



Tribunal de Contas

Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE

Período – 2001 a 2004



Vol. I

Sumário Executivo

Relatório nº 20/06 -Audit

Processo nº 47/05-Audit



ÍNDICE

FICHA TÉCNICA.....	3
Relação das Siglas	4
Glossário.....	6
1 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	9
1.1 Origem e natureza da acção	9
1.2 Âmbito e objectivos	9
1.3 Condicionantes e limitações	10
1.4 Audição dos Responsáveis.....	11
2 METODOLOGIAS GERAIS.....	15
2.1 Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial (2001-2004).....	15
2.2 Auditoria ao modelo de financiamento e à situação económico-financeira global e auditorias operacionais.....	17
3 AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO EMPRESARIAL DO SNS: Período 2001-2004	17
3.1 Análise Comparativa da Eficiência	17
3.2 Análise da Qualidade nos Hospitais SA e Hospitais do SPA.....	22
3.3 Trajectórias de Melhoria nos Hospitais SA e nos Hospitais do SPA.....	25
3.4 Análise Comparativa da Equidade no Acesso a Serviços de Saúde	28
4 CONCLUSÕES	31
4.1 Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial Adoptado no Serviço Nacional de Saúde: Período 2001-2004.....	31
4.2 O Modelo de Financiamento e a Situação Económico - Financeira Global dos Hospitais do SEE.....	34
4.3 Conclusões Gerais das Auditorias Operacionais.....	38
5 RECOMENDAÇÕES:.....	43
5.1 Aos poderes Legislativo / Executivo:	43
5.2 Ao IGIF:.....	44
6 REFERÊNCIAS FINAIS.....	45
6.1 Vista ao Ministério Público	45
6.2 Emolumentos	45
6.3 Colaboração Prestada.....	45
7 DETERMINAÇÕES FINAIS	45





FICHA TÉCNICA

RELATÓRIO GLOBAL DE AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DOS HOSPITAIS DO SEE

Coordenação e Controlo

Ana Maria Bento	(Auditora-coordenadora)	Lic. Direito
José Carpinteiro	(Auditor-chefe)	Lic. Direito

Equipa de Auditoria

Conceição Silveiro	(Técnica Verificadora Superior de 2. ^a classe)	Lic. Auditoria
José Gomes	(Técnico Verificador Superior de 2. ^a classe)	Lic. Economia
Maria João Libório	(Técnica Verificadora Superior de 2. ^a classe)	Lic. Gestão
Venâncio Patão	(Técnico Verificador Assessor)	Lic. Gestão e Administração Pública

Apoio Jurídico

Maria João Morgado	(Técnica Superior de 1. ^a classe)	Lic. Direito
--------------------	--	--------------

AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO EMPRESARIAL ADOPTADO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: PERÍODO 2001-2004

Consultor Externo: GANEC – Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa

Professor Doutor Paulo Gomes, Doutoramento em Gestão (D.B.A.), Boston University, Boston, EUA

Professora Doutora Sofia Silva, Doutoramento em Economia, Universidade de York, Reino Unido



RELAÇÃO DAS SIGLAS

AR	Assembleia da República
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ARS	Administração Regional de Saúde
BBC	Modelo de Banker, Charnes e Cooper (1984)
CA	Conselho de Administração
CCR	Modelo de Charnes, Cooper, e Rhodes (1978)
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CMVMC	Custos das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas
CSC	Código das Sociedades Comerciais
DEA	Análise Envolvente de Dados (Data Envelopment Analysis)
DGO	Direcção-Geral do Orçamento
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DGT	Direcção-Geral do Tesouro
DR	Demonstração de Resultados
EPE	Entidades Públicas Empresariais
ETC	Em Tempo Completo
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
GCD	Grandes Categorias de Diagnóstico
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HSA	Hospitais SA
HSS	Hospital de São Sebastião
HDS	Hospital Distrital de Santarém
HNSR	Hospital Nossa Senhora do Rosário
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INTOSAI	International Organization of Supreme Audit Institutions
IPC	Índice de Preços no Consumidor
MDDAP	Manual do SEC 95 sobre o Défice e Dívida das Administrações Públicas
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MS	Ministério da Saúde
ME	Milhões de Euros
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos
OE	Orçamento do Estado
OP	Orçamento Programa
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCGE	Parecer sobre a Conta Geral do Estado
PCI	Prémio de Contribuição Individual
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PIB	Produto Interno Bruto
POC	Plano Oficial de Contabilidade
PIDDAC	Plano de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
RCM	Resolução de Conselho de Ministros
PPP	Parcerias Público-Privadas
SA	Sociedade Anónima
SEC	Sistema europeu de contas nacionais e regionais
SEE	Sector Empresarial do Estado
SG	Sociedade Gestora



SIGA	Sistema de Informação de Gestão e Avaliação
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
TC	Tribunal de Contas
UM	Unidade de Missão
UMHSA	Unidade de Missão dos Hospitais SA



GLOSSÁRIO

AHRQ • – Indicadores de qualidade internacionais.

Área Geográfica – Área do Distrito a que o hospital pertence.

Cirurgia Programada ou Electiva – Cirurgia efectuada com data de realização previamente marcada.

Cirurgia Urgente – Cirurgia efectuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica.

Compromissos assumidos – importâncias correspondentes às obrigações constituídas, independentemente da concretização do seu pagamento no próprio exercício.

Consulta médica – Acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.

Consulta Subsequente – Consulta médica, em Hospitais, que deriva da primeira, para verificação da evolução do estado do doente, administração terapêutica ou preventiva

Défice (Económico) do 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) do Exercício) + (Despesa não relevada na contabilidade).

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

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

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

Défice Financeiro Total – (Défice (Financeiro) Acumulado)+(Despesa não relevada na contabilidade).

Demora Média – Expressa o número médio de dias de internamento hospitalar por doente saído num período de tempo. É dada pela razão entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o total dos doentes saídos.

Dias de Internamento - Total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, exceptuando-se os dias em que ocorreram as altas desse estabelecimento de saúde (nesta contagem não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência).

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

• Fonte: Consultores Externos.

Fonte: Glossário de Conceitos para Produção Estatísticas em Saúde da Direcção – Geral de Saúde.

Fonte: Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde – POCMS.



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 de anos anteriores e que transitou em dívida para o exercício).

Despesa Total do Exercício - Despesa constituída do exercício.

Doentes equivalentes – Corresponde a um conjunto de dias de internamento igual à demora média do respectivo GDH. Um episódio de curta duração é convertido em equivalente dividindo os dias de internamento pela demora média do respectivo GDH. Para a conversão de um episódio de longa duração em doentes equivalentes considera-se, para além de um doente equivalente, o rácio entre 60% dos dias de internamento decorridos entre o limiar superior e o limiar máximo e a demora média do respectivo GDH.

Doentes saídos do Internamento – Total anual de doentes que deixaram de permanecer no respectivo serviço de acordo com as seguintes situações: alta ou transferência para outro hospital e óbito.

Doentes Socorridos – Número de doentes submetidos a observação médica no serviço de urgência classificados segundo o seu destino (alta, observação no SO, transferência para internamento, referenciação para outro hospital e óbito).

Endividamento [♦] – Valor total das dívidas em determinado momento que no fim do exercício é indicado no Passivo do Balanço, compreendendo as dívidas a curto prazo rapidamente exigíveis e as dívidas a médio e longo prazos (cfr Dicionário de Gestão de Henri Tezenas du Montcel).

Equidade no Acesso a Serviços de Saúde – Igualdade de oportunidade de qualquer cidadão ter acesso aos cuidados de saúde de um hospital.

Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) – Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracteriza, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes.

Índice de Case – Mix (ICM) ⁺⁺ – Consiste no coeficiente global de ponderação da produção, reflectindo a relatividade de um hospital face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos humanos, técnicos e financeiros. Este índice determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos dos respectivos GDH e o número de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional que é, por definição igual a 1.

Índice de Preços no Consumidor (IPC) – Rácio ponderado do conjunto dos preços em relação ao período base.

♦ Fonte: Glossário do Relatório de Auditoria n.º 10/03 – 2.ª - Auditoria à Situação Financeira do SNS.

Fonte: Explicitadas no Anexo aos contratos – programa.

Fonte: Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde da Direcção – Geral de Saúde.

♣ Fonte: Dicionário de gestão de Henri Tezenas du Montcel

Fonte: Relatório sobre Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial Adoptado no Serviço Nacional de Saúde - Equipa de Investigadores do Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.

Fonte: Informação de retorno do IGIF.

++Fonte: Informação de retorno do IGIF – 2003 e 2004.



Intervenção Cirúrgica / Cirurgia – Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgião(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, ou local, com ou sem presença de anestesista.

Lista de espera – Número de doentes do sistema de saúde, geralmente em hospitais, que aguardam a realização, não urgente, de consulta, exame, tratamento, operação ou procedimento especial.

Lotação Praticada – Número de camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, contadas num serviço de saúde. Nota 1: Excluem-se as camas do berçário, do serviço de observações, do SAP, do recobro e dos hospitais de dia, nomeadamente da hemodiálise.

Médicos em Tempo Completo – Corresponde a 35 horas semanais por médico (ou seja os diversos horários dos médicos são convertidos ao horário de 35 horas).

Modelo BBC ♦ – Modelo DEA de eficiência que admite economias de escala, de Banker, Charnes e Cooper (1984).

Modelo CCR ♦ – Modelo DEA de eficiência com economias constantes à escala de Charnes, e Rhodes (1978).

Objectivos de Convergência – Metas de custos♦ destinadas a aproximarem as unidades de saúde do SNS entre si na utilização de recursos e a promover níveis de eficiência mais elevados.

Odds Ratio ♦ – Rácio entre a probabilidade de ocorrência de um evento e a probabilidade da sua não ocorrência. Por exemplo, se a probabilidade de um elemento da população ser do sexo feminino é de 0,66, o odds ratio para o sexo feminino é igual a 2, o que significa que é duas vezes mais provável encontrarmos um elemento do sexo feminino do que um elemento do sexo masculino ao seleccionar aleatoriamente a partir daquela população

Primeira Consulta – Consulta médica em que o utente é examinado pela primeira vez e referente a um episódio de doença.

Procura Desviada – Número de doentes residentes na área de influência do hospital que foram atendidos por outros hospitais da mesma área geográfica.

Produção Contratada – Prestações de saúde contratadas pelo Hospital e o Ministério da Saúde de que o hospital é responsável e se obriga a assegurar no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

Produção Marginal – Desvios da produção hospitalar face aos volumes contratados.

Taxa de Ocupação – É dada pela razão entre o número de dias de internamento do período (1 de Janeiro a 31 de Dez.) e a capacidade de internamento (lotação do hospital ou serviço) multiplicada por 365 dias.

Transferências – Saída de doentes de um estabelecimento de Saúde transitando para outra Unidade de Saúde.

Fonte: Contratos – Programa celebrados entre o MS e os Hospitais SA/EPE.

Fonte: Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde da Direcção – Geral de Saúde

♦ Explicitados em anexo ao Contrato - Programa em que se quantificou montantes para as rubricas de salários, horas extraordinárias CMVMC e Fornecimentos. De acordo com informação do IGIF (Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão) sobre a metodologia fixada para tabelas de preços e plano de convergência dos hospitais. “a introdução de uma tabela de preços única para o financiamento dos cuidados diferenciados aplicável a todos os prestadores revela-se problemática, atendendo a que estes apresentam custos unitários de produção muito diferentes”, pelo que...” torna-se necessário criar um mecanismo adicional que permita assegurar a convergência progressiva dos hospitais mais ineficientes...”



Valor de Convergência – Pagamento extraordinário temporário destinado a compensar os hospitais SA/EPE das obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde, tendo em conta o desvio entre custos unitários e os preços fixados por linha de produção.

Variáveis Endógenas[•] – Variáveis explicadas ou dependentes no modelo.

1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.1 Origem e natureza da acção

Esta acção foi realizada no âmbito da execução dos Programas de Fiscalização do Tribunal de Contas de 2005 e 2006, com origem numa deliberação do Plenário da 2.^a Secção do Tribunal de Contas, a qual atendeu a uma solicitação da Assembleia da República.

Tratou-se de uma acção que agregou três formas de abordagem à empresarialização dos hospitais do SNS, que, em finais de 2002, passaram para o Sector Empresarial do Estado (SEE): uma avaliação do modelo de Gestão Empresarial orientada para o desempenho do universo dos hospitais transformados em sociedades anónimas, na vertente da eficiência económica, da qualidade e da equidade no acesso aos cuidados de saúde por eles prestados; uma auditoria ao modelo de financiamento e à situação económico-financeira global do universo desses hospitais e três auditorias específicas: Hospital de São Sebastião, S.A, (Santa Maria da Feira) (HSS), Hospital Nossa Senhora do Rosário, SA (Barreiro) (HNSR) e Hospital Distrital de Santarém, S.A (HDS).

O presente sumário executivo, ao qual corresponde este **volume I**, incorpora as conclusões gerais dos resultados da auditoria sobre “*O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE*”, constante do **volume II** e respectivos anexos, da “*Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial Adoptado no Serviço Nacional de Saúde: Período 2001-2004 - GANEC - Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa*” (relatório do consultor externo), o qual se junta em **Apenso** e, ainda, das supra referidas auditorias aos três hospitais SA, constantes dos relatórios respectivos.

1.2 Âmbito e objectivos

O âmbito subjectivo da auditoria respeita ao universo dos 32 hospitais que integravam o Sector Público Administrativo (SPA) e que, por transformação jurídica, em finais de 2002¹, passaram para o Sector Empresarial do Estado (SEE), adquirindo a forma de 31 empresas do tipo de sociedades anónimas. Por outro lado, considerou-se um âmbito temporal que abrangeu o período compreendido entre os anos de 2001 a 2004, de modo a permitir a

¹ Em finais de 2004 foram transformados mais 2 hospitais - Hospital de S. Paulo, Serpa e Hospital de Lagos - incorporados nos centros hospitalares do Baixo Alentejo, SA e Centro hospitalar do Barlavento Algarvio, SA. Assim, em 2004 existiam 31 sociedades anónimas resultantes da transformação de 34 hospitais do SPA.



observação da situação daqueles hospitais antes e após a sua transformação e dos dois primeiros exercícios económicos completos (2003 e 2004).

Quanto à avaliação do modelo de gestão empresarial, que foi feita com recurso à contratação de consultor externo (GANEC – Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa), avaliou o desempenho dos hospitais SA tendo presente o período 2001-2004, em três dimensões: eficiência, qualidade do serviço e equidade no acesso. O desempenho do grupo de hospitais SA foi estabelecido em termos relativos, comparando a sua evolução com a evolução dos restantes hospitais do Serviço Nacional de Saúde, aqui designados por hospitais do SPA (Sector Público Administrativo). O objectivo foi identificar o impacto médio da transformação em SA, distinguindo diferenças observadas de diferenças que já existiam na altura da transformação.

Esta avaliação do modelo de gestão empresarial incluiu, ainda, uma comparação internacional com o objectivo de contextualizar o desempenho dos hospitais SA e SPA num quadro de referência reportado a dois países da União Europeia cujos sistemas de saúde têm semelhanças com o SNS português - Reino Unido e Espanha².

A auditoria orientada ao modelo de financiamento e à situação económico-financeira global do universo desses hospitais teve o mesmo âmbito de incidência subjectiva - o universo dos então hospitais SA do SEE. Esta auditoria teve por principais objectivos a análise da evolução da situação económico-financeira entre os anos de 2001 a 2004 e, especificamente, enquanto hospitais empresa, os dois exercícios de actividade de 2003 e 2004, a avaliação do respectivo modelo de financiamento, a execução dos contratos-programa de 2003 e 2004 e, ainda, a avaliação do impacto da empresarialização na consolidação das Contas Globais do SNS, bem como no défice das Administrações Públicas.

As auditorias operacionais realizadas aos três hospitais anteriormente identificadas foram orientadas para a análise quantitativa e qualitativa do desempenho em 2003 e 2004 e à comparação com o período anterior à transformação desses hospitais em sociedades anónimas, considerando que os mesmos já tinham sido anteriormente auditados pelo Tribunal de Contas³.

1.3 Condicionantes e limitações

A informação gerada pelos hospitais, tratada e agregada quer pelo IGIF quer pela (então) Unidade de Missão Hospitais SA, continha falhas e inconsistências nos dados fornecidos aos diversos níveis institucionais. Por esta razão, e dada a ausência de informação agregada, a metodologia utilizada baseou-se na recolha directa de informação ao nível de cada instituição.

No decurso das auditorias de avaliação ao modelo de financiamento e à situação económico-financeira, bem como nas auditorias aos três hospitais, ocorreram algumas situações

² Cfr. Apenso - Relatório da “Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial Adoptado no Serviço Nacional de Saúde: Período 2001-2004”, ponto 5, pp. 54 e segs.

³ Cfr Relatórios de Auditoria nº 44/03, 45/03, 46/03 e 47/03 (análise comparativa).



condicionantes do desenvolvimento normal do trabalho, nomeadamente dificuldades na validação de informação que serviu de base ao cálculo dos défices/excedentes financeiro e económico.

A análise da eficiência e da qualidade em termos de comparação internacional suscitou grandes dificuldades na obtenção de dados e na harmonização de conceitos.

1.4 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, o relato de auditoria, bem como o estudo e sumário executivo dos Consultores Externos, foram enviados para as seguintes entidades:

Ministro de Estado e das Finanças actual e Ministros das Finanças no período auditado;

Ministro da Saúde actual e Ministro da Saúde no período auditado;

Presidente do Conselho de Administração do IGIF actual e todos os elementos que integraram os CA deste Instituto no período auditado;

Encarregados de missão, na qualidade de dirigentes da Unidade de Missão Hospitais SA, no período auditado.

Destas entidades, apenas respondeu dentro do prazo concedido o actual Presidente do Conselho de Administração do IGIF e foi recebido um ofício do Ministério das Finanças e da Administração Pública assinado pelo Chefe do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças. Apesar de extemporânea, foi recebida, ainda, resposta do primeiro responsável da Unidade de Missão dos Hospitais SA, a qual, também, foi considerada.

O Presidente do IGIF apresentou um conjunto de alegações de âmbito geral, com vista a oferecer *“um enquadramento do processo da empresarialização dos hospitais”* e, ainda, *“explicitar um conjunto de medidas”* considerando *“alguns dos constrangimentos identificados, nomeadamente os respeitantes ao acompanhamento financeiro efectivo”*, destacando-se o seguinte:

No que respeita à situação económico-financeira dos hospitais empresarializados o Presidente do IGIF refere que nos *“dois primeiros anos de empresarialização existem dois grupos de hospitais com desempenhos distintos. Num primeiro grupo encontramos os hospitais que divergiam face aos objectivos de sustentabilidade económica e que se destacam pela negativa (...) e num segundo grupo, bastante maior, os hospitais que convergiram em termos de sustentabilidade económica. De 2004 para 2005 verificou-se uma estabilização ao nível dos resultados sendo que um conjunto de 4 hospitais é responsável por cerca de 75% do défice total dos HEPE em 2005”*. Embora o ano de 2005 não tenha sido analisado, em virtude do âmbito temporal da auditoria, constata-se que, apesar do contributo significativo representado pelos referidos quatro hospitais para o défice total, o número de



hospitais empresarializados com resultados negativos apresentado pelo IGIF ascendeu a vinte, aumentando em relação aos anos anteriores.

Salienta, ainda, a propósito do acompanhamento da actividade e desempenho económico nos HSA que “ (...) *com a extinção da UMHSA esta competência passou para o IGIF tendo sido montado desde logo um processo único de acompanhamento, incluindo os hospitais EPE e os hospitais do SPA. Periodicamente o IGIF reúne com os hospitais críticos com o objectivo de analisar detalhadamente a situação económica e financeira, perceber as causas dos desvios face aos objectivos e identificar áreas críticas de desempenho de cada uma das entidades (...)*”. Neste sentido, importa reiterar a importância de um sistema de controlo interno adequado e efectivo que previna as necessidades de financiamento que possam vir a ocorrer neste conjunto de hospitais empresa.

As observações remetidas pelo Chefe do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças incidiram sobre os pontos relativos à “*análise da situação económico-financeira*” e ao “*impacto da empresarialização no défice das Administrações Públicas*” do relato sobre o “*Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE*”;

Naquelas observações, e quanto à situação económica e financeira dos hospitais empresarializados, salienta que “ (...) *É normal que empresas que iniciam actividade, ou que sofram transformações profundas no seu modelo de funcionamento, apresentem prejuízos iniciais. A orientação mais recente do Eurostat sobre esta matéria, colocando a ênfase na rentabilidade das unidades que beneficiam de dotações de capital e de acordo com o MDDAP, não deixa de considerar a possibilidade de existência de um período normal de prejuízos a ocorrer nos períodos iniciais, sem que isso coloque em causa a qualidade e a credibilidade dos objectivos assumidos e em fase de implementação, visto que é reconhecido que terá de ser concedido algum tempo até que as transformações encetadas possam começar a surtir os efeitos planeados. (...)*”. Face ao que precede, sublinhe-se que no momento da empresarialização o Estado português não apresentou os estudos de viabilidade financeira dos hospitais que demonstrassem que, após uma fase inicial de perdas normais, os hospitais adquirissem uma determinada viabilidade económica. Acresce que estas unidades hospitalares já existiam enquanto tais e que, em virtude da transformação jurídica em sociedades anónimas, beneficiaram da realização do respectivo capital social de cerca de 897 M€. Porém, tais dotações funcionaram na maioria dos casos como verdadeiros financiamentos à exploração, uma vez que foram utilizadas para cobrir despesas correntes, não contribuindo, assim, para o objectivo de tornar essas empresas públicas viáveis financeiramente.

Salienta-se a pertinência da observação do Chefe do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças referente ao acompanhamento específico conferido ao grupo de hospitais que representam cerca de três quartos do resultado líquido negativo agregado do universo destes hospitais, no sentido de os levar a aproximar-se, de forma sustentada, do desempenho dos restantes hospitais do universo EPE.



O Encarregado de Missão alegante manifestou discordância global com as conclusões expressas no relato de auditoria; juntou, ainda, um texto de sua autoria, intitulado de “*Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses*”, publicado na Revista da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, volume temático, n.º 4, de 2004, o qual se incluiu, na íntegra, nos anexos ao volume II – “Modelo de Financiamento e à Situação Económico-Financeira dos Hospitais do SEE”.

Refere, ainda o alegante que as conclusões do relato não têm em conta “*(...) a descida do custo unitário do doente tratado, a desaceleração do crescimento da despesa pública (...) a melhoria da qualidade hospitalar, com menos mortes e maiores ganhos em saúde, (...)*”. Importará, por um lado, observar que o alegante não deu a conhecer as fontes e os critérios associados à análise de custos que expôs, ficando por demonstrar como terá chegado aos resultados que alega.

Sobre estas alegações, salientamos que as conclusões do Relatório correspondem aos resultados das auditorias, de acordo com as metodologias explicitadas, as quais, de resto, não foram questionadas.

O texto do presente Relatório sobre o Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE foi alterado em conformidade com as alegações, na parte em que foram consideradas relevantes em sede de contraditório.

As alegações constam, na íntegra, dos Anexos ao volume II.





2 METODOLOGIAS GERAIS

2.1 Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial (2001-2004)⁴

O universo do estudo abrangeu os hospitais SA e SPA existentes em final de 2004⁵. Em diversos casos foi necessário agregar indicadores de hospitais que no período 2001 a 2004 ainda não estavam agregados.

Foram utilizados dados obtidos a partir da fonte (as unidades hospitalares). Com esse objectivo, foi enviado um questionário às unidades hospitalares, através do qual foi recolhida informação sobre volumes de produção nas diversas áreas de actividade, entre 2001 e 2004 (esse questionário é apresentado no estudo)⁶. Os valores de produção utilizados na análise de eficiência e equidade correspondem a dados recolhidos desta forma, com excepção do volume de produção em sessões de hospital de dia, que foi obtido a partir dos mapas de Contabilidade Analítica disponibilizados pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF). A fonte básica de informação para o conjunto inicial de indicadores de qualidade foi a base de dados dos GDH (Grupos de Diagnóstico Homogéneos), tendo o IGIF disponibilizado dados constantes dos mapas da informação de retorno sobre as várias medidas apresentadas. A única excepção foi a informação sobre infecções nosocomiais, fornecida pela Direcção-Geral da Saúde. Na amostra final apenas foram incluídas unidades para as quais foram disponibilizados dados relativos a pelo menos um ano antes da transformação em hospitais SA e um ano após a transformação. No Anexo 2⁷ apresenta-se a lista de unidades hospitalares (SA e SPA) que foram incluídas.

A figura 1 apresenta a metodologia adoptada pelos consultores externos na avaliação do desempenho global do modelo empresarial adoptado nos hospitais SA.

⁴ Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, ao Sumário Executivo elaborado pelos consultores externos, o qual consta do Apenso a este Relatório.

⁵ Foram incluídos 27 hospitais SA e 41 hospitais do SPA. Foram excluídos 3 hospitais SA e 4 hospitais do SPA porque não dispunham de informação de contabilidade analítica de pelo menos dois anos do período em análise, considerando que, pelo menos um dos anos, fosse anterior à criação dos hospitais empresa. Foram excluídas do âmbito deste estudo as unidades hospitalares que prestam serviços de saúde especializados, incluindo hospitais psiquiátricos, maternidades, e outros hospitais especializados. Foi feita excepção relativamente aos Institutos de Oncologia, uma vez que adoptaram o modelo de gestão empresarial. Cfr. Apenso Anexo 2 do Estudo da “Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial Adoptado no Serviço Nacional de Saúde: Período 2001-2004”, pp. 69 - 71.

⁶ Anexo 1 do Relatório dos Consultores Externos junto em Apenso.

⁷ Anexo 2 do Relatório dos Consultores Externos junto em Apenso.



Os modelos matemáticos e econométricos, bem como os testes estatísticos utilizados para avaliar a evolução de desempenho, são apresentados em detalhe em cada uma das secções do estudo apenso. A metodologia utilizada parte do pressuposto de que é necessário controlar a situação à partida (aquando da constituição dos hospitais SA) para se poder inferir sobre a trajetória de melhoria atribuível à transformação em SA.

2.2 Auditoria ao modelo de financiamento e à situação económico-financeira global e auditorias operacionais

A preparação e o desenvolvimento dos trabalhos foram orientados segundo critérios, técnicas e metodologias acolhidas pelo Tribunal de Contas (TC), designadamente no Manual de Auditoria e de Procedimentos, bem como metodologias geralmente aceites pelas organizações internacionais de controlo financeiro, como é o caso da INTOSAI⁸ da qual o Tribunal de Contas português é membro.

Os procedimentos adoptados em cada componente encontram-se identificados quer no Volume II, relativo ao “Modelo de Financiamento e à Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE”, quer nos Relatórios das Auditorias operacionais realizadas ao Hospital de São Sebastião, S.A, (HSS), Hospital Nossa Senhora do Rosário, SA – Barreiro (HNSR) e ao Hospital Distrital de Santarém, S.A (HDS).

3 AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO EMPRESARIAL DO SNS: PERÍODO 2001-2004⁹

3.1 Análise Comparativa da Eficiência

Foi utilizada a metodologia de análise envolvente de dados (DEA) para determinar o grau de eficiência de cada hospital, sendo a eficiência calculada como um rácio entre produção e recursos utilizados. Foi considerada a produção nas quatro grandes áreas de actividade do Hospital, doentes saídos de internamento multiplicado pelo índice de *case-mix*, número de episódios de consulta externa, número de episódios de urgência e número de sessões de hospital de dia.

A nível de recursos, foram consideradas três formas de agregar os recursos utilizados pelas unidades hospitalares. Foram considerados os recursos utilizados medidos pelo custo directo total, doravante designado por modelo 1 – Custo Total; um segundo modelo que desagrega os custos directos totais em três rubricas de despesa: despesas com pessoal, consumos (produtos farmacêuticos e material clínico) e outras despesas, designado por modelo 2-

⁸ INTOSAI – International Organization of Supreme Audit Institutions.

⁹ Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, ao Sumário Executivo elaborado pelos Consultores Externos, o qual consta do Apenso a este Relatório.



rubricas de despesa; finalmente, considerou-se um modelo em que os recursos são medidos em termos de recursos físicos utilizados, designado por modelo 3 – recursos físicos.

Optou-se por estimar os índices de eficiência com base numa perspectiva orientada para os *inputs*, isto é, de poupança de recursos. Apresentam-se resultados dos modelos baseados em economias de escala constantes.

Foi determinado, em cada uma das versões do modelo, um modelo plurianual que inclui valores dos anos 2001 a 2004 para todas as unidades hospitalares (atendendo à disponibilidade de informação). Uma vez que o consumo de recursos é apresentado em valores monetários foi necessário corrigir o efeito de aumento generalizado de preços, pelo que utilizamos o Índice de Preços no Consumidor para a área da saúde.

Foram utilizados testes não-paramétricos para avaliar diferenças nos índices de eficiência entre grupos de hospitais SA e SPA, e dentro de um determinado grupo de hospitais ao longo do tempo. Os testes não-paramétricos analisam diferenças entre a distribuição dos índices de eficiência dos dois grupos sem assumir nenhum tipo de distribuição estatística para o índice de eficiência.

Quando considerados os grupos de hospitais SA relativamente aos hospitais do SPA em geral, os testes não-paramétricos efectuados ¹⁰ não revelam qualquer diferença entre as distribuições de ranking dos hospitais SA e SPA. No entanto, quando se estratifica o universo de hospitais, e se comparam hospitais semelhantes em termos de dimensão, notam-se algumas diferenças significativas.

As figuras 2a e 2b mostram a relação entre dimensão e os índices de eficiência obtidos a partir do modelo de custos totais (1) nos anos de 2002 e 2004, respectivamente. O grupo de hospitais SA revela índices de eficiência tendencialmente superiores em relação ao grupo de hospitais de dimensão entre 180 e 500 camas (21 dos 28 hospitais SA incluídos na análise em 2004).

