

## **EVOLUÇÃO RECENTE DA SITUAÇÃO ECONÓMICO-FINANCEIRA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – ENQUADRAMENTO DO ACTUAL CONTEXTO**

*Ana Sofia Ferreira*

*Manuel Teixeira* <sup>1</sup>

O presente documento visa enquadrar e reflectir sobre os diversos constrangimentos económico-financeiros que caracterizam o Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como compreender as causas, nos anos mais recentes, da sua actual trajectória de insustentabilidade financeira.

Tem-se assistido, em especial desde 2009, a uma degradação grave da situação económico-financeira do SNS, pelo que é fundamental proceder à análise dos principais factores que explicam esta realidade.

A sustentabilidade do SNS numa óptica, restrita, de sustentabilidade *financeira*, é entendida tal como é concebida no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS<sup>2</sup> (p.18): “existe sustentabilidade do financiamento do SNS se o crescimento das transferências do Orçamento do Estado para o SNS não agravar o saldo das Administrações Públicas de uma forma permanente, face ao valor de referência, mantendo-se a evolução previsível das restantes componentes do saldo”.

Por outras palavras, a actividade do SNS para ser financeiramente sustentável, não pode gerar défices sucessivos e/ou tendenciais. O que significa que, nesta óptica, a actividade do SNS tem que se conter dentro do financiamento disponível e alocado, em termos orçamentais, às entidades do SNS.

Não se vai proceder a uma análise de desempenho nem de produtividade do SNS, mas apenas dos macro factores que enquadram a questão da insustentabilidade, limitada à perspectiva financeira.

Em termos temporais, a análise restringir-se-á ao período 2005-2012.

### **FINANCIAMENTO DO ORÇAMENTO DO ESTADO AFECTO AO SNS – EVOLUÇÃO 2005-2012**

A dotação inicial afecta, em sede de Orçamento do Estado (OE), ao financiamento do SNS apresenta uma evolução crescente entre 2005 e 2010, mas decresce fortemente em 2011, facto que se repete em 2012. A análise da dotação inicial deve ser completada com a da dotação final, que resulta dos eventuais reforços de que o SNS beneficie em cada ano (orçamentos rectificativos).

---

<sup>1</sup> Os autores agradecem a colaboração de Dr. António Alves, Dr. Miguel Sousa, Dr. José Guerreiro, Dr. João Mendonça e Dr. Luís Viana (ACSS).

<sup>2</sup> A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde – Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (vários autores), Ministério da Saúde, 2007.

O Quadro 1 resume esta evolução e representa também a evolução da dotação inicial do SNS<sup>3</sup> em termos da sua importância relativa face ao PIB.

**Quadro 1 - Evolução da dotação do OE para o SNS e em % do PIB**

Anos	Dotação Inicial Milhões €	Dotação Final Milhões €	Var %		PIB		Peso (%) DI / PIB
			D.Inicial n / n-1	D.Inicial n / D.Final n-1	Milhões €	Var % n / n-1	
2005	5.834,0	7.634,0 (c)	3,1%	-22,3%	153.728,4	...	(f) 3,8%
2006	7.636,7 (a)	7.631,9	30,9%	0,0%	160.273,5	4,3%	4,8%
2007	7.674,8 (b)	7.673,4	0,5%	0,6%	169.319,2	5,6%	4,5%
2008	7.900,0	7.900,0	2,9%	3,0%	171.983,1	1,6%	4,6%
2009	8.100,0	8.200,0 (d)	2,5%	2,5%	168.586,6	-2,0%	4,8%
2010	8.698,7	8.698,7 (e)	7,4%	6,1%	172.798,6	2,5%	5,0%
2011	8.100,0	...	-6,9%	...	168.900,0	-2,2% (g)	4,8%
2012	7.525,1	...	-7,1%	...	165.859,8	-1,8% (g)	4,5%

(a) Foi abatido ao Orçamento SNS o valor de 4,8 M. € destinado ao IDT.

(b) Foi abatido ao