análise jurídica dos protocolos e despacho que consubstanciam perdões de dívida

Como decorre do exposto, nos Protocolos e Despacho analisados foi concedido e aceite um perdão parcial da dívida que os contraentes devedores supra mencionados possuam para com as instituições e serviços integrados no SNS.

Estes perdões são ilegais, atentos os seguintes aspectos:

1. Estaríamos perante a figura jus-civilística da remissão de dívida, prevista no art. 863º do Código Civil¹⁶⁷, designada também por perdão no Código de 1867¹⁶⁸, que se consubstancia numa das formas de extinção de dívida diferentes do cumprimento, não fora o facto de o perdão não ser concedido pelas entidades credoras – as instituições e serviços integrados no SNS –, mas por uma entidade diferente destas. Com efeito, no Protocolo celebrado com a APS, bem como nos Protocolos com os Serviços Médico-Sociais dos Sindicatos dos Bancários do Norte, Centro e do Sul e Ilhas e do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários é o IGIF o outorgante, ao abrigo do disposto no n.º 3 do art. 25º do

¹⁶⁷ Dispõe o n.º 1 do artigo que “O credor pode remitir a dívida por contrato com o devedor”.

¹⁶⁸ Cfr. Pires de Lima e Antunes Varela, Código Civil Anotado, vol. II, 3.ª Edição Revista e Actualizada, Coimbra Editora, 1986, em anotação ao art. 863º.



Estatuto do SNS, sendo todos objecto de homologação pelo Secretário de Estado da Saúde.

Verifica-se, assim, que apesar da personalidade jurídica das instituições prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS, as mesmas não tiveram participação - pelo menos do ponto de vista formal - nos Protocolos acima referidos, que vieram a resultar na diminuição dos seus créditos sobre terceiros responsáveis pelo pagamento de cuidados de saúde, e que, em última linha, acarretam perda de receita própria, com o conseqüente aumento do défice e da dívida das instituições do SNS envolvidas.

Deve, porém, ressaltar-se que, nos termos do Despacho n.º 1978/2002 (2.ª série) do Secretário de Estado da Saúde, as instituições do SNS credoras têm, nos termos, designadamente, do ponto 5, capacidade para negociar com os devedores a percentagem da dívida confirmada que estes irão efectivamente pagar, a qual poderá situar-se entre o limite mínimo de 40% e o limite máximo de 60%. Tal não acontece no âmbito dos Protocolos.

2. Um dos principais princípios apontados pelo Prof. Sousa Franco¹⁶⁹, é o princípio da legalidade das receitas, “segundo o qual as receitas devem ser regidas por lei e não-de ser criadas por lei ou com base nela”. O princípio da legalidade encontra-se, aliás, espelhado nos arts. 3.º, n.º 2, 199º e 266º da Constituição da República Portuguesa (4.ª revisão constitucional, decorrente da Lei Constitucional n.º 1/97, de 20-09). Devem destacar-se como vertentes deste princípio a prevalência de lei e a precedência de lei¹⁷⁰.

Atento o conteúdo daquele princípio, e o teor do art. 25º do Estatuto do SNS com a redacção decorrente do Decreto-Lei n.º 401/98, de 17-12, ao abrigo do qual foram exarados os despachos de homologação dos acordos acima analisados, é possível constatar que não há qualquer norma permissiva do perdão de dívida naquele artigo. Na verdade, como ficou exposto atrás, o n.º 3 do art. 25º do Estatuto do SNS, com a redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 401/98, apenas permite a celebração de acordos pelo IGIF tendo por objecto tabelas de preços e pagamentos. Ora, referindo-se a norma a pagamentos, poder-se-iam abarcar no seu âmbito formas e prazos de pagamento, ou até formas de cumprimento das obrigações diferentes do pagamento, mas dificilmente pode conceber-se uma interpretação extensiva que englobe no âmbito de previsão da norma a figura do perdão de dívidas vencidas e exigíveis. A mesma interpretação vale para o n.º 5 do art.º 5.º do Estatuto do SNS. Daqui decorre que o conteúdo dos Protocolos e, bem assim, os despachos de homologação dos mesmos, despachos estes da autoria do Secretário de Estado da Saúde, carecem de fundamentação legal, ao não poderem

¹⁶⁹ Finanças Públicas e Direito Financeiro, vol. II, 4.ª edição – 5.ª reimpressão, Almedina, 1997, págs 48 e segs.

¹⁷⁰ O princípio da prevalência da lei significa, de acordo com J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, Constituição da República Portuguesa Anotada, 3.ª Edição revista, Coimbra, 1993, em anotação ao art. 266º, que “os actos da administração, inclusive os normativos (regulamentos), devem conformar-se com a lei, sob pena de ilegalidade”. O princípio da precedência de lei, significa, “em geral, que a Administração só pode actuar com base na lei ou mediante autorização da lei”, sendo, no entanto, o seu alcance menos inequívoco do que o primeiro.



integrar-se, contrariamente ao que pretendem, no n.º 3 do art. 25º do Estatuto do SNS.



Carecem ainda de fundamentação legal, pelas mesmas razões, o Despacho n.º 1978/2002 (2.ª série) do mesmo Secretário de Estado e os acordos eventualmente celebrados pelas instituições do SNS com base no referido Despacho.

Acresce que no Direito Fiscal vigora o princípio da indisponibilidade dos créditos fiscais, estatuinto o n.º 2 do art. 30º da Lei Geral Tributária que *“O crédito tributário é indisponível, só podendo fixar-se condições para a sua redução ou extinção com respeito pelo princípio da igualdade e da legalidade tributária”*, princípio este que deve ser aplicado a todo o ordenamento jus-financeiro¹⁷¹.

Ora, como acima ficou demonstrado, o princípio da legalidade não foi cumprido no caso vertente. E não o foi também o princípio da igualdade, porquanto os perdões de dívidas às instituições e serviços do SNS beneficiaram apenas os SAMS e as seguradoras, não tendo sido concedido qualquer perdão de dívida a outros subsistemas, públicos ou privados.

3. Deve referir-se que o n.º 3 do art. 106º da CRP¹⁷² impõe que a proposta de Orçamento apresentada pelo Governo à Assembleia da República seja acompanhada de relatórios vários, designadamente sobre “Os benefícios fiscais e a estimativa da receita cessante” (al. g) do referido preceito). Assim, os Orçamentos relativos aos anos incluídos no âmbito de vigência dos perdões de dívida em análise deveriam ter sido aprovados pela Assembleia da República com conhecimento do valor da estimativa da receita cessante em virtude dos mesmos. A não observância do normativo constitucional importaria uma inconstitucionalidade procedimental das Leis do Orçamento de Estado em causa¹⁷³.
4. Por outro lado, do ponto de vista da contabilidade pública, não pode deixar de salientar-se que, a não ter sido dado cumprimento ao preceito constitucional supra referido e a terem sido inscritas nos orçamentos das instituições do SNS¹⁷⁴ e, conseqüentemente, nos Orçamentos do Estado dos anos de início de vigência dos Protocolos (1999), e do Despacho (2002) receitas que, por virem a ser objecto de perdão já no decurso do período de execução orçamental, se tornaram receitas cessantes, necessário se tornava proceder a alterações orçamentais quer dos orçamentos das instituições do SNS, quer nos mapas da receita global dos fundos

¹⁷¹ Afirma o Prof. Sousa Franco in *Finanças Públicas e Direito Financeiro*, vol. II, 4.ª edição – 5.ª reimpressão, Almedina, 1997, pág. 48, que *“O regime comum das receitas em Portugal é expressão, no geral, dos princípios essenciais da contabilidade pública e, por outro, do carácter dominante da receita tributária, que tende a dominar e assimilar crescentes aspectos do regime das restantes receitas”*.

¹⁷² Versão resultante da Lei n.º 1/97, de 20 de Setembro.

¹⁷³ Neste sentido, referem J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa* Anotada, 3.ª edição revista, Coimbra Editora, 1993, em anotação ao art. 109º, que *“A falta de fundamentação da proposta de orçamento, por défice dos referidos relatórios, gera a irregularidade da proposta, que, a não ser sanada, inquina a própria lei do orçamento (inconstitucionalidade procedimental)”*.

¹⁷⁴ Os referidos orçamentos contêm na parte da receita a conta 797 – Proveitos e ganhos extraordinários – Correções relativas a exercícios anteriores - na qual são inscritos os créditos da instituição sobre terceiros que previsivelmente serão objecto de cobrança no ano económico a que se reporta o orçamento, mas que foram gerados em exercícios anteriores, configurando dívida de terceiros às instituições e serviços do SNS.



e serviços autónomos constantes do Orçamento do Estado. Estas alterações orçamentais, por afectarem necessariamente o volume total dos fluxos orçamentais previsíveis ao nível não só dos orçamentos das instituições, mas também ao nível global do Orçamento do Estado, deverão ser objecto de aprovação pela Assembleia da República¹⁷⁵.