¹⁰ Testes de Mann-Whitney e Kolmogorov-Smirnov



Figura 2a – Relação entre Indicadores de Eficiência e Dimensão: Modelo 1, 2002

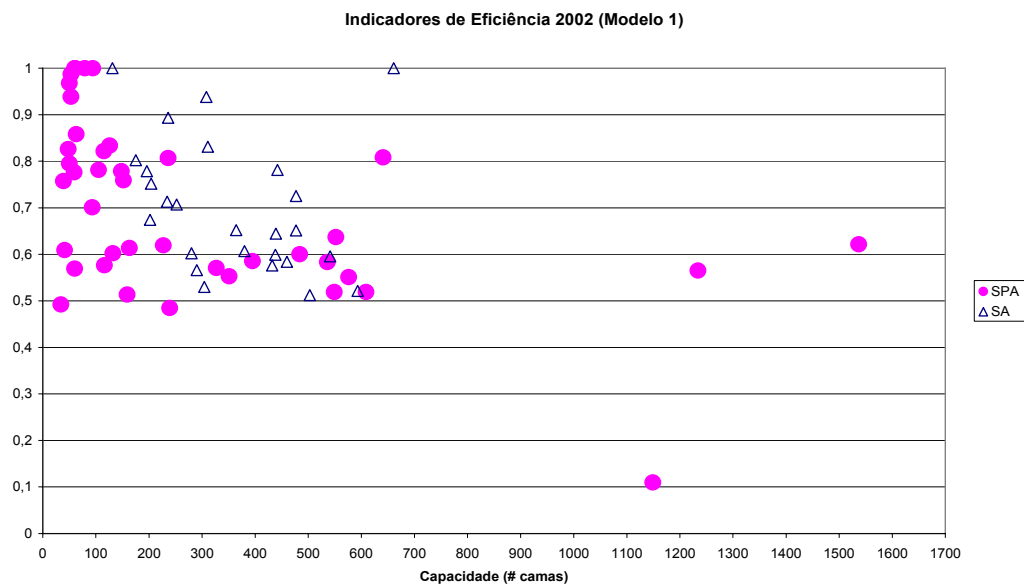
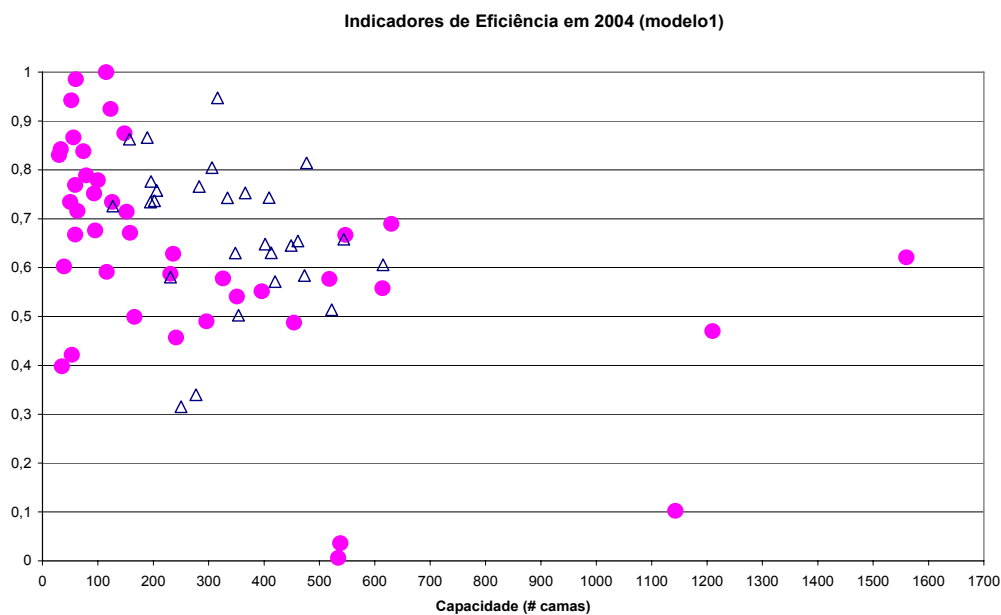


Figura 2b – Relação entre Indicadores de Eficiência e Dimensão: Modelo 1, 2004



A relação entre dimensão e índices de eficiência obtidos através do modelo de rubricas de despesas (modelo 2) é semelhante à apresentada para o modelo de custo total (modelo 1). As figuras 3a e 3b mostram a relação entre dimensão e os índices de eficiência obtidos a partir do modelo de recursos físicos (modelo 3) nos anos de 2002 e 2004, respectivamente.



Figura 3a – Relação entre Indicadores de Eficiência e Dimensão: Modelo 3, 2002

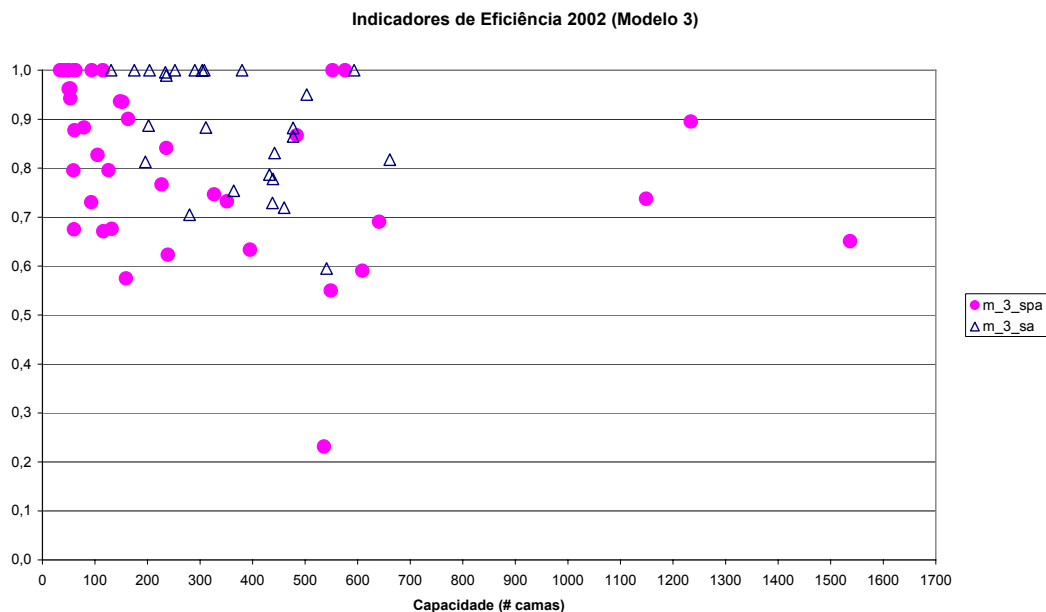
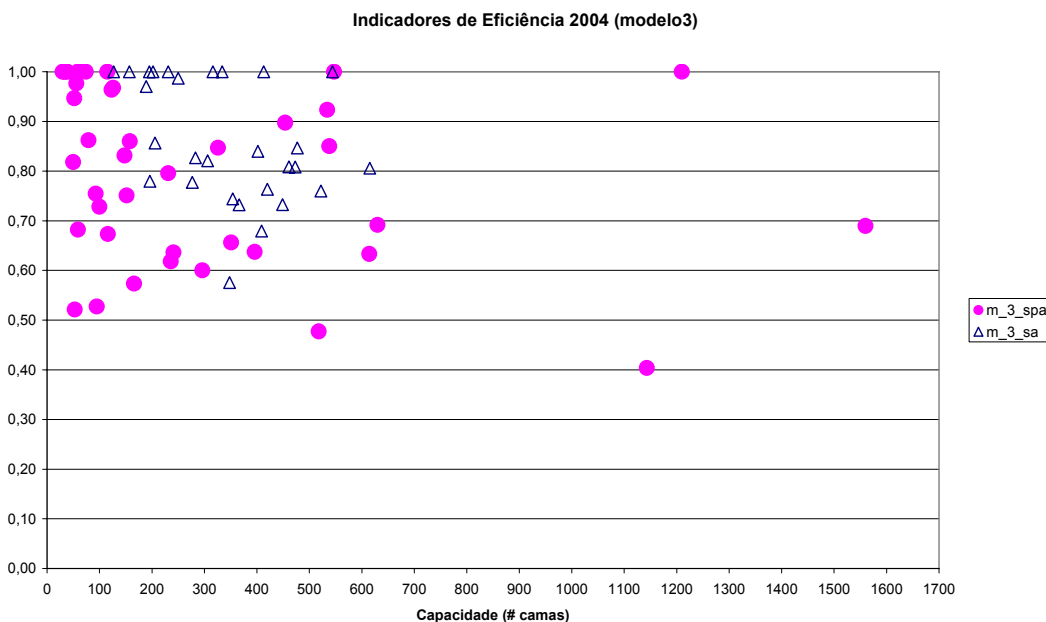


Figura 3b – Relação entre Indicadores de Eficiência e Dimensão: Modelo 3, 2004



Com base nos resultados do Modelo 3, o grupo de hospitais SA parece apresentar índices de eficiência superiores aos do grupo de hospitais de dimensão semelhante em 2002. Essa diferença ainda é visível em 2004 na medida em que a fronteira continua a ser composta quase só por hospitais SA.

Para testar se existe efectivamente diferença quando se comparam hospitais SA e SPA de dimensão semelhante, foram definidos grupos de hospitais em função da sua dimensão e



complexidade. Os grupos foram constituídos a partir da classificação dos hospitais em Nível 1 (grupo 1), hospitais Distritais de pequena dimensão (até 150 camas – grupo 2), de média dimensão (150 a 350 camas – grupo 3), de grande dimensão (350 a 650 camas – grupo 4) e hospitais Centrais (grupo 5). Alguns hospitais classificados como hospitais Centrais mas de menor dimensão foram adicionados ao grupo 4 para efeitos comparativos¹¹.

O ranking médio dos hospitais SA é superior ao dos hospitais do SPA semelhantes, situação que já se verificava no período anterior à transformação em SA. Verifica-se um acentuar da diferença, em termos de custos totais, no grupo de hospitais SA com lotação de 150 a 350 camas. No entanto, essa diferença já não é significativa quando se consideram modelos em que a utilização de recursos é representada por rubricas de despesas ou por recursos físicos.

A análise de modelos plurianuais evidencia aumentos relativos de eficiência nos hospitais SA, no período pós-transformação. No grupo de hospitais com lotação entre 150 e 650 camas verifica-se uma descida significativa no ranking dos hospitais do SPA de semelhante dimensão no período 2003-2004, relativamente a 2001-2002. No grupo de hospitais SA não se verifica uma alteração significativa do ranking médio. Isto significa que houve um afastamento dos hospitais do SPA da fronteira de eficiência entre 2001-2002 e 2003-2004.

Tabela 1a - Hospitais do SPA dos grupos 3 e 4

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Rank Médio Anos 2001-2002	26,100	25,150	22,500
Rank Médio Após Criação de SA	17,318	18,182	20,591
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,021	0,066	0,614
Estatística Mann-Whitney U	Signif.	Signif.	n.s.

Tabela 1b - Hospitais SA dos grupos 3 e 4

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Anos 2001-2002	37,647	36,426	37,529
Após Transformação em SA	34,486	35,608	34,595
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,519	0,867	0,548
Estatística Mann-Whitney U	n.s.	n.s.	n.s.

Como elemento final da análise de eficiência procurou-se perceber se existia relação entre o índice de eficiência e características de gestão do hospital, designadamente a relação entre pessoal médico e de enfermagem e a lotação de camas, a proporção de médicos face a enfermeiros e de cada uma destas classes face ao pessoal agregado do hospital. Foram, ainda, considerados indicadores habituais de produtividade, designadamente a taxa de ocupação, os casos extremos de longa duração no internamento e o número de consultas externas por doente saído.

¹¹ Vide Anexo 5 do Apenso.



A Tabela 2 reporta a relação obtida entre as variáveis de caracterização da gestão do hospital e medidas de produtividade, e os diversos índices de eficiência (modelos com retornos constantes à escala e orientados para a poupança de recursos).

Tabela 2 - Resultados dos modelos Tobit – Variável Dependente: Indicador de Eficiência

Variável	Sinal	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Médicos /Camas	+	n.s.	Signif.	n.s.
Enfermeiros / Camas	--	Signif.	Signif.	Signif.
Extremos de Longa Duração		n.s.	n.s.	n.s.
Taxa de Ocupação	+	Signif.	n.s.	n.s.
Médicos / Enfermeiros		n.s.	n.s.	n.s.
Médicos / Pessoal	--	Signif.	Signif.	Signif.
Enfermeiros / Pessoal	+	n.s.	n.s.	Signif.
Consultas / Doentes Saídos	++	Signifi.	Signif.	Signif.

Os resultados obtidos em torno de três indicadores são bastante consistentes – as medidas de enfermeiros por cama e de médicos por restante pessoal estão associadas a valores significativamente inferiores do índice de eficiência. Verificou-se que o rácio de consultas por doentes saídos está associado a valores significativamente superiores do índice de eficiência - a eficiência, em termos de custos, é superior nos hospitais com maior intensidade de consultas externas.

Também se verificou que os indicadores habituais de casos extremos de longa duração e taxa de ocupação não são boas aproximações aos indicadores de eficiência dos modelos DEA - apenas no modelo de custos totais a taxa de ocupação tem um coeficiente significativamente diferente de zero.

3.2 Análise da Qualidade nos Hospitais SA e Hospitais do SPA

Os indicadores de qualidade utilizados neste estudo medem a ocorrência de situações não-conformes com especificações de qualidade, e podem ser genericamente descritos como o rácio entre o número de ocorrências de problemas de qualidade e o número total de unidades produzidas. Os consultores recorreram a um modelo econométrico que procura estimar a razão entre a probabilidade de ocorrência de um problema de qualidade e a probabilidade da sua não ocorrência – este rácio é designado por “odds ratio”, sendo a referência base a unidade. Um “odds ratio” maior do que um implica maior probabilidade de ocorrência de um problema de qualidade nesse hospital. Um “odds ratio” inferior a um implica menor probabilidade de ocorrência de um problema de qualidade neste hospital.



A formulação do modelo base é a seguinte [1]:

$$\ln\left(\frac{\text{prob_de_não_conformidade}_{ijt}}{1 - \text{prob_de_não_conformidade}_{ijt}}\right) = \alpha_0 + \sum \alpha_{1i} \text{Hospital}_i + \sum \alpha_{2j} \text{GDH}_j + \phi_t \text{Ano}_t + \varepsilon_{ijt}$$

Os coeficientes associados à variável hospital, no modelo exponencial, medem o efeito multiplicativo de cada hospital sobre a média do “odds ratio”. Valores de α_{1i} inferiores a zero correspondem a um coeficiente no modelo exponencial inferior à unidade. Valores abaixo da unidade indicam um “odds ratio” mais favorável do que a média dos hospitais.

Para testar o impacto da transformação em hospitais SA foram construídos três modelos, tendo por base o modelo [1] acima descrito. O objectivo foi identificar o impacto médio da transformação em SA, separando diferenças observadas de diferenças que já existiam entre o conjunto de hospitais seleccionados antes da transformação ou que sejam resultado do efeito médio da passagem do tempo. Em ambos os modelos foram incluídas como variáveis de controlo o índice casemix do hospital e o grupo de financiamento do hospital (determinado pelo IGIF) – um indicador do grau de complexidade do hospital.¹²

No primeiro modelo incluiu-se um indicador “Transf_SA” que assumiu o valor 1 para os hospitais SA, em 2003 e 2004. O coeficiente desta variável permitiu estimar o efeito médio ao longo dos anos 2003 e 2004 atribuível à transformação em SA. A significância da variável “Transf_SA” permite verificar se o conjunto de hospitais SA tem um desempenho diferenciado no período pós-transformação. Se o coeficiente for negativo, então o conjunto de hospitais SA apresenta uma menor probabilidade de ocorrência do problema de qualidade associado ao modelo do que o grupo de controlo.

No segundo modelo incluiu-se um indicador para cada um dos anos pós-transformação – “SA03” que assumiu o valor 1 para os hospitais SA em 2003, e “SA04” que assumiu o valor 1 para os hospitais SA em 2004. O coeficiente destas variáveis permitiu avaliar a evolução do desempenho ao longo do tempo de forma mais detalhada. A variável “SA04”, se significativa, capta um efeito cumulativo resultante da transformação em SA.

Em virtude das diferenças na amostragem feita nos anos 2001-2002 em relação a 2003-2004, sobretudo no ano de 2002 versus 2003 e 2004 (estes dois anos são semelhantes no plano amostra 1) estimou-se um terceiro modelo com as variáveis “Transf_SA” e “SA04”. O terceiro modelo pretendeu isolar, na medida do possível, o efeito da diferença amostral. Como os anos 2003 e 2004 aparentam ser iguais a este respeito, a variável “Transf_SA” aparece como controlo da diferença amostra 1, relativamente aos anos anteriores à transformação, e a variável SA04 capta os efeitos das transformação em SA ainda presentes em 2004 (incrementais).

A análise distinguiu a qualidade técnica da qualidade funcional. A qualidade técnica avalia o conteúdo e qualidade intrínseca dos cuidados de saúde, enquanto a qualidade funcional avalia a forma como os cuidados de saúde são prestados aos utentes. Para avaliar a qualidade

¹² Estas variáveis só são identificadas se houver alteração na classificação ao longo do tempo. Caso contrário são características dos hospitais que são absorvidas pelos efeitos fixos representados pelo indicador do hospital.



técnica foram utilizados os seguintes seis indicadores: taxa de mortalidade - maiores de 65 anos, taxa de mortalidade - menores de 65 anos, readmissões em GDHs cirúrgicos, complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos, úlcera de decúbito como diagnóstico secundário e percentagem de infeções nosocomiais.

Os indicadores do risco de mortalidade são dos indicadores mais importantes na avaliação da qualidade técnica da prestação de cuidados de saúde. No entanto, deve ser efectuada uma análise cuidada destes indicadores, uma vez que hospitais com doentes com patologias de maior risco tendem a apresentar maiores taxas de mortalidade. Para obviar essa dificuldade, estudou-se a mortalidade para um conjunto escolhido de patologias indexadas pelos GDHs - os 10 GDHs com maior número de ocorrências de mortalidade a nível nacional - e analisou-se a evolução comparada dos hospitais, controlando o efeito da unidade hospitalar. No pressuposto de não ter havido uma evolução muito diferenciada do perfil de risco dos pacientes, esta metodologia permitiu verificar um impacto da transformação em SA que se pode atribuir a melhorias na qualidade da prestação de cuidados. Para maiores de 65 anos a constituição dos hospitais SA está associada a taxas de mortalidade tendencialmente inferiores. No entanto, a análise mostra que essa diferença apenas tem significância estatística para o ano de 2003, o primeiro ano de constituição dos hospitais SA. A transformação dos hospitais em SA não teve efeitos na taxa de mortalidade, para menores de 65 anos.

A constituição dos hospitais SA está associada a percentagens de complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos tendencialmente inferiores e a níveis de ocorrência de úlceras de decúbito tendencialmente inferiores. A análise mostra que essa diferença tem significância estatística para o período pós-transformação, em particular para o ano de 2004.

Essa análise mostra, também, que a diferença associada à constituição dos hospitais SA não tem significância estatística em termos de percentagem de readmissões em GDH cirúrgicos e infeções nosocomiais.

Para avaliar a qualidade funcional do serviço utilizou-se um único indicador - os casos extremos de longa duração no internamento. Estes casos registam demora no internamento superior aos parâmetros estabelecidos como duração máxima do respectivo GDH. Verificou-se uma tendência generalizada de redução dos episódios de longa duração ao longo do período em análise, sendo os coeficientes das variáveis ano negativos e com significância estatística. A transformação dos hospitais em SA não teve efeitos nos casos extremos de longa duração.

Para além de analisar indicadores individuais, pretendeu-se obter uma medida síntese do nível de qualidade, através de técnicas estatísticas de redução de informação - a informação estatística sobre indicadores de qualidade técnica e funcional foi reduzida a um único indicador global de qualidade. A constituição dos hospitais SA está associada a valores tendencialmente inferiores do indicador, isto é, existe evidência de um aumento da qualidade média do serviço nos hospitais SA quer em 2003 quer em 2004.



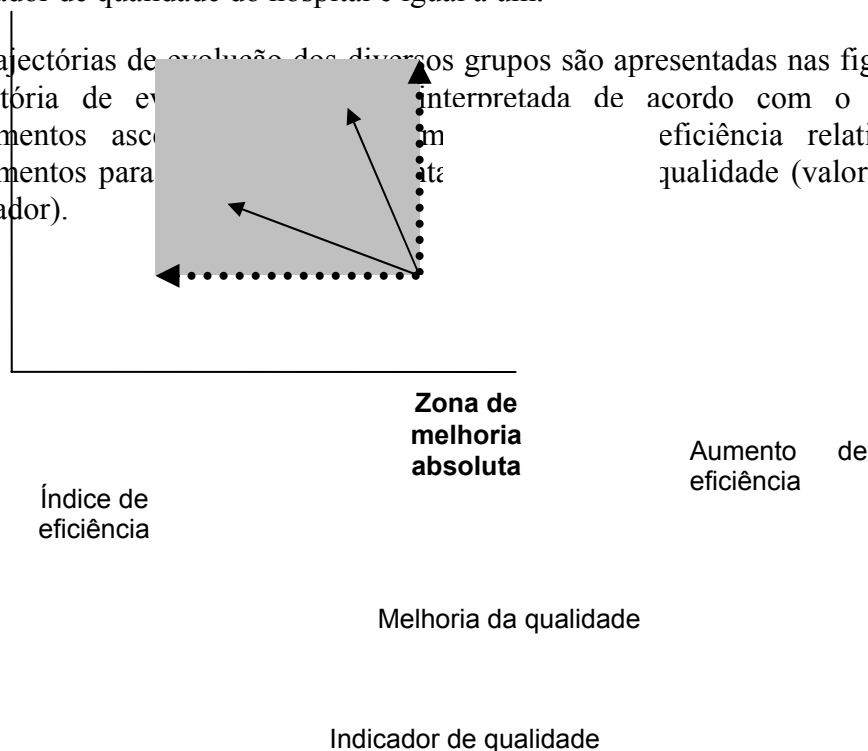
3.3 Trajectórias de Melhoria nos Hospitais SA e nos Hospitais do SPA

Apresenta-se uma análise integrada da evolução dos níveis de eficiência e qualidade dos hospitais, que se designam por trajectórias de melhoria. O objectivo foi detectar, para grupos de hospitais SA e SPA de dimensão e desempenho inicial semelhante, padrões de evolução ao longo das duas dimensões.

Consideraram-se as categorias de dimensão apresentadas no ponto 1, agrupando os Hospitais Distritais de média (grupo 3) e grande dimensão (grupo 4) na mesma categoria. Uma vez que havia um número suficientemente grande de hospitais dos grupos 3 e 4, procedeu-se a uma subdivisão deste grupo em categorias de desempenho, tendo por base o ranking de eficiência em 2002. Assim, considerou-se o quartil inferior constituído pelos hospitais com índices de eficiência incluídos nos 25% inferiores, o quartil superior constituído pelos hospitais com índices de eficiência incluídos nos 25% superiores e os dois quartis intermédios que incluem os restantes hospitais.

Na análise aqui apresentada foram considerados os índices de eficiência obtidos no modelo de custos totais. O índice varia no intervalo [0,1], sendo que valores crescentes indicam maior nível de eficiência. Utilizaram-se os indicadores de qualidade global, obtidos a partir dos coeficientes das variáveis associadas a cada hospital no modelo [1]. Se o coeficiente não tinha significância estatística - não era significativamente diferente de zero -, então o indicador de qualidade do hospital é igual a um.

As trajectórias de evolução dos diversos grupos são apresentadas nas figuras 4a, 4b e 4c. A trajectória de evolução é interpretada de acordo com o seguinte esquema: movimentos ascendentes para cima indicam melhoria da qualidade (valores inferiores para o indicador), enquanto que movimentos para a direita indicam aumento de eficiência relativa, enquanto que movimentos para a esquerda indicam diminuição de eficiência relativa (valores superiores para o indicador).

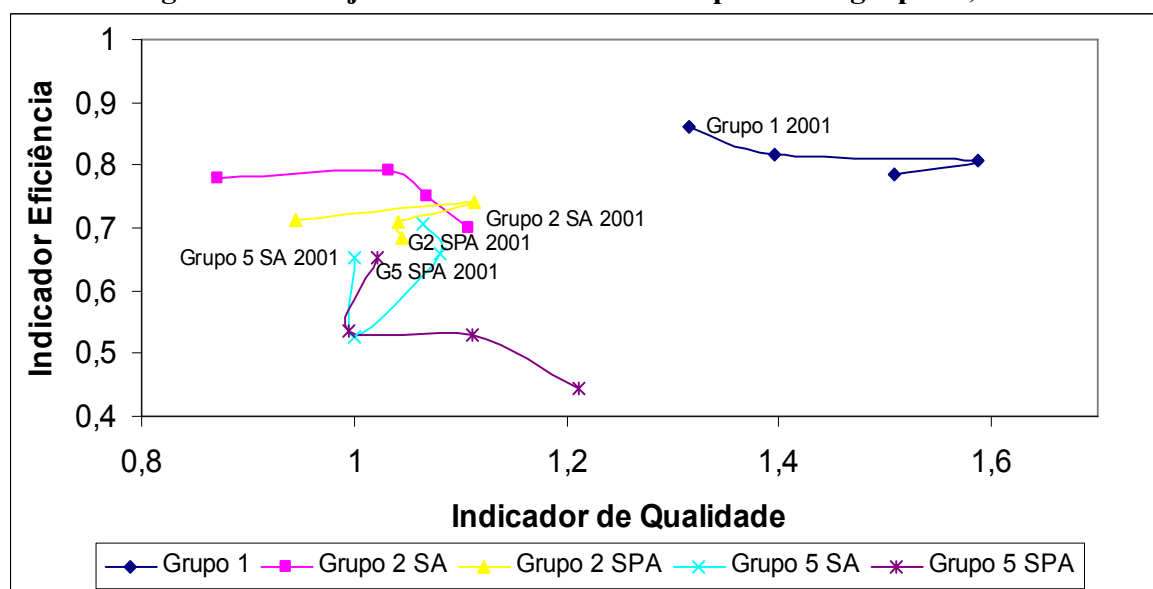


O início de cada trajectória corresponde ao ponto (indicador de qualidade, indicador de eficiência) referente ao ano de 2001. Assinala-se esse ponto com a indicação do grupo, tipo de hospitais (SA ou SPA) e ano base (2001).



O grupo 1 apenas inclui hospitais do SPA. No período 2001-2004 verificou-se uma queda significativa em termos da qualidade relativa, acompanhada de uma descida do nível médio de eficiência. O grupo 2 inclui hospitais de pequena dimensão (inferior a 150 camas); nos hospitais deste grupo, verificou-se uma melhoria da qualidade - mais acentuada no caso dos hospitais SA - e ligeiros ganhos em termos de eficiência - também mais acentuados no caso dos hospitais SA. O grupo 5 engloba os hospitais centrais. Neste grupo, os hospitais do SPA apresentaram a trajetória de desempenho mais negativa, com perdas significativas de qualidade e eficiência.

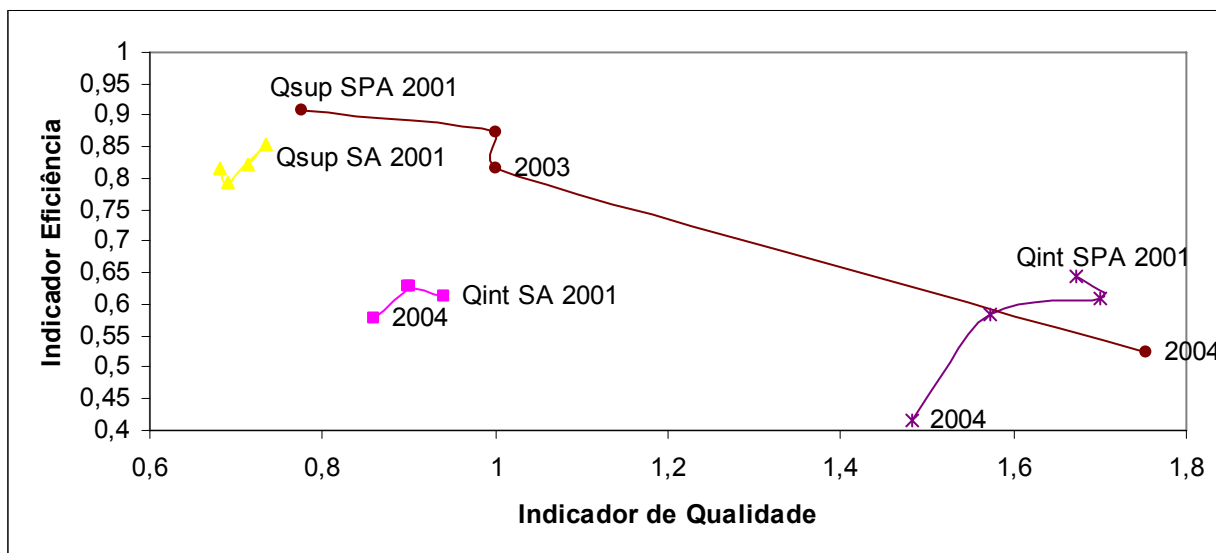
Figura 4a – Trajectórias de Melhoria: Hospitais dos grupos 1, 2 e 5



Foi nos grupos 3 e 4 que se situaram a maioria dos hospitais SA, pelo que se destaca a análise deste grupo nos gráficos apresentados nas figuras 4b e 4c. Note-se que a escala de cada gráfico foi ajustada aos valores representados, pelo que a comparação de gráficos distintos deve ser feita com a devida cautela.



Figura 4b – Trajectórias de Melhoria: Hospitais dos grupos 3 e 4
Quartis intermédio e superior

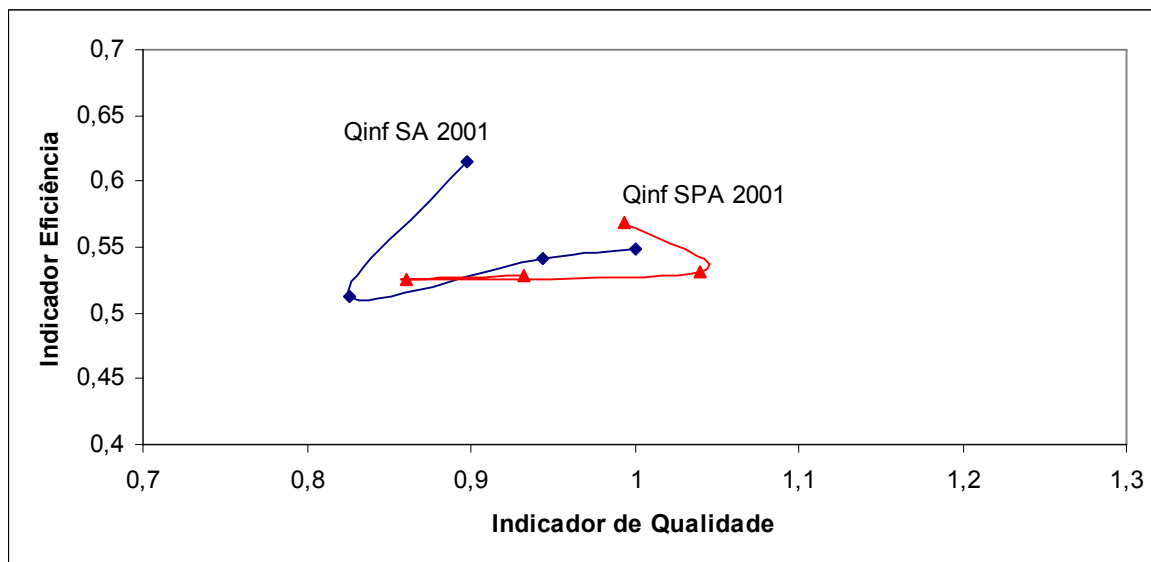


A nível do quartil superior (Qsup) verificou-se uma melhoria significativa do grupo de hospitais SA em termos de qualidade, sem alteração significativa do nível médio de eficiência. Por outro lado, os hospitais do SPA deste grupo, considerados eficientes em 2002, apresentaram uma trajectória bastante negativa, com forte quebra de eficiência e qualidade em termos relativos. Nos quartis intermédios também se verificaram nos hospitais SA aumentos significativos de qualidade à custa de quebras no nível de eficiência. Nos hospitais do SPA o aumento de qualidade foi acompanhado de fortes quebras de eficiência em termos relativos.