O volume financeiro que deixou de ser cobrado no âmbito dos protocolos¹⁷⁶ foi o que consta do quadro seguinte:

Quadro n.º 46

RECEITA NÃO COBRADA NO ÂMBITO DO PROTOCOLO CELEBRADO COM OS SAMS

Milhares de Euros

Instituições	1999	2000	2001	TOTAL
ARS	372	144	50	566
H Centrais	3.967	1.310	3.511	8.788
H Distritais	158	2.069	1.728	3.955
H Nível I	50	67	119	236
IPO Psiquiátricos	16	1.972	611	2.599
Outros	0	5	1	6
TOTAL	4.563	5.567	6.020	16.150

Fonte: Dados fornecidos pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapa X – anexo 12 – Vol. III)

Quadro n.º 47

RECEITA NÃO COBRADA NO ÂMBITO DO PROTOCOLO CELEBRADO COM A APS

Milhares de Euros

Instituições	1999	2000	2001	TOTAL
ARS	0	0	0	0
H Centrais	1.404	1.862	372	3.638
H Distritais	106	730	49	885
H Nível I	10	37	4	51
IPO Psiquiátricos	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0
TOTAL	1.520	2.629	425	4.574

¹⁷⁵ Neste sentido, em comentário à al. f) do n.º 1 do art. 203º da CRP, pronunciam-se J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira afirmando que "(...) qualquer acto do Governo com incidência financeira terá de respeitar o Orçamento do Estado, aprovado pela AR, sob pena de invalidade, sendo certo, de resto, que o Governo não pode alterar por si mesmo, o Orçamento, que só pode ser alterado por lei de AR (...)". Ainda com a mesma orientação pode citar-se A. L. Sousa Franco, Finanças Públicas e Direito Financeiro, Almedina, Coimbra, 1997, vol. I, pág. 437, que afirma "Assim (artigo 20º, n.ºs 1 e 2, LEOE), interpretando e não inovando, resulta claro que as alterações que impliquem aumento da despesa total do Orçamento do Estado ou dos montantes de cada sector orgânico ou funcional fixados na Lei do Orçamento, ou transferências e supressões que os afectem, só poderão ser efectuadas por lei da Assembleia da República (...).

¹⁷⁶ Eventualmente, alguma desta receita poderia igualmente não ter sido cobrada ainda que os Protocolos não tivessem sido celebrados. Com efeito, algumas das dívidas perdoadas encontravam-se em fase contenciosa, havendo sempre o risco de os devedores não serem judicialmente condenados ao seu pagamento. Por outro lado, as dívidas dos SAMS vinham sendo objecto de litígio, como melhor se descreve no Relatório Final de Auditoria ao SNS (Relatório n.º 38/99 – 2.ª Secção) do Tribunal de Contas, pág. 190 e segs.



Fonte: Dados fornecidos pelas 140 instituições no âmbito da presente auditoria (Mapa X – anexo 12 – Vol. III).

O Conselho de Administração do IGIF pronunciou-se no sentido de que:

“(...)a situação dos protocolos não configura qualquer perdão de dívidas. Esta afirmação decorre de uma errada qualificação jurídica da situação (...)”

“(A afirmação de que estamos perante perdão de dívidas pressupõe que as mesmas existam. Ora se as dívidas não existirem não pode haver qualquer perdão mas apenas o reconhecimento da situação (...)”

Sem prejuízo de reconhecermos o esforço conceptual na defesa da figura “contrato declaratório extintivo da dívida”, não podemos concordar com o alegado nesta parte, atendendo a que os fundamentos invocados não encontram o mínimo suporte no texto dos acordos de pagamento em análise.

Na verdade, confrontando o texto dos protocolos em apreço, verifica-se a referência expressa:

- ao “pagamento dos cuidados de saúde prestados pelas instituições e serviços integrados no SNS aos beneficiários dos SAMS”, “reclamados judicial e extrajudicialmente”;
- ao “pagamento das dívidas das seguradoras às instituições e serviços do SNS, por cuidados de saúde prestados a beneficiários de seguros reclamadas judicialmente”.

Também nas cláusulas gerais dos acordos de pagamento a celebrar entre as instituições do SNS e as empresas de seguros responsáveis pelos encargos relativos à prestação de cuidados de saúde, aprovadas pelo Despacho n.º 1978/2002, se estabelece que o objecto dos mesmos é o “pagamento das dívidas resultantes das prestações de cuidados de saúde que não foram reclamados judicialmente”.

Finalmente, e relativamente à base legal invocada para os protocolos, as observações formuladas não são juridicamente relevantes, pelo que se mantêm as conclusões da auditoria.

11.3 REPARTIÇÃO DE ENCARGOS PELA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E PELA COMPARTICIPAÇÃO MEDICAMENTOSA ENTRE O SNS E OUTRAS ENTIDADES

Desde 1995 vêm sendo celebrados entre o Ministério da Saúde e várias entidades Protocolos¹⁷⁷ tendo objecto a repartição dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde e da comparticipação medicamentosa entre o Serviço Nacional de Saúde e aquelas entidades¹⁷⁸.

¹⁷⁷ Estes Protocolos, bem como a respectiva execução financeira, encontram-se descritos no anexo 36 – Vol. III.

¹⁷⁸ Trata-se de entidades que dispõem elas próprias de serviços prestadores de alguns cuidados de saúde e/ou de planos de saúde para os seus trabalhadores ou associados.



A CRP determina, no seu art. 64¹⁷⁹, que o direito à protecção da saúde seja realizado, designadamente, através de um serviço nacional de saúde universal¹⁸⁰, geral¹⁸¹ e tendencialmente gratuito, incumbindo prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. Compete igualmente ao Estado, por imperativo constitucional, articular as formas empresariais e privadas da medicina com o SNS.

A Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, centra-se no sistema de saúde¹⁸², propiciando, contudo várias articulações com outras entidades, quer do sector privado, quer do sector social. Assim, no que respeita ao caso vertente, importa referir que o primeiro dos Protocolos analisados, celebrado em 1995, se fundamentava nas Bases XII e XXXVII daquela Lei, as quais estatuem, respectivamente, que “*O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso*” e que “*O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público*”.

Diferentemente, os restantes Protocolos encontram fundamentação legal no n.º 6 do art. 25º do Estatuto do SNS, introduzido pelo Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de Dezembro¹⁸³.

Os Protocolos entroncam nesta linha de articulações permitidas pela Lei de Bases da Saúde, devendo sempre salientar-se a necessidade de cumprimento do preceito constitucional do direito de acesso de todos os cidadãos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação¹⁸⁴, o que implica a liberdade de acesso às instituições integradas no SNS sempre que os serviços médicos prestados pelos subsistemas não sejam completos e sempre que os beneficiários optem por estes em detrimento dos prestados no âmbito do respectivo subsistema.

Por outro lado, deve evidenciar-se que, para a correcta execução dos Protocolos, os beneficiários dos subsistemas privados ou dos planos de saúde por aqueles abrangidos

¹⁷⁹ O número do preceito coincide nas versões resultantes das revisões constitucionais de 1992, 1997 e 2001.

¹⁸⁰ “*A universalidade confere a todos o direito de recorrer ao SNS, não impedindo naturalmente a existência e o recurso aos serviços particulares de saúde*”, de acordo com J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, Constituição da República Portuguesa Anotada, 3.ª edição revista, Coimbra Editora, 1993, em anotação ao art. 64º.

¹⁸¹ “*A generalidade traduz a necessidade de integração de todos os serviços e prestações de saúde*”, de acordo com os AA. supra citados, em anotação ao mesmo artigo.

¹⁸² De acordo com o n.º 1 da Base XII daquela Lei, “*O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades*”.

¹⁸³ Este diploma vem permitir a celebração de vários tipos de acordo relativos a fixação de preços e a pagamentos. Afirma-se no seu preâmbulo que “*O sistema não ficaria completo se não fosse instituído um mecanismo em que a responsabilidade do SNS é transferida para determinadas entidades, que por sua vez pagam as prestações de saúde de determinados grupos de pessoas aos prestadores de saúde, quer sejam públicos ou privados*”.

¹⁸⁴ Art. 64º, n.º 3, al. a) da CRP.



devem ser titulares de um cartão de utente do SNS do qual conste a sua qualidade de beneficiários do respectivo subsistema ou plano de saúde e deverão apresentá-lo sempre que recorram à prestação de cuidados de saúde por instituições integradas no SNS. Com efeito, só assim estas instituições podem facturar às entidades responsáveis pelo pagamento dos cuidados nos termos dos Protocolos, evitando que o SNS venha a suportar os encargos decorrentes dessas prestações.



Os valores pagos pelo SNS no âmbito dos presentes protocolos foram os seguintes:

Quadro n.º 48

VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA A CARGO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Milhares de Euros

Entidades	1999	2000	2001	2002	Total
CTT*	0	0	4.583	0	4.583
Portugal Telecom**	9.276	4.606	14.541	4.820	33.243
SAMS***	0	0	16	6.252	6.268
Total	9.276	4.606	19.140	11.072	44.094

* O montante pago em 2001 é relativo ao ano de 1999.

** O montante pago em 1999 é relativo ao ano de 1998; o montante pago em 2000 é relativo ao 1.º semestre de 1999; o montante pago em 2001 é relativo ao 2.º semestre de 1999, retroactivos do 1.º semestre de 1999, e valor do ano de 2000; o montante pago em 2002 é relativo ao 1.º semestre do ano de 2001.

*** O montante pago em 2000 é relativo ao ano de 2001; o montante pago em 2002 é relativo a 50% do 1.º semestre de 2001.

Fonte: IGIF



ANEXO I



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Ofício n.º 1995

de 18/02/2003

Ex.mo Senhor

Director Geral do Tribunal de

Contas

Av. Barbosa du Bocage, 61

1050-189 LISBOA

CA

Para a equipa proceder à análise das alegações apresentadas e à elaboração do auto respectivo de relatório respectivo.

11/03/03
[Signature]

.02531 2003 03 10

de
à eq-rc
auditoria.
1. Proceder à análise das alegações que doc. a anexar ao relatório.
2. Integrar no relatório apenas os aspectos essenciais.

Citação do Relato de Auditoria à Situação Financeira do Serviço Nacional de Saúde

Na sequência da notificação para audiência prévia deste Instituto sobre o relato de auditoria à Situação Financeira do Serviço Nacional de Saúde a que corresponde o proc. n.º 06/02, considera-se necessário prestar os seguintes esclarecimentos:

Q.2
11.03.03

I - Introdução

Os Relatórios das Auditorias do Tribunal de Contas, feitos com bastante regularidade ao Serviço Nacional de Saúde, têm constituído um documento de inspiração no sentido do aperfeiçoamento contínuo que o IGIF tem procurado imprimir na sua actividade e nas metodologias que tem usado.

O Orçamento do Serviço Nacional de Saúde é um universo complexo que consolida um conjunto de orçamento de serviços e fundos autónomos e que terão que ser por isso integralmente responsabilizados pelos elementos que remetem às instâncias competentes, pelos sistemas de informação que utilizam e em suma por todos os actos que decorrem no seio da sua organização.

d

11.03.2003

[Signature]



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Note-se que em 2000 foram 142 instituições as financiadas através do Orçamento do Serviço Nacional de Saúde (não 140 como refere a 1ª nota da pág 4 – vol.I) e todas elas com gestão concerteza verdadeiramente responsável, executam a sua actividade e fazem-no com os apoios e meios que melhor se adequam à sua situação ou com aqueles de que conseguem dispor.

Mas não esqueçamos que todas são entidades que são responsáveis integralmente pelos sistemas de informação que escolhem, que implementam e consequentemente por toda a informação que deles se retira.

Por outro lado, no que diz respeito aos aspectos dos sistemas de informação e aplicativos, em vários pontos do documento (1.4. Condicionantes; 2.3. Sistema Contabilístico do Serviço Nacional de Saúde; 4.2. Avaliação da Fiabilidade da Informação Económico-Financeira produzida pelas Instituições do Serviço Nacional de Saúde; 4.3. Avaliação do acompanhamento e controlo da execução orçamental das instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde pelo IGIF e pela DGO), ao mesmo tempo que se reconhece a difusão aplicacional das soluções desenvolvidas pelo IGIF, são referidas debilidades aplicacionais relativas ao sistema de informação descentralizada de Contabilidade (SIDC), debilidades essas que se confirma existir. Nomeadamente, o desenvolvimento aplicacional não estruturado apresenta como sintomas a inexistência de documentação de suporte ao processo de análise (modelo de dados, estudo funcional, descrição dos artefactos de software).

Acresce ao exposto no parágrafo anterior que é referido ainda (4.3. Avaliação do acompanhamento e controlo da execução orçamental das instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde pelo IGIF e pela DGO) a falta de integração automática entre a aplicação de contabilidade atrás referida e um conjunto de outras aplicações cujos eventos registados têm reflexo contabilístico (por exemplo, o caso dos sistemas de gestão de recursos humanos e de aprovisionamento). A falta desta integração automática leva a que, por não existirem pontos de controlo temporal como o fecho de mês contabilístico, se assista a uma divergência entre a informação de gestão veiculada pelas várias aplicações.

É intenção do IGIF, e de acordo com a orientação da Tutela, proceder à renovação aplicacional da área contabilístico-administrativa, prevendo-se que a mesma decorra durante



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

todo o ano de 2003. Esta renovação cobrirá os processos hoje geridos pelas actuais aplicações de contabilidade, recursos humanos e aprovisionamentos, e tem como objectivo principal a garantia de integração automática, presidindo por esse facto ao seu desenvolvimento um princípio genérico de desenvolvimento baseado nos processos e não na organização de cada unidade utilizadora.

II – Análise em concreto

Ponto 2.2. – pag. 8 vol I.

Embora seja irrelevante à análise do relato da auditoria sempre se dirá por uma questão de rigor que o IGIF é um serviço do Ministério da Saúde não integrando o Orçamento do Serviço Nacional de Saúde, nem mesmo o serviço prestador nos termos da Lei de Bases da Saúde.

Ponto 2.3 – pag.8/9 vol I e 19 vol II

Contrariamente ao que parecer resultar do relato da auditoria, a implementação do POCMS abrangendo todas as instituições do Serviço Nacional de Saúde apenas é feito a partir de 2003. Na verdade, apenas um grupo reduzidíssimo de instituições passou por esta experiência- piloto em 2001 e 2002.

Assim a partir de 2003 a informação já será completa. A contabilidade das instituições integrará também a contabilidade orçamental e não só a geral e a analítica como até ao final de 2002.

Considera-se por isso que muitas das questões relativas a “ divergências entre mapas” colocadas neste relatório serão atenuadas por esta situação e outras terão mesmo desaparecido.

Ponto 4.1- Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (pag.14 do vol I)

R



A análise jurídica desenvolvida no vol.II sobre a conta 265 –Pags 24 a 26 – termina com uma conclusão não jurídica que nos parece excessiva senão mesmo errada. Esta conclusão é depois retirada do texto em que se insere e fecha igualmente este ponto no vol.I .

Gostariamos porém de deixar aqui, de forma muito resumida, uma perspectiva de abordagem diferente da do relato de auditoria.

Na verdade a conta 265 teve como objectivo tornar os orçamentos das instituições realistas de molde a que os orçamentos financeiros pudessem ser para todos, instituições e serviços que as tutelam , um verdadeiro instrumento de gestão.

Só com valores de orçamento realistas e integrais se pode exigir cumprimentos de metas orçamentais e se pode fazer um acompanhamento da execução do orçamento. Aliás as restrições aos valores desta conta existiam sempre, já que houve sempre orientações precisas sobre crescimento de despesas e orçamentação de receitas.

Em conclusão, de forma alguma podemos concordar que houve um empolamento da despesa por virtude da criação desta conta “com as previsíveis consequências a nível de endividamento”.

Creemos mesmo que ao contrário, o que houve foi uma diminuição de despesa, já que foi possível estabelecer um crescimento sustentado e plausível do orçamento. Esse orçamento que as instituições poderiam adoptar como meta e de que os serviços de tutela poderiam exigir cumprimento.

Diminui concerteza o diferencial entre os orçamentos iniciais e finais de cada ano porque no primeiro orçamento já se conseguia dotar as diversas rubricas com verbas mais próximas das necessidades efectivas das instituições.

Deu-se mais verdade igualmente aos aspectos relativos às rubricas da receita (excluída a 265) já que havia até aí empolamento da receita. A criação desta conta terá permitido diminuir os valores previsíveis de cobrança para uma base mais realista.



V - Avaliação da Fiabilidade da Informação Económico-Financeira (pag.15 do vol. I e pags 29-32 do vol II)

Sobre esta questão importa referir que a situação económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde não é “apurada pelo IGIF”, é a que resulta dos documentos que lhe são enviados.

Ao invés do que refere o relato da auditoria, este Instituto nunca refere que os dados são definitivos, sobretudo os de final de ano, antes de realizar bastantes validações dos dados existentes nos diversos documentos que lhe são presentes, (já que não é verdade o que se refere no ponto seguinte –“O IGIF não faz validação de dados”).

Embora nos pareça difícil validar dados que não foram ainda relevados na contabilidade geral de algumas instituições, também não é verdade que se os avaliarmos como os mais correctos os não consideremos.

Como veremos mais á frente e se analisarmos com alguma atenção e pormenor, os dados constantes do relato e os do IGIF sobre o déficite do Serviço Nacional de Saúde, não são na verdade assim tão diferentes (embora um leitor menos prevenido dos quadros possa concluir por uma diferença substancial, isso não é verdade) e ainda mais quando ambos os organismos estão a lidar com n°os provisórios e diferentes da ARS de Lisboa , organismo cujo orçamento ultrapassa os 919 384 mil euros.

Se a situação financeira produzida pelo IGIF “não é fidedigna, integral e consistente” já que o não são os dados das Demonstrações Financeiras em que se baseia, também o relato da auditoria poderá estar em erro porque assenta nos mesmos pressupostos. Concerteza que o fez porque reconhece que embora com algumas falhas, que na verdade reconhecemos, e que temos vindo a tentar atenuar no decorrer dos anos, há um elevado grau de fiabilidade na informação que todos afinal detemos.



Mas na verdade, reconhecemos que as instituições do Serviço Nacional de Saúde e o IGIF terão de procurar resolver algumas situações por forma a minimizar divergências (não explicáveis) entre os documentos produzidos.

VI – ACOMPANHAMENTO E CONTROLO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTAL PELO IGIF E PELA DGO (pag 16 , vol. I, pags 35-37 vol II).

Discorda-se das conclusões e da apreciação do relato de auditoria pelas seguintes razões:

a) De facto não é verdade que o IGIF “ não tem assegurado que a informação que lhe é prestada pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde seja actualizada e definitiva “.