No quartil inferior registou-se uma descida nos valores médios dos indicadores de qualidade e eficiência dos hospitais SA. O grupo de hospitais do SPA apresentou uma evolução mais favorável, com incrementos do nível de qualidade e apenas ligeira quebra do indicador médio de eficiência.



Figura 4c – Trajectórias de Melhoria: Hospitais dos grupos 3 e 4
Quartil inferior



A análise de trajectórias de melhoria, ainda que assente em valores médios, permite demonstrar a variedade que caracteriza a evolução do conjunto dos hospitais SA de dimensão correspondente a 150-650 camas. No quartil superior, a melhoria do nível de qualidade foi acompanhada por uma manutenção dos níveis de eficiência. Nos quartis intermédios a melhoria de qualidade foi acompanhada por uma ligeira perda de eficiência em termos relativos. No quartil inferior, verificou-se uma descida nos valores médios dos indicadores de qualidade e eficiência dos hospitais SA.

3.4 Análise Comparativa da Equidade no Acesso a Serviços de Saúde

Uma dimensão relevante na avaliação do desempenho hospitalar refere-se à possibilidade de qualquer cidadão ter acesso aos cuidados de saúde de um hospital. Distinguiu-se equidade de acessibilidade, sendo a acessibilidade uma medida do custo efectivamente suportado pelo utente com os serviços prestados. Para efeito desta análise, os consultores do TC avaliaram a equidade através da evolução de dois indicadores - a percentagem de doentes de internamento transferidos e o rácio de primeiras consultas no total de consultas externas.

Para analisar a evolução destes indicadores nos hospitais SA, relativamente ao grupo de hospitais do SPA, recorreu-se a um modelo econométrico semelhante ao modelo apresentado em [1]. A formulação do modelo base é a seguinte [2]:

$$\ln\left(\frac{prob_de_ocorrência_{it}}{1 - prob_de_ocorrência_{it}}\right) = \alpha_0 + \sum \alpha_{i_t} Hospital_i + \phi_t Ano_t + \varepsilon_{ijt}$$



Foram construídos dois modelos com base na equação apresentada em [2]. Em ambos os modelos incluiu-se como variáveis de controlo o *casemix* do hospital, o grupo de financiamento do hospital (determinado pelo IGIF) - um indicador do grau de complexidade do hospital - e um indicador para os hospitais SA. No primeiro modelo, incluiu-se um indicador para os hospitais SA em 2003 e 2004. No segundo modelo incluiu-se um indicador para cada um dos anos pós-transformação - SA03 assume o valor 1 para os hospitais SA em 2003 e SA04 assume o valor 1 para os hospitais SA em 2004.

A evolução dos doentes transferidos pode indiciar menor equidade no acesso, se se verificar um acréscimo anormal face à evolução da actividade. A transformação dos hospitais em SA não teve efeitos na percentagem de doentes de internamento transferidos para outras unidades de saúde. Isto é, não se verificou, no conjunto de hospitais SA, uma maior probabilidade de um doente ser transferido nos anos pós-transformação.

A evolução do rácio de primeiras consultas no total de consultas externas pode indiciar alterações na equidade do acesso a serviços de saúde, uma vez que uma redução da frequência relativa das primeiras consultas pode indiciar selecção (desnatação) de pacientes. A constituição dos hospitais SA está associada a uma frequência de primeiras consultas tendencialmente superior para o período 2003-2004 (coeficiente positivo, com significância estatística). A análise realizada ao longo do tempo mostra que, em 2003, a tendência foi de menor frequência de primeiras consultas, tendo essa trajectória sido corrigida em 2004.





4 CONCLUSÕES

4.1 Avaliação do Modelo de Gestão Empresarial Adoptado no Serviço Nacional de Saúde: Período 2001-2004¹³

4.1.1 Avaliação da Eficiência

Quando se comparam os grupos de hospitais SA e hospitais do SPA, os índices de eficiência, calculados através de análise envolvente de dados, não diferem significativamente em nenhum dos anos do período 2001-2004. No entanto, quando se estratifica o universo de hospitais, e se compara nos hospitais de dimensões semelhantes, notam-se algumas diferenças significativas, em particular nos grupos de dimensão de 150-350 e 350-650 camas (grupos 3 e 4):

Existe evidência de diferenças nos níveis de eficiência quando se comparam os hospitais SA com os do SPA de dimensão semelhante, embora os resultados obtidos a partir dos diferentes modelos DEA não sejam inteiramente consistentes. De acordo com o modelo de Custos Totais, os hospitais SA têm um melhor desempenho entre os hospitais do grupo 3, sendo essa diferença apenas significativa no período pós-transformação (apesar de tendencialmente superior já em 2001 e 2002).

Não existem diferenças significativas atendendo aos resultados dos modelos *Rubricas de Despesa e Recursos Físicos*. No entanto, se compararmos os hospitais SA no conjunto dos hospitais dos grupos 3 e 4, a diferença face ao grupo de hospitais do SPA já é significativa em 2002, o que evidencia diferenças *ex ante*.

Outra evidência de melhor desempenho relativo em termos de eficiência provém dos modelos plurianuais. Estes modelos, com excepção do modelo 3, estimam uma curva de eficiência única para o período em análise. Os resultados obtidos confirmam uma descida no ranking dos hospitais do SPA dos grupos 3 e 4 no período 2003-2004 relativamente a 2001-2002. No grupo de hospitais SA não se verifica uma alteração significativa do ranking médio. Isto significa, portanto, que houve um afastamento dos hospitais do SPA da fronteira de eficiência, entre 2001-2002 e 2003-2004.

Podemos, assim, concluir que a adopção do modelo empresarial não resultou em perdas de eficiência, existindo, pelo contrário, alguma evidência de que, em termos globais, se traduziu em aumentos relativos de eficiência.

Na análise apresentada na secção 4 do estudo¹⁴ foram comparados índices de eficiência agregados com indicadores de produtividade e com algumas características da gestão dos hospitais. A análise detalhada de rácios procura encontrar fontes de ineficiência, em função

¹³ Este texto corresponde, com ligeiras adaptações, às conclusões contidas no Sumário Executivo elaborado pelos Consultores Externos, o qual consta do Apenso a este Relatório.

¹⁴ Cfr. Apenso.



de um quadro referencial que caracterize os hospitais mais eficientes. Confirma-se que os índices de eficiência apresentam informação mais completa do que indicadores de produtividade simples e que se torna necessário obter múltiplos indicadores de produtividade simples para construir um quadro que permita perceber as causas de menor eficiência.

4.1.2 Avaliação da Qualidade

A análise da evolução de indicadores de qualidade também revela algumas melhorias de desempenho em termos relativos nos hospitais SA:

Constata-se evidência estatística de melhoria na qualidade global no grupo dos hospitais SA em 2003 e 2004.

Verifica-se uma tendência para níveis de ocorrência tendencialmente inferiores nos hospitais SA quanto à mortalidade (para maiores de 65 anos), complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos e úlceras de decúbito. No caso da mortalidade, o efeito diferencial faz-se sentir em 2003, não sendo significativo em 2004.

No caso das complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos e úlceras de decúbito, verifica-se um efeito diferencial em 2004 relativamente aos hospitais do SPA, mas não em 2003. Este resultado traduz um efeito cumulativo relativamente ao período 2001-2002. A melhoria de qualidade é um processo de aprendizagem cujos efeitos cumulativos podem não produzir resultados imediatos, pelo que o estudo continuado da evolução destes indicadores permitirá perceber se efectivamente se iniciou uma trajectória de melhoria.

Não se verificou degradação do desempenho dos hospitais SA relativamente ao grupo de controlo¹⁵ em nenhum dos indicadores considerados.

A análise de trajectórias de melhoria em termos de eficiência e qualidade, ainda que assente em valores médios, permite demonstrar a variedade que caracteriza a evolução do conjunto dos hospitais SA, em particular os hospitais SA dos grupos 3 e 4. Consideraram-se hospitais em diferentes patamares de eficiência, determinados em função dos quartis da distribuição dos índices de DEA (obtidos a partir do modelo 1 para 2002).

Esta análise permitiu verificar uma divergência na evolução dos hospitais SA. O aumento do indicador de qualidade global verifica-se a nível dos hospitais com melhor desempenho à partida, com ligeiras perdas de eficiência, em particular no conjunto de hospitais de eficiência de nível intermédio. Nos hospitais que já eram inicialmente menos eficientes verificou-se uma perda de eficiência, em termos relativos, e degradação do indicador global de qualidade.

¹⁵ Vide Apenso, p.p 29 e seguintes.



4.1.3 Equidade no Acesso

Não se encontrou evidência de menor equidade no acesso através da análise da taxa de transferências e do rácio de primeiras consultas. De facto, o rácio de primeiras consultas tende mesmo a ser superior no conjunto de hospitais SA.

4.1.4 Informação de Gestão

Considerando que o SNS dispõe de um activo importante na estrutura actualmente montada para recolha e integração de informação, constataram-se falhas a nível de gestão de conteúdos deste sistema. Por um lado, observaram-se divergências significativas entre valores de actividade reportados pelos hospitais e os que constam dos mapas de produção disponibilizados pelo IGIF. Através de várias notas apenas à informação que foi remetida pelos hospitais, conclui-se que os indicadores de produção não são tratados de forma uniforme, o que gera dificuldades de comparação efectiva entre unidades hospitalares. Para além disso, o actual sistema de contabilidade analítica encontra-se ultrapassado, não permitindo por exemplo uma análise de custeio baseada na actividade.

4.1.5 Comparação Internacional¹⁶

A comparação internacional denota uma maior produtividade dos hospitais SA e SPA em relação ao grupo de hospitais do Reino Unido a nível de urgência, mas níveis de produtividade muito inferiores a nível do internamento.

A comparação com os grupos de hospitais de Espanha denota a nível da actividade de urgência uma maior produtividade dos hospitais de menor dimensão em Portugal, mas uma menor produtividade a nível dos Hospitais Centrais. No que se refere ao internamento as diferenças não são muito significativas. Os indicadores referentes a consultas externas, número de consultas por dia útil e rácio de primeiras consultas, são significativamente superiores em Espanha, em particular nos hospitais de grande dimensão e centrais. A nível de cirurgias denota-se um número de cirurgias programadas por dia útil superior nos Hospitais Centrais do SPA em relação ao grupo equivalente em Espanha, sendo este indicador tendencialmente inferior nos hospitais SA de dimensão equivalente. Os hospitais SA de menor dimensão registam um número de cirurgias programadas por dia útil superior aos congéneres de Espanha.

¹⁶ Os dados sobre os sistemas de saúde internacionais, designadamente do Reino Unido e de Espanha referem-se ao ano de 2000.



4.2 O Modelo de Financiamento e a Situação Económico - Financeira Global dos Hospitais do SEE

4.2.1 *Modelo de Financiamento 2003-2004*

O modelo de financiamento que foi instituído com os contratos-programa para os hospitais SA em 2003 não se baseou apenas no pagamento da produção realizada pelos hospitais SA mas, também, manteve a lógica da cobertura de custos através de mecanismos compensatórios (produção marginal e valor de convergência), sem os quais não teria sido possível viabilizar o funcionamento da maioria destes hospitais, embora a situação económico-financeira registada em 2003 e 2004 seja globalmente deficitária.

O modelo de financiamento é potenciador de uma menor eficácia, uma vez que financia produção não realizada (produção marginal negativa), para suportar parte dos custos fixos dessas linhas de produção e concomitantemente de uma menor eficiência, concretizada na atribuição de valores de convergência para compensar o desvio entre custos unitários mais elevados atingidos pelo hospital e os custos médios dos hospitais do mesmo grupo.

De referir, todavia, que em 2006 foram introduzidas correcções neste modelo de financiamento, introduzindo-se uma componente variável no valor de convergência em função do cumprimento de indicadores de desempenho.

Os contratos-programa basearam-se em níveis de produção históricos de cada hospital. Assim, foram fixadas quantidades por linha de produção sem se atender, por um lado, a um levantamento das necessidades de saúde da população e, por outro, à avaliação do uso das capacidades produtivas de todos os hospitais que integram o SNS, de forma a satisfazer a procura esperada.

De resto, esta conclusão sai reforçada com a opção definida no n.º 3 do Despacho n.º 22 250/2005 (2.ª série) relativa à limitação da produção hospitalar para 2006, a qual “não poderá exceder a estimada para 2005”, que poderá constituir uma condicionante à eficiência e eficácia que o novo modelo de financiamento deveria incentivar. A evolução do modelo veio acentuar em 2006 uma transferência do risco do excesso de procura para os hospitais prestadores, bem como o controlo dos custos totais através da limitação da produção.

Do ponto de vista contabilístico, o impacto do modelo de financiamento nas contas dos hospitais em 2003 reflectiu-se, fundamentalmente, em operações permutativas entre as rubricas dos subsídios à exploração e as prestações de serviços, as quais revelaram globalmente montantes de grandeza idêntica do exercício de 2002 para 2003. Os montantes resultantes do financiamento do valor de convergência, nalguns casos, foram incorrectamente contabilizados nas prestações de serviços, em vez de, atendendo à substância, serem correctamente relevados nos subsídios à exploração.



Execução Física e Financeira dos Contratos-Programa

O modelo de contratação foi iniciado em 2003, e continuado em 2004, sem que os contratos-programa estivessem celebrados, o que provocou atrasos na facturação da respectiva actividade por parte dos hospitais SA.

Em 2003 e 2004 verificaram-se níveis de realização, física e financeira, superiores a 90% das quantidades e preços contratados. Do ponto de vista financeiro, a produção contratada envolveu cerca de 1.171 M€ em 2003 e 1.254 M€ em 2004.

Tais circunstâncias não implicaram a eliminação de listas de espera para as cirurgias e consultas.

Em 2003 e 2004, a produção marginal com maior expressão financeira revelou-se nas linhas de produção que constituem o cerne da actividade hospitalar, nomeadamente no internamento (+ 51,6 M€, dos quais 7,5 M€ reportam-se a produção marginal positiva e 44,1 M€ a produção marginal negativa), nas urgências (+ 16,1 M€, dos quais 8,4 M€ correspondem a produção marginal positiva e 7,7 M€ a produção marginal negativa) e nas consultas (+ 14 M€, dos quais 6,4 M€ correspondem a produção marginal positiva e 7,6 M€ a produção marginal negativa). Sublinhe-se que a produção marginal negativa (circunscrita às unidades não produzidas) permitiu financiar parte dos custos em função da produção não atingida.

A componente contratual denominada “valor de convergência” afigura-se ter a natureza de uma indemnização compensatória pela prestação de serviço público. Em 2003, cerca de 90% do universo dos hospitais SA beneficiou do valor de convergência; em 2004, constatou-se que apenas 68% do universo destes hospitais beneficiou desta indemnização, embora tal situação tenha correspondido a um montante global de cerca de 190 M€, manifestamente superior ao que tinha sido atribuído no ano anterior a um maior número de hospitais. A atribuição ou retirada desta componente não se revelou “incentivadora de eficiência”, no sentido de se perceberem os impactos esperados no posicionamento de cada hospital face à eficiência geral do universo dos hospitais SA.

Quanto aos encargos com medicamentos, apesar das alterações ocorridas no texto dos contratos-programa entre 2003 e 2006, subsiste a necessidade de uma clarificação desta matéria por via legislativa, no sentido de especificar quais as entidades do SNS e em que condições deverão assumir os encargos decorrentes da aquisição de produtos vendidos em farmácias prescritos nos hospitais a beneficiários do SNS.

Apesar dos elevados níveis de realização alcançados nas principais linhas de produção, superiores a 90%, em 2003 e 2004, este modelo de contratação não proporcionou o financiamento adequado da actividade que estes hospitais dedicaram ao SNS, visto que os preços e as restantes componentes compensatórias não foram suficientes para evitar os resultados líquidos negativos e em particular os défices financeiro e económico ocorridos na globalidade destes hospitais.



De referir que o IGIF não procedeu nem em 2003 nem em 2004 à avaliação da gestão económica - financeira destes hospitais¹⁷.

4.2.2 Análise da Situação Económico-Financeira

Com a realização do capital social em cada uma das sociedades anónimas, a estrutura financeira dessas entidades em 2003 beneficiou de um montante global de 898 M€, o que lhes proporcionou um reforço dessa estrutura, nomeadamente pela proeminência imediata do Activo Circulante face ao Activo Fixo.

Em termos globais verificou-se uma deterioração do resultado líquido do grupo dos Hospitais SA, no período de transformação de 2002-2003. Com efeito, partindo de um resultado global positivo de 9 M€ em 2002, enquanto hospitais do SPA, os hospitais SA registaram um resultado global negativo de 116 M€ em 2003. Esta situação explica-se quer pelas alterações dos procedimentos e práticas contabilísticas enquanto hospitais empresa quer pelo agravamento dos custos operacionais.

No ano seguinte, 2004, o resultado líquido melhorou, apesar de continuar negativo, atingindo um valor de -73 M€. Contudo, essa melhoria não se ficou a dever ao aumento dos resultados operacionais produzidos por estes hospitais, mas a resultados extraordinários, para os quais concorreram diversas situações, entre as quais se destacam as regularizações de existências e de imobilizado, encontro de contas com o SNS e correcções relativas a exercícios anteriores.

Após a transformação verificou-se falta de harmonização de práticas contabilísticas decorrente de utilização indistinta quer do POC quer do POCMS e da utilização de diferentes critérios na contabilização dos adiantamentos conferidos pelo IGIF, dos encontros de contas e das anulações de dívidas. A Unidade de Missão Hospitais SA, na sua Linha Directa n.º 18, de Fevereiro de 2003, instruiu os hospitais a utilizarem o POC (empresas) a partir de 2004.

Ao longo dos anos de 2001 a 2004 ocorreu um acréscimo global dos custos na ordem dos 19%. Das rubricas com maior peso na estrutura de custos (CMVMC, FSE e Pessoal), foram os custos com pessoal os que registaram maior acréscimo, tendo alcançado os 1.006 M€ em 2003, o que representou um crescimento de 18% face ao ano anterior. Em 2004 este tipo de custos ascendeu a 1.042 M€. Em termos gerais, de 2003 para 2004 o maior crescimento ocorreu nos CMVMC, os quais registaram um acréscimo de 10%. Ao longo do tempo (2001/2004) foram também os CMVMC que registaram o maior acréscimo, cerca de 23%, em especial devido aos medicamentos e material de consumo clínico.

¹⁷ Cfr. sobre esta matéria o Relatório de Auditoria n.º 21/05 – 2ª S - Sistema de Controlo Interno do SNS.



4.2.3 *Endividamento*

A transformação dos hospitais em SA não conteve o endividamento gerado pelos mesmos a partir da transformação. As dívidas a fornecedores c/c registaram um crescimento anual a partir de 2002, assumindo maior relevância no período da transformação (2002-2003), com um acréscimo de 30%. As dívidas a outros credores registaram o maior acréscimo naquele período (44%), tendo-se verificado um decréscimo de 7% no período de 2003/2004.

Quanto ao grau de endividamento perante instituições de crédito, nenhuma entidade ultrapassou o limite legalmente previsto (*cf.* Art.º 12.º do Decreto-Lei de criação de cada um dos hospitais). O valor global deste endividamento atingiu 11 M€ em 2004 e 5,4 M€ em 2005, originando o pagamento de 37.380 € de juros em 2004 e 67.880 € em 2005. Apenas cinco hospitais recorreram ao endividamento em 2004, e dois em 2005.

A Unidade de Missão Hospitais SA e o IGIF não procederam em 2003 e 2004 a um adequado controlo financeiro, em especial, ao endividamento resultante dos compromissos assumidos perante os fornecedores, no sentido de acautelar necessidades de financiamento futuras.

4.2.4 *Impacto da Empresarialização na Consolidação das Contas Globais do SNS*

As contas consolidadas do SNS quer de 2003 quer de 2004 apresentadas pelo IGIF não dão uma imagem verdadeira e apropriada da situação financeira e dos resultados do conjunto das entidades que integram o SNS, não só considerando as limitações inerentes ao tratamento das relações financeiras interinstitucionais, mas por não incluírem as contas dos hospitais do SEE. Para além disso, as Contas Globais do SNS elaboradas pelo IGIF não relevam o endividamento nem dos hospitais do SPA, nem dos hospitais transformados em sociedades anónimas, uma vez que não incluem um balanço consolidado do SNS.

Dado que os hospitais do SEE integram o SNS, reforça-se a ideia de que as contas globais do SNS quer de 2003 quer de 2004 deveriam ter reflectido também as contas daqueles hospitais, e não apenas as transferências efectuadas no âmbito dos contratos-programa.

Enquanto exerceu o seu mandato, a Unidade de Missão Hospitais SA não procedeu à consolidação das contas deste subsector e os relatórios que apresentou quanto à situação económico-financeira dos hospitais SA foram sempre elaborados com base em dados agregados e não em dados consolidados. Por outro lado, o IGIF não dispunha nos anos de 2003 e 2004 da informação respeitante às relações económico-financeiras entre os hospitais SA e as restantes instituições do SNS, o que revelou uma ausência de articulação com a Unidade de Missão Hospitais SA no que respeita à troca de informação.



4.2.5 Impacto da Empresarialização no Défice das Administrações Públicas

A partir da transformação de hospitais do SPA em sociedades anónimas, a situação económico-financeira de cada um deixou de ter reflexos directos na relevação da execução orçamental para efeitos das contas das Administrações Públicas.

Na perspectiva das contas nacionais, e segundo os critérios do SEC 95, a mera forma empresarial não é determinante para as excluir das Administrações Públicas, importando considerar a natureza mercantil ou não-mercantil enquanto unidades produtivas. A análise do processo de empresarialização junto do EUROSTAT centrou-se na observância do critério dos 50% (de cobertura dos custos de produção pelas vendas), para efeitos da classificação de uma unidade enquanto produtor mercantil.

A despesa destinada à realização do capital social dos hospitais SA, bem como os posteriores aumentos de capital foram contabilizados na Conta Geral do Estado como “Activos Financeiros”; na perspectiva da Contabilidade Nacional esta operação financeira não foi considerada na relevação dos défices das Administrações Públicas.

Apesar das disponibilidades geradas pela realização do capital social, a maioria dos hospitais utilizou-as para financiar despesa corrente e não para afectar ao investimento no sentido de promover a continuidade e sustentabilidade empresarial. A Unidade de Missão Hospitais SA, não só teve conhecimento dessa utilização, como emitiu, em Dezembro de 2003, orientações no sentido de permitir essa operação.

Nos dois primeiros exercícios de funcionamento (2003-2004) os resultados líquidos globais dos hospitais SA revelaram-se negativos.

No primeiro ano de actividade, 2003, verificou-se um *superavit* financeiro acumulado de 83 M€, passando em 2004 para um défice financeiro acumulado de 307 M€. A variação ocorrida de um ano para o outro resultou, nomeadamente, do montante de 898 M€ por parte do Estado para a realização do capital social destas sociedades. Relativamente ao défice económico, apurado na óptica da receita e da despesa, em 2003, foi de 76 M€, subindo, em 2004, para os 138 M€, ou seja, registou-se um crescimento de cerca de 82%, resultante essencialmente do agravamento da despesa total do exercício.

A persistência de défices poderá conduzir a uma necessidade de financiamento líquido deste subsector do SNS, colocando o Estado, se tal vier a acontecer, perante as condicionantes decorrentes dos critérios do SEC 95, no que respeita à qualificação de entradas de capital como transacções não financeiras, o que poderá conduzir a um eventual agravamento do défice das Administrações Públicas na perspectiva das contas nacionais.

4.3 Conclusões Gerais das Auditorias Operacionais

Nas auditorias de resultados aos Hospitais de São Sebastião, SA (HSS), Distrital de Santarém, SA (HDS) e Nossa Senhora do Rosário, SA (HNSR), conclui-se:



4.3.1 Eficácia

A análise da eficácia, no biénio 2003/2004, teve por base a avaliação do grau de prossecução dos objectivos fixados pelos três hospitais quer em termos globais quer em termos de metas previstas, apurando-se que, globalmente, foram atingidos os objectivos e as metas de produção definidos, tendo o HSS e o HNSR sido mais eficazes no biénio 2003/2004 comparativamente a 2000/2001, na medida em que registaram taxas de concretização mais elevadas em todas as linhas de produção (com excepção da urgência no HSS) e nalguns casos ultrapassaram as mesmas, enquanto que o HDS apresenta taxas de concretização idênticas nos dois biénios não registando, assim, diferenças em termos de eficácia.

4.3.2 Eficiência

Face aos resultados obtidos e aos recursos utilizados nas áreas da Consulta Externa, Internamento, Actividade Cirúrgica e Urgência, os 3 hospitais foram mais eficientes no biénio 2003/2004 relativamente ao período anterior (2000/2001), uma vez que registaram valores mais elevados de produção e de produtividade (excepto a produtividade por médico na Urgência do HSS e na Actividade Cirúrgica do HNSR) e com custos unitários decrescentes, o que reflecte ganhos de eficiência (excepto na Actividade Cirúrgica e no Internamento do HSS, em que o acréscimo resultou da maior complexidade dos doentes tratados - e na Consulta Externa no HDS).

4.3.3 Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados

A avaliação da qualidade dos serviços prestados no biénio 2003/2004, através da evolução e comparação com o biénio 2000/2001, de alguns indicadores técnicos (“% de Óbitos em GDH Cirúrgicos em doentes com idade ≤ 65 ”, “% de Óbitos em GDH Cirúrgicos em doentes com idade > 65 ”, “Complicações Relacionadas com Procedimentos Cirúrgicos”, “% de Readmissões em GDH Cirúrgicos e Grau de Concentração da Actividade”) e do grau de satisfação dos utentes, evidencia que, em três dos cinco indicadores técnicos analisados (“Complicações Relacionadas com Procedimentos Cirúrgicos”, “% de Óbitos em GDH Cirúrgicos em doentes com idade ≤ 65 ” e “Grau de Concentração da Actividade”) os 3 hospitais obtiveram melhores resultados do que a média dos Hospitais Nacionais e do Grupo, tendo obtido piores resultados nos dois restantes indicadores (“% de Readmissões em GDH Cirúrgicos” e “% de Óbitos em GDH Cirúrgicos em doentes com idade > 65 ”). O nível de satisfação dos utentes em 2003 e em 2004 diminuiu face a 2000 e 2001, tendo sido registado um maior número de reclamações no Gabinete do Utente.



4.3.4 Adequação da oferta à procura

Ficou demonstrada a insuficiente capacidade de resposta dos serviços assistenciais dos Hospitais de HSS e HDS em fazer face à procura de cuidados de saúde da população abrangida, no biénio 2003/2004, nomeadamente pelo aumento do tempo médio de espera para obtenção de consulta e, ainda, pelo aumento das listas de espera cirúrgicas, mostrando-se os aumentos de produção e de produtividade nestas áreas insuficientes para fazer face ao aumento da procura.

No HNSR verificou-se uma melhoria na capacidade de resposta dos serviços assistenciais do hospital, que se reflectiu na diminuição do tempo médio de espera para obtenção de consulta e, ainda, na diminuição da lista de espera cirúrgica.

4.3.5 Avaliação da equidade no Acesso

Ponderados os indicadores “rácio de 1^{as} consultas no total de consultas” e “doentes transferidos do Internamento”, conclui-se, sem prejuízo das reservas relativas à procura desviada, não existirem indícios de uma menor equidade no acesso em 2003 e 2004, considerando a percentagem diminuta de doentes transferidos do Internamento para outras unidades hospitalares comparativamente à média dos Hospitais SA e à média nacional dos hospitais do SNS e a diminuição de apenas um ponto percentual na evolução (entre 2003 e 2004) das 1^{as} consultas no total de consultas no HNSR e HDS e de dois pontos percentuais no HSS.

Verificou-se, ainda, que, em 2003 e 2004, não existiu nos 3 hospitais auditados uma diminuição da percentagem de doentes do SNS no total de doentes atendidos em qualquer das linhas de produção, concluindo-se, assim, não existir evidência de discriminação deste grupo.

4.3.6 Procura desviada

A “procura desviada” por iniciativa do doente teve, em 2003/2004, um peso muito elevado na Consulta Externa e no Internamento do HSS relativamente aos outros dois hospitais auditados do mesmo grupo (HDS e HNSR), o que não deixa de constituir, quando associada à avaliação da qualidade, uma reserva à apreciação da equidade, apresentando o HNSR menor procura desviada em todas as áreas de actividade, com um menor peso relativo face aos restantes.

4.3.7 Financiamento

No período 2003/2004 o financiamento dos 3 hospitais abrangeu, para além da produção contratada, valores compensatórios de produção marginal negativa (para



suportar parte dos custos fixos de produção não realizada), tendo o HDS e o HNSR recebido, ainda, um valor de convergência.

Em 2003 e 2004, o HDS e o HNSR receberam de financiamento da produção realizada nos termos dos contratos programa valores inferiores ao subsídio de exploração de anos anteriores (2000/2001/2002), contrariamente ao verificado no HSS.

Se considerarmos os valores (base, marginal e convergência) efectivamente pagos ao HDS e ao HNSR, em 2003, regista-se um decréscimo face a 2002 de respectivamente 8% e 6,8% e, em 2004, um aumento face a 2003 (19% no HDS e 15,4% no HNSR). No HSS, apura-se um acréscimo de 39% em 2003 face a 2002 e de 3% em 2004 face a 2003, no total dos pagamentos efectuados pelo IGIF, não tendo o hospital recebido valor de convergência.

4.3.8 Situação Económico Financeira

Situação Financeira

Os 3 hospitais apresentaram quer em 2003 quer em 2004 uma receita total que, por efeito da subscrição do capital social em 2002, lhes possibilitou atingir *superavit* de anos anteriores, verificando-se que apenas o HSS apresentou em ambos os anos “*Superavit Financeiro de Exercício*” e “*Superavit Financeiro Total*”.

O HDS e o HNSR apresentaram um *superavit* financeiro total em 2003 e um défice financeiro em 2004.

De referir, ainda, que os HNSR e HDS utilizaram parte do seu capital social, em 2003 para pagar dívidas contraídas em anos anteriores (ainda como hospital SPA), nos montantes de 6 930 000€ e de 2 430 000€, respectivamente, e em 2004, para solver as dívidas existentes, nos montantes de 9 000 000€ e de 11 600 000€, respectivamente.

A realização em 2003 do Capital Social subscrito em 2002 teve reflexos nas demonstrações financeiras de 2002 nos 3 hospitais auditados, através do aumento das Dívidas de Terceiros (Accionista Estado), na medida em que não se verificou a realização desse capital.

Situação Económica

Em 2003 e 2004 são apurados *superavit* económicos no HSS (de 5 132 717,48€ e 5 260 683,79€ respectivamente) enquanto que no HNSR se observam défices económicos em ambos os anos (de 2 999 741,23€ em 2003 e 2 697 289,42€).