Não só isto não é verdade porque não é de facto isto que se passa ,como também a nota colocada pelo Tribunal de Contas para justificar esta afirmação tem uma referência directa a uma nota de um dos quadros que lhe remetemos que a nosso ver e, na melhor das intenções, foi mal lida . Diz a nota do quadro remetido pelo IGIF relativo á situação financeira do Serviço Nacional de Saúde de 31.12.2001(ponto 7.3 do vol II) “ A ARS de Lisboa é estimada e alguns hospitais distritais ainda são elementos provisórios... “. Refere então o Tribunal de Contas na sua nota 65 “Como se refere no ponto 7.3 deste relato, em Agosto de 2002, mais de 6 meses volvidos sobre o termo de execução orçamental de 2001 e mais de 2 meses após o termo do prazo para prestação de contas ao Tribunal de Contas, este Instituto apenas possuía dados provisórios relativos aquela execução orçamental relativamente a alguns hospitais distritais”.

A situação é como se pode constatar perfeitamente ao contrário.

Das 112 instituições a situação só era provisória em alguns hospitais distritais. Tirando a ARS de Lisboa, que o relato da auditoria, nem refere apesar do seu volumoso orçamento. É isto que a nossa Nota significa.

Por outro lado, quanto à alegada não validação da facturação importa esclarecer o seguinte:



a) O IGIF compara os dados em suporte informático e em suporte papel, solicita dados extra-contabilísticos que só mais tarde deverão ter relevância contabilística, verifica se alguns subsídios consignados têm o seu registo nas contas de despesa e receita respectiva, etc.

c) Sobre a referência/conclusão de que apenas utilizamos os elementos relevados na contabilidade geral e que por isso não temos em conta a “totalidade dos compromissos assumidos perante terceiros” gostaria de remeter para a alínea anterior e para o ponto que refere a análise do déficite para provar que a conclusão retirada não é inteiramente correcta.

VII – Deficite do Serviço Nacional de Saúde ((pags17/18 do Vol I e 39/48 vol II)

Existem dois aspectos que dentro do prazo para a pronúncia, merecem ser referidos ainda que outros houvessem:

- Metodologia utilizada para os cálculos do Tribunal de Contas;
- Deficite financeiros e dívidas apuradas .

a) Quanto à metodologia utilizada e a afirmação do relato da auditoria de que o IGIF não considerou os dados sobre compromissos de 2001 que não tinham sido relevados contabilisticamente importa esclarecer o seguinte:

Da metodologia descrita pelo Tribunal de Contas não resulta claro que este tenha retirado às contas de 2001 os encargos que estão relevados na contabilidade de 2001 e que são de 2000. Em nenhum lugar isso é afirmado. E de facto as contas 797 e 697 de 2001 contêm relevações contabilísticas de factos que ocorreram no ano anterior. Porque, se de facto incluirmos nas contas os compromissos do ano com relevação contabilística só no ano seguinte, isso significará então que terão de ser retirados os valores relevados na contabilidade mas que são de anos anteriores. Só assim obteremos um real reflexo do



exercício. Mas será útil para a fiabilidade dos dados fazer estas duas correcções extra-contabilística ou presumindo que os finais do ano são idênticos em termos de relevações contabilísticas em atraso (como fez o IGIF) não fazer qualquer correcção?

Como se pode deduzir, na verdade o IGIF não aumentou a despesa de 2001 com os compromissos que só foram relevados em 2002, mas também não corrigiu a despesa de 2001, retirando as despesas contabilizadas que eram de anos anteriores.

b) Análise do déficite financeiro e das dívidas

O déficite financeiro do Serviço Nacional de Saúde em 31.12.2001 reportado ao TC pelo IGIF consta do quadro 18 (pag. 41 vol II) intitulado Situação financeira do Serviço Nacional de Saúde de 2001 provisória . É a situação existente em Julho de 2002. Os dados da ARS de Lisboa são estimados, e alguns hospitais distritais afirmavam ainda naquela altura que os dados eram provisórios. Trata-se também da situação consolidada, em todas as contas onde houve fluxos inter-instituições do Serviço Nacional de Saúde , por informação directamente recolhida das instituições.

Os elementos serão definitivos, quando após as múltiplas validações (e respectivas consequências) a que procedemos, for publicado o relatório das contas globais que anualmente fazemos.

O quadro 20 (pag. 44) do Tribunal de Contas refere um titulo diferente “ Défice financeiro do Serviço Nacional de Saúde em 31.12.2001”, não reporta a data em que obteve os elementos. Deduzimos que os únicos valores não definitivos serão os da ARS de Lisboa pelas notas ao quadro 16. Não sabemos que valores foram afinal considerados, nem se evidencia esta falha nas conclusões sobre este ponto no vol. I . E como vimos trata-se de valores elevadíssimos(mais de 919 milhões de euros).

Este quadro 20 tem duas abordagens diferentes que mistura e que podem confundir a questão. Até à determinação do déficite acumulado (linha 12) pretende reflectir a situação real do que se verificou no Serviço Nacional de Saúde e do que foi de facto o déficite que os



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

serviços terão tido. Depois (linhas 13, 14 e 17) onde refere "déficit oculto" e "déficit total" já passa a analisar a questão como se não tivesse existido a receita da "regularização de dívidas".

Parece-nos que poderão ser correctas as duas metodologias de abordagem mas não deveriam ser apresentadas em conjunto porque podem enviesar a análise.

Mas o Tribunal de Contas não fez a consolidação da despesa total e da receita cobrada. Quanto a nós é incorrecto retirar ao déficit, valores que são referidos como despesa. Os valores da despesa entre instituições do Serviço Nacional de Saúde deveriam ser retirados aos valores obtidos na despesa total do exercício (linha 2) caso se reportassem a despesa do ano ou aos valores referidos como despesa total de anos anteriores (linha 5) caso se tratassem de despesas de anos anteriores. Também deveria ter questionado as instituições sobre os valores cobrados a instituições do Serviço Nacional de Saúde e assim consolidar os valores da receita cobrada do exercício (linha 1) ou receita cobrada de anos anteriores (linha 4) conforme o exercício a que respeitassem.

Embora com designações iguais concluímos que não se utilizando a mesma metodologia não se pode de facto comparar praticamente nenhum elemento, senão o saldo inicial - valor do TC- 164 361 milhares de euros- valor IGIF - 163 541 milhares de euros.

Embora não se encontre explícito no quadro do IGIF parece-nos que haverá também alguma diferença a nível de despesa inter-instituições do Serviço Nacional de Saúde. Não sabemos se esta informação terá sido recolhida das instituições com a mesma metodologia com que ela terá sido obtida no IGIF. Nem sabemos se haverá falha de algumas informações ou mesmo a data em que a mesma foi obtida.

Mas vejamos agora as dívidas referidas.

O Tribunal refere na sua pag. 18 do vol I que as dívidas do Serviço Nacional de Saúde atingiam um valor de 2 145 220 milhares de euros, dos quais 1 836 386 milhares de euros a fornecedores externos. É curioso notar que já em Abril de 2002 o IGIF reportou um Email á



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Comissão para Análise das Contas Públicas em que informava aquela Comissão, por rubrica financeira, os valores das dívidas do Serviço Nacional de Saúde dos anos de 2000 e 2001 (provisórios). E em 2001 o valor em euros era de 2 112 539 euros. Existia assim nesta altura apenas uma diferença de cerca de 33 000 milhares de euros (equivalente a 6,5 milhões de contos num total de mais de 400 milhões) e que corresponde a um diferencial de -1,5% em relação ao número agora apurado pelo Tribunal de Contas.

Também em Junho de 2002 reportámos ao Ministério das Finanças elementos sobre dívidas de 2002. Aí os valores eram apresentados por grupo de serviço e a dívida global seria 2 109 370 milhares de euros e a consolidada de 1 804 481 milhares de euros. Esta última com um diferencial de -1,8% em relação ao nº agora referido pelo Tribunal de Contas.

Mas partindo da situação a que chegamos no quadro 18, se adicionarmos os valores referentes ao saldo inicial de 2002, teremos matematicamente as dívidas existentes à data de 31.12.2001. O défice financeiro a que chegamos foi de 1543076 milhares de euros, adicionando o saldo de gerência em 1.1.2002 - 237 628 mil euros - obtemos o valor 1 780 704 milhares de euros (cerca de 3% de diferença para as dívidas a fornecedores externos apuradas pelo Tribunal de Contas).

Julgo assim que devemos concluir que, apesar de tudo quanto de negativo e errado é assinalado neste relatório, a diferença concreta de números de dívidas e consequentemente de défices não é, atendendo até à metodologia com que foi realizada, significativa.

XI - Algumas relações contratuais com reflexos na situação económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde

11.1. Protocolos celebrados com a APIFARMA

Existem algumas imprecisões na apreciação efectuada neste âmbito.

De acordo com o Protocolo estabelecido entre o Estado e a Indústria Farmacêutica em 20.03.1997 e os despachos do Secretário de Estado da Saúde n.º 1242/98 de 17.12.1997 e



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

3180 de 26.01.1998, as empresas farmacêuticas depois de conhecerem as contribuições cedem créditos ao Estado mediante três situações diferentes e não por opção como é referido no 4º parágrafo.