No HDS apura-se um *superavit* económico em 2004 no valor de 1 005 746,19€ o que demonstra uma melhoria da situação económica, já que em 2003 se registou um défice económico de 2 945 614,14€.



O HDS e o HNSR apresentaram, ainda, níveis de rentabilidade negativos em 2003 e positivos em 2004, com resultados operacionais negativos, quer em 2003 quer em 2004, sendo o resultado líquido do exercício negativo em 2003 e positivo em 2004, enquanto que o HSS apresenta níveis de rentabilidade e resultados operacionais positivos, quer em 2003 quer em 2004, sendo o resultados líquido igualmente positivo.

Endividamento

Os 3 hospitais apresentaram em 2004 dívida acumulada no valor de, respectivamente, 9 653 483€, 19 805 986€ e 26 270 202€, atingindo as dívidas a fornecedores os valores de 3 876 375 € no HSS, 8 371 72€ no HDS e 17 159 292€ no HNSR.

Em 2003, a dívida acumulada havia sido de 10 329 857€ no HSS, 30 187 693€ no HDS, e 24 524 468€ no HNSR, de que se salienta a dívida a fornecedores, respectivamente, no montante de 2 685 130€, 13 192 284€ e 15 383 237€.

A dívida total apenas se agravou no HNSR. A dívida a fornecedores apenas diminuiu no HDS tendo-se agravado nos outros 2 hospitais (HSS e HNSR).

Avaliação Global

A realização do capital social gerou disponibilidades que o HDS e o HNSR utilizaram, em parte, nos anos de 2003 e 2004 para financiar despesas correntes e não para afectar a investimento. Apesar dessa utilização, constatou-se continuar a existir um elevado nível de endividamento (Passivo/Activo Total) no HDS e no HNSR de, respectivamente, 0,65 e 0,53 em 2003 e de 0,55 e 0,57 em 2004.

A evolução dos resultados líquidos de 2003 para 2004 demonstra alguma recuperação, mas parece indiciar uma fraca sustentabilidade económica do HDS e do HNSR.

O HSS não utilizou o capital social para solver as dívidas existentes ou cobrir défices, tendo apresentado resultados líquidos positivos quer em 2003 quer em 2004.



5 RECOMENDAÇÕES:

5.1 Aos poderes Legislativo / Executivo:

A estruturação de um sistema de informação que inclua o acompanhamento dos hospitais EPE no sistema de informação do SNS que possa servir de instrumento fiável, completo e adequado ao desenvolvimento da função controlo e avaliação do desempenho destas unidades do SNS, de forma a permitir identificar com clareza as áreas estratégicas e de risco face à execução dos contratos-programa, integrando as perspectivas económico-financeira e assistencial (qualidade e equidade).

Alargar o conjunto de indicadores que são recolhidos de forma sistemática, de forma a facilitar a comparação de desempenho entre unidades hospitalares com características semelhantes e com indicadores de eficiência e qualidade internacionais (vg. AHRQ, 2006; OECD, 2006).

Desenvolver um sistema de informação que permita o *benchmarking* de desempenho a nível internacional (designadamente Europeu) de forma sistemática e para um conjunto de indicadores alargado.

O aperfeiçoamento do modelo de contratação, no sentido de assegurar a melhor utilização dos recursos públicos e a máxima eficiência, qualidade e equidade nos cuidados a prestar pelos hospitais empresa. Para tal, numa lógica integrada do SNS, dever-se-ão conceber mecanismos de previsão fundamentada da procura, considerando as capacidades instaladas nos hospitais, o planeamento da actividade hospitalar e a definição das necessidades de saúde.

Reitera-se a recomendação, anteriormente já proferida pelo TC¹⁸, no sentido da aprovação de normas de consolidação de contas do sector da saúde, medida que no domínio da gestão constituiria um importante factor de transparência, propiciando relevar de forma adequada a situação económico-financeira e patrimonial dos serviços e organismos do SNS, incluindo os hospitais do SEE.

A aprovação de normas que determinem a implementação de sistemas de custeio ao nível de cada hospital, bem como a obrigação de reporte e divulgação dos custos de produção hospitalar, com base numa harmonização de indicadores.

A aprovação de normas que definam quais as entidades do SNS responsáveis pelo pagamento dos encargos com medicamentos decorrentes da aquisição de produtos vendidos em farmácias prescritos nos hospitais, a beneficiários do SNS no âmbito da actividade assistencial dos hospitais.

¹⁸ Vide - "Auditoria ao Sistema de Controlo Interno do SNS", Relatório n.º 21/05, 2.ª Secção.



O acompanhamento e o controlo financeiro adequado, incluindo a execução orçamental de cada hospital empresa, e, em especial, do endividamento não financeiro, sem prejuízo das medidas entretanto adoptadas pelo IGIF ao nível do acompanhamento e controlo dos hospitais EPE, de que se dá conta nas respectivas alegações e as quais o TC regista com apreço.

5.2 Ao IGIF:

O desenvolvimento de forma integrada de um sistema de informação que inclua o acompanhamento dos hospitais empresa no sistema de informação do SNS, que incorpore e desenvolva o conceito de “*Tableaux de Bord*” iniciado pela Unidade de Missão Hospitais SA, de modo a reforçar o controlo interno no plano da avaliação dos indicadores de produção, de custeio e qualidade, a garantir a fidedignidade da informação estatística, bem como a consolidação da conta global do SNS.

A modernização do sistema de Contabilidade Analítica implementado nos hospitais, EPE e SPA, de modo a permitir uma análise do custeio baseada na actividade.

O desenvolvimento de procedimentos que possibilitem, em articulação com as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, as ARS e os Hospitais, tratar a informação necessária para o levantamento das necessidades de saúde e assistir o planeamento da actividade hospitalar de modo a incorporar as sinergias da rede.

O desenvolvimento, em articulação com a DGO, de interfaces que permitam a integração da informação orçamental e financeira produzida pelos hospitais EPE e hospitais do SPA, incluindo a vertente do controlo do endividamento dos hospitais empresa resultante dos compromissos assumidos perante os fornecedores, no sentido de acautelar as necessidades de financiamento futuras.

O desdobramento no POCMS das contas respeitantes às relações inter-instituições do SNS, de forma a poder efectuar-se, não só, uma consolidação global do SNS, como também dos subsectores do SPA e do SEE que o integram.

Na sequência da aprovação das normas respeitantes à consolidação de contas do sector da saúde, seja elaborado um manual relativo às metodologias e fontes da consolidação, incluindo a situação económica e financeira dos hospitais do SEE.



6 REFERÊNCIAS FINAIS

6.1 Vista ao Ministério Público

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

6.2 Emolumentos

Não são devidos emolumentos pelo relatório global.
Nas auditorias operacionais os emolumentos foram fixados nos respectivos relatórios.

6.3 Colaboração Prestada

Expressa-se aos responsáveis, dirigentes e funcionários dos Serviços envolvidos na auditoria o apreço do Tribunal pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada ao longo do desenvolvimento desta acção.

7 DETERMINAÇÕES FINAIS

- 1) O presente relatório, volumes I e II, deverá ser remetido às seguintes entidades:
 - Presidente da República;
 - Presidente da Assembleia da República;
 - Primeiro-Ministro;
 - Ministro de Estado e das Finanças;
 - Ministro da Saúde;
 - Presidentes dos Grupos Parlamentares;
 - Presidentes das Comissões Parlamentares do Orçamento e Finanças e Saúde;
 - Controlador Financeiro do Ministério da Saúde;
 - Entidades ouvidas no exercício do contraditório.
- 2) Em cumprimento do disposto nos art.º s 29º, n.º4, e 54º, n.º4, aplicável por força do disposto no art.º55º, n.º 2, da Lei 98/97, de 26 de Agosto, notifique-se o Ministério Público, junto deste Tribunal, do presente relatório.
- 3) Após comunicação nos termos dos pontos anteriores, coloque-se o presente relatório à disposição dos órgãos de comunicação social e proceda-se à respectiva divulgação via Internet.
- 4) O Conselho de Administração do IGIF deverá 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 26 de Setembro de 2006

Os Juízes Conselheiros

(Lia Olema Videira de Jesus Correia)
(Relator)

(António José Avérous Mira Crespo)

(Armindo de Jesus de Sousa Ribeiro)

(José de Castro de Mira Mendes)

(João Pinto Ribeiro)

(Carlos Manuel Botelho Moreno)

(Manuel Henrique de Freitas Pereira)

(José Alves Cardoso)

(Manuel Raminhos Alves de Melo)

Procurador-Geral Adjunto



Tribunal de Contas



Volume II

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

Relatório nº 20/06 -Audit

Processo nº 47/05-Audit



ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	3
ÍNDICE DE QUADROS	4
RELAÇÃO DAS SIGLAS	5
GLOSSÁRIO	6
1 OBJECTIVOS, ÂMBITO DA ACÇÃO E METODOLOGIA	9
1.1 Origem e natureza	9
1.2 Âmbito e objectivos.....	9
1.3 Metodologia	10
1.4 Condicionantes e limitações	11
2 ENQUANDRAMENTO MACRO-ECONÓMICO	13
2.1 Evolução da Despesa no Sector da Saúde	13
2.2 Orçamento do Estado para a Saúde e sua Execução Orçamental	15
2.3 Evolução do Financiamento para o SNS	16
3 ENQUADRAMENTO NORMATIVO E INSTITUCIONAL DOS HOSPITAIS SA 19	
3.1 Enquadramento Normativo	19
3.2 Evolução Institucional.....	20
3.3 Hospitais Empresa (SA/EPE) vs Hospitais do SPA	21
4 O MODELO DE FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS SA (CONTRATOS-PROGRAMA)	23
4.1 Avaliação do Modelo Contratual	23
4.2 Outorga dos Contratos-Programa 2003-2004.....	26
4.3 Facturação e Financiamento dos Contratos-Programa	27
4.4 Controlos da realização dos contratos-programa.....	28
4.5 Execução Física e Financeira (2003-2004)	29
4.5.1 INTERNAMENTO	30
4.5.2 CONSULTA EXTERNA	31
4.5.3 URGÊNCIA	31
4.5.4 CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	32
4.5.5 PRODUÇÃO DIVERSIFICADA (Outras áreas não individualizadas)	33
4.6 PRODUÇÃO MARGINAL.....	33
4.7 PRODUÇÃO NÃO PAGA.....	34
4.8 VALOR DE CONVERGÊNCIA	35
4.9 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE FINANCIAMENTO EM 2003 e 2004.....	35
5 ANÁLISE DA SITUAÇÃO ECONÓMICO - FINANCEIRA DOS HSA	37
5.1 Análise Financeira	37



Tribunal de Contas

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

5.2	Análise Económica.....	42
5.2.1	Custos	43
5.2.2	Proveitos.....	44
5.3	Endividamento	46
5.4	Regularizações de Passivos	49
6	<i>IMPACTO DA EMPRESARIALIZAÇÃO NA CONSOLIDAÇÃO DAS CONTAS GLOBAIS DO SNS.....</i>	51
7	<i>IMPACTO DA EMPRESARIALIZAÇÃO NO DÉFICE DAS ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS.....</i>	53
7.1	Evolução dos défices económico-financeiros do SNS face à empresarialização	53
7.2	A empresarialização e os défices na óptica das contas nacionais.....	55

FICHA TÉCNICA

O MODELO DE FINANCIAMENTO E A SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA GLOBAL DOS HOSPITAIS DO SEE

Coordenação e Controlo

Ana Maria Bento	(Auditora-coordenadora)	Lic. Direito
José Carpinteiro	(Auditor-chefe)	Lic. Direito

Equipa de Auditoria

Conceição Silveiro	(Técnica Verificadora Superior de 2. ^a classe)	Lic. Auditoria
José Gomes	(Técnico Verificador Superior de 2. ^a classe)	Lic. Economia
Maria João Libório	(Técnica Verificadora Superior de 2. ^a classe)	Lic. Gestão
Venâncio Patão	(Técnico Verificador Assessor)	Lic. Gestão e Administração Pública

Apoio Jurídico

Maria João Morgado	(Técnica Superior de 1. ^a classe)	Lic. Direito
--------------------	--	--------------

AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO EMPRESARIAL ADOPTADO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: PERÍODO 2001-2004

Consultor Externo: GANEC – Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa

Professor Doutor Paulo Gomes, Doutoramento em Gestão (D.B.A.), Boston University, Boston, EUA

Professora Doutora Sofia Silva, Doutoramento em Economia, Universidade de York, Reino Unido



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Representação da despesa nacional em saúde
Quadro 2	Evolução do orçamento do estado para a saúde e respectiva execução orçamental
Quadro 3	Evolução do financiamento para o SNS
Quadro 4	Limites para a celebração dos contratos-programa
Quadro 5	Valores globais contratados e facturados
Quadro 6	Quantidades contratadas e realizadas
Quadro 7	Quantidades contratadas e realizadas - Internamento
Quadro 8	Valores contratados e facturados - Internamento
Quadro 9	Quantidades contratadas e realizadas – Consulta Externa
Quadro 10	Valores contratados e facturados – Consulta Externa
Quadro 11	Quantidades contratadas e realizadas – Urgência
Quadro 12	Valores contratados e facturados – Urgência
Quadro 13	Quantidades contratadas e realizadas – Cirurgia do Ambulatório
Quadro 14	Valores contratados e facturados – Cirurgia do Ambulatório
Quadro 15	Valores contratados e facturados – Produção diversificada: Outras áreas não individualizadas
Quadro 16	Produção marginal em valor agregado por linha de produção
Quadro 17	Capital social
Quadro 18	Realização do capital estatutário
Quadro 19	Evolução da estrutura agregada do balanço 2002 e 2003 dos hospitais SA
Quadro 20	Evolução da estrutura agregada do balanço 2003 e 2004 dos hospitais SA
Quadro 21	Indicadores de rentabilidade e de autonomia financeira
Quadro 22	Evolução dos resultados dos hospitais SA
Quadro 23	Custos
Quadro 24	Evolução dos principais custos
Quadro 25	Proveitos
Quadro 26	Evolução dos principais proveitos
Quadro 27	Endividamento
Quadro 28	Dívidas a terceiros de curto prazo
Quadro 29	Dívidas por tipo de credor
Quadro 30	Dívidas a fornecedores em mora
Quadro 31	Evolução do défice financeiro do SNS
Quadro 32	Variação do défice financeiro do SNS
Quadro 33	Evolução do défice dos hospitais do SPA
Quadro 34	Variação do défice dos hospitais do SPA
Quadro 35	Cálculo do défice financeiro
Quadro 36	Cálculo do défice económico

RELAÇÃO DAS SIGLAS

AR	Assembleia da República
ARS	Administração Regional de Saúde
CMVMC	Custos das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas
CSC	Código das Sociedades Comerciais
DGO	Direcção-Geral do Orçamento
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DGT	Direcção-Geral do Tesouro
DR	Demonstração de Resultados
EPE	Entidades Públicas Empresariais
FSE	Fornecimentos e Serviços Externos
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HSA	Hospitais SA
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INTOSAI	International Organization of Supreme Audit Institutions
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MS	Ministério da Saúde
M€	Milhões de Euros
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos
OE	Orçamento do Estado
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCGE	Parecer sobre a Conta Geral do Estado
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PIB	Produto Interno Bruto
POC	Plano Oficial de Contabilidade
PIDDAC	Plano de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
PPP	Parcerias Público-Privadas
SA	Sociedade Anónima
SEC	Sistema europeu de contas nacionais e regionais
SEE	Sector Empresarial do Estado
SG	Sociedade Gestora
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
TC	Tribunal de Contas



GLOSSÁRIO

Compromissos assumidos – importâncias correspondentes às obrigações constituídas, independentemente da concretização do seu pagamento no próprio exercício (cfr. POCMS).

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

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

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

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

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

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 de anos anteriores e que transitou em dívida para o exercício).

Despesa Total do Exercício -Despesa constituída do exercício.

Doentes equivalentes – Corresponde a um conjunto de dias de internamento igual à demora média do respectivo GDH. Um episódio de curta duração é convertido em equivalente dividindo os dias de internamento pela demora média do respectivo GDH. Para a conversão de um episódio de longa duração em doentes equivalentes considera-se, para além de um doente equivalente, o rácio entre 60% dos dias de internamento decorridos entre o limiar superior e o limiar máximo e a demora média do respectivo GDH.

Endividamento – Valor total das dívidas em determinado momento que no fim do exercício é indicado no Passivo do Balanço, compreendendo as dívidas a curto prazo rapidamente exigíveis e as dívidas a médio e longo prazos (cfr Dicionário de Gestão de Henri Tezenas du Montcel).

Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) – Sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em classes clinicamente coerentes e homogéneas, do ponto de vista do consumo de recursos. Estas classes são definidas a partir de um conjunto de variáveis que caracteriza, clinicamente, os doentes e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital – diagnósticos, intervenções cirúrgicas e outros actos médicos relevantes.

♦ Fonte: Glossário do Relatório de Auditoria n.º 10/03 – 2.ª - Auditoria à Situação Financeira do SNS.

Fonte: Explicitadas no Anexo aos contratos – programa.

Fonte: Informação de retorno do IGIF



Tribunal de Contas

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

Índice de Case – Mix (ICM) ⁺⁺ – Consiste no coeficiente global de ponderação da produção, reflectindo a relatividade de um hospital face a outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos humanos, técnicos e financeiros.

Este índice determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos dos respectivos GDH e o número de GDH de elevado peso relativo, face ao padrão nacional que é, por definição igual a 1.

Objectivos de Convergência – Metas de custos destinadas a aproximarem as unidades de saúde do SNS entre si na utilização de recursos e a promover níveis de eficiência mais elevados.

Produção contratada – Prestações de saúde contratadas pelo Hospital e o Ministério da Saúde de que o hospital é responsável e se obriga a assegurar no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

Produção Marginal – Desvios da produção hospitalar face aos volumes contratados.

Valor de Convergência – Pagamento extraordinário temporário destinado a compensar os hospitais SA/EPE das obrigações no contexto do Serviço Público de Saúde, tendo em conta o desvio entre custos unitários e os preços fixados por linha de produção.

++ Fonte: Informação de retorno do IGIF – 2003 e 2004

Fonte: Contratos – Programa celebrados entre o MS e os Hospitais SA/EPE.





1 OBJECTIVOS, ÂMBITO DA ACÇÃO E METODOLOGIA

1.1 Origem e natureza

Esta acção foi realizada no âmbito da execução dos Programas de Fiscalização do Tribunal de Contas de 2005 e 2006, com origem numa deliberação do Plenário da 2.^a Secção do Tribunal de Contas, a qual atendeu a solicitação da Assembleia da República.

Tratou-se de uma acção orientada para os aspectos do desempenho global do universo dos hospitais SA, considerando as vertentes do modelo de financiamento e da situação económico-financeira global.

1.2 Âmbito e objectivos

O âmbito da auditoria respeita ao universo dos hospitais que integravam o Sector Público Administrativo (SPA) e que, por transformação jurídica, em finais de 2002¹, passaram para o Sector Empresarial do Estado (SEE), adquirindo a forma de 31 empresas, do tipo de sociedades anónimas. Por outro lado, considerou-se um âmbito temporal que abrangeu o período compreendido entre os anos de 2001 a 2004, de modo a permitir a observação da situação daqueles hospitais antes e após a sua transformação e dos dois primeiros exercícios económicos completos (2003 e 2004).

A presente auditoria teve por **objectivos gerais e específicos** os seguintes:

Objectivos gerais	Objectivos específicos
<ul style="list-style-type: none">○ Proceder ao enquadramento macro-económico do Sector da Saúde na óptica da evolução da despesa pública em comparação com a média dos países da OCDE, bem como a evolução do orçamento do SNS, entre 2000-2005.	<ul style="list-style-type: none">○ Referenciar os dados utilizados pela OCDE quanto ao peso da despesa total da saúde em percentagem do PIB; despesa total em saúde <i>per capita</i>.○ Representação da despesa nacional da saúde;○ Representação da evolução do Orçamento do Estado para a Saúde e evolução do financiamento para o SNS.
<ul style="list-style-type: none">○ Analisar a evolução da situação económico-financeira entre os anos de 2001 a 2004 e, especificamente, enquanto hospitais empresa os dois exercícios de actividade de 2003 e 2004.	<ul style="list-style-type: none">○ Determinar a evolução da situação financeira, considerando o processo de transformação, a estrutura do balanço, a rentabilidade dos capitais próprios e os aumentos de capital;○ Determinar a situação económica, considerando a evolução dos resultados dos exercícios e da estrutura dos proveitos e dos custos;○ Apurar o endividamento gerado pelos hospitais SA, incluindo análise da dívida financeira e não financeira.
<ul style="list-style-type: none">○ Compreender o modelo de financiamento dos hospitais SA e a execução dos contratos-programa de 2003 e 2004.	<ul style="list-style-type: none">○ Avaliar o modelo de financiamento através da caracterização da natureza dos contratos-programa, estrutura contratual, processo de outorga dos contratos e análise da execução física e financeira dos contratos-programa;○ Caracterizar as alterações aos procedimentos contabilísticos utilizados.

¹ Em finais de 2004 foram transformados mais 2 hospitais (Hospital de S. Paulo, Serpa e Hospital de Lagos), incorporados nos Centros Hospitalares do Baixo Alentejo, SA e do Barlavento Algarvio, SA. Assim, em 2004 existiam 31 sociedades anónimas resultantes da transformação de 34 hospitais do SPA.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar o impacto da empresarialização na consolidação das Contas Globais do SNS. ○ Avaliar o impacto da empresarialização no défice das Administrações Públicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Analisar a metodologia inerente à elaboração da consolidação das Contas Globais do SNS considerando a relevação da informação económico-financeira respeitante aos hospitais SA ○ Determinar os défices dos hospitais SA (défice de exploração, défice financeiro e défice económico); ○ Enquadrar a empresarialização e os défices na óptica das contas nacionais.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Compreender a empresarialização destes hospitais no contexto da evolução institucional do SNS. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Compreender a génese da empresarialização no sector da saúde e do enquadramento institucional actual dos hospitais empresa (SA/EPE); ○ Comparar os regimes jurídicos dos hospitais empresa face aos hospitais do SPA.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar o controlo interno exercido pela Unidade de Missão Hospitais SA e pelo IGIF. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Controlo exercido pelo IGIF no âmbito da execução dos contratos-programa; ○ Controlo exercido pela Unidade Missão Hospitais SA no âmbito da actividade desenvolvida pelos hospitais.

1.3 Metodologia

A preparação e o desenvolvimento dos trabalhos desta auditoria foram orientados segundo critérios, técnicas e metodologias acolhidas pelo Tribunal de Contas (TC), designadamente no Regulamento da sua 2ª Secção e no Manual de Auditoria e de Procedimentos, bem como metodologias geralmente aceites pelas organizações internacionais de controlo financeiro, como é o caso da INTOSAI² da qual o Tribunal de Contas português é membro.

Foram desenvolvidos os seguintes procedimentos específicos:

- Análise de informação económico-financeira e de indicadores de produção, de produtividade e qualidade e ainda dados sobre custos inserida em mapas-tipo, preparados e enviados para o efeito aos hospitais;
- Análise dos Relatórios de Gestão e Contas enviados à Direcção-Geral do Tribunal de Contas (DGTC);
- Análise dos *Tableaux de bord* fornecidos pela Unidade de Missão Hospitais SA e dos relatórios respeitantes à análise da situação económico-financeira dos hospitais SA, bem como dos relatórios de actividades da Unidade de Missão;
- Análise da informação de retorno fornecida pelo IGIF;
- Análise dos contratos-programa para os hospitais SA, anos de 2003 e 2004 e respectivos relatórios de acompanhamento da execução obtidos junto do IGIF;
- 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 Unidade de Missão Hospitais SA (até 31/12/05);

² INTOSAI – International Organization of Supreme Audit Institutions.

- Realização de entrevistas às administrações hospitalares, e a responsáveis do IGIF e da Unidade de Missão dos Hospitais SA;
- Obtenção de esclarecimentos das instituições nos casos em que foram detectadas divergências e falhas de informação, privilegiando-se desse modo a fonte original da informação e a actualidade dos dados.

As análises desenvolvidas foram ainda apoiadas nas conclusões, recomendações e observações contidas nos relatórios anteriormente aprovados pelo Tribunal no domínio do SNS, designadamente a Auditoria ao SNS – Relatório n.º 38/99 (Proc. N.º 45/99- Audit.), Auditoria à Situação Financeira do SNS – Relatório n.º 10/03 (Proc. n.º 06/02-Audit), Auditoria ao Sistema de Controlo Interno do SNS – Relatório n.º 21/05 (Proc. N.º 14/04-Audit), bem como noutros relatórios produzidos no âmbito do controlo ao Sector Empresarial do Estado³, todos da 2ª Secção do Tribunal de Contas e ainda nos Pareceres sobre a Conta Geral do Estado (PCGE) do triénio (2002-2004).

Referenciam-se, ainda, os seguintes documentos consultados: Relatório dos “*Resultados da Avaliação dos Hospitais SA*”, de Janeiro de 2006, elaborado pela Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima, instituída pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005, de 27 de Abril, Relatório do grupo de trabalho sobre indicadores de monitorização de Hospitais SA e Centros de Saúde numa perspectiva de melhoria da gestão: “*Avaliação da Eficiência e Qualidade em Hospitais EPE e SPA*”, DGS Setembro de 2005, Relatórios do OPSS 2002 a 2005 e Relatório da Comissão⁴ para a Análise da Situação Orçamental publicado, em Maio de 2005, pelo Banco de Portugal.

Alguns anexos deste relatório contêm uma especificação das metodologias utilizadas, por exemplo as que foram desenvolvidas para o cálculo dos défices dos hospitais SA ou a análise da situação económico-financeira.

1.4 Condicionantes e limitações

A natureza intrinsecamente social da prestação de cuidados de saúde suscita várias dificuldades técnicas que se colocam no plano da identificação e comparação do «produto final», o qual revela uma multidimensionalidade e uma intangibilidade que se manifestam quando se pretende proceder à mensurabilidade do produto e dos resultados.

Face ao que precede, atendendo à vastidão e complexidade do universo hospitalar, as abordagens desenvolvidas nos vários capítulos deste relatório, nas vertentes económica, financeira e qualitativa, limitaram-se a um conjunto de indicadores.

A informação gerada pelos hospitais, tratada e agregada quer pelo IGIF quer pela (então) Unidade de Missão Hospitais SA, continha falhas e inconsistência dos dados fornecidos aos

³ Auditoria à situação financeira do SEE – Relatório n.º 01/04 – 2.ª Secção.

⁴ Esta Comissão foi criada pelo Despacho do Primeiro-Ministro com o n.º 7696/2005, de 12 de Abril, tendo sido presidida pelo Governador do Banco de Portugal.



diversos níveis institucionais. Por esta razão e dada a ausência de informação agregada, a metodologia utilizada baseou-se na recolha directa da informação ao nível de cada instituição.

Alguma informação relevante foi obtida com atrasos significativos no seu fornecimento.

Destacam-se ainda as seguintes situações que condicionaram ou limitaram as análises desenvolvidas:

- A diversidade de práticas e procedimentos contabilísticos, utilização do POC vs POCMS, sem a vertente orçamental;
- A dificuldade de construção de indicadores agregados para tratamento do universo dos hospitais, a partir dos dados e indicadores de gestão gerados por cada hospital;
- A falta de informação económico-financeira consolidada;
- Mutações do universo dos hospitais SA ao longo dos anos, implicando, no caso de fusão de instituições, a utilização de dados de hospitais que no período de 2001 a 2004 ainda não estavam agregados;
- A multiplicidade de características de todo o universo hospitalar, que, independentemente da forma, hospitais SA ou hospitais que integram o SPA, ainda se classificam em hospitais “Centrais”, “Distritais”, de “Nível Um”, “Psiquiátricos” e “Institutos de Oncologia”, sem prejuízo de nestas categorias ainda se incluírem as maternidades e os especializados em cardiologia.

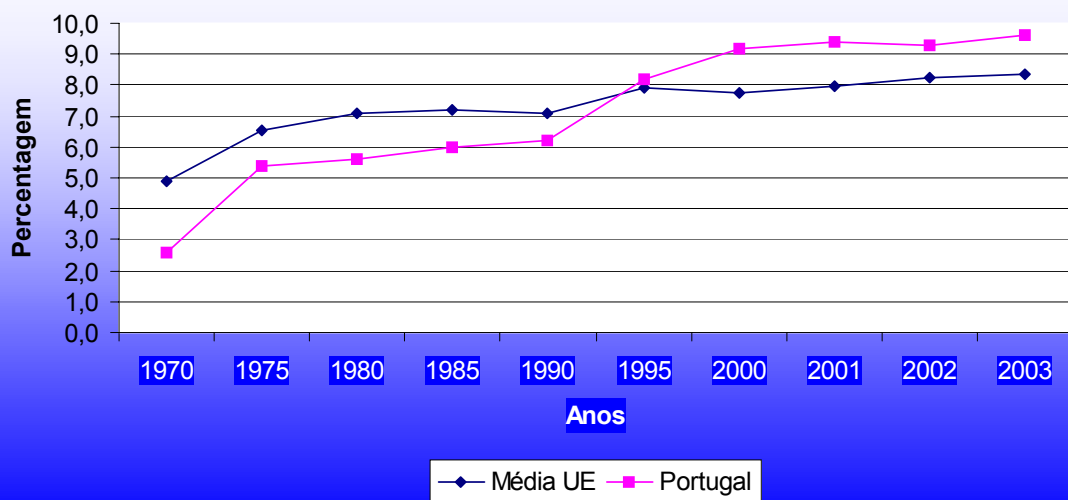
2 ENQUANDRAMENTO MACRO-ECONÓMICO

2.1 Evolução da Despesa no Sector da Saúde

O peso da despesa com a saúde tem sido cada vez maior nos Orçamentos dos Estados, o que tem colocado em causa o financiamento e a eficiência dos sistemas de saúde, bem como a qualidade dos serviços prestados.

Despesa Total da Saúde em % do PIB

em relação ao Produto



Fonte: OCDE - ECO-SANTÉ, 2004. Média aritmética simples - Cfr - Anexos - Q5

Constata-se que a despesa total em saúde tem vindo a aumentar, ao longo do tempo, segundo a OCDE⁵ e o OPSS, em virtude da conjugação de múltiplos factores, entre os quais se destacam o aumento da esperança média de vida, o rendimento médio *per capita*, o progresso tecnológico e científico, bem como o alargamento (oferta) e a melhoria (qualidade) da cobertura pública de cuidados de saúde.

A despesa total em Saúde em Portugal foi progressivamente aumentando de 1970 a 1995, (respectivamente 2,6% e 8,2%) do Produto Interno Bruto, ano em que praticamente igualou a média comunitária, situando-se nos anos subsequentes acima da média comunitária, posicionando-se em 2003 nos 9,6%.

Em 2002, segundo a OCDE^{6(*)}, Portugal despendia cerca de 9,3 % do PIB com a saúde, dos quais 6,5 % correspondiam a despesa pública e 2,7% a despesa privada. Em 2003, ascendeu a

⁵ Cfr. OCDE 2004 - ECO-SANTÉ.

⁶ Cfr. OCDE 2004 - ECO-SANTÉ.

(*) -Vd - Anexos- Q. 4



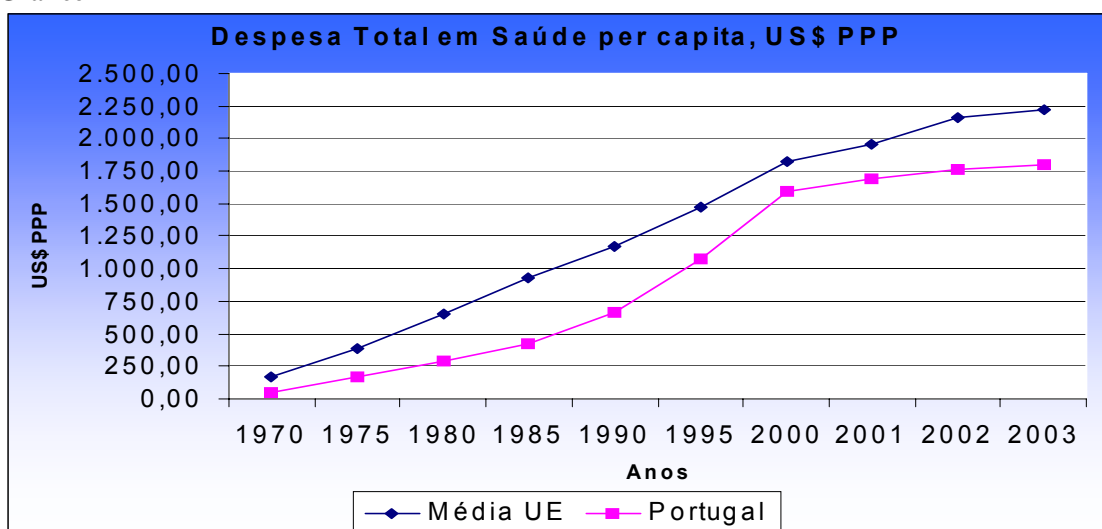
Tribunal de Contas

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

12.526 M€ cujo financiamento foi suportado em 69,7% por despesa pública e em 30,3% por privados.

Como se pode constatar do quadro seguinte, a despesa *per capita* com a saúde tem vindo a aumentar, no entanto sempre abaixo da média dos países da União Europeia.

Gráfico - 2



Fonte: OECD HEALTH DATA 2005, October 05 - Cfr – Anexos – Q3

Em 1970 a despesa total em Saúde *per capita* em Portugal era de \$51. A partir de meados da década de oitenta começou a subir, atingindo em 1995 os \$1.079, valor que evoluiu para os \$1.797 em 2003. Tal evolução reflecte uma aproximação da média comunitária, mas sempre inferior, uma vez que a mesma em 2003 registou \$2.223.

Os países da União Europeia que maior Despesa Total *per capita* registaram, foram a Alemanha e o Luxemburgo com \$2.996 e \$3.705, respectivamente.

Quanto à representação da despesa nacional em saúde, no contexto da despesa pública, apresenta-se o quadro seguinte:

Quadro 1-Representação da Despesa Nacional em Saúde

Despesa	Unidade: milhões de euros							
	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
Despesa Efectiva do Estado (a)	28.620,5	-	30.474,8	-	34.572,0	-	34.247,7	-
Despesa Publica em Saúde (b)	7.364,0	69,5%	8.095,0	70,6%	8.466,0	70,5%	8.736,0	69,7%
Despesa Privada em Saúde (b)	3.236,0	30,5%	3.371,0	29,4%	3.535,0	29,5%	3.790,0	30,3%
Despesa Nacional em Saúde (b)	10.600,0	-	11.466,0	-	12.001,0	-	12.526,0	-

Fonte: IGIF – Relatório do Serviço Nacional de Saúde – Conta Global de 2004. Dados não auditados no âmbito da presente auditoria

(a) Fonte: Direcção Geral do Orçamento

(b) – Fonte: OCDE.

No período de 2000-2003, a despesa pública em saúde representou, em média, cerca de 25,6% da despesa efectiva do Estado.

Quanto à Despesa Nacional em Saúde, cerca de dois terços correspondem a despesa pública em saúde e um terço a despesa privada. Por outro lado, sublinhe-se que, ao longo dos anos, apesar da tendência crescente de ambas, se mantém a referida relação em termos de composição da despesa nacional em saúde.

2.2 Orçamento do Estado para a Saúde e sua Execução Orçamental

O Orçamento do Estado para a saúde tem vindo a aumentar ao longo do período em análise, conforme resulta do quadro seguinte.

Quadro 2 - Evolução do Orçamento do Estado para a Saúde (a) e respectiva execução orçamental

Unidade: milhões de euros

Ano	Orçamento Inicial	Cred. Especiais	Provisional	Rectificativo	Outras*	Orçamento Final	Execução Orçamental
2000	5.383,5	21,9	59,9	0,0	0,0	5.465,3	5.318,7
2001	5.870,9	6,5	0,0	-23,9	79,8	5.933,2	5.824,0
2002	6.407,0	54,6	14,9	1.707,1	0,0	8.183,6	8.061,5
2003	6.649,5	84,9	30,8	0,0	0,0	6.765,2	6.329,1
2004	6.623,1	70,6	0,0	1.965,2	0,0	8.658,9 ⁷	8.454,0

Fonte: Conta Geral do Estado 2000 a 2004.

(a) Despesa funcional.

* Transferência ao abrigo do artigo 5º da LOE/01.

Até 2002 houve um aumento das dotações do orçamento final atribuídas à sub-função saúde, tendo esse crescimento sido bastante significativo de 2001 para 2002 o qual atingiu os 37,9%. Em 2003 verificou-se uma situação oposta, visto que os valores orçamentais finais sofreram uma redução na ordem dos -17,3%, no entanto, no ano seguinte voltou a crescer 27,9%.

O acentuado crescimento orçamental, ocorrido em 2002 e 2004, ficou a dever-se às dotações atribuídas através dos respectivos orçamentos rectificativos.

Quanto à execução orçamental constatou-se que a mesma revelou a mesma tendência em termos de variações entre 2000 e 2004, com excepção do ano de 2003, onde se verificou uma redução na ordem dos 21,5%, devido ao facto de nesse ano económico não ter ocorrido orçamento rectificativo.

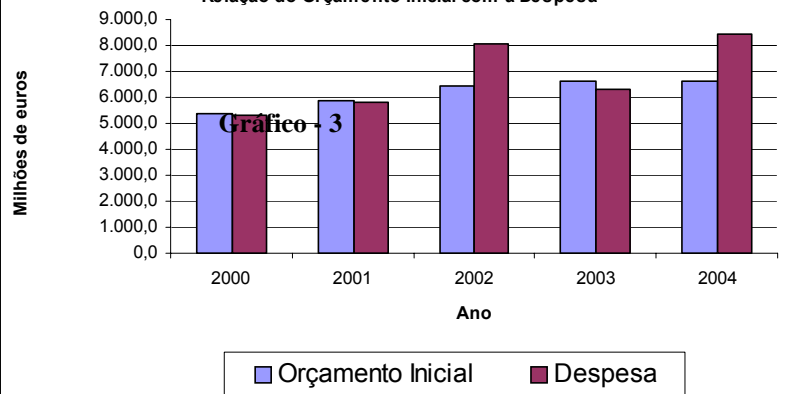
Independentemente do crescimento orçamental poder ser explicado pelo aumento da despesa, saliente-se que o recurso a orçamentos rectificativos tem resultado do crescente valor de obrigações em atraso, o que, no seu conjunto, resulta no sub-financiamento da saúde que ocorre de ano para ano.

⁷ Inclui 1.851,8 milhões de euros, reforçando as transferências correntes para o SNS, de maneira a dotar as instituições que o integram de disponibilidades para liquidar dívidas a fornecedores acumuladas até 2003 (sensivelmente 1.271,7 milhões de euros) e 580,1 milhões de euros para regularização de compromissos do próprio ano.

Tribunal de Contas

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

Relação do Orçamento Inicial com a Despesa



Comparando o orçamento inicial com a despesa paga no mesmo período, constata-se que em 2002 e 2004 os valores da execução excederam em larga medida as dotações atribuídas inicialmente, devido em grande parte a despesas transitadas de anos anteriores e que foram pagas nestes exercícios económicos.

2.3 Evolução do Financiamento para o SNS

O financiamento das entidades do SNS, no qual se incluem os hospitais, bem como o financiamento total do SNS, à excepção do ano de 2003, tem vindo a aumentar, tal como se pode observar no seguinte quadro:

Quadro 3 – Evolução do Financiamento para o SNS

Unidade: milhões de euros

Anos	2000	2001	2002	2003	2004
Financiamento Inicial do OE para o SNS	4.489,2	4.938,1	5.162,6	5.476,2	5.658,1
OE Rectificativo para o SNS			1.010,3		1.851,8
SNS (1)	4.489,2	4.938,1	6.172,9	5.476,2	7.509,9
Outros(2) (a)	179,7	120,9	64,3	344,6	683,1
Total (1+2)	4.668,9	5.059,0	6.237,2	5.820,8	8.193,0
Financiamento ao SNS (b)	4.572,9	5.005,7	6.201,8	5.793,8	8.178,2

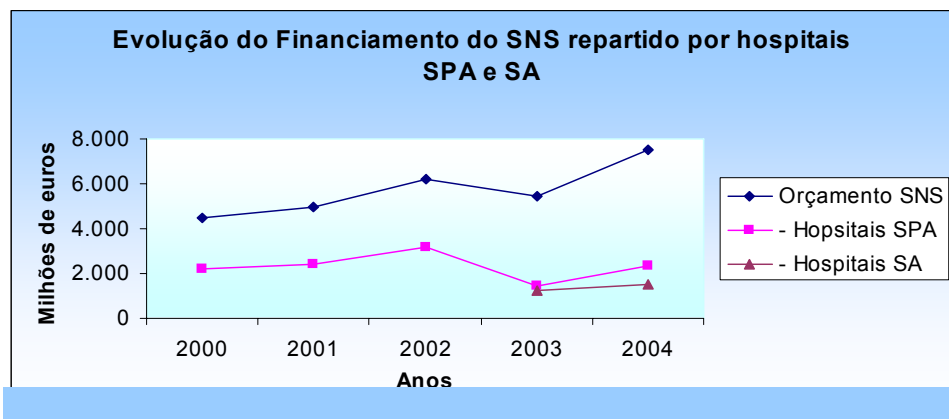
Fonte: IGIF – Relatório sobre a Conta do Serviço Nacional de Saúde 2004

- (a) Inclui Saldo de Gerência do SNS + Outras Receitas Cobradas (inclui receitas provenientes do Joker, do Tabaco, de Convenções Internacionais, entre outras) + Empréstimos.
 (b) Verbas do financiamento a entidades do SNS, incluindo as transferências para as IPSS, pagamentos ao estrangeiro de Convenções Internacionais, pagamentos dos Protocolos, etc.

Das verbas do Orçamento do Estado para financiar o SNS, uma parte é transferida para os Hospitais do Sector Público Administrativo, outra para os hospitais do SEE, sendo a restante parte atribuída às ARS e outros serviços e fundos autónomos.



Gráfico – 4



Fonte: IGIF - Conta Global do SNS 2004.

Até 2002 os hospitais de todo o sector público administrativo representavam, em média, cerca de 50% do orçamento do SNS.

A partir de 2002 com a criação dos hospitais SA, o montante passou a ser dividido pelos dois subsectores (em 2003 do total de 2.689,8 M€ 1.450,4 M€ foram para as unidades do SPA e 1.239,4 M€ para os hospitais SA o que representa, respectivamente, 54% e 46%).

Em 2004, verificou-se um reforço de transferências para os hospitais do SPA, os quais receberam 2.322,2M€ (o que corresponde a uma variação de 60% face a 2003) enquanto que para o financiamento da actividade dos hospitais SA foram afectos 1.489,8 M€ o que corresponde a uma variação de 20% face à verba atribuída no ano anterior.



3 ENQUADRAMENTO NORMATIVO E INSTITUCIONAL DOS HOSPITAIS SA

3.1 Enquadramento Normativo

Os princípios estruturantes da gestão dos hospitais públicos, com origem na década de sessenta, nomeadamente no Estatuto Hospitalar e no Regulamento Geral dos Hospitais⁸, constituíram a matriz da organização e funcionamento administrativo dos hospitais do SPA.

A partir dos anos oitenta, com a publicação do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro⁹, introduziram-se novos modelos estruturais na área de prestação de cuidados de saúde, que passava pela criação de *centros de responsabilidade* como níveis intermédios de administração. A estes centros de responsabilidade seria atribuída a necessária autonomia a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades para a prossecução de uma maior eficiência técnica e social, garantindo à colectividade o mínimo de custo no funcionamento dos hospitais¹⁰.

Neste seguimento, e sem descurar a responsabilidade do Estado pela prestação dos cuidados de saúde, a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), veio expressamente prever que, na medida do possível, a gestão das unidades de saúde deveria obedecer a regras de gestão empresarial. Mais acrescentava que poderia ser autorizada a gestão de hospitais do SNS a entidades privadas, através de contratos de gestão.

Na sequência de concurso público realizado ao abrigo desta lei, em 1995, foi celebrado o contrato de gestão relativo ao Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, tendo a entrega à gestão privada de uma unidade hospitalar do Estado constituído uma experiência pioneira em Portugal.

Outra experiência de adopção de um novo modelo de gestão hospitalar, sustentada pelo regime jurídico estabelecido pela referida Lei de Bases, com a aproximação dos hospitais do SNS ao Sector Empresarial do Estado (SEE), ocorreu em 1998 com o Hospital de São Sebastião (HSS), ao qual foi atribuída a natureza de estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial com natureza empresarial “*a fim de propiciar aumento de eficiência*”.

⁸ Decreto n.º 48357, de 27 de Abril de 1968 (Estatuto Hospitalar) e Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968 (Regulamento Geral dos Hospitais).

⁹ O Dec.-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, revogou o Dec.-Lei n.º 129/77, de 2 de Abril, mantendo-se em vigor o Decreto n.º 48357 e o Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968, (Estatuto Hospitalar) e (Regulamento Geral dos Hospitais), respectivamente. Em 2002, o Dec.-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, foi expressamente revogado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que procede à primeira alteração da Lei de Bases da Saúde.

¹⁰ Note-se que apenas foi constituído um centro de responsabilidade, designadamente o de Cardiologia, nos Hospitais da Universidade de Coimbra.



Tribunal de Contas

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

Ainda em 2002, verificou-se o arranque do processo de empresarialização do modelo de gestão hospitalar através da transformação de 32¹¹ hospitais do SPA em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, “com vista a maximizar a eficiência das entidades que compõem o SNS”. Pretendia-se, ainda, com estas medidas, a separação da função de prestador de cuidados de saúde da função de financiador público.

Mais recentemente foi publicado o Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, o qual veio proceder à transformação dos hospitais SA em entidades públicas empresariais (EPE)¹².

A par da empresarialização, verificou-se, ainda, ao nível do SNS, o início dos procedimentos com vista à implementação de projectos de parcerias público-privadas (PPP), através da concepção, construção e concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados de saúde a entidades privadas. Com a publicação do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto, estabeleceu-se o enquadramento das parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados.

3.2 Evolução Institucional

Do ponto de vista jurídico, os hospitais têm sido pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira, mas em virtude do disposto no art.º 7.º do Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, em termos de gestão, os hospitais deviam organizar-se e serem administrados de acordo com os princípios de uma gestão empresarial.

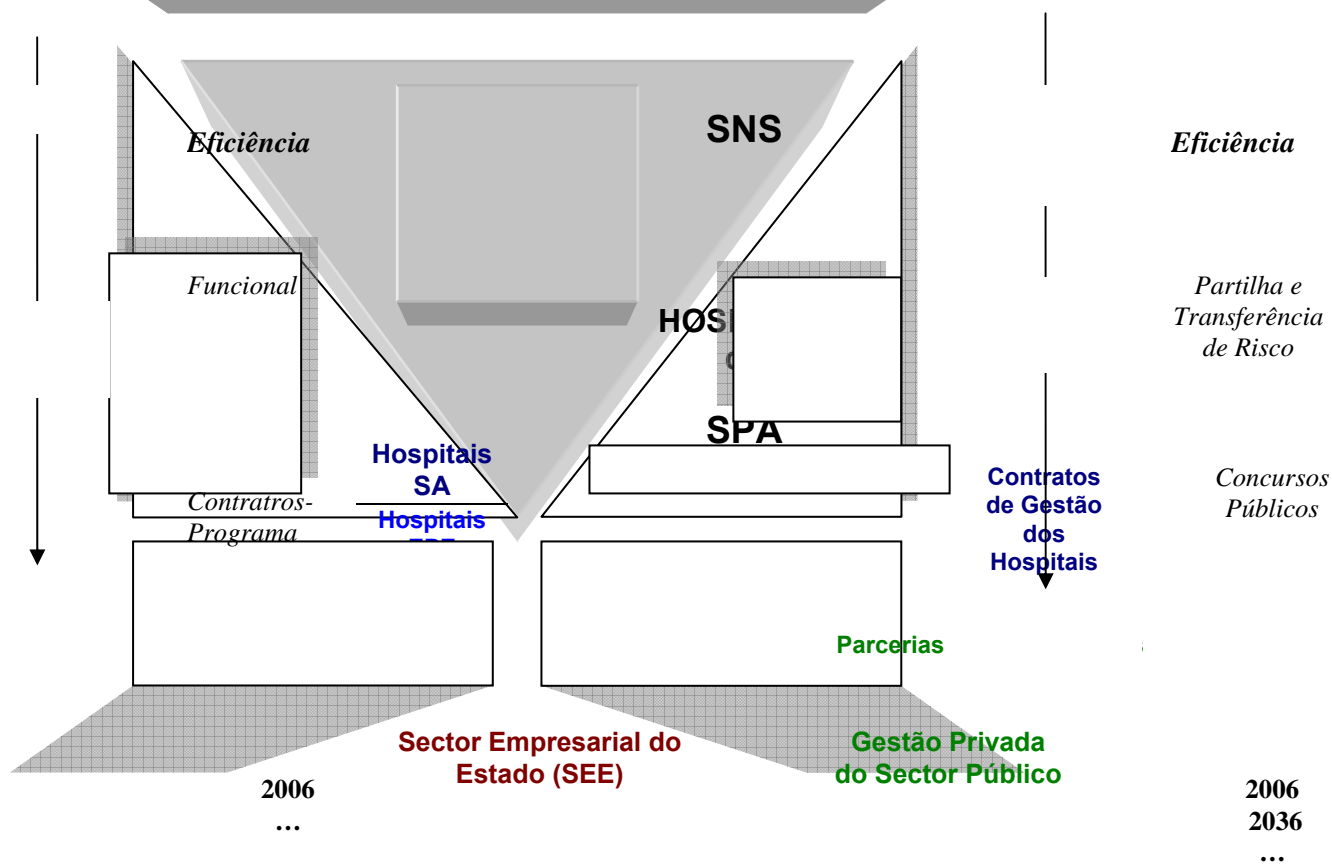
A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, para além de consagrar expressamente a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos, veio tipificar a natureza jurídica dos hospitais (cf.- n.º 1 do art.º 2.º):

- “Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;”
- “Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;”
- “Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;”
- “Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.”

A figura seguinte pretende ilustrar o contexto de desenvolvimento institucional dos diversos modelos de estrutura e gestão hospitalar a partir do conceito de hospital estabelecido em 1968:

¹¹ Remissão para os Anexos: Quadros 1 e 2 sobre a evolução institucional.

¹² Os estatutos dos hospitais EPE foram aprovados e publicados através do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.



(Remissão para o Q. I dos Anexos — Identificação dos respectivos hospitais consoante o sector ou regime a que pertencem).

No contexto actual, coexistem no SNS hospitais com a forma de instituto público que continuam a integrar o Sector Público Administrativo e hospitais empresa que integram o Sector Empresarial do Estado e, no futuro, acrescerão hospitais geridos por entidades privadas em regime de parceria público privada.

3.3 Hospitais Empresa (SA/EPE) vs Hospitais do SPA

As principais diferenças dos hospitais SA/EPE relativamente aos hospitais do SPA (institutos públicos) verificam-se nos regimes financeiros, porquanto as entidades do SEE pela sua forma e natureza empresarial têm sido excluídas da perspectiva da execução orçamental do Estado; a aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas pelos hospitais empresa regem-se pelas normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do regime do direito comunitário relativo à contratação pública. Além disso, no que respeita ao controlo financeiro externo, exercido pelo TC, ao contrário dos hospitais do SPA, as empresas públicas (SA e EPE) estavam excluídas da efectivação de responsabilidades financeiras, bem como da fiscalização prévia dos actos e contratos¹³.

¹³ Nos termos da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção anterior à Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.



Actualmente, o universo do SEE é constituído, em regra, por entidades com a forma de sociedades comerciais, detidas exclusivamente ou maioritariamente pelo Estado ou outras entidades públicas estaduais, independentemente da participação directa ou indirecta, desde que tal implique a detenção da maioria do capital ou dos direitos de voto ou, ainda, o direito de designar ou destituir a maioria dos membros dos órgãos de gestão. As antigas “empresas públicas” no sentido formal do Decreto-Lei n.º 260/76, de 8 de Abril, são agora equiparadas e absorvidas pela categoria das denominadas EPE, que mais não são do que empresas públicas de regime especial, muito próximas dos institutos públicos com natureza empresarial (cfr n.º 2 do art.º 3.º e art.ºs 23.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro)¹⁴.

A distinção dos atributos que caracterizam estas duas espécies de empresas públicas nem sempre assume contornos claramente definidos. As principais diferenças verificam-se na denominação do capital social (SA) ou estatutário (EPE), na relação accionista (SA), tutela e superintendência (EPE), bem como algumas especificidades quanto aos regimes de contratação laboral e planos contabilísticos aplicados¹⁵.

¹⁴ Ao momento da entrada em vigor do Dec-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, já se contavam poucas EP no universo do SEE, nomeadamente o Metropolitano de Lisboa, a CP, a REFER e a NAV – vide Auditoria à situação financeira do SEE e práticas governo de Sociedades – Relatório n.º 01/04- 2.ª Secção.

¹⁵ Vide *Anexos*. - Evolução institucional.

4 O MODELO DE FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS SA (CONTRATOS-PROGRAMA)

4.1 Avaliação do Modelo Contratual

De acordo com o regime jurídico do SEE, constante do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro¹⁶ e, em especial, a partir das alterações à lei de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro), a referência explícita a contratos de gestão e a separação entre o financiador e as entidades prestadoras, bem como a introdução da relação accionista, vieram constituir a base da “nova” contratualização dos cuidados de saúde prestados por estes hospitais SA.

O art.º 24.º dos estatutos de cada um dos hospitais SA, publicados em anexo aos respectivos decretos-lei, previa a celebração de contratos-programa plurianuais no âmbito da determinação da prestação dos serviços e cuidados de saúde.¹⁷

Os contratos-programa visaram estabelecer critérios de financiamento em função de “produtos finais”, resultantes da actividade realizada pelos hospitais, em vez do financiamento histórico da despesa em função de “recursos/inputs de produção.

Assim, os contratos-programa vieram estabelecer determinados volumes de produção e os correspondentes níveis de remuneração com base na referida tabela de preços, na qual se agruparam os hospitais em função da sua dimensão e complexidade.

Em 2003 e 2004, os contratos-programa para os hospitais SA, para além da definição dos valores a pagar com base nas linhas de produção respeitantes aos cuidados de saúde a prestar, previam ainda mecanismos de compensação pela prestação do serviço público de saúde (valor de convergência), bem como os critérios de remuneração parcial nos casos de produção marginal¹⁸.

Sem prejuízo das suas componentes essenciais, este regime de financiamento tem registado sucessivas alterações aos conteúdos estabelecidos nos contratos, tal como se sintetiza no quadro seguinte:

¹⁶ Vide n.º 2 do art.º 11.º do Dec.-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.

¹⁷ O Dec.-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, no seu art.º 31º veio também prever a celebração de contratos com cada um dos hospitais do SPA.

¹⁸ Ver glossário: Produção marginal e Valor de convergência.



ITENS dos Contratos	2003	2004	2005	2006
Preço por unidade produzida por linha de produção baseado no GDH e ajustado pelo ICM (Internamento, Cirurgia de Ambulatório e Consulta Externa)	S	S	S	S
Linhas de Produção:				
Internamento, Consulta Externa e Urgência;	S	S	S	S
Cirurgia do Ambulatório;	-	S	S	S
Desagregação do Internamento (vg. GDH médicos, GDH cirúrgicos e GDH cirúrgicos urgentes);	-		S	S
SIGIC;			S	S
Radioterapia.				S
Programas Verticais/Específicos (vg. Transplantes; Diagnóstico da retinopatia; PECLEC)	S	S	S	S
Regras gerais respeitantes ao financiamento da Produção Marginal:				
Positiva: Remuneração parcial da produção excedente até 10% do volume contratado;	S	S	S	S
Negativa: Remuneração parcial da produção até 50% do volume contratado;	S/-	S	S	N
Pagamento da produção que exceda os 10% ou que não atinja os 50% do volume de produção contratada.	S/-	N	N	N
Urgência:				
Remuneração da Urgência superior a 10% do volume contratado;	-	S	S	N
Remuneração da Produção Marginal Negativa da Urgência.	-	S	S	S
Determinação de um Valor de Convergência	S	S	S	S
Reforço do Valor de Convergência em função do cumprimento de objectivos de qualidade e de eficiência institucional	-	-	-	S
Investimento Estratégico (vg. PIDDAC; FEDER (2004-2005))	S	S	S	-
Planos de Desempenho			-	S
Orçamento Económico – Custos e Perdas – Proveitos e Ganhos	-	-	-	S
Ajustamento do Glossário de conceitos	-	S	S	S
Fonte: Contratos-Programa e Despacho n.º 721/2006, de 23 de Dezembro de 2005 OBS: S – Sim; N – Não; - Não definido				

Face ao que precede, importa destacar o seguinte:

Em 2003-2004 os contratos-programa basearam-se nos níveis de produção históricos de cada hospital, sem prejuízo da casuística determinada pelo ICM¹⁹:

- Quanto às tabelas de preços os principais pontos críticos residem na fiabilidade dos dados relativos aos custos, em virtude das falhas de informação histórica no domínio da contabilidade analítica, cuja implementação naqueles anos de 2003 e

¹⁹ Em 2002 considerava-se 50% do financiamento histórico e 50% da produção - Síntese da evolução dos critérios de financiamento (Quadro 10 – Relatório n.º 10/03 – 2.ª S, TC- “Auditoria à situação financeira do SNS” - Vol. II) e “Relatório de Actividades da Unidade de Missão” do ano de 2003, pg. 64 e segs.



2004 ainda não estava consolidada no universo dos hospitais SA²⁰. Por outro lado, os desvios provocados pelas diferentes interpretações e formulação de rácios poderão ter interferido com a uniformização dos dados utilizados;

- No que respeita ao estabelecimento das quantidades a produzir por linha de produção, os pontos críticos terão consistido na ausência de critérios que atendessem, por um lado, a um levantamento das necessidades de saúde esperadas e, por outro, à avaliação do uso das capacidades produtivas de todos os hospitais que integram o SNS.

Nos contratos-programa de 2003 e de 2004 os preços das linhas de produção da consulta externa, urgência e do hospital de dia incluíam os medicamentos inerentes aos cuidados prestados.²¹ Entretanto, verificou-se uma alteração de forma nos contratos para 2005,²² com a exclusão dos medicamentos prescritos pelos médicos do hospital e adquiridos pelos utentes nas farmácias. Para 2006, tanto o Despacho n.º 721/2006, de 11 de Janeiro, do Secretário de Estado da Saúde, bem como os contratos que foram outorgados não contêm qualquer menção expressa aos medicamentos, ao contrário do que sucedia nos anos anteriores.

Ora, tal como já se havia referido no “*Relatório da auditoria ao Sistema de Controlo Interno do SNS*”, Rel. n.º 21/05 da 2.ª Secção, de Julho de 2005, a aquisição de produtos vendidos em farmácias por beneficiários do SNS, prescritos por médicos de instituições do SNS, têm sido pagos à ANF ou às farmácias, pelas ARS. Aqueles encargos têm sido posteriormente facturados aos hospitais, pelas ARS, vindo as dívidas daí decorrentes a ser anuladas, sistematicamente, por despacho ministerial²³, sob proposta do IGIF, sem que fosse invocado qualquer fundamento legal quer para as anulações das dívidas quer para a facturação aos hospitais²⁴. Apesar das alterações ocorridas no texto dos contratos-programa entre 2003 e 2006, subsiste a necessidade de uma clarificação desta matéria, por via legislativa, no sentido de especificar quais as entidades do SNS e em que condições deverão assumir os encargos com os medicamentos.

Quanto ao valor de convergência, os contratos dos anos de 2003 e 2004 não especificaram os objectivos de incremento de eficiência que deviam resultar do processo de negociação com cada hospital.

Em conformidade com os contratos, a produção marginal foi paga de acordo com uma percentagem do preço contratado para a produção base, variando essa percentagem consoante se tratasse de produção inferior (negativa) ou superior (positiva) ao volume base contratado. No ano de 2003 as regras relativas à produção marginal não previam, para efeitos de pagamento, um limite inferior para a produção marginal negativa,

²⁰ No decurso da execução dos procedimentos desta auditoria constatou-se que, nos anos de 2003 e 2004, nem todos os hospitais SA dispunham de uma contabilidade analítica e que os dados fornecidos por aqueles que a tinham implementado revelaram a existência de procedimentos muito díspares entre hospitais (vg. definição dos centros de custo e de critérios de imputação de custos).

²¹ Cfr. Contratos-programa 2003, Anexos II, cláusulas 24.ª, 27.ª e 30.ª. Em 2004, idem, cláusulas IV, V e VI.

²² Cfr. Contratos-programa 2005, Anexos II, cláusulas IV, V e VI.

²³ Vg. Despacho n.º 4/89 do Ministro da Saúde e os despachos de anulação de débitos, de 31 de Dezembro e de 15 de Novembro, relativamente aos anos de 2003 e 2004.

²⁴ Vide Relatório supra referido, pg. 31.

situação que foi alterada em 2004 ao fixar-se o limite de 50%, a partir do qual deixaria de existir qualquer pagamento. Estas regras consagram uma remuneração parcial que visa desincentivar a produção que se desvie dos volumes de produção contratada considerando que é sempre inferior à remuneração da produção base.

O modelo dos contratos-programa para 2006, veio apenas estabelecer o pagamento destas situações na Urgência, sempre que os volumes da produção realizada sejam inferiores aos contratados e desde que não se situem abaixo dos 50% daqueles. Assim, o modelo de contratação para 2006 veio revelar-se mais restritivo quanto à remuneração da produção marginal, face aos modelos contratuais que vigoraram nos anos anteriores. Neste sentido, a evolução do modelo veio acentuar uma transferência do risco do excesso de procura para os hospitais prestadores, bem como o controlo dos custos totais através da limitação da produção.