- Se não tinham créditos ao Estado, o pagamento era feito mediante transferência bancária para a conta criada na D.G.T para o efeito.
- Havendo cedência de créditos do Estado, podiam existir duas situações: o valor dos créditos coincidia com o valor da contribuição ou era superior. Neste último caso, há lugar a um saldo positivo, cujo valor é transferido para a conta acima referida. Se o valor coincidia com a contribuição cedia créditos a mais de 180 dias, os quais eram conferidos pelos serviços de contabilidade dos Hospitais como facturação em dívida.

Em qualquer dos casos era emitido um recibo. Este procedimento existiu nos Protocolos celebrados em 20.03.1997 e 03.10.2001.

As Instituições do Serviço Nacional de Saúde relevam na sua contabilidade o preceituado nos Protocolos, no que respeita à cessação dos créditos. Trata-se de facturas existentes na Contabilidade não pagas há mais de 180 dias, cujos créditos foram cedidos pelas empresas farmacêuticas, objecto de confirmação por parte das Instituições e que foram dadas como pagas e registadas como proveito extraordinário, como contrapartida duma contribuição devida pela Indústria Farmacêutica, decorrente dos Protocolos estabelecidos.

Sendo os orçamentos dos serviços englobados no Serviço Nacional de Saúde parte integrante do OE e tratando-se de créditos cedidos a essas Instituições, parece que o efeito pretendido é atingido, quer pela via da cessão de créditos, quer pelo depósito feito na D.G.T e transferido posteriormente para o Serviço Nacional de Saúde, que consequentemente tem efeito no O.E, não se verificando o mencionado no ponto "11.2 "Perdão de Dívidas" a instituições e serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde resultante da prestação por estas de cuidados de saúde.



A primeira questão que se coloca do relato de auditoria é a da expressão utilizada para identificar a situação subjacente à celebração de protocolos com a Sindicato dos Bancários dos Sul e ILHAS, bem como com as empresas seguradoras.

Na verdade, a situação dos protocolos não configura qualquer perdão de dívidas. Esta afirmação decorre de uma errada qualificação jurídica da situação como demonstraremos.

A afirmação de que estamos perante perdão de dívidas pressupõe que as mesmas existam. Ora se as dívidas não existirem não pode haver qualquer “perdão”, mas apenas o reconhecimento dessa situação.

Mas passemos à demonstração da diferente natureza jurídica dos factos subjacentes à celebração do protocolos referidos.

Na página 81 do relato refere-se que a situação configura uma remissão de dívida nos termos do artigo 862º do Código Civil. Porém, esta qualificação assenta no pressuposto da existência e reconhecimento da dívida, o que no caso concreto não se verifica. O que está em causa no caso concreto não é um contrato de remissão, mas apenas uma situação em que globalmente se reconhece que não existem os créditos reclamados pelas instituições e serviços integrados, ou seja, trata-se de um contrato declaratório extintivo da dívida.

Vejamos.

No que diz respeito ao SAMS a situação que motivou os descontos aos seus beneficiários até 1993 prende-se com o facto de se reconhecer a existência de beneficiários inscritos no SAMS que eram igualmente contribuintes da Segurança Social e como tal também titulares do Serviço Nacional de Saúde. Estavam em causa cônjuges e filhos dos bancários que igualmente tinham acesso ao Serviço Nacional de Saúde, sem que existisse uma responsabilidade especial daquele subsistema para com esses beneficiários. Para evitar os problemas inerentes à delimitação do universo de beneficiários, procedeu-se a um desconto de 50% no pressuposto de que esse universo era duplamente beneficiário.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Este desconto terminou pelas razões indicados no relato da auditoria, dando-se início a um litígio que se arrastou por algum tempo nos tribunais. Com a publicação do Decreto-lei nº 401/98, de 17 de Dezembro passou a ser possível celebrar acordos de preço e de pagamento, bem como de transferência de responsabilidades.

No que diz respeito aos Sindicatos dos Bancários do Norte, do Centro e do Sul e Ilhas, o Ministério da Saúde celebrou um acordo de pagamento e outro de transferência de responsabilidade. Na verdade, as partes procederam à definição do montante em dívida através do pagamento de uma parte reclamada pelo Serviço Nacional de Saúde e o reconhecimento de inexistência de dívida relativamente a outra parte no caso concreto, o universo de duplos beneficiários do sistema de saúde e do subsistema como é caso dos familiares dos trabalhadores bancários, ripristinando assim os pressupostos vigentes até 1993.

Portanto, no caso dos Sindicatos dos Bancários do Norte, do Centro e do Sul e Ilhas não há qualquer perdão de dívida, mas apenas o reconhecimento da inexistência de parte da dívida em contrapartida do pagamento de determinados valores. Acresce que, o protocolo consubstanciado no acordo de pagamento tem natureza de transacção face aos litígios pendentes em Tribunal.

Aliás refira-se que a expressão “acordos de pagamento” referidos no nº 3 do artigo 25º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde abrange qualquer forma de extinção das obrigações como decorre do próprio texto do relato de auditoria na página 12 do Volume, quando admite “outras formas de cumprimento das obrigações diferentes do pagamento”.

No que diz respeito às seguradoras importa referir que, contrariamente ao afirmado pelo Relato, não estamos perante créditos tributários (resultantes de taxas ou impostos) mas de dívidas resultantes das prestações de serviço em que a fonte da obrigação é a responsabilidade civil ao abrigo do nº 2 do artigo 495º do Código Civil.

Ora para que haja responsabilidade civil é necessário que se verifique os pressupostos do artigo 483º do Código Civil no caso da responsabilidade contratual delitual, ou a existência de um contrato no caso da responsabilidade contratual.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Para compreender a questão vejamos mais de perto a questão da responsabilidade civil de que emergem os créditos dos estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde:

Os Hospitais Públicos são Institutos Públicos, na modalidade de Estabelecimentos Públicos, com autonomia administrativa e financeira, cujo objecto é a prestação de cuidados de saúde. Da prestação dos cuidados de saúde resultam encargos ou despesas que as Instituições Hospitalares tem direito que sejam ressarcidos, quando exista um terceiro legal ou contratualmente responsável, quer directamente pelos danos que o assistido sofreu, quer pelo pagamento de todos os encargos que decorram da prestação dos cuidados de saúde ao mesmo.

O terceiro legal ou contratualmente responsável, no sentido de alguém exterior à relação estabelecida Hospital-Assistido, deve proceder ao pagamento de todos os encargos ou despesas decorrentes da assistência hospitalar prestada, mas para tanto é necessário que exista norma legal ou contrato celebrado que lhe atribua essa responsabilidade.

Tal entendimento deriva desde logo da própria Lei de Bases da Saúde, que na sua Base XXXIII, na alínea c) do n.º2 refere: *“Os Serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios: b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras”.*

Por outro lado, o próprio Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro, na alínea c) do n.º1 do art.º 23 refere que: *“Além do Estado, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde prestados no quadro do Serviço Nacional de Saúde: c) As entidades que estejam por tal obrigadas por força da lei ou contrato”*

Sem prejuízo de outras normas especiais, a situação mais comum de terceiros legalmente responsáveis são aqueles que são responsáveis por virtude de situações de responsabilidade civil. Acontece que em princípio deveriam ser os assistidos a suportar as despesas e pedirem o seu reembolso ao terceiro responsável. Todavia, a lei civil contém um preceito que confere aos estabelecimentos hospitalares a possibilidade de serem ressarcidos pelos encargos decorrentes da assistência prestada, estabelecido no art.º 495º n.º2 do Código Civil, conferindo um direito de exigir, não a reparação de um dano que os próprios



estabelecimentos tenham sofrido com a lesão, mas a reparação de uma parcela do dano padecido pela vítima.

Sempre que a responsabilidade tenha sido transferida para companhias de seguros através de um contrato de seguro, então devem ser as seguradoras a responder pelo ressarcimento directo do dano aos Hospitais. Assim, a imputação de responsabilidade a uma Companhia de Seguros dependerá da existência de um Contrato de Seguro, com os sujeitos contratuais, o objecto segurado e a quantia segurada identificada. Estes requisitos, o risco e a prestação do Segurado, constituem os elementos necessários e essenciais do contrato de seguro.

Existem casos em que a responsabilidade das companhias de seguro resulta da imposição legal de existência de contrato de seguro. Assim, e com o intuito de facilitar e estimular o tratamento à vítima, concede-se um direito indemnizatório autónomo aos que contribuíram nesse tratamento, direito esse que, necessariamente, deve entrar na cobertura do seguro obrigatório por respeitar à integridade física do lesado/segurado. O que se encontra excluído da cobertura do seguro obrigatório é a reparação das lesões corporais da própria vítima.

Assim se o assistido, não for contraente de contrato de seguro, relativo à Companhia de Seguros responsável, ou seja, se for um terceiro na relação contratual esta será responsável pelo pagamento da dívida que resultou da prestação dos cuidados de saúde prestados, nos termos gerais da responsabilidade civil.

De facto, sendo o respectivo segurado responsável pelos danos causados ao assistido, ou seja, sendo comprovada a culpa deste, a sua responsabilidade é transmitida contratualmente à Companhia de Seguros respectiva, através de contrato de seguro, derivando esta obrigação da própria existência do contrato de seguro, celebrado entre esta e o segurado/responsável, que abarca obrigatoriamente os danos causados a terceiros (seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel).