Por outro lado, o Despacho n.º 721/2006, de 23 de Dezembro de 2005, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR.II Série, n.º 8, de 11 de Janeiro de 2006 que veio estabelecer o modelo dos contratos a celebrar com cada um dos hospitais, para além de lhes acrescentar os orçamentos económicos, os planos de desempenho e ainda o apuramento de conceitos, veio conferir maior transparência ao modelo de contratação.

No que diz respeito aos incentivos ao desempenho, em 2006 foi introduzida uma componente variável no valor de convergência em função do cumprimento de objectivos de qualidade e de eficiência.

4.2 Outorga dos Contratos-Programa 2003-2004

No ano 2003, cinco dos trinta e um contratos não mencionam a data da respectiva outorga, mas a maioria dos contratos foi outorgada em Agosto desse ano. Em 2004, 26 contratos não tinham a data de outorga expressa e a maioria dos restantes foram outorgados em Novembro²⁵ – (Vd Anexos – Q.7).

Refira-se que em ambos os anos os contratos produziram efeitos retroactivos, o que se afigura paradoxal face à natureza prospectiva do próprio modelo de financiamento cujo pressuposto deveria consistir na definição *ex ante* do preço a pagar. Face à situação constatada e considerando o incumprimento da emissão de facturação mensal, afigura-se que os efeitos prospectivos inerentes ao novo modelo terão sido prejudicados.

²⁵ Com a particularidade de o contrato com o IPO Francisco Gentil – Centro Regional do Porto SA ter sido outorgado já em Janeiro de 2005.



4.3 Facturação e Financiamento dos Contratos-Programa

Constatou-se que os hospitais SA não procederam em conformidade com o clausulado dos contratos-programa, na parte respeitante à obrigação de facturação mensal. Tal situação ficou a dever-se à adaptação das aplicações informáticas por parte do IGIF. Relativamente a 2003, o IGIF só emitiu em 10 de Dezembro o ofício circular n.º 9642, com as normas de facturação a seguir por esses hospitais. Segundo esse ofício circular, os hospitais teriam que emitir até ao dia 21 de Dezembro uma factura relativa aos cuidados prestados entre 01 de Janeiro e 30 de Novembro, sendo a factura de Dezembro emitida posteriormente. Em 2004, o IGIF emitiu apenas em 03 de Dezembro o ofício circular n.º 12145 onde definiu o processo de facturação dos cuidados prestados em 2004. Segundo esse ofício, os hospitais teriam que apresentar a primeira factura com a produção de Janeiro a Junho durante o mês de Dezembro e a segunda com a produção de Julho a Dezembro durante o mês de Janeiro de 2005.

De forma a relevarem contabilisticamente a totalidade dos serviços prestados aos beneficiários do SNS, de acordo com o princípio da especialização dos exercícios, os hospitais reflectiram nas respectivas contabilidades, numa conta de acréscimos de proveitos, a facturação não emitida até 31 de Dezembro dos respectivos anos.

O IGIF tem recorrido à figura dos adiantamentos²⁶, tal como decorre dos contratos-programa, para financiar os serviços prestados pelos hospitais. Sucedeu que os procedimentos seguidos pelos hospitais não foram uniformes, em virtude de alguns terem ainda mantido, durante o ano de 2003, a contabilização dos adiantamentos como se de um subsídio à exploração se tratasse e outros os terem considerado como adiantamentos por conta de serviços a prestar. No final de cada ano alguns hospitais mantiveram na conta de adiantamentos a totalidade dos adiantamentos recebidos, outros regularizaram parte deles e houve ainda alguns que os regularizaram na sua totalidade. Isto sucedeu, nomeadamente, em virtude das facturas não terem sido emitidas na sua totalidade nos respectivos anos, das aplicações informáticas não permitirem a cobrança de parte de facturas e dos acertos de contas só terem ocorrido nos anos seguintes. Por outro lado, também se constatou uma ausência de uniformização de critérios quanto à contabilização do valor de convergência, visto que o mesmo não terá sido valorizado de acordo com a sua natureza de subsídio à exploração.

Apesar de não ter sido posto em causa o princípio da especialização dos exercícios, dado que os proveitos foram reconhecidos no ano a que respeitam, a avaliação do balanço ficou prejudicada uma vez que os procedimentos contabilísticos não foram uniformes e a utilização incorrecta da conta 219 terá desvirtuado a sua análise.

Os quadros seguintes reflectem os fluxos do financiamento representados pelos adiantamentos por conta dos serviços prestados ao SNS e respectivos acertos de contas, considerando os limites nas Portarias abaixo referenciadas, emitidas pelo Ministro de Estado e Finanças e pelo Ministro da Saúde.

²⁶ No âmbito dos adiantamentos previstos contratualmente, o IGIF procedeu, em regra, à transferência de 80% desses montantes, libertando o remanescente no momento da validação da facturação.

Quadro 4 – Limites para a celebração dos contratos-programa

Unidade: Euros

Contrato-Programa 2003						Contrato-Programa 2004			
Anos	Portaria n.º 1277/ 2003, de 10/11	Adiantamentos p/ conta serviços prestados	Acertos Contas/ Rect.	Sub-total	Diferença	Anos	Portaria n.º 551/ 2004, 22/05	Adiantamentos p/ conta serviços prestados	Diferença
	(a)	(b)	(c)	(d) = (b) + (c)	(a) - (d)				
2003	1.200.300.000,00	1.197.813.794,86	-	1.197.813.794,86	2.486.205,14	2004	1.200.000.000,00	1.202.850.099,05	-2.850.099,05
2004	250.000.000,00	-	209.539.209,52	209.539.209,52	40.460.790,48	2005	355.000.000,00	-	-
Total	1.450.300.000,00	1.197.813.794,86	209.539.209,52	1.407.353.004,38	42.946.995,62	Total	1.555.000.000,00	-	-

Fonte: IGIF

Face ao que precede constatou-se no ano de 2004 que os valores transferidos superaram em 2,8 M€ o montante de 1.200 M€ previsto pela Portaria n.º 551/2004, de 22 de Maio, não obstante os montantes estabelecidos pelas Portarias constituírem limites meramente indicativos.

O Despacho n.º 22 250/2005, do Secretário de Estado da Saúde, de 3 de Outubro de 2005, publicado no DR – II Série, n.º 25, de 25 de Outubro, no seu ponto n.º 3, veio estabelecer uma limitação do financiamento da actividade hospitalar para 2006, com base no seguinte critério: a actividade hospitalar “*não poderá exceder a estimada para 2005, tendo por base os nove meses de actividade já desenvolvida*”. Tal opção, não fundamentada numa avaliação das necessidades de saúde esperadas e numa avaliação do uso das capacidades produtivas das unidades hospitalares, poderá constituir uma condicionante à eficiência e eficácia que o novo modelo de financiamento deveria incentivar face à satisfação da procura em função das necessidades dos cidadãos.

4.4 Controlos da realização dos contratos-programa

Ao longo da execução dos contratos o IGIF procedeu a uma análise interna com base em fontes de informação periódica²⁷, por associação das quantidades produzidas face às contratadas e preços respectivos, controlando, inclusivamente, os desvios que se enquadram na produção marginal. Contudo, não obstante o estabelecido nas cláusulas contratuais, aliás em consonância com as respectivas competências de controlo, o IGIF²⁸ não realizou auditorias aos hospitais orientadas para a execução e pagamento dos contratos-programa, isto é, relacionadas com a verificação material dos factos que dão origem à facturação e ao reporte das quantidades produzidas nas respectivas linhas de produção²⁹.

Já em 2006 e em execução do n.º 10 do referido Despacho n.º 22 250/2005, o Secretário de Estado da Saúde veio determinar pelo Despacho n.º 10 193/2006, de 13 de Abril, publicado no DR. II Série, n.º 89, de 9 de Maio, que o acompanhamento dos contratos-programa passe a ser desenvolvido mensal e trimestralmente, com base em instrumentos definidos

²⁷ As fontes de informação que o IGIF utiliza para controlo da execução e facturação, consistem na informação estatística dos hospitais disponibilizada pela aplicação SONHO – “Aplicação de gestão de doentes” - e nas próprias facturas emitidas pelos mesmos.

²⁸ cfr. al. n) do art.º 4.º do Estatuto do IGIF anexo ao Decreto-Lei n.º 325-A/2003, de 29/12.

²⁹ No modelo de contratação para 2006, o Despacho n.º 22250/2005, do Secretário de Estado da Saúde, de 3 de Outubro, veio conferir às Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde a competência para a realização de auditorias clínicas periódicas à actividade contratada no âmbito do SNS – cfr. n.º 10 do citado Despacho.

conjuntamente pelas agências de contratualização e pelo IGIF, com datas precisas para a recolha de informação e elaboração de um relatório de progresso. Para a realização de auditorias clínicas, as agências de contratualização dos serviços de saúde das ARS e o IGIF poderão recorrer à contratação externa de entidades com competência para tal.

A Unidade de Missão Hospitais SA, estrutura criada no âmbito do Gabinete do Ministro da Saúde, actuou na perspectiva do apoio à função accionista do Estado e à gestão dos próprios hospitais, seguindo as suas atribuições de coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização da gestão hospitalar, não tendo competências específicas quanto ao controlo de execução dos contratos-programa concentrou-se no acompanhamento do desempenho económico-financeiro destes.

4.5 Execução Física e Financeira (2003-2004)

Procede-se de seguida a uma análise³⁰ do grau de realização da produção e da execução financeira face às quantidades e valores contratados nos anos de 2003 e de 2004. Esta análise inclui a execução das principais linhas de produção (internamento, consulta externa, urgência e cirurgia do ambulatório), bem como a produção marginal e os valores de convergência³¹ nos termos contratualmente estabelecidos.

Quadro 5 – Valores Globais Contratados e Facturados³²

Unidade: Euros

Ano 2003			Ano 2004			Contrat.04-03	Fact.04-03
Contratados	Facturados	Δ %	Contratados	Facturados	Δ %	Δ %	Δ %
1.171.471.915,78	1.154.477.465,50	-1,45%	1.254.644.169,30	1.210.684.469,54	-3,50%	7,10%	4,87%

OBS: Aos totais facturados em 2003 e 2004 acrescem, ainda, os montantes de 180.840.266 e 190.110.221 euros, respectivamente, referentes ao valor de convergência.

Fonte: Contratos-Programa e Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004 – Vd - Anexo – Q.8.

Do ponto de vista financeiro ocorreu um acréscimo de cerca de 7% em cerca de mais 83 M€ de 2003 para 2004, no que respeita ao valor da globalidade da produção contratada. Em termos de facturação verificou-se uma variação inferior a 5%, no período temporal supra-referido.

Quadro 6 – Quantidades Contratadas e Realizadas

Linhas de Produção	Ano 2003			Ano 2004			Contrat.04-03	Realiz.04-03
	Contratadas	Realizadas	Δ %	Contratadas	Realizadas	Δ %	Δ %	Δ %
Internamento	358.444	339.287	-5,34%	353.496	328.577	-7,05%	-0,46%	-3,16%
Consulta Externa	3.022.295	3.008.173	-0,47%	3.211.031	3.180.005	-0,97%	6,24%	5,71%
Urgência	2.213.186	2.189.191	-1,08%	2.191.220	2.145.608	-2,08%	-0,99%	-1,99%
Cirurgia Ambulatório	-	-	-	43.067	30.859	-28,35%	-	-

Unidades: Internamento (doentes equivalentes), Consulta Externa (n.º de consultas), Urgência (n.º de urgências) e Cirurgia do Ambulatório (doentes equivalentes).

Fonte: Contratos-Programa, Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004 – Vd - Anexos – Q.s 15 a 18.

³⁰Na análise desenvolvida, neste título, foram utilizados os dados constantes dos Contratos-Programa, do Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I, os remetidos pelo IGIF, em 2004 e pelos hospitais, SA. Os dados obtidos foram objecto de apuramento, de agregação e de cruzamento. A análise não incluiu os centros hospitalares do Barlavento Algarvio e do Alentejo por falta de dados agregados.

³¹Ver glossário: Produção marginal e Valor de convergência.

³²Valores agregados das linhas de produção: Internamento, Consulta externa, Cirurgia do ambulatório, Urgência, Hospital de dia, Internamento de crónicos ventilados permanentemente, Internamento em serviços/unidades de medicina física e de reabilitação, internamento de crónicos da psiquiatria e cuidados médicos no domicílio.



Tribunal de Contas

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

Verificou-se que a execução física nas quatro linhas de produção se manteve praticamente ao mesmo nível dos 90% nos anos de 2003 e 2004, com ligeiro aumento na consulta externa. A única linha de produção que revelou um grau de realização física inferior às restantes foi a Cirurgia de Ambulatório que, em 2004, apenas atingiu os 72%.

4.5.1 INTERNAMENTO³³

Tanto em 2003 como em 2004 a execução física desta linha de produção foi quase integral, isto é de 95% e 93%, respectivamente.

Em 2004, a contratação diminuiu cerca de 1,4% correspondendo a menos 4.948 de doentes equivalentes.

Quadro 7 - Quantidades Contratadas e Realizadas

Unidade: Doentes Equivalentes

Ano 2003			Exec./Contrat.	Ano 2004			Contrat.04-03	Realiz.04-03
Contratadas	Realizadas		%	Contratadas	Realizadas	Exec./Contrat. %	Δ %	Δ %
358.444,81	339.287,78		94,66%	353.496	328.577	92,95%	-1,38%	-3,16%

Fonte: Contratos-Programa, Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004 - *Vd – Anexos – Q. 15.*

Quadro 8 – Valores Contratados e Facturados

Unidade: Euros

Contratado	2003				2004			
	Valor		Valor Facturado		Valor		Valor Facturado	
	Valor	Prod. Base	Prod.Marginal	Total	Valor	Prod. Base	Prod.Marginal	Total
692.116.934,80	651.266.447,14	25.119.254,47	676.385.701,61	690.401.028,25	637.603.300,50	26.489.115,22	664.092.415,72	

Fonte: Contratos-Programa e Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004 - *Vd – Anexos – Q. 10.*

De 2003 para 2004, todos os valores (contratados e facturados) diminuíram à excepção da produção marginal que representou 3,8% do valor contratado face a 3,6% do ano anterior.

Relativamente ao desempenho dos hospitais analisados, em 2003, catorze³⁴, não só alcançaram o valor contratado, como realizaram ainda uma produção marginal positiva no montante de 4,4 M€ ou seja, 17,9 % do valor total dessa produção marginal, atingindo a produção marginal negativa o montante de 20,6 M€- *Vd Anexos –Q.10.*

Em 2004, verificou-se uma diminuição tanto dos montantes facturados como dos montantes contratados e apenas nove hospitais³⁵ realizaram integralmente o valor contratado. Nestes hospitais a produção marginal positiva atingiu o valor de 3,1 M€o qual representava cerca de 11,8 % do montante total dessa produção marginal, atingindo a produção marginal negativa nos restantes hospitais o montante de 23,3 M€- *Vd Anexos –Q.10.*

³³No que respeita ao Internamento e segundo os contratos-programa, a cada episódio só pode corresponder um GDH cujo preço compreende todos os serviços prestados nesta área. Para efeitos de pagamento por GDH só é considerado o tempo de internamento até ao limiar de cada GDH, o que implica o conceito de doente equivalente que funciona como unidade de medida desta linha de produção.

³⁴Cfr. Hospitais constantes do *Q. 10 dos Anexos.*

³⁵*Idem.*

4.5.2 CONSULTA EXTERNA³⁶

No que respeita à consulta externa a execução física foi praticamente integral, isto é, na ordem dos 99% em ambos os anos, tendo sido realizadas 3.008.173 consultas em 2003 e 3.180.005, no ano seguinte.

Em 2004, o montante global da contratação aumentou cerca de 6,2%, num total de 188.736 consultas.

Quadro 9 - Quantidades Contratadas e Realizadas

Unidade: N.º Consultas

Ano 2003		Exec./Contrat.	Ano 2004		Exec./Contrat.	Contrat.04-03	Realiz.04-03
Contratadas	Realizadas	%	Contratadas	Realizadas	%	Δ %	Δ %
3.022.295	3.008.173	99,53%	3.211.031	3.180.005	99,03%	6,24%	5,71%

Fonte: Contratos-Programa, Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004 – *Vd – Anexos – Q. 16.*

Quadro 10 - Valores Contratados e Facturados

Unidade: Euros

2003				2004			
Contratado Valor	Valor Facturado		Total	Contratado Valor	Valor Facturado		Total
	Prod. Base	Prod.Marginal			Prod. Base	Prod.Marginal	
215.592.162,46	208.924.885,62	5.395.705,61	214.320.591,23	233.151.375,17	221.597.783,21	8.614.698,49	230.212.481,70

Fonte: Contratos-Programa e Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004- *Vd – Anexos – Q. 9*

Em conformidade com o mapa supra, observou-se que, de 2003 para 2004, o valor contratado aumentou cerca de 8% e a produção marginal representou 3,6% do valor contratado, enquanto que no ano precedente tinha atingido 2,5%, o que indicia uma melhoria geral da acessibilidade aos cuidados prestados pelos hospitais SA.

Em 2003, vinte e dois hospitais³⁷ alcançaram o valor contratualizado, apresentando ainda, no seu conjunto, uma produção marginal positiva no montante de 1,9 M€ ou seja, 36,4 % do valor total da produção marginal, atingindo a produção marginal negativa o montante de 3,4 M€

Em 2004, verificou-se um aumento efectivo de produção, visto que o acréscimo de produção marginal positiva atingiu o valor de 4,5 M€ tendo representado 53,3 % do montante total dessa mesma produção marginal, atingindo a produção marginal negativa o montante de 4 M€

4.5.3 URGÊNCIA³⁸

Tal como as restantes, esta linha de produção alcançou uma execução física quase integral face ao contratado, o que significa que em 2003 a realização atingiu os 99% e em 2004 os 98% do total da contratação. Em número de atendimentos foram realizados 2.189.191 e 2.145.608 nos anos de 2003 e 2004, os quais representaram, relativamente aos volumes contratados, menos 23.995 e 45.612 atendimentos, respectivamente.

³⁶ Nos termos dos contratos-programa o preço da consulta é ajustado pelo ICM.

³⁷ Cfr. Hospitais constantes do Q. 9 dos Anexos.

³⁸ Segundo os contratos-programa são objecto de facturação todos os episódios urgentes, da responsabilidade do hospital, que tenham dado lugar a registo clínico e administrativo. A unidade de medida é o número de urgências.



Quadro 11 - Quantidades Contratadas e Realizadas

Unidade: N.º Urgências

Ano 2003			Ano 2004		Exec./Contrat.		Contrat.04-03 Realiz.04-03	
Contratadas	Realizadas	Exec./Contrat. %	Contratadas	Realizadas	%	Δ %	Δ %	
2.213.186	2.189.191	98,92%	2.191.220	2.145.608	97,92%	-0,99%	-1,99%	

Fonte: Contratos-Programa, Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004 - *Vd – Anexos – Q. 17*

Quadro 12 - Valores Contratados e Facturados

Unidade: Euros

2003				2004			
Contratado Valor	Prod. Base	Valor Facturado Prod.Marginal	Total	Contratado Valor	Prod. Base	Valor Facturado Prod.Marginal	Total
177.136.795,12	168.181.117,45	9.218.875,47	177.399.992,92	173.407.211,61	165.595.043,80	6.883.765,17	172.478.808,97

Fonte: Contratos-Programa e Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004- *Vd – Anexos – Q. 11*

De 2003 para 2004, todos os valores (contratado e facturado) diminuíram, tendo a produção marginal representado 3,9 % do valor contratado em 2004, enquanto que no ano precedente atingira os 5,2%.

Relativamente à facturação, em 2003, dezanove hospitais³⁹, não só alcançaram o valor contratualizado, como o ultrapassaram, com produção marginal positiva no montante de 5 M€ ou seja, 54,5 % do valor total da produção marginal, atingindo a produção marginal negativa o montante de 4,1 M€

Em 2004, a produção marginal positiva atingiu o valor de 3,4 M€ o que representou 50,1 % do montante total da produção marginal, atingindo a produção marginal negativa o montante de 3,4 M€

4.5.4 CIRURGIA DE AMBULATÓRIO⁴⁰

Esta linha de produção só veio a ser autonomizada e especificada nos contratos de 2004. Em 2003, encontrava-se integrada no internamento.

Atento o volume contratualizado em 2004, o desempenho desta linha de produção foi menor do que nas restantes, visto que só se alcançou uma realização de cerca de 72% das cirurgias contratadas, o que se traduziu em menos 12.208 doentes equivalentes do que o estabelecido nos contratos-programa.

Quadro 13 Quantidades Contratadas e Realizadas

Unidade: Doentes Equivalentes

Ano 2004		Exec./Contrat. %
Contratadas	Realizadas	
43.067	30.859	71,65%

Fonte: Contrato-Programa e dados remetidos pelo IGIF de 2004 *Vd – Anexos – Q. 18*

³⁹ Cfr. Hospitais constantes do *Q. 11 dos Anexos*.

⁴⁰ Segundo os contratos-programa a unidade de medida desta linha de produção corresponde a um doente equivalente (a mesma do internamento).

Quadro 14 - Valores Contratados e Facturados

Unidade: Euros

Contratado Valor	2004		
	Prod. Base	Valor Facturado Prod.Marginal	Total
50.367.000,78	35.091.280,87	3.865.484,27	38.956.765,14

Fonte: Contrato-Programa e dados remetidos pelo IGIF de 2004- *Vd – Anexos – Q. 12*

Nesta linha de produção constatou-se que o valor da produção marginal atingiu 3,8 M€ representando 7,6% do montante contratado. De salientar, ainda, que o total facturado ficou aquém do total contratualizado.

No que respeita à execução financeira, em 2004, nove hospitais⁴¹ não só alcançaram o valor contratualizado como o ultrapassaram, apresentando uma produção marginal positiva no montante de 236 242 euros, ou seja, de 6,1 % do total da produção marginal.

Aliás, foi nesta linha de produção que se encontraram situações de produção marginal negativa substancialmente superior à positiva e produção inferior a 50% do volume contratado que deu origem à aplicação da regra do não pagamento (*cfr. ponto 4.7*).

4.5.5 PRODUÇÃO DIVERSIFICADA (Outras áreas não individualizadas)

Esta análise incidiu sobre a execução financeira de um conjunto de áreas não individualizadas em linhas de produção autónomas e que em função de cada hospital compreenderam Hospital de dia, Internamento de crónicos ventilados permanentemente, Internamento em serviços/unidades de medicina física e de reabilitação, Internamento de crónicos da psiquiatria e cuidados médicos no domicílio.

Quadro 15 – Valores Contratados e Facturados

Unidade: Euros

2003				2004			
Contratado Valor	Prod. Base	Valor Facturado Prod.Marginal	Total	Contratado Valor	Prod. Base	Valor Facturado Prod.Marginal	Total
48.492.442,40	45.484.915,00	2.752.683,74	48.237.598,74	69.183.972,50	62.271.193,40	4.539.223,61	66.810.417,01

Fonte: Contratos-Programa e Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004 – *Vd – Anexos Q.13*.

A contratualização destas áreas sofreu um incremento global de 43%, ascendendo em 2004 a 69,1 M€ isto é, mais 20,6 M€ do que no ano anterior.

4.6 PRODUÇÃO MARGINAL

O quadro seguinte reflecte a produção marginal em valor agregado, por linha de produção, (2003 e 2004) e a sua representatividade face à produção contratada.

⁴¹ Cfr. Hospitais constantes do *Q. 12 dos Anexos*.



Quadro 16 – Produção Marginal em Valor Agregado por Linha de Produção

Unidade: Euros

L P	Internamento	%	C.Ambulatório	%	Urgências	%	Consultas	%	Outras	%
Anos	Prod.Marginal	Pmarg./Cont.	Prod.Marginal	Pmarg./Cont.	Prod.Marginal	Pmarg./Cont.	Prod.Marginal	Pmarg./Cont.	Prod.Marginal	Pmarg./Cont.
2004	26.489.115	3,80%	3.865.484	7,60%	6.883.765	3,90%	8.614.698	3,60%	4.539.223	6,50%
2003	25.119.254	3,60%			9.218.875	5,20%	5.395.705	2,50%	2.752.683	5,60%
	51.608.369	3,70%	3.865.484	7,60%	16.102.640	4,55%	14.010.403	3,05%	7.291.906	6,05%

Fonte: Contratos-Programa e Relatório de Execução dos Contratos-Programa de 2003 dos hospitais empresarializados – Vol. I e dados remetidos pelo IGIF de 2004 –Vd. Anexos- Q.9 a 13.

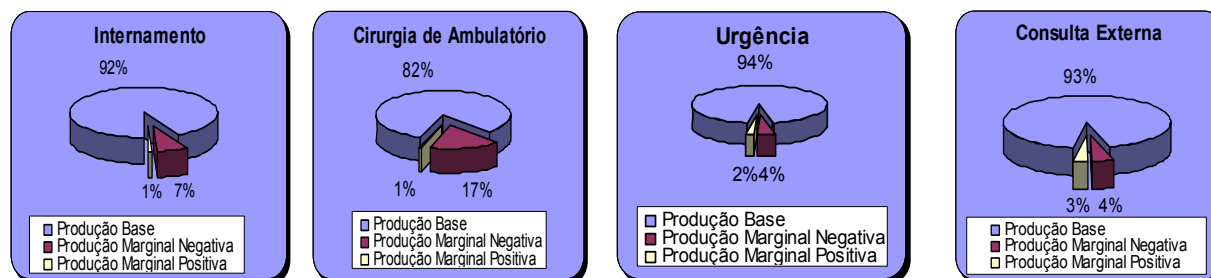
Refira-se que na contratação do ano de 2003 o IGIF procedeu à remuneração parcial das quantidades associadas à produção marginal.

A produção referida em “Outras” áreas registou a maior variação de produção marginal, isto é 6% na média dos dois anos, embora tivesse representado a menor expressão financeira.

A expressão financeira mais significativa revelou-se nas linhas de produção que constituíram o cerne da actividade hospitalar, nomeadamente o internamento, as urgências e as consultas.

Gráfico 5

Distribuição da Produção Realizada, Produção Marginal Negativa e Positiva



Fonte: Dados remetidos pelo IGIF de 2004 - Vd. Anexo-, Q. 14.

Quanto às unidades produzidas, foi no internamento, no ano de 2004, que se constatou que apenas dois hospitais⁴² conseguiram apresentar uma produção dentro do limite máximo dos 10% do volume contratado; nos restantes, a produção marginal circunscreveu-se às unidades não produzidas já que a realização foi inferior ao citado volume, o que contrasta com as consultas externas, onde dezassete hospitais conseguiram realizar uma produção marginal positiva dentro do limite dos 10% da produção contratada nessa linha, Vd – Anexos - Q.14.

4.7 PRODUÇÃO NÃO PAGA

Nos termos estabelecidos pelos contratos-programa para os hospitais SA, em 2004, quando a produção excedesse mais de 10% do volume contratado ou caso não produzissem pelo menos 50% do volume contratado, não haveria lugar ao pagamento por parte do IGIF. Apenas na Cirurgia do Ambulatório ocorreram situações em que as unidades realizadas foram inferiores a 50% do volume contratado.

⁴² Cfr. Hospitais constantes do Q. 14 dos Anexos.



4.8 VALOR DE CONVERGÊNCIA

O valor de convergência enquanto remuneração extraordinária, teve em vista, segundo os contratos, compensar o desvio entre os custos unitários e os preços fixados por linha de produção, de modo a aproximar o desempenho da instituição contratante e os restantes hospitais SA.

Nos primeiros anos de contratação, 2003 e 2004, o valor de convergência não foi associado ao cumprimento dos objectivos de qualidade e eficiência, o que veio a acontecer com as alterações introduzidas pelo Despacho n.º 721/2006, de 23 de Dezembro de 2005, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR. II Série, n.º 8, de 11 de Janeiro de 2006.

Relativamente à produção total facturada em 2003 e 2004 (*cf. quadro 5*) o valor de convergência representou cerca de 16% em ambos os anos.

Em 2003 beneficiaram do valor de convergência 26 hospitais, que representaram cerca de 90% do universo dos hospitais SA. Em 2004, apenas 20 hospitais, que representam 68% do universo facturaram esse valor, mas tal não significou uma diminuição do montante global respeitante ao valor de convergência o qual, em 2004, ascendeu a 190 M€ isto é mais cerca de 10 M€ do que no ano anterior -*Vd. Anexos – Q.19*.

O valor de convergência instituiu a lógica de uma repartição equitativa dos ganhos de eficiência, no pressuposto de que os hospitais menos eficientes fossem financiados para se aproximarem dos mais eficientes, mas os incentivos resultaram dos ganhos de eficiência dos segundos. Contudo, da análise dos relatórios e dados respeitantes à execução dos contrato-programa de 2003 e 2004 elaborados pelo IGIF, não transparecem os critérios nem os dados que terão fundamentado a atribuição ou perda do valor de convergência, em especial, a demonstração dos desempenhos de eficiência de cada um dos hospitais em relação à curva de eficiência do grupo.

4.9 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE FINANCIAMENTO EM 2003 e 2004

Embora o modelo de contratação previsse a plurianualidade, nos termos dos estatutos dos hospitais SA, tal situação não ocorreu até à presente data.

No ano 2003 e em 2004 a outorga tardia dos contratos e o não cumprimento da emissão de facturação mensal por parte dos hospitais, terá prejudicado a afirmação da autonomia de gestão dos hospitais, uma vez que não puderam fazer reflectir nos seus instrumentos previsionais de gestão (*vg. orçamentos*) a consideração oportuna e antecipada de objectivos internos que permitissem delegar a responsabilidade até à linha de produção. Portanto, a aplicação do modelo foi retrospectiva e não prospectiva.

Em 2003 e 2004 constataram-se níveis de realização física e financeira superiores a 90%, quer nas quantidades, quer nos preços contratados.



Naqueles anos a contratação não se limitou a financiar exclusivamente a produção realizada (“produtos finais”) pelos hospitais prestadores em função dos preços e quantidades contratados, visto que:

- No que respeita ao internamento, às consultas externas e às urgências, os aumentos de quantidades e volumes financeiros contratados em 2004 não corresponderam necessariamente a acréscimos de produção realizados no ano anterior.
- Os elevados níveis de realização alcançados nas principais linhas de produção, superiores a 90%, não implicaram a eliminação de listas de espera para as cirurgias e consultas, o que significa um desajustamento às necessidades efectivas de saúde, à capacidade instalada e à actividade programada naqueles hospitais.
- Quanto à produção marginal, em 2004 e na maioria dos hospitais SA, circunscreveu-se às unidades não produzidas (vg. internamento e cirurgia de ambulatório) já que a realização foi inferior aos volumes contratados, situação que implicou o pagamento de parte dos custos de acordo com o contratualmente estabelecido.
- O valor de convergência tem sido um mecanismo de natureza idêntica a uma indemnização compensatória pela prestação de serviço público. Em 2003 cerca de 90% do universo dos hospitais SA beneficiaram do valor de convergência; em 2004, constatou-se uma diminuição do número de hospitais que beneficiaram o que representou 68% do universo. Em 2003 representou cerca de 181 M€ e em 2004, cerca de 191 M€ isto é, teve um incremento global de 5%. Naqueles anos este mecanismo não teve quaisquer incentivos associados à qualidade e eficiência dos prestadores.
- Apesar da remuneração das prestações de cuidados de saúde realizadas, do recebimento do valor de convergência e da remuneração parcial das unidades associadas à produção marginal, o financiamento conferido pela execução dos contratos-programa não terá sido suficiente para evitar os resultados de exploração negativos e os défices económico e financeiro dos hospitais SA.