O próprio contrato de seguro, vincula a Companhia de Seguros ao pagamento destes encargos hospitalares.

Nos casos em que a assistência hospitalar prestada resulta de atropelamento, nenhuma dúvida surge nos casos em que é apurada a responsabilidade pelo mesmo.

h



No casos em que a culpa é do próprio assistido, deverá ser o próprio, ou os seus representantes legais, a suportar todos os encargos decorrentes com a prestação dos cuidados de saúde que lhe foram ministrados.

Nos casos em que a culpa é do condutor do veículo atropelante, a sua responsabilidade é transmitida contratualmente à Companhia de Seguros atinente, por virtude de contrato de seguro do ramo automóvel, sendo a mesma responsável por todos os encargos, dentro dos limites e objecto do próprio contrato de seguro, que os contraentes se obrigaram. A obrigação advém da própria existência do contrato.

No caso do seguro escolar a sua obrigatoriedade legal vem prevista na Portaria n.º 413/99 de 8 de Junho, e constitui um sistema de protecção destinado a garantir a cobertura de danos resultantes de acidente escolar. De acordo com art.º 27º da referida portaria "é obrigatória a inscrição no seguro escolar para os alunos matriculados em estabelecimentos de educação ou ensino não superior". O seguro escolar é assim obrigatório nos termos da Lei, abrangendo as prestações consagradas e definidas no art.º 6 do seu regulamento, aprovado pela portaria supra identificada.

Assim relativamente à responsabilidade das Seguradoras, ela advém naturalmente da própria existência do contrato, baseando-se só nessa existência. Ou seja, a Seguradora contraente do contrato de seguro é obrigada a pagar os encargos hospitalares advenientes da prestação dos cuidados de saúde prestados, pela própria existência objectiva de um contrato de seguro e não devido a qualquer tipo de culpa ou responsabilidade do seu segurado, como nos casos de acidentes de viação acima mencionados.

No caso dos acidentes de trabalho, a forma de melhor garantir o pagamento de indemnizações devidas em caso de acidente de trabalho foi estabelecida através da obrigatoriedade do seguro, de acordo com o art.º 37º da Lei dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais (DL. n.º 100/97 de 13 de Setembro-LAT.)

No n.º 1º do art.º 37º da LAT, é imposta a obrigação de transferência da responsabilidade civil por acidentes de trabalho do empregador para uma Companhia de Seguros autorizada a realizar esse seguro, implicando para o empregador uma contra-ordenação laboral, nos casos da sua não celebração. É por isso obrigatória a existência de um contrato de seguro por acidente de trabalho.



Refere o n.º 2 do art.º 37 da LAT: “ Verificando-se alguma das situações referidas no art.º 18º, n.º1 a responsabilidade nela prevista recai sobre a entidade empregadora, sendo a instituição seguradora apenas subsidiariamente responsável pelas prestações normais previstas na presente lei”.

Assim com a celebração do contrato de seguro de acidente de trabalho, transferem-se para a Companhia de Seguros as obrigações que impendem sobre o empregador.

Acresce ainda informar que, como a responsabilidade por acidentes de trabalho pode não ter sido transferida para uma companhia de seguros – por falta de seguro – ou tendo sido transferida se não abranger todas as prestações – como na hipótese de agravamento derivado de culpa da entidade patronal ou por insuficiência da retribuição declarada (art.º 37º, n.ºs 2 e 3 LAT) sobre o empregador impende a obrigação de reparar os danos. Admitindo a possibilidade da insuficiência económica da entidade patronal – bem como a insuficiência económica da própria seguradora – foi criado o Fundo de Acidentes de Trabalho (DL. n.º 142/99, de 30 de Abril), que garante o pagamento das prestações devidas em caso de acidente de trabalho.

Em suma, para podermos imputar responsabilidades à Companhia de Seguros, terá que existir um contrato de seguro, com os sujeitos contratuais, o objecto segurado e a quantia segurada identificados. Estes requisitos, o risco e a prestação do Segurado, constituem os elementos essenciais do contrato de seguro.

As seguradoras apenas serão devedoras das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde se existirem:

- a) Um facto que gere responsabilidade civil (subjectiva ou objectiva) e desde que estejam preenchido todos os seus pressupostos.
- b) Um contrato de seguro válido e eficaz que cobra a totalidade dos danos.

As companhias de seguros apresentam-se assim como terceiros para quem foi transferida a responsabilidade civil, com as inerentes dúvidas quanto à existência da dívida, designadamente porque:

- a) o segurado não é culpado do acidente;



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

- b) não existe contrato de seguro válido e eficaz;
- c) o seguro não tem cobertura para aquele dano em tipo ou montante.

Do que se acaba de referir é evidente que os créditos dos estabelecimentos hospitalares resultante dos fenómenos de responsabilidade civil não são por isso créditos tributários. A demonstrar esse facto a circunstância da respectiva cobrança coerciva ser feita nos tribunais comuns, como qualquer outro Hospital privado, ao abrigo do Decreto-lei nº 218/99, de 15 de Junho.

E partir daqui a ideia de perdão de dívida não tem qualquer viabilidade jurídica, bem como a aplicação das regras orçamentais relativamente aos créditos tributários.

Assim sendo os protocolos celebrados com as Seguradoras são acordos de pagamento e simultaneamente de declaração de inexistência de dívida que se enquadram claramente no âmbito do artigo 25º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde na redacção dada pelo Decreto-lei nº 401/98, de 17 de Dezembro.

E o reconhecimento da inexistência da dívida que leva em muitos casos à anulação das facturas pode resultar de vários factores, mas que resultam fundamentalmente do facto de o lesado ser o culpado do acidente, de deficiente identificação dos responsáveis, ou de inexistência de cobertura pelo seguro apesar de haver uma apólice de seguro – e mesmo esta situação é por vezes muito duvidosa.

Por outro lado, o relato da auditoria não evidencia, relativamente ao despacho 1978/2002, (ano fora do período da auditoria, devemos notar) que se tratam de dívidas da APS cujas facturas dos Hospitais serão seguramente anteriores a 30 de Junho de 1999. Parece que se tratam de todas as dívidas, o que não corresponde à realidade. Acresce que para avaliar a bondade dos acordos seria necessário conhecer a percentagem de cobrança que o Serviço Nacional de Saúde tem de dívidas de anos anteriores de seguradoras que se situam nos valores acordados com as seguradoras. Portanto, através dos acordos obteve-se um valor equivalente a cobrança judicial sem os inerentes custos de cobrança.



Ministério da Saúde

IGIF

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Não se pode assim de afirmar que *“deixaram de ser cobradas receitas no valor de ... 4,6 milhões de euros ...às Seguradoras”*. Aliás a análise desagregada do valor - quadro 47(pag.84) - suscita dúvidas sobre a metodologia seguida para o apuramento da *“receita não cobrada”*. Tratam-se de *“receitas não cobradas”* em cada ano de facturação anteriores a 1999?

Nestes termos, considera-se terem sido prestados os esclarecimentos necessários, designadamente com vista à consideração dos elementos agora fornecidos e que se julga podem ser úteis.

Lisboa, 10 de Março de 2003

O Conselho de Administração

José Taborda Farinha
Presidente



Tribunal de Contas

Direcção-Geral

ANÁLISE DAS RESPOSTAS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO IGIF



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

Analisadas as alegações do Conselho de Administração (CA) do IGIF, refere-se o seguinte:

1. Número de instituições financiadas através do Orçamento do Serviço Nacional de Saúde.

Quanto à 1.º nota da página – volume I do relato de auditoria, o CA refere que “(...) em 2000 foram 142 instituições as instituições financiadas através do Orçamento do Serviço Nacional de Saúde (não 140 como refere a 1.º nota da pag. 4 – vol. I) (...).

Há que esclarecer que a, aparente, divergência referida resulta, por um lado, da criação do Centro Hospitalar de Cascais e conseqüente extinção do Hospital Condes Castro de Guimarães e do Hospital Ortopédico de Santana, e, por outro lado, da criação do Centro Hospital da Póvoa de Varzim/Vila do Conde e conseqüente extinção do Hospital Distrital Vila do Conde e do Hospital S. Pedro Pescador.

Na nota de rodapé é referido que o número de instituições variou ao longo do período analisado, devido à criação e extinção de instituições. Por exemplo, em 2000 o número de instituições variou entre 142 e 140. Assim, de 1/1/2000 a 30/6/2000 foram 142; de 1/7/2000 até 26/7/2000, foram 141 e de 27/7/2000 até 31/12/2000 foram 140.

2 - Aspectos dos sistemas de informação e aplicativos

Relativamente aos aspectos dos sistemas de informação referidos nos pontos do 1.4, 2.3, 4.2 e 4.3 o CA não contesta nenhuma das observações constantes do relato, manifestando a intenção de proceder à renovação aplicacional da aplicação informática na área contabilístico-administrativa, prevendo que a mesma decorra durante todo o ano de 2003.

Mantêm-se as conclusões de auditoria sobre esta matéria.

3 –Caracterização jurídica do SNS

O CA do IGIF alega que “(...) por uma questão de rigor sempre se dirá que o IGIF é um Serviço do Ministério da Saúde não integrando o Orçamento do Serviço Nacional de Saúde, nem mesmo o serviço prestador nos termos da Lei de Bases da Saúde.”

Não se concorda com a afirmação feita uma vez que o Decreto-Lei n.º 308/93, de 2/9, que aprova a orgânica do Instituto, qualifica-o como uma pessoa colectiva de direito público, com autonomia administrativa e financeira, sob a tutela do Ministério da Saúde (art.º 1.º). Assim, ao contrário do que afirma o CA, o IGIF não é um serviço integrado no Ministério da Saúde

A equipa retirará, todavia, a referência ao “IGIF” da frase dado que não se trata de um prestador de cuidados de saúde.

4 –Implementação do POCMS

Relativamente a esta matéria o CA refere que “Contrariamente ao que parece resultar do relato da auditoria, a implementação do POCMS abrangendo todas as instituições do Serviço Nacional de Saúde apenas é feito a partir de 2003. Na verdade, um grupo reduzidíssimo de instituições passou por esta experiência-piloto em 2001 e 2002.”



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

Do relato de auditoria não resulta que tenham sido abrangidas todas as instituições do SNS, mas apenas que a implementação do POCMS “teve início” em 2001. -

5 – Análise da conta “265 – Operações financeiras a regularizar”

As observações feitas no relato e no sumário executivo, a propósito da análise da legalidade da criação da conta 265, foram sustentadas nos princípios e regras aplicáveis à elaboração e execução dos orçamentos, pelo que não relevam as alegações sobre esta matéria, mantendo-se na íntegra a análise feita.

6 – Avaliação da fiabilidade da informação económico-financeira e avaliação do acompanhamento e controlo da execução orçamental das instituições integradas no SNS pelo IGIF

6.1 – Não validação de informação

Sobre as observações do IGIF nesta matéria há a destacar as seguintes

“(…) a situação económico-financeira do SNS não é apurada pelo IGIF é a que resulta dos documentos que lhe são enviados.”

“Se a situação financeira produzida pelo IGIF não é fidedigna, integral e consistente já que o não são os dados das Demonstrações Financeiras em que se baseia, também o relato de auditoria poderá estar em erro porque assenta nos mesmos pressupostos.”

“Reconhecemos que as instituições do Serviço Nacional de saúde e o IGIF terão de procurar resolver algumas situações por forma a minimizar divergências (não explicáveis) entre os documentos produzidos.”

Estas alegações merecem os seguintes comentários:

1. O IGIF nos termos das alíneas h), i) e m) do art.º 13.º do Decreto-Lei n.º 308/93, de 2/9, deveria:
 - “Proceder ao acompanhamento e avaliação da execução orçamental das instituições e serviços da saúde;
 - Proceder à revisão das contas dos serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde, propondo as correcções adequadas;
 - Estabelecer um sistema de controlo financeiro e proceder à realização de auditorias financeiras nas instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (...).”
2. Relativamente aos défices a que chegou o Tribunal de Contas, a metodologia, os pressupostos e as condicionantes estão devidamente identificadas no relato. Se houvesse confiança absoluta nos valores recolhidos, obviamente que as conclusões de auditoria não traduziriam um parecer adverso sobre a fidedignidade, a integralidade e a consistência de informação, nos termos em que foram formuladas. Apesar disso houve a tentativa do Tribunal de chegar a um valor o mais próximo possível da realidade, apesar das condicionantes identificadas.

O mérito do relato de auditoria é demonstrar a falta de fidedignidade da informação, dada a divergência dos valores apresentados pelos diversos mapas económico-financeiros.



Tribunal de Contas

Direcção - Geral

As conclusões a que se chegou com a recolha de informação directamente das instituições permitiu questionar o défice apurado pelo IGIF.

3. O CA reconhece ainda a existência de divergências não explicáveis entre os documentos produzidos.

A equipa considera de manter as conclusões do relato. Porém, no sentido de clarificar as conclusões propõe-se que:

- A frase da página. 16, do sumário executivo passe a ter a redacção seguinte:
“Não valida atempadamente a informação que lhe é remetida pelas instituições, de modo a impedir ou a minimizar a ocorrência de divergências como as referidas no ponto 5.2.1 do relatório – Volume II”
- Na frase da página 36 do relato seja inserida na palavra “fiabilidade” uma nota de rodapé com o seguinte teor:
“Cfr. Divergências constatadas na informação definitiva prestada ao Tribunal de Contas (v. ponto 5.2.1 do relatório – Volume II)”

6.2 – Compromissos assumidos

Contestando a afirmação feita no relato de que o IGIF utiliza, apenas, os elementos relevados na contabilidade geral e que por isso não tem em conta a totalidade dos compromissos assumidos perante terceiros o CA refere que “ (...) solicita dados extra-contabilísticos que só mais tarde deverão ter relevância contabilística (...)”.

O IGIF, não refere, todavia, que tipo de dados solicita, qual a sua periodicidade, a metodologia adoptada, o universo de instituições abrangidas, nem remete qualquer documentação exemplificativa ou comprovativa.

A equipa mantém a posição referida no relato no sentido de que, para proceder a um efectivo acompanhamento da execução orçamental, a informação contabilística solicitada às instituições deveria incluir elementos sobre a totalidade dos compromissos assumidos.

Todavia, propõe uma ligeira alteração na frase da página 16 do sumário executivo substituindo “utilizando apenas” por “baseando-se nos”.

6.3 – Informação actualizada e definitiva

O CA contesta a afirmação do relato segundo a qual o IGIF “*não tem assegurado que a informação que lhe é prestada pelas instituições do SNS seja actualizada e definitiva.*” Acrescenta ainda que “ (...) a nota colocada pelo Tribunal de Contas para justificar esta afirmação tem uma referência directa a uma nota de um dos quadros que lhe remetemos que a nosso ver e, na melhor das intenções, foi mal lida.”

No que respeita à redacção da nota n.º 65 do relato - volume II, aceita-se que a sua redacção poderá não ser muito clara, suscitando uma interpretação contrária ao que se pretendia dizer, pelo que a redacção passa a ser a seguinte:

“(...) este Instituto não possuía dados definitivos para todas as instituições, já que para a ARS de Lisboa os dados são estimados e, para alguns hospitais distritais, os elementos são provisórios”



Tribunal de Contas

Direcção-Geral

Apesar de o CA não concordar com a afirmação de que o Instituto “não tem assegurado que a informação que lhe é prestada pelas instituições do SNS seja actualizada e definitiva” não remeteu qualquer prova sobre as diligências tomadas junto das instituições para a remessa dos dados definitivos. Note-se que todos os hospitais distritais remeteram as suas contas ao Tribunal de Contas durante o mês de Maio de 2002.

Quando o IGIF refere, na página 5 das suas alegações, que “(...) nunca refere que os dados são definitivos, sobretudo os de final do ano, antes de realizar bastantes validações dos dados que lhe são presentes (...)” é porque essas validações, que afirma realizar, podem implicar que os dados ditos definitivos e que constituirão a base das contas globais não sejam coincidentes com as demonstrações financeiras das instituições enviadas ao Tribunal de Contas.

Não nos parece que tal procedimento seja correcto, já que após a entrega das contas ao Tribunal de Contas pelas instituições, a informação nelas contida é definitiva.

Para obviar a tal situação devem as instituições e o IGIF providenciar para que as validações sejam efectuadas antes da prestação de contas ao Tribunal de Contas e não, como refere o IGIF na pág. 8 das alegações, que “Os elementos serão definitivos, quando após múltiplas validações (e respectivas consequências) a que procedemos, for publicado relatório das contas globais que anualmente fazemos.”

Face ao exposto a equipa mantém as conclusões de auditoria

7 – Défice do SNS

Relativamente às observações do IGIF e particularmente à consideração de que “(...) o IGIF não aumentou a despesa de 2001 com os compromissos que só foram relevados em 2002, mas também não corrigiu a despesa de 2001, retirando as despesas contabilizadas que eram de anos anteriores”, convirá salientar, designadamente, o seguinte:

De acordo com as regras de elaboração e de execução orçamental, “os encargos relativos a anos anteriores serão satisfeitos por conta das verbas adequadas do orçamento que estiver em vigor no momento em que for efectuado o seu pagamento” pelo que “o montante global dos encargos transitados de anos anteriores deve estar registado nos compromissos assumidos (...)”. (Cfr. art.º 34.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28/7).

Face ao exposto, mantém-se a metodologia relativa ao apuramento dos encargos assumidos, considerando-se incorrecto o procedimento referido pelo IGIF na sua observação por desrespeitar a disciplina financeira em que se enquadra aquela execução orçamental.

No que respeita às observações do IGIF sobre o cálculo do défice financeiro apresentado nos quadros n.º 19 e 20 do relato, designadamente de que “(...) poderão ser correctas as duas metodologias de abordagem mas não deveriam ser apresentadas em conjunto porque podem enviesar a análise.”, salienta-se que, em consonância com as observações formuladas no capítulo X – “Regularização de responsabilidades (...)” do relato, uma análise integral do défice financeiro do SNS deve evidenciar as operações que, de acordo com a disciplina orçamental, deveriam ter sido relevadas como operações orçamentais e o não foram.

As observações do IGIF relativas aos critérios de consolidação parecem-nos pertinentes, pelo que as mesmas foram consideradas, e reformulados, apenas neste último aspecto, os mapas n.º 19 e 20 do



Tribunal de Contas

Direcção-Geral

relato, de modo a expressar valores consolidados relativamente a todos os défices apresentados. Passou-se também a evidenciar no quadro n.º 18 o défice não consolidado do IGIF.

8 – Protocolos com a APIFARMA

Não se alcança o sentido das imprecisões que o IGIF refere existirem na apreciação da matéria tratada no Capítulo XI-1 do relato, uma vez que os procedimentos descritos estão em conformidade com os textos dos protocolos, pelo que se mantêm na íntegra as conclusões do relato.

Relativamente à relevação da cessão de créditos não é afirmado no relato que os mesmos não são relevados na contabilidade patrimonial. Apenas se afirma que os mesmos não são relevados na contabilidade orçamental.

Mantêm-se na íntegra as conclusões de auditoria.

9 – Perdão de dívidas a Instituições e Serviços integrados no SNS

Sem prejuízo de reconhecermos o esforço conceptual na defesa da figura “contrato declaratório extintivo da dívida”, não podemos concordar com o alegado nesta parte, atendendo a que os fundamentos invocados não encontram o mínimo suporte no texto dos acordos de pagamento em análise.

Na verdade, confrontando o texto dos protocolos em apreço, verifica-se a referência expressa:

- ao “pagamento dos cuidados de saúde prestados pelas instituições e serviços integrados no SNS aos beneficiários dos SAMS”, “reclamados judicial e extrajudicialmente”;
- ao “pagamento das dívidas das seguradoras às instituições e serviços do SNS, por cuidados de saúde prestados a beneficiários de seguros reclamadas judicialmente”.

Também nas cláusulas gerais dos acordos de pagamento a celebrar entre as instituições do SNS e as empresas de seguros responsáveis pelos encargos relativos à prestação de cuidados de saúde, aprovadas pelo Despacho n.º 1978/2002, se estabelece que o objecto dos mesmos é o “pagamento das dívidas resultantes das prestações de cuidados de saúde que não foram reclamados judicialmente”.

No que diz respeito ao apuramento dos valores referidos no quadro n.º 47 esclarece-se novamente que os mesmos foram indicados pelas instituições, através do Mapa X- anexo 12 do Volume III do relato.

Finalmente, e relativamente à base legal invocada para os protocolos, as observações formuladas não são juridicamente relevantes, pelo que se mantêm as conclusões de auditoria.



Tribunal de Contas

Direcção-Geral

À consideração superior.

Departamento de Auditoria VI, em 25 de Março de 2003.

A Equipa,

a)

(Helena Fernandes)

Lúisa Bispo

(Luísa Bispo)

Conceição Silveiro

(Conceição Silveiro)

a) Ausente por motivo de doença



MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
DIRECÇÃO-GERAL DO ORÇAMENTO
GABINETE DO DIRECTOR-GERAL

AO DAVI

Protocolo

1. Haver do
aviso ext-primeiro,
Ter em conta as
notas (m) de
anexo projecto.

Deu a hart.
Lefranck DAVI
2003/04/02
m

Exm°. Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Juíz Conselheiro José Tavares
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

2. Cópia as
Sua finalidade
e Exm. Senhor
Conselheiro ec
Data
03-04-04 2^o S.

Sua referência
Ofc.1994 e 1996
Proc.6/02 DA-VI

Sua comunicação de
18-02-03

Nossa referência
Ofc.° 60/DG

03-04-04

ASSUNTO: Auditoria à situação financeira do Serviço Nacional de Saúde

0.2
08.04.03

Pelos ofícios referenciados foi solicitada a apreciação do relato e sumário executivos da auditoria referenciada em epígrafe.

Para o efeito juntamos cópia da informação n.º 43/2003 elaborada pela 12.ª Delegação desta Direcção-Geral do Orçamento sobre aquela matéria.

Com os melhores cumprimentos. *pe...is*

O DIRECTOR-GERAL,

(Brito Onofre)

07.04.03
Isabel



03. ABR 2003



S. R.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
DIRECÇÃO-GERAL DO ORÇAMENTO
12.ª DELEGAÇÃO

INFORMAÇÃO N.º 43/2003

Nossa referência
Proc. 56/45/20-B

Data
03/04/03

Assunto: RELATÓRIO DA AUDITORIA REALIZADA PELO TRIBUNAL DE CONTAS À SITUAÇÃO FINANCEIRA DO SNS EM 2002

A presente Informação tem por objectivo apresentar contraditório ao Relatório acima referido no que respeita, especificamente, às críticas apresentadas pelo Tribunal de Contas relativamente à função de acompanhamento e controlo da execução orçamental dos serviços do SNS, efectuada pela DGO no âmbito das suas atribuições.

As alegações que passamos a apresentar podem ser confirmadas pelos elementos entregues pela 12ª Delegação ao Tribunal de Contas em resposta aos pedidos formulados por esta instituição em 24 de Abril e 25 de Junho de 2002.

1. Assim, relativamente ao **ponto 1.4 – Condicionantes**, concordamos com as condicionantes referidas pelo Tribunal de Contas já que também as considerámos, **como referido em rodapé no nº4 da página 5, do primeiro volume e no número 72 da página 37 do segundo volume, do referido Relatório.**

2. **Ponto 2.3 – Sistema Contabilístico do SNS** – Acresce informar que a implementação do POCMS foi prorrogada para o ano de 2003.

3. **Ponto 3.1 – Protocolos celebrados com a APIFARMA** – Através do ofício n.º 172, de 19/05/2000 (fotocópia enviada ao T.C.), a 12ª Delegação discordou do modo de contabilização do protocolo com a APIFARMA, constante no projecto de Circular Normativa n.º 1 de Maio de 2000, enviada pelo IGIF para apreciação. A resposta dada pela Delegação foi de que, *“aplicando esta contabilização estamos a omitir uma real despesa pública com medicamentos.”*. Por nos ter permanecido algumas dúvidas quanto a esta questão apresentámos ao IGIF, nesse mesmo ofício, a nossa disposição em continuarmos a colaborar sobre esta matéria, situação que não veio a verificar-se.

4. **O ponto 4.3 - Avaliação do Acompanhamento e controlo da execução orçamental das instituições integradas no SNS pelo IGIF e pela DGO**, no que refere especificamente à DGO, diz o Relatório do T.C.:
 - “A DGO não tem vindo a exercer o seu poder de acompanhamento e de controlo da execução orçamental pelos seguintes fundamentos:
 - não apura a totalidade dos encargos assumidos através da agregação dos elementos remetidos pelas instituições (mapa de



controlo de execução orçamental), designadamente por não os considerar fiáveis;

- não tem, todavia, diligenciado junto das instituições integradas no SNS no sentido de obter informação que lhe permita validar a informação recebida;
- tem-se limitado a não fazer uso dos referidos dados, não exercendo totalmente as suas competências;
- no que diz respeito ao apuramento da situação económico-financeira global do SNS, a DGO solicita ao IGIF os elementos necessários, os quais enfermam das deficiências anteriormente mencionadas (desactualização da informação e potencial ocorrência de erros e omissões), não procedendo a qualquer validação dos mesmos”.

Se por um lado é verdade que a informação disponibilizada pelos serviços do SNS ao longo dos anos não nos tem merecido confiança e credibilidade, por outro lado, não é verdade que a Direcção-Geral do Orçamento, através da 12ª Delegação não tenha, ao longo dos mesmos anos, manifestado e insistido permanentemente com os serviços do SNS e o IGIF, no sentido de obter uma melhor informação.

Assim, estas e outras questões foram sempre levantadas pela Delegação junto dos próprios serviços do SNS e do IGIF. Do mesmo modo levou-as ao conhecimento superior tendo sido objecto de despachos do Senhor Director-Geral, que as levou a despacho do Senhor Secretário de Estado do Orçamento, que igualmente sobre elas se pronunciou em despachos endereçados à respectiva tutela, no sentido de alterarem os procedimentos e darem cumprimento à lei, dando assim total razão à Delegação. Tudo isto o Tribunal de Contas pode confirmar nos documentos que lhe foram



entregues pela Delegação e que ele próprio refere nas notas de rodapé como referimos no ponto 1 da presente Informação.

Curiosamente, em Abril de 2003, a Delegação constata que persiste a incapacidade de os serviços do SNS prestarem a informação económico-financeira nos termos da lei, uma vez que, à data, dos setenta e seis serviços que integram actualmente o SNS, apenas quatro enviaram os elementos relativos a Fevereiro.

1. Ponto 4.4 - Os défices do SNS - É uma questão que extravasa as atribuições da Direcção-Geral do Orçamento.

É tudo o que a esta Delegação se lhe oferece dizer, relativamente ao presente Relatório do Tribunal de Contas, já que, em devido tempo, também prestou toda a colaboração aos auditores com quem reuniu e que, inclusivamente, acolheu nas suas instalações durante uma semana, a consultar todos os documentos que acharam pertinentes, e dos quais lhe foram fornecidas fotocópias. Deste modo, considera-se que os documentos fornecidos evidenciam amplamente todos os esforços feitos pela Delegação no sentido de garantir o cumprimento da lei e das regras de economicidade, eficiência e eficácia, como lhe cabe em nome da DGO, e junto do Ministério da Saúde.

À consideração superior.

A Directora

(Maria Teresa Cruz)

MTC