Do ponto de vista contabilístico, infere-se, das demonstrações financeiras dos hospitais SA, que do exercício de 2002 para 2003, verificam-se operações permutativas entre as rubricas dos subsídios à exploração e as prestações de serviços as quais revelaram montantes de grandeza idêntica de um ano para o outro.

5 ANÁLISE DA SITUAÇÃO ECONÓMICO - FINANCEIRA DOS HSA

5.1 Análise Financeira

Realização do Capital Social

Considerando o processo de transformação dos hospitais em sociedades anónimas, de acordo com os decretos-lei de criação dos hospitais SA, o capital social deveria ter sido subscrito e realizado em 2002; contudo, constatou-se que essa realização só veio a ocorrer em 2003⁴³, conforme quadro infra.

Quadro 17 – Capital Social

Unidade: Milhares de Euros

Hospitais SA	2003	2004	2005	Total
Capital social	897.838		30.000	927.838
Aumentos de capital		27.102		27.102
Total	897.838	27.102	30.000	954.940

Fonte: Relatório e Contas dos Hospitais SA e DGT

Na perspectiva da Conta Geral do Estado de 2002, o capital social dos hospitais SA foi contabilizado no Cap. 60 – “Despesas Excepcionais”, do orçamento do Ministério das Finanças, na rubrica 09.01.00 – Activos Financeiros/Aumentos de Capital⁴⁴.

Em 2004, foram transferidos, a título de aumentos de capital, 27,1 M€ para o Hospital São Francisco Xavier, SA para fazer face aos investimentos do novo edifício e 2 000 euros para o Hospital de Santa Marta, SA para corrigir o valor do capital social inicial.

Em 2005, com a criação do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, SA e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, SA foram transferidos 20 M€ para o primeiro e 10 M€ para o último, para realização do capital social de cada um dos centros hospitalares.

Posteriormente, com a transformação dos hospitais, SA em EPE⁴⁵ foram disponibilizados através do OE de 2005⁴⁶ cerca de 285 M€ para a realização do capital estatutário dos seguintes hospitais, a qual só ocorreu em 2006:

⁴³ Realização em dinheiro através de depósito na conta bancária dos hospitais e convertido em 89.784 acções, na posse da DGT.

⁴⁴ Cfr. PCGE 2002, - “ Despesa no montante de €897.838 milhares, destinada à realização do capital das 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, resultantes da transformação de hospitais públicos em empresas. Esse montante só foi no entanto disponibilizado em Fevereiro e Março de 2003, estando até essa data depositado no Tesouro, na conta “Saldo do Capítulo 60 do OE/2002.” – Ponto 10.2.1.3. do Cap. X, do Vol. II.

⁴⁵ Dec.-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

⁴⁶ Realização de capital efectuada pela rubrica orçamental do Cap. 60, afecta à DGT – Activos Financeiros.



Quadro 18 - Realização do Capital Estatutário

Unidade: Milhares de Euros

Hospitais EPE	2006
Hospital de Santa Maria, EPE	133.000
Hospital de São João, EPE	112.000
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	15.000
Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	24.960
Total transferido	284.960

Fonte: DGT

OBS: Exceptuando dois hospitais que vieram a integrar o Centro Hospitalar de Setúbal e o Centro Hospitalar do Nordeste, os Hospitais de Santa Maria, São João, Ortopédico de Sant' Iago do Outão, o Distrital de Macedo de Cavaleiros e Distrital de Mirandela, não integraram a transformação em sociedades anónimas ocorrida em finais de 2002.

Parte das verbas entradas nas instituições a título de capital social foram utilizadas para pagamento quer de despesa corrente quer de despesa de capital, conforme se verifica pelo *Q.20 dos Anexos*.

No âmbito da presente auditoria não foi possível precisar o valor global dos montantes utilizados pelos 31 hospitais, nem o seu desdobramento em despesa corrente ou de capital, dado que dos 28 hospitais que utilizaram o valor disponível do capital social, apenas 14 conseguiram identificar esses montantes, e desses apenas 9 desdobraram esse valor em despesa corrente e de capital. Assim, dos 31 hospitais apenas 3 não utilizaram essas verbas e dos que as utilizaram apenas 2 possuíam a 31 de Dezembro de 2004 disponibilidades superiores ao valor do respectivo capital social, conforme se constata pelo *Q.21 dos Anexos*.

Todavia, apurou-se que a 31/12/2004, as disponibilidades dos 31 hospitais ascendiam a 587.522 milhares de euros, representando 63,5% do valor do capital social (924.940.000€)⁴⁷.

De referir ainda que as utilizações acima referidas foram efectuadas por indicação da Unidade de Missão Hospitais SA, expressa na linha directa n.º 17, de 12 de Dezembro de 2003 e no ofício n.º 344/04, de 20 de Agosto.

Considerando o estabelecido no n.º 3 do art. 7.º do Decreto-Lei de transformação de cada um dos hospitais, segundo o qual até ao final de 2003 seria realizada a avaliação dos respectivos bens, reportada à data da transformação, para efeitos de alteração do capital social, verificou-se que nem todos os hospitais concluíram essa avaliação⁴⁸. Assim, o capital próprio considerado no conjunto dos hospitais SA poderá não estar devidamente avaliado.

Balanço e Estrutura Patrimonial

Com o objectivo de analisar a evolução da situação económico-financeira dos hospitais transformados em sociedades anónimas ao longo dos anos, de 2001 a 2004, foram agregados os dados do Balanço e da Demonstração de Resultados (DR), daqueles quatro anos de modo a obter para cada ano um Balanço e uma DR deste universo de hospitais.

⁴⁷ Capital social realizado até 31/12/2004.

⁴⁸ 20 hospitais realizaram esta avaliação.

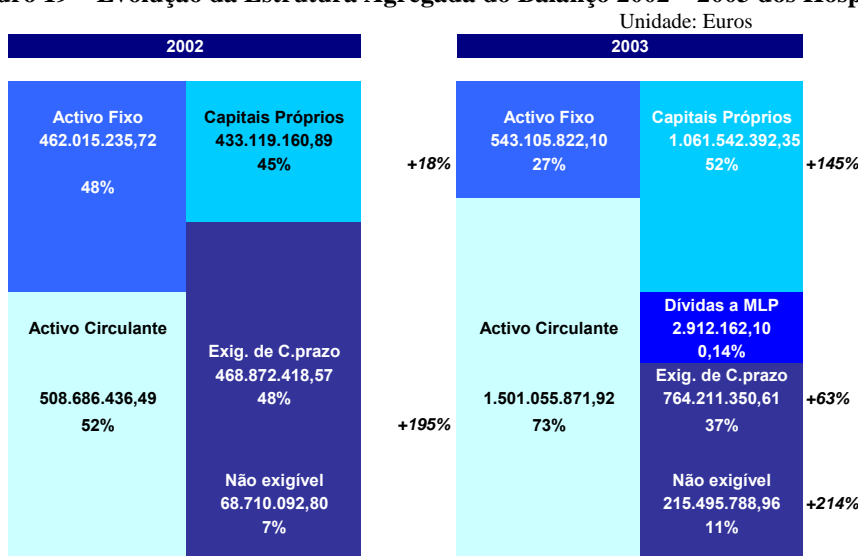


Tribunal de Contas O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

Os dados agregados foram extraídos das contas de gerência (anos de 2001 e 2002)⁴⁹ e dos relatórios e contas (anos de 2003 e 2004) que cada hospital apresentou ao TC para efeitos da prestação de contas a que estão sujeitos.

A evolução da estrutura agregada do Balanço dos hospitais SA,⁵⁰ ao longo dos quatro anos, revelou que as alterações mais substanciais ocorreram no período de 2002/2003, ano da transformação, tal como evidencia o quadro abaixo:

Quadro 19 – Evolução da Estrutura Agregada do Balanço 2002 – 2003 dos Hospitais SA



Fonte: Demonstrações Financeiras dos Hospitais SA

A rubrica que mais variação sofreu foi o Activo Circulante, com um acréscimo de 195% em 2003, face a 2002. Nesse primeiro exercício dos hospitais SA, aquela rubrica representou 73% do total do Activo, devido essencialmente ao crescimento das disponibilidades (por efeito do recebimento do capital social) e dos Acréscimos e diferimentos.

No segundo membro do Balanço, foi o passivo não exigível (acréscimos e diferimentos) que registou o maior acréscimo, 214%, seguido dos capitais próprios com uma variação positiva de 145%.

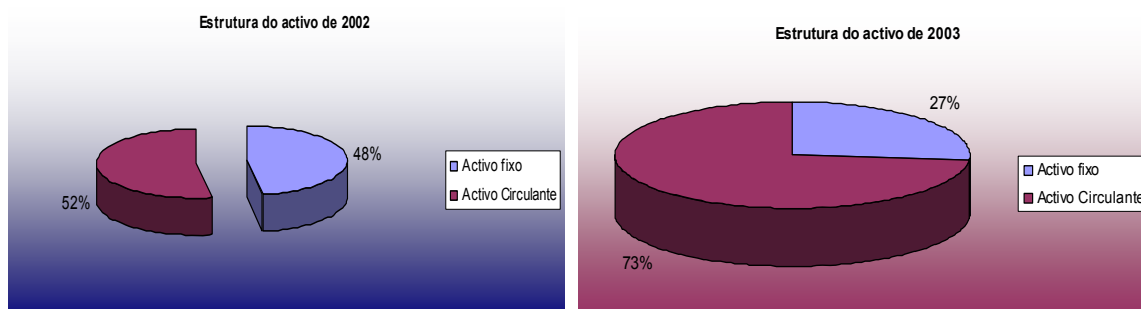
Note-se que estas variações espelham a importância redobrada dada à especialização dos exercícios tanto no Activo como no Passivo, bem como a constituição do Capital Social; no entanto, sublinham-se as ressalvas, referidas na metodologia de análise (Vd. *Anexos*), reflexo das mudanças ocorridas no modelo jurídico e de gestão, que relativizam a comparabilidade destes dois anos.

Os gráficos seguintes apresentam a estrutura do balanço agregado dos hospitais SA nos períodos antes (2002) e depois (2003) da transformação, sublinhando-se, que 2003 foi o ano da realização do capital social, não obstante a transformação em SA ter ocorrido em Dezembro de 2002.

⁴⁹ Para o ano de 2002, foram consideradas as demonstrações financeiras dos hospitais enquanto SPA.

⁵⁰ Vd. *Anexos* – Q.24 e 25.

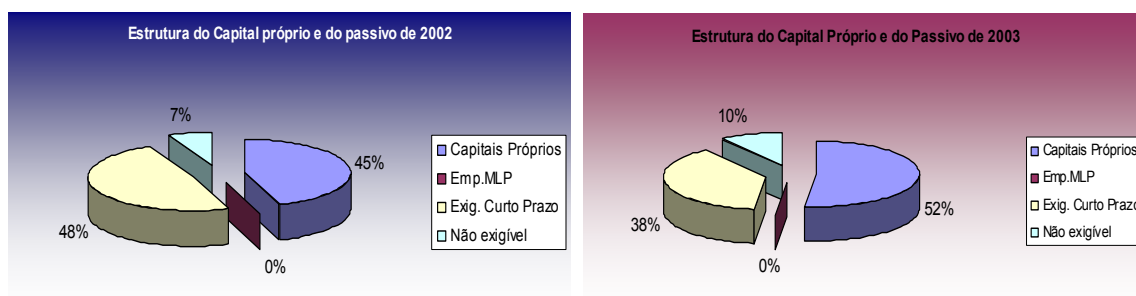
Gráfico 6 – Activo



Fonte: Demonstrações Financeiras dos Hospitais SA

No ano de 2002 o Activo Fixo (Imobilizado incorpóreo e corpóreo) representava 48% do total do activo, situação que se alterou no ano de 2003 com aquela componente a atingir apenas 27% do total. Por sua vez, o Activo Circulante (Existências, contas a receber, disponibilidades e acréscimos e diferimentos) que representava em 2002, 52% atingiu em 2003, 73% do activo.

Gráfico 7 – Capital Próprio e Passivo



Fonte: Demonstrações Financeiras dos Hospitais SA

O Capital Próprio, que em 2002 representava 45% do segundo membro do balanço, passou a representar 52% em 2003, devido ao efeito da constituição do capital social⁵¹.

O peso do passivo exigível a curto prazo reduziu de 48% em 2002 para 38% em 2003 em virtude das disponibilidades para solver esses compromissos.

O quadro seguinte mostra a evolução ocorrida, de 2003 para 2004, da estrutura do balanço⁵²:

⁵¹ O capital social encontra-se reflectido apenas em 2003 porque no ano de 2002 se consideraram as demonstrações financeiras dos hospitais enquanto SPA.

⁵² Vd. – Anexos – Q.s 22; 23, 24 e 25.

Quadro 20 – Evolução da Estrutura Agregada do Balanço 2003-2004 dos Hospitais SA

Unidade: Euros

2003		2004	
Activo Fixo 543.105.822,10 27%	Capitais Próprios 1.061.542.392,35 52%	+8% Activo Fixo 587.545.510,78 29%	-2% Capitais Próprios 1.040.275.190,15 50%
Activo Circulante 1.501.055.871,92 73%	Dívidas a MLP 2.912.162,10 0,14%	-2% Activo Circulante 1.473.138.694,28 71%	-16% Dívidas a MLP 2.459.965,02 0,12%
	Exig.de C.prazo 764.211.350,61 37%		-3% Exig.de C.prazo 742.239.587,91 36%
	Não exigível 215.495.788,96 11%		+28% Não exigível 275.709.461,98 13%

Fonte: Demonstrações Financeiras dos Hospitais SA

Indicadores de rentabilidade e de autonomia financeira

Analizados alguns indicadores de rentabilidade e de autonomia financeira do ponto de vista empresarial verificou-se que:

- Apenas o ano 2002 se apresentou com uma rentabilidade dos capitais⁵³ positiva, embora bastante baixa (2,13%), devido aos resultados líquidos negativos apurados nos restantes períodos;
- A Autonomia Financeira, capacidade financeira global de poderem solver a totalidade dos seus compromissos⁵⁴, apresentou igualmente indicadores baixos, tendo melhorado nos anos de 2003 e 2004;
- Os valores apurados para a Solvabilidade⁵⁵, revelaram algum grau de independência dos hospitais SA face aos credores, com ligeira melhoria nos anos de 2003 e 2004;
- O indicador do Endividamento revelou em todos os períodos analisados, uma clara cobertura do Activo sobre o Passivo.

Quadro 21 – Indicadores de Rentabilidade e de Autonomia Financeira

INDICADORES		REFERÊNCIA	2001	2002	2003	2004
Rentabilidade dos capitais	(Resultado Líquido/Capitais Próprios)*100	Quanto >, > o valor da empresa	-48,44%	2,13%	-10,93%	-7,05%
Autonomia financeira	Capitais Próprios/Activo Total	Quanto > o coeficiente menor a dependência de financiamentos externos	0,40	0,45	0,52	0,50
Solvabilidade	Capitais Próprios/Passivo Total	Quanto mais elevado o seu valor, maiores são as garantias dadas aos seus credores.	0,66	0,81	1,08	1,02
Endividamento	Passivo Total/Activo Total	<1, de forma a que o activo dê cobertura ao passivo	0,60	0,55	0,48	0,50

Fonte: - Demonstrações Financeiras dos Hospitais, Vd. – Anexos – Q. 26.

⁵³ Medida da remuneração dos capitais próprios investidos.

⁵⁴ Cfr. Análise de Balanços de Carlos Figueiredo dos Santos

⁵⁵ “Realça a parcela da actividade financiada pelos proprietários da empresa, pondo em destaque o grau de independência perante credores” – cfr. Arlindo F. Santos

Indicadores – Análise Financeira de Arlindo F. Santos; Análise de Balanços de Carlos Figueiredo dos Santos; Rácios Fundamentais da Gestão de Ciaran Walsh

Em síntese, a evolução da situação económico-financeira do grupo dos hospitais SA, revela que, com a realização do respectivo capital social, no primeiro ano de actividade, se reforçou de imediato a estrutura financeira dessas entidades. Assim, após a transformação verificou-se uma proeminência imediata do Activo Circulante face ao Activo Fixo.

Em 2004, verificou-se uma ligeira diminuição dos capitais próprios, mas a relação entre o Activo Circulante e o Activo Fixo manteve-se, porquanto não se registaram alterações significativas.

5.2 Análise Económica

O quadro abaixo reflecte a evolução dos resultados dos hospitais SA, antes e após a transformação e ao longo do período de 2001 a 2004:

Quadro 22 – Evolução dos Resultados dos Hospitais SA

Unidade: Euros

Resultados	Evolução dos resultados da rede SA ao longo dos 4 anos analisados				Evolução			
	2001	2002	2003	2004	01/02	02/03	03/04	01/04
Resultados Operacionais	-290.160.269	-56.014.967	-157.804.055	-148.282.268	80,70%	-181,72%	6,03%	48,90%
Resultados Financeiros	5.415.430	4.974.598	18.513.716	23.585.903	-8,14%	272,17%	27,40%	335,53%
Resultados extraordinários	84.947.866	60.258.010	23.965.095	53.858.296	-29,06%	-60,23%	124,74%	-36,60%
Resultados líquidos	-179.601.885	9.217.641	-115.976.446	-73.294.762	-105,13%	-1358,20%	36,80%	-59,19%

Fonte: Demonstrações Financeiras dos Hospitais - *Vd. – Anexos – Q. 26*

Quanto à comparação entre o ano de 2002 e 2003, no que respeita aos resultados líquidos do exercício, verificou-se em 2002 um resultado global positivo de 9 M€ enquanto que em 2003, o resultado líquido foi negativo em cerca de -116 M€. Esta situação explica-se, entre outras, pelas seguintes razões:

- Em 2002, os hospitais, ainda integrados no SPA, receberam um incremento do subsídio à exploração na ordem dos 212,1 M€ face ao ano anterior, no qual se incluiu um subsídio extraordinário para regularização de dívidas de anos anteriores⁵⁶.
- Em 2003, já com a natureza de empresas, ocorreram alterações significativas dos procedimentos e práticas contabilísticas⁵⁷. Contudo, salienta-se o facto de em 2003 ter ocorrido um agravamento dos custos operacionais, com particular incidência dos custos com pessoal.

No período seguinte, 2003/2004, o resultado líquido melhorou, apesar de continuar negativo, atingindo um valor global de -73 M€, fruto de um significativo aumento de cerca de 125% dos resultados extraordinários, já que os resultados operacionais registaram uma variação positiva de apenas 6%.

Para este acréscimo dos resultados extraordinários concorreram diversas situações entre as quais se destacam as regularizações de existências e de imobilizado, resultantes de

⁵⁶ Recorde-se que no ano de 2002 houve um Orçamento Rectificativo do Orçamento de Estado desse ano, o qual incluiu 1.010,3 M€ para o SNS.

⁵⁷ *Vd., Anexos – Metodologia da análise económico-financeira.*

Tribunal de Contas O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

inventariações efectuadas, encontro de contas com o SNS e correcções relativas a exercícios anteriores.

5.2.1 Custos

O quadro e o gráfico seguintes reflectem a evolução dos custos do grupo dos hospitais SA, antes e após a transformação e ao longo do período de 2001 a 2004:

Quadro 23- Custos

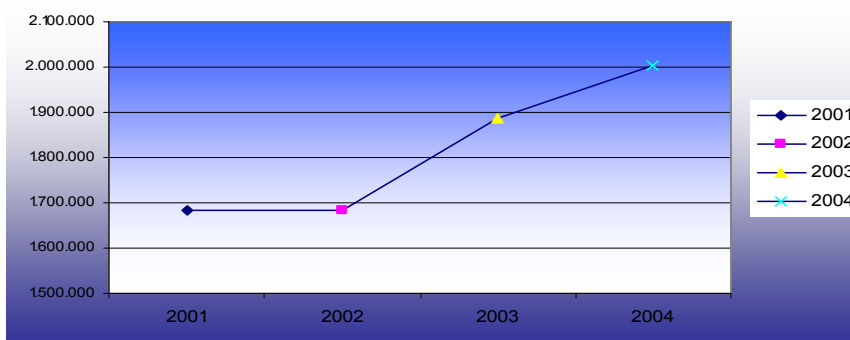
Unidade: Euros

RUBRICA	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%
61 - Custo Mercad. Vend. Consumidas	422.585.110	25,11	408.253.411	24,25	471.477.227	25,00	519.544.796	25,93
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	277.939.765	16,51	265.007.764	15,74	277.811.314	14,73	293.972.758	14,67
63 - Impostos	362.736	0,02	126.114	0,01	1.004.072	0,05	54.710	0,00
64 - Custos com o Pessoal	886.550.963	52,67	854.175.119	50,75	1.006.520.728	53,36	1.042.785.633	52,04
65 - Outros Custos e Perdas Operacionais	1.034.634	0,06	1.032.261	0,06	1.805.770	0,10	2.015.790	0,10
66 - Amortizações do Imobilizado Corpóreo e Incorpóreo	53.852.829	3,20	46.222.593	2,75	75.796.346	4,02	80.560.929	4,02
67 - Provisões	2.829.211	0,17	53.669.340	3,19	14.575.762	0,77	11.287.180	0,56
68 - Custos e Perdas Financeiras	372.426	0,02	279.489	0,02	3.603.602	0,19	2.321.123	0,12
69 - Custos e Perdas Extraordinárias	37.740.446	2,24	54.460.714	3,24	32.908.075	1,74	48.804.545	2,44
86 - Imposto sobre o rendimento do exercício	0	0,00	0	0,00	651.201	0,03	2.456.691	0,12
Total dos custos	1.683.268.120	100,00	1.683.226.803	100,00	1.886.154.098	100,00	2.003.804.156	100,00

Fonte: Contas de gerência e Relatórios e contas.

Gráfico 8 Evolução dos Custos Totais

Unidade: Milhares de Euros



Fonte: Contas de gerência e Relatórios e contas.

Ao longo dos anos, 2001 a 2004, ocorreu um acréscimo global dos custos na ordem dos 19%. No período da transformação (2002/2003) os custos totais cresceram 12%, verificando-se um crescimento menos significativo no período seguinte (2003/2004) com 6,2% - (Vd. – Anexos, – Q. 26).

Quadro 24 – Evolução dos Principais Custos

Unidade: Euros

RUBRICA	2001	2002	2003	2004	Δ% 2001/2002	Δ% 2002/2003	Δ% 2003/2004	Δ% 2001/2004
61 - Custo Mercad. Vend. Mat. Consumidas	422.585.110	408.253.411	471.477.227	519.544.796	-3,39%	15,49%	10,20%	22,94%
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	277.939.765	265.007.764	277.811.314	293.972.758	-4,65%	4,83%	5,82%	5,77%
64 - Custos com o Pessoal	886.550.963	854.175.119	1.006.520.728	1.042.785.633	-3,65%	17,84%	3,60%	17,62%
Total dos custos	1.587.075.838	1.527.436.293	1.755.809.270	1.856.303.187	-3,76%	14,95%	5,72%	16,96%

Fonte: Contas de gerência e Relatórios e contas.

Da análise das principais rúbricas de custos verificou-se que no período de 2002/2003 foram os **custos com o pessoal** que registaram maior acréscimo, tendo alcançado um crescimento de

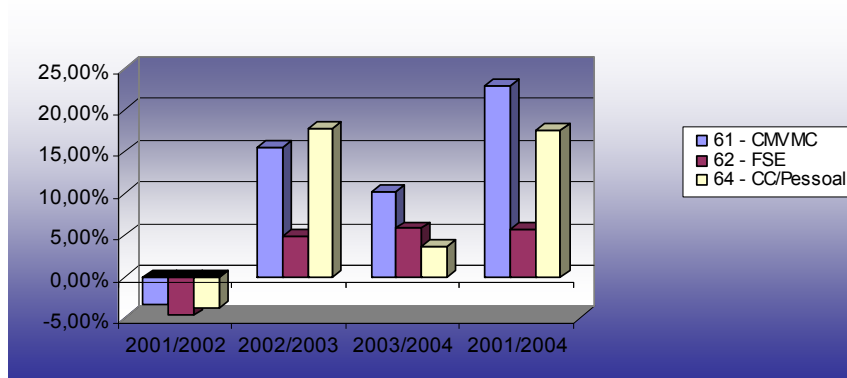
Tribunal de Contas

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

18%. Esta situação alterou-se no período de 2003/2004, já que o maior acréscimo ocorreu no CMVMC, o qual registou um aumento de 10%. Ao longo do tempo (2001/2004) foram também os CMVMC que registaram o maior acréscimo, isto é, cerca de 23%.

O aumento de custos com pessoal no período 2002/2003 é em parte justificado pelos encargos decorrentes da empresarialização, nomeadamente os custos resultantes do pagamento à Caixa Geral de Aposentações (CGA) dos montantes relativos aos funcionários públicos que até então não eram suportados porque os hospitais eram parte integrante do SPA⁵⁸ bem como da subida da taxa social única de 20,6 para 23,75% para os restantes profissionais.

Gráfico 9 Evolução dos Principais Custos em %



Fonte: Contas de gerência e Relatórios e contas.

De referir, ainda que, quer como hospitais do SPA, quer como hospitais SA, a rubrica custos com o pessoal é a que detinha o maior peso nos custos totais, superior a 50%, seguida da rubrica CMVMC que representava cerca de 25% do referido total.

5.2.2 Proveitos

O quadro e o gráfico seguintes espelham a evolução dos proveitos do grupo dos hospitais SA ao longo dos quatro anos:

Quadro 25 - Proveitos

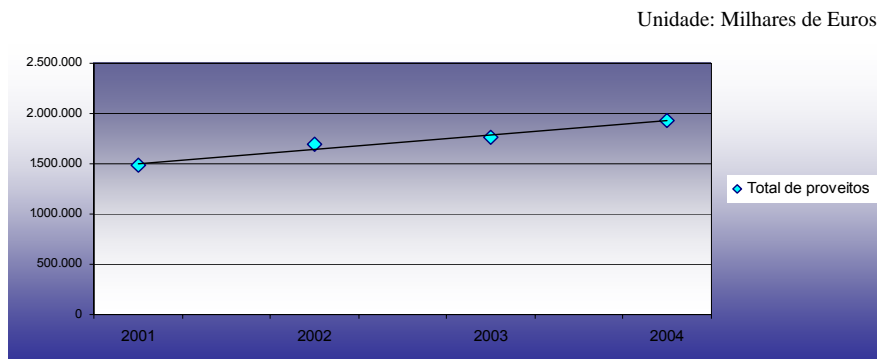
RUBRICA	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%
71 - Vendas	6.355.190	0,43	4.934.889	0,29	5.942.921	0,34	5.478.726	0,28
72 - Prestações de serviços	183.177.335	12,35	188.967.835	11,17	1.468.392.871	82,95	1.596.894.401	82,72
73 - Proveitos Suplementares	2.385.205	0,16	2.475.657	0,15	3.257.533	0,18	7.958.479	0,41
74 - Subsídios à exploração	1.119.633.027	75,47	1.331.810.584	78,69	143.231.668	8,09	121.190.982	6,28
75 - Trabalhos para a Própria Instituição	0	0,00	0	0,00	915	0,00	5.974	0,00
76 - Outros Proveitos e Ganhos Operacionais	43.444.220	2,93	44.282.668	2,62	70.361.256	3,97	70.410.966	3,65
78 - Proveitos e Ganhos Financeiros	5.787.857	0,39	5.254.087	0,31	22.117.318	1,25	25.907.026	1,34
79 - Proveitos e Ganhos Extraordinários	122.688.312	8,27	114.718.724	6,78	56.873.170	3,21	102.662.841	5,32
Total dos proveitos	1.483.471.146	100,00	1.692.444.444	100,00	1.770.177.651	100,00	1.930.509.395	100,00

Fonte: Contas de Gerência e Relatórios e Contas.

⁵⁸ O DL n.º 188/2003 de 20/08, regulamento que define a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas, veio criar esta obrigação contributiva também para os SPA.



Gráfico 10 Evolução dos Proveitos Totais



Fonte: Contas de Gerência e Relatórios e Contas.

No quadriénio 2001/2004 verificou-se um acréscimo do total dos proveitos de 30%. Analisada a evolução anual verificou-se que o maior crescimento, 14%, ocorreu no período de 2001/2002, antes da transformação dos hospitais em SA; após a transformação, em 2003/2004, os proveitos cresceram moderadamente na ordem dos 9% (Vd.-Anexos,- Q.26).

Quanto aos proveitos que contribuíram mais significativamente para o total, apresenta-se o quadro seguinte:

Quadro 26 – Evolução dos Principais Proveitos

Unidade: Euros

RUBRICA	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%
72 - Prestações de serviços	183.177.335	12,35	188.967.835	11,17	1.468.392.871	82,95	1.596.894.401	82,72
74 - Subsídios à exploração	1.119.633.027	75,47	1.331.810.584	78,69	143.231.668	8,09	121.190.982	6,28
79 - Proveitos e Ganhos Extraordinários	122.688.312	8,27	114.718.724	6,78	56.873.170	3,21	102.662.841	5,32

Fonte: Contas de Gerência e Relatórios e Contas.

Constatou-se que, enquanto hospitais do SPA, o Subsídio à exploração era o proveito mais significativo, representando 75% e 79% do total, nos anos de 2001 e 2002, respectivamente. Com a transformação em SA, passaram a ser as prestações de serviços os proveitos com maior peso, 83%, tanto em 2003 como em 2004. Esta situação ficou a dever-se à alteração do modelo de financiamento que passou a basear-se na contratualização⁵⁹.

Os proveitos e ganhos extraordinários dizem respeito essencialmente a regularizações de existências e de imobilizado e a correcções relativas a exercícios anteriores.

⁵⁹ Remissão para o Ponto 4 - Modelo de financiamento.



5.3 Endividamento

Dívidas a Terceiros

O quadro seguinte reflecte o total das dívidas a terceiros (passivo exigível) no quadriénio em análise (*V.d. – Anexos, Q.28*).

Quadro 27 – Endividamento

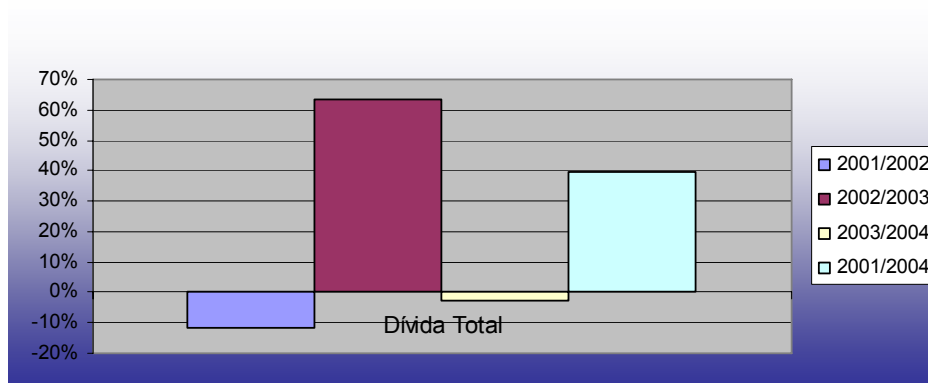
Dívidas a terceiros	2001	2002	2003	2004	Δ% 01/02	Δ% 02/03	Δ% 03/04	Δ% 01/04
Médio e longo Prazos	0	0	2.912.162	2.459.965			-15,53	
Curto prazo	532.473.621	468.872.419	764.211.351	742.239.588	-11,94	62,99	-2,88	39,39
Total	532.473.621	468.872.419	767.123.513	744.699.553	-11,94	63,61	-2,92	39,86

Fonte: Contas de Gerência e Relatórios e Contas.

Quanto à relevação da dívida de médio e longo prazos, nas demonstrações financeiras esta só veio a verificar-se com a empresarialização dos hospitais.

A dívida de Curto Prazo apresentou um decréscimo no período de 2001/2002, situação que se alterou no período de 2002/2003 já com os hospitais SA, uma vez que se verificou um acréscimo na ordem dos 63%, tal como reflecte o gráfico seguinte.

Gráfico 11 Evolução da Taxa de Crescimento do Total da Dívida



Fonte: Contas de Gerência e Relatórios e Contas.

Este acréscimo poderá ter sido influenciado pela alteração do modelo de financiamento para os hospitais SA, dado que o valor recebido mensalmente do IGIF em adiantamento por conta da execução do contrato-programa, foi então contabilizado como adiantamento de clientes, o que provocou um aumento da dívida.⁶⁰

Quanto à caracterização das dívidas a terceiros de curto prazo, verificou-se que foram as dívidas a fornecedores c/c e a outros credores as que maior expressão revelaram em qualquer dos anos analisados.

⁶⁰ Remissão para o ponto 4. 3 – Facturação e Financiamento dos Contratos-Programa.



Quadro 28 – Dívidas a Terceiros de Curto Prazo

Unidade: Euros

Dívidas a terceiros curto prazo	2001		2002		2003		2004		Δ%	Δ%	Δ%	Δ%
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%				
Dívidas a instituições de crédito	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4.709.000	0,6				
Fornecedores, c/c	379.526.667	71,3	311.025.274	66,3	405.324.647	53,0	433.509.192	58,4	-18,05	30,32	6,95	14,22
Fornecedores - facturas em recepção e conferência	284.264	0,1	4.404.075	0,9	9.077.493	1,2	16.971.466	2,3	1449,29	106,12	86,96	5870,32
Adiantamentos de clientes	4.241.658	0,8	1.198.488	0,3	124.078.429	16,2	63.969.714	8,6	-71,74	10252,91	-48,44	1408,13
Fornecedores de imobilizado, c/c	19.378.121	3,6	15.083.080	3,2	21.306.604	2,8	29.250.942	3,9	-22,16	41,26	37,29	50,95
Estado e outros entes públicos	6.407.173	1,2	10.021.578	2,1	20.825.880	2,7	23.489.837	3,2	56,41	107,81	12,79	266,62
Outros credores	122.635.738	23,0	127.139.924	27,1	183.566.161	24,0	170.328.031	22,9	3,67	44,38	-7,21	38,89
Outros	0	0,0	0	0,0	32.136	0,0	11.407	0,0				
Total	532.473.621	100,0	468.872.419	100,0	764.211.351	100,0	742.239.588	100,0	-11,94	62,99	-2,88	39,39

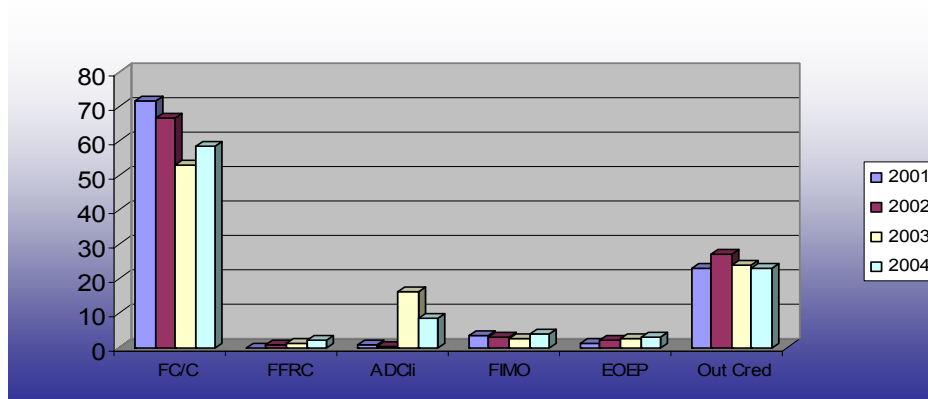
Fonte: Contas de Gerência e Relatórios e Contas.

As dívidas a fornecedores c/c, que englobam as dívidas relativas à compra de medicamentos para consumo hospitalar, têm registado um crescimento anual desde 2002, o qual assumiu maior relevância no período de 2002/2003, ano da transformação dos hospitais em SA, com um crescimento de 30%.

As dívidas a outros credores, que incluem as dívidas a Instituições do Estado e a credores por acordos com convenionados, nomeadamente dos MCDT e produtos vendidos por farmácias, registaram também o maior acréscimo no período de 2002/2003, 44%, tendo-se verificado um decréscimo (7,2%) no período de 2003/2004.

O gráfico seguinte espelha a estrutura da dívida de curto prazo.

Gráfico 12. Estrutura/Peso da Dívida de Curto Prazo em %



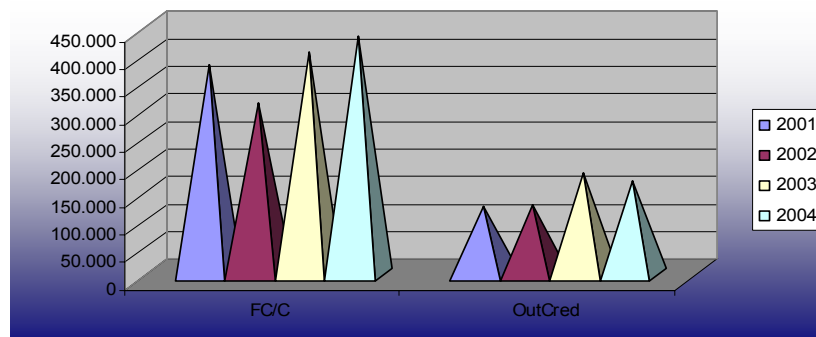
FC/C – Fornecedores c/c; FFRC – Fornecedores facturas em recepção e conferência; ADCLI – Adiantamentos de clientes; FIMO – Fornecedores de imobilizado; EOEP – Estado e outros entes públicos; Out.cred. – Outros credores.

Constata-se que o peso da dívida a fornecedores C/C no total, diminuiu nos anos de 2003 e 2004, devido ao acréscimo verificado em todas as restantes contas, com destaque para os adiantamentos de clientes, onde foram contabilizados os adiantamentos recebidos do IGIF relativos à execução do contrato-programa.

Quanto à evolução da dívida aos principais credores, apresenta-se o seguinte gráfico:

Gráfico 13 Evolução da Dívida a Fornecedores c/c e Outros Credores

Unidade: Milhares de Euros



Fonte: Contas de Gerência e Relatórios e Contas.

A transformação dos hospitais não conteve o endividamento gerado pelos mesmos. Foram as dívidas a fornecedores c/c e a outros credores as que maior expressão revelaram em qualquer dos anos analisados.

Caracterização das dívidas por tipo de credor

No quadro seguinte repartiu-se a dívida em três grupos distintos: dívidas a credores externos, dívidas a instituições do Estado e dívidas de fundos alheios.

Quadro 29 – Dívidas por Tipo de Credor

Unidade: Euros

Dívidas	2003	%	2004	%	Δ% 03/04
Instituições do MS	103.729.704	13,52	93.792.446	12,59	-9,58
Outras Instituições do Estado	813.308	0,11	1.131.184	0,15	39,08
Fundos Alheios	1.618.743	0,21	2.538.801	0,34	56,84
Dívidas a credores externos	660.961.758	86,16	647.237.122	86,91	-2,08
Total	767.123.513	100,00	744.699.553	100,00	-2,92

Fonte: Balançetes dos hospitais.

Apesar dos hospitais SA possuírem dívidas decorrentes das relações entre as várias instituições do Estado e de fundos alheios resultantes de retenções efectuadas a entregar nos períodos seguintes, é a dívida a credores externos que assume maior significado atingindo em 2003 o montante de 661 M€ e em 2004 o montante de 647 M€

Dívida a fornecedores em mora

No sentido de evidenciar a dívida a fornecedores que se encontrava em mora a 31 de Dezembro de 2004, no final do segundo ano de exercício da actividade dos hospitais SA e considerando a situação mais actual reportada a Junho de 2005, apresenta-se o quadro seguinte⁶¹.

⁶¹ OBS: De notar que, nos dois períodos, não responderam ao solicitado 3 hospitais.

Quadro 30 Dívida a Fornecedores em Mora

Unidade: Euros

Dívida a fornecedores em mora	2004 31 de Dez	2005 Junho	Δ% 04/05
Hospitais SA	401.086.397	507.302.938	26,48

Fonte: Dados fornecidos pelos hospitais

Da análise constata-se um crescimento deste endividamento em mais de 26%, apesar de em 2005 apenas se ter considerado o primeiro semestre do ano. Assim, evidencia-se uma tendência para o acentuar destas situações no universo dos hospitais SA, as quais poderão contribuir para o crescimento do endividamento ao longo do tempo junto dos fornecedores.

Endividamento Financeiro

Observadas as dívidas dos hospitais SA perante instituições de crédito, tendo por base os elementos fornecidos pelos hospitais, verifica-se que cinco hospitais recorreram ao crédito bancário, durante o ano de 2004 e dois hospitais no ano de 2005. Tratou-se de empréstimos de curto prazo destinados a suprir dificuldades de tesouraria e de longo prazo destinados ao investimento.

O valor global das dívidas contraídas pelos 5 hospitais atingiu 11 M€ em 2004 e 5,4 M€ em 2005, o qual originou 37.380 € de juros pagos em 2004 e 67.880 € pagos em 2005 (*V.D. – Anexos - Q.29*).

Analisado o grau de endividamento perante instituições de crédito, face ao Capital Social, verificou-se que nenhuma entidade ultrapassou o limite previsto no art.º 12 do Decreto-Lei de criação de cada um dos hospitais.

5.4 Regularizações de Passivos

Nos três anos analisados (2002 a 2004), não ocorreram regularizações extraordinárias de passivos através da DGT. Também não foram prestadas quaisquer garantias ou avales do Estado a hospitais.



6 IMPACTO DA EMPRESARIALIZAÇÃO NA CONSOLIDAÇÃO DAS CONTAS GLOBAIS DO SNS

As contas consolidadas do SNS quer de 2003 quer de 2004 apresentadas pelo IGIF não dão uma imagem verdadeira e apropriada da situação financeira e dos resultados do conjunto das entidades que integram o SNS por não incluírem as contas dos hospitais SA. Conforme resulta do enquadramento jurídico/ institucional decorrente da Lei de Bases da Saúde com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002 e do Estatuto do SNS⁶², estes hospitais não só integram o SNS enquanto instituições prestadoras de cuidados de saúde, funcionando sob a tutela do Ministro da Saúde, como sem prejuízo da forma empresarial, devem pautar-se pelos mesmos “princípios de gestão”⁶³, previstos na referida lei de bases.

Na metodologia inerente à produção das contas globais do SNS para 2004 o próprio IGIF que as elaborou referiu expressamente limitações relevantes⁶⁴, que explicam, não só, os constrangimentos que atingem a consolidação entre as entidades do SPA, como as que pretendem justificar a não inclusão dos hospitais SA na consolidação. Acresce que o IGIF também reconheceu não dispor nos anos de 2003 e 2004 da informação respeitante às relações económico-financeiras entre os hospitais SA e as restantes instituições do SNS⁶⁵.

Apesar do referido, a partir dos dados remetidos via informática pelas instituições do SPA e constantes na base de dados económico-financeira, conjugados com informação extra-contabilística relativa à facturação inter serviços (SPA – SPA), o IGIF apurou os dados consolidados que apresenta no relatório das contas globais de 2004. Logo, dadas as condicionantes apresentadas alguns dos valores consolidados no âmbito do SPA, nomeadamente os proveitos/ receitas cobradas encontram-se subavaliados.

Dado que os hospitais SA não saíram do perímetro do SNS, reforça-se a ideia de que as contas globais do SNS quer de 2003 quer de 2004 deveriam ter reflectido também as contas dos hospitais SA, e não apenas as transferências efectuadas no âmbito dos contratos-programa. Sem prejuízo da separação entre o Estado financiador e a entidade prestadora ditada formalmente pelos contratos-programa, reitera-se o facto de o Estado ser o accionista exclusivo e a actividade daquelas entidades públicas se encontrar predominantemente orientada para a satisfação das necessidades colectivas do sector da saúde.

Mesmo que as contas respeitantes aos hospitais SA não estivessem reflectidas nas contas consolidadas do SNS, ainda assim, o IGIF devia ter seguido o princípio da especialização dos exercícios tal como se prevê no POCMS e relevado nas contas consolidadas do SNS a despesa gerada resultante da celebração dos referidos contratos e não apenas a despesa paga.

⁶² Decreto-Lei n.º 11/ 93, de 15 de Janeiro.

⁶³ Vide art.º 5.º da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

⁶⁴ Cfr. Conta Global do SNS de 2004, p. 6. A saber: (i) A criação dos 31 hospitais SA fez com que passasse a existir uma contratação e um pagamento pelos serviços prestados a utentes do SNS, tendo por isso, deixado de constar na situação financeira do SNS nas rubricas da receita e da despesa a parte respeitante a esses hospitais; (ii) O IGIF não conhece com rigor a facturação/ pagamento e a emissão/ cobrança das instituições SPA aos Hospitais SA e vice-versa, pelo que não foram expurgados na consolidação apresentada pelo IGIF esses montantes; (iii) A realização de anulações de fluxos e de encontros de contas entre instituições do SNS, na receita e na despesa veio também dificultar a consolidação, por se desconhecer com rigor as relações entre as instituições do SNS.

⁶⁵ Vide Ofício do CA do IGIF, de 12 de Abril de 2006, em resposta ao Inquérito sobre a metodologia de consolidação da conta do SNS.



Tribunal de Contas

O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

Por outro lado, a conta consolidada do SNS elaborada pelo IGIF não releva o endividamento nem dos hospitais do SPA, nem dos hospitais transformados em sociedades anónimas, uma vez que não inclui um balanço consolidado do SNS.

No que respeita à Unidade de Missão Hospitais SA, toda a informação económico-financeira que produziu respeitante aos hospitais SA teve sempre por base dados agregados e nunca dados consolidados, isto é, considerando as relações entre as unidades do mesmo universo. Para além disso também não procedia ao controlo dos compromissos mas apenas dos indicadores de endividamento incluídos no “*tableau de bord*”.

Por último, refira-se que o POCMS⁶⁶ prevê no seu artigo 6.º que sejam aprovadas por despacho conjunto do Ministério das Finanças e da Saúde as normas de consolidação de contas do sector da saúde, verificando-se que até à presente data ainda não foram aprovadas.

⁶⁶ Vide Portaria n.º 898/ 2000, de 28 de Setembro.

7 IMPACTO DA EMPRESARIALIZAÇÃO NO DÉFICE DAS ADMINISTRAÇÕES PÚBLICAS

7.1 Evolução dos défices económico-financeiros do SNS face à empresarialização

No sentido de perspectivar os impactos da transformação dos hospitais em sociedades anónimas face ao contexto dos défices do SNS e em particular face aos hospitais do SPA ao longo do período de 2000 a 2004, observa-se o seguinte:

O défice financeiro do SNS na óptica do IGIF evoluiu ao longo do período de 2000 a 2004 da seguinte forma⁶⁷:

Quadro 31– Evolução do Défice Financeiro do SNS⁶⁸

Unidade: Milhões de Euros

	2000	2001	2002	2003	2004
Défice financeiro do SNS	1.964	1.509	1.218	1.745	921

Fonte: Contas Globais SNS 2000 a 2004 – IGIF

Ao longo do período em análise o défice do SNS baixou cerca de 53%. De 2002 para 2003 houve um crescimento de cerca de 43%, conforme se demonstra no quadro seguinte:

Quadro 32– Variação do Défice Financeiro do SNS

	00/01	01/02	Δ% 02/03	03/04	00/04
Défice financeiro do SNS	-23,16%	-19,29%	43,23%	-47,20%	-53,09%

A diminuição do défice do SNS deveu-se por um lado aos orçamentos rectificativos, salvo o ano de 2003, que contribuíram para o saneamento de passivos e por outro, ao facto de a partir da empresarialização dos hospitais o IGIF ter deixado de relevar nas contas globais do SNS a informação económico-financeira dos hospitais do SEE, tal como sucede com os hospitais do SPA. O IGIF apenas reflectiu nas contas globais do SNS de 2003 e de 2004, no que respeita aos hospitais SA, as transferências recebidas do OE a eles destinadas, bem como os pagamentos efectuados aos referidos hospitais no âmbito dos contratos-programa celebrados. Refira-se que essas operações (transferências/pagamentos) não têm qualquer impacto no défice do SNS, até porque a despesa gerada pelos hospitais SA não é relevada.

Quanto à evolução dos défices dos hospitais do SPA de 2000 a 2004, apresenta-se o quadro seguinte⁶⁹:

⁶⁷ Foram excluídos os terceiros (receita cobrada/ despesa total) por se tratarem de fundos alheios, mantendo a coerência com a metodologia adoptada para o cálculo do défice financeiro dos hospitais SA.

⁶⁸ Não inclui hospitais do SEE.

⁶⁹ Foram excluídos os terceiros (receita cobrada/ despesa total) por se tratarem de fundos alheios.

Quadro 33– Evolução do Défice dos Hospitais do SPA

Unidade: Milhões de Euros

	2000	2001	2002	2003	2004
Défice financeiro dos hospitais do SPA	1.191	1.063	705	925	646

Fonte: Contas Globais SNS 2000 a 2004 – IGIF

Quadro 34 – Variação do Défice dos Hospitais do SPA

Variação do défice

	00/01	01/02	$\Delta\%$ 02/03	03/04	00/04
Défice financeiro dos hospitais do SPA	-10,80%	-33,61%	31,16%	-30,19%	-45,77%

Fonte: Contas Globais SNS 2000 a 2004 – IGIF

Pela análise dos quadros verifica-se que a evolução do défice dos hospitais do SPA teve um comportamento idêntico ao défice do SNS⁷⁰, verificando-se ao longo do período em análise uma diminuição de cerca de 46%.

Uma vez que a transformação dos hospitais em SA teve implicações na relevação da informação económico-financeira do SNS, nomeadamente nas contas globais publicadas pelo IGIF e no apuramento do défice financeiro do SNS, no sentido de se apurar os défices financeiro e económico⁷¹ gerados no âmbito de cada um dos hospitais SA, em 2003 e 2004, procedeu-se a um apuramento⁷², apoiado na metodologia que consta dos anexos (*cf.* Anexo II), tendo-se chegado aos seguintes resultados:

Quadro 35 – Cálculo do Défice Financeiro

Unidade: Milhões de Euros

DÉFICE FINANCEIRO		2003	2004
1	Receita cobrada do exercício	1.375	1.482
2	Despesa total do exercício	1.915	2.122
3	Défice Financeiro do Exercício (1) - (2)	-540	-640
4	Saldo inicial de "fundos próprios"	155	718
5	Receita cobrada de exercícios anteriores	81	271
6	Realização do Capital Social	898	
7	Despesa total de anos anteriores	511	656
8	Superavit Financeiro de Anos Anteriores (4) + (5) + (6) - (7)	623	333
9	Superavit/ Défice Financeiro Acumulado (3) + (8)	83	-307

Fonte: Balancetes do razão geral disponibilizados pelos hospitais SA e Relatórios e Contas.

OBS: Valores agregados. Informação confirmada de 28 entidades. No exercício de 2004 incluiu-se na receita cobrada do exercício o aumento de capital ocorrido no Hospital São Francisco Xavier, Sa, no valor de 27,1 M€ e na receita cobrada de exercícios anteriores o acerto efectuado ao capital social do Hospital de Santa Marta, SA no valor de 2.000€

⁷⁰ Apurado tendo em conta a metodologia adoptada pelo IGIF.

⁷¹ Na óptica da receita e da despesa.

⁷² Reiteram-se as limitações e condicionantes já referidas, nomeadamente, no período em análise, os procedimentos e as políticas contabilísticas adoptadas não foram coincidentes entre todos hospitais da rede SA, o que inviabilizou um apuramento rigoroso. Por outro lado, refira-se a utilização indiscriminada, quer do POC, quer do POCMS pondo em causa, nomeadamente, a comparabilidade das demonstrações financeiras.

Quadro 36 – Cálculo do Défice Económico

Unidade: Milhões de Euros

DÉFICE ECONÓMICO		2003	2004
1	Receita total do exercício	1.847	2.010
2	Receita total de anos anteriores	24	49
3	Receita total	1.871	2.059
4	Despesa total do exercício	1.913	2.122
5	Despesa total de anos anteriores	34	75
6	Despesa total	1.947	2.197
7	Défice Económico no Exercício (3) - (6)	-76	-138

Fonte: Informação económico-financeira dos hospitais SA e Relatórios e Contas
 OBS: Valores agregados. Informação confirmada de 28 entidades.

Verifica-se que em 2003 estes hospitais obtiveram um superavit financeiro acumulado de 83 M€ passando em 2004 para um défice financeiro acumulado de 307 M€. A variação ocorrida de um ano para o outro resultou, nomeadamente, da injeção de 898 M€ por parte do Estado para a realização do capital social destas sociedades. Relativamente ao défice económico, apurado na óptica da receita e da despesa, verifica-se que em 2003 foi de 76 M€ subindo em 2004 para os 138 M€, ou seja, houve um crescimento de cerca de 82%, resultante essencialmente do agravamento da despesa total do exercício que cresceu cerca de 13%.

Quanto aos quadros supra, importa destacar as seguintes observações:

- Os adiantamentos atribuídos pelo IGIF aos hospitais SA foram relevados pelos hospitais como se de fundos alheios se tratasse e não como receita pelos serviços prestados, pelo que foram considerados para efeitos de cálculo do défice financeiro na receita cobrada do exercício dado que na realidade se tratou de uma receita de fundos próprios;
- Os encontros de contas e as anulações de dívidas não foram reflectidas pelos hospitais uniformemente, o que poderá provocar alguma distorção na análise dos valores apresentados.

No período em análise não se registaram regularizações de responsabilidades via Direcção-Geral do Tesouro.

Os hospitais comunicaram como despesa não relevada na contabilidade cerca de 5 M€ no exercício de 2003 e 6 M€ no ano de 2004.

7.2 A empresarialização e os défices na óptica das contas nacionais

Na perspectiva dos critérios do Sistema Europeu de Contas Económicas Integradas⁷³ (SEC 95), a transformação destas unidades em empresas colocou uma dupla questão: (i) a qualificação ou não, destas entidades como Administrações Públicas⁷⁴ e (ii) a consideração

⁷³ Numa definição mais geral poderá ser denominado Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais.

⁷⁴ O sector das Administrações Públicas inclui todas as unidades institucionais que são outros produtores não-mercantis cuja produção se destina ao consumo individual e colectivo e que são principalmente financiadas por pagamentos obrigatórios feitos por unidades pertencentes a outros sectores e/ou todas as unidades institucionais principalmente ligadas à redistribuição do rendimento e da riqueza nacional. Na área hospitalar, tal enquadramento dependerá do entendimento de "vendas", visto que do mesmo dependerá a consideração da respectiva actividade no âmbito da prática de actos mercantis, ou não. Para determinar o carácter mercantil ou não mercantil da unidade institucional pública existe o critério dos preços economicamente significativos e o critério dos 50% da cobertura dos custos de produção pelas vendas. Segundo o primeiro critério, são produtores mercantis aqueles que conseguem vender a sua produção a preços economicamente significativos, e produtores não mercantis aqueles cuja produção é, na sua maioria, fornecida gratuitamente ou a preços



Tribunal de Contas O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

dos fluxos financeiros entre o Estado (Administrações Públicas) e estas empresas, para efeitos de cálculo do défice e do endividamento das Administrações Públicas.

O facto de os hospitais SA terem sido considerados fora do sector das Administrações Públicas teve como consequência imediata uma alteração na composição da despesa pública. A estrutura da despesa alterou-se, uma vez que o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais aos beneficiários do SNS, no âmbito dos contratos-programa celebrados, passou a ser contabilizado, na óptica das contas públicas, como aquisição de serviços e, na óptica das contas nacionais, como transferências sociais em espécie para as famílias. Porém, em harmonia com os procedimentos da contabilidade nacional, a consideração das entradas de capital nos hospitais do SEE como activos financeiros, e não como transferências de capital, depende do seu equilíbrio económico-financeiro. Assim, sem prejuízo de se reconhecer⁷⁵ que os dois primeiros exercícios económicos completos não são suficientes para avaliar os impactos do novo modelo de gestão, convirá, desde já, ter presente que a verificar-se a existência persistente de prejuízos, que impliquem uma diminuição substancial do seu capital próprio, tal facto poderá implicar a classificação de futuras entradas de capital, nestas circunstâncias, como despesa pública⁷⁶

De salientar, todavia, que o Presidente do IGIF, em sede de contraditório, alegou: “(*...*). *De 2004 para 2005 verificou-se uma estabilização ao nível dos resultados sendo que um conjunto de 4 hospitais é responsável por cerca de 75% do défice total dos HEPE em 2005*”. Esta alegação foi também reiterada nas observações remetidas pelo Chefe de Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças que referiu ainda que “*este grupo está a ser alvo de um acompanhamento específico através da adopção de medidas susceptíveis de corrigir esta situação e de o levar a aproximar-se, de forma sustentada, do desempenho dos restantes hospitais*”.

Embora o ano de 2005 não tenha sido analisado, em virtude do âmbito temporal da auditoria, constata-se que, apesar do contributo significativo representado pelos quatro hospitais em causa para o défice total, o número de hospitais empresa com resultados negativos apresentado pelo IGIF ascendeu a vinte, aumentando em relação aos anos anteriores.

Quanto ao enquadramento dos fluxos financeiros consubstanciados na realização e nos aumentos de capital social, o Manual do SEC 95 refere que devem ser registados como uma operação financeira em acções e outras participações quando as administrações públicas,

que não são economicamente significativos. No que respeita ao segundo critério a unidade será mercantil e classificada como empresa pública se os pagamentos efectuados pelas Administrações Públicas de acordo com os serviços efectivamente fornecidos por essa unidade forem considerados como correspondentes a vendas e será não mercantil e classificada no sector das Administrações públicas caso esses pagamentos não forem considerados como correspondentes a vendas. Do ponto de vista do produtor público o preço recebido das Administrações Públicas é economicamente significativo se esse produtor público for apenas financiado de acordo com o volume de produção que fornece. Nesse caso, o produtor está a actuar como uma empresa sujeita às leis do mercado: o seu défice remanescente não deve ser automaticamente coberto e a lógica desta situação é encerrar as unidades públicas que não possam sobreviver nestas condições. No caso dos hospitais só os pagamentos efectuados pelas Administrações Públicas de acordo com um sistema de fixação de preços aplicado tanto a hospitais públicos como privados permitirá considerar esses pagamentos como vendas. - *Cfr.* Manual do SEC 95 p.p.. 9 a 17.

Segundo as observações remetidas pelo chefe do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças, em sede de contraditório, “a análise junto do EUROSTAT, do referido processo de empresarialização de hospitais centrou-se na observação do critério dos 50% relevante para a classificação de uma unidade enquanto produtor mercantil. (...) Verificou-se que os hospitais analisados cumpriam o referido critério dos 50%, isto é mais de 50% dos custos eram cobertos pelas vendas.”

⁷⁵ De acordo com as observações **remetidas pelo Chefe do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças, em sede de contraditório:** “(*...*) entende-se que a análise de apenas dois exercícios (2003 e 2004), dada a abrangência e complexidade das transformações que estão, desde 2003, a ser implementadas nos HSA/EPE, não suporta um hipotético cenário de “...agravamento destas circunstâncias...”.

⁷⁶ *Cfr.* p.p. 86 do Relatório do Orçamento de Estado para 2005.



Tribunal de Contas O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE

actuando como accionistas, fornecem fundos e recebem activos financeiros de valor igual aos pagamentos, esperando dividendos em troca⁷⁷. Se o pagamento for efectuado sem contrapartida, sem qualquer efeito automático na participação das administrações públicas, a entrada de capital deve ser registada como uma operação não financeira, a título de transferência de capital.

No entanto, de acordo com a decisão de 21 de Agosto de 2003 do EUROSTAT, no caso de a injeção de capital visar a constituição de uma nova empresa e os indicadores existentes provarem que, após uma fase inicial de perdas normais, ela é estruturalmente lucrativa, esta é classificada como operação financeira.

Na perspectiva das contas públicas, designadamente, na Conta Geral do Estado, a despesa destinada à realização do capital social dos hospitais SA foi contabilizada no Cap. 60 – “Despesas Excepcionais”, do orçamento do M. das Finanças, na rubrica 09.01.00 – Activos Financeiros/Aumentos de Capital⁷⁸.

Após a transformação constatou-se que a maioria dos hospitais utilizou as disponibilidades geradas pela entrada do capital social para financiar despesa corrente e não para afectar ao investimento. De salientar que estas sociedades geraram em 2003 e em 2004 resultados líquidos negativos na ordem dos 116 e dos 73 M€, respectivamente.

Constatou-se, ainda, um aumento do endividamento, conforme se relatou no ponto 6.3, com as dívidas a fornecedores c/c e a outros credores a sofrer um aumento de cerca de 30% de 2002 para 2003.

A persistência de défices poderá conduzir a uma necessidade de financiamento líquido deste subsector do SNS, colocando o Estado, se tal vier a acontecer, perante as condicionantes decorrentes dos critérios do SEC 95, no que respeita à qualificação de entradas de capital como transacções não financeiras, o que poderá conduzir a um eventual agravamento do défice das Administrações Públicas na perspectiva das contas nacionais, pelo que se recomenda o acompanhamento e o controlo financeiro, incluindo a perspectiva orçamento de cada hospital EPE, em especial do endividamento, de forma a acautelar as necessidades de financiamento futuro deste subsector do SNS.

⁷⁷ Terá de estar subjacente ao pagamento efectuado o princípio de racionalidade financeira típico do investidor privado. Por outras palavras, as Administrações públicas têm de ter a expectativa de obter uma taxa de retorno idêntica à do mercado, sob a forma, por exemplo, de dividendos mais elevados pelo seu investimento, ou ter a intenção de vender a empresa e receber um preço superior através da injeção de capital. Os pagamentos à unidade feitos para outros fins (por exemplo, para cobrir perdas) têm de ser classificados como transferências de capital. Cfr. Manual do SEC 95, pg. 37.

⁷⁸ Remissão para o ponto 5.1. do Volume II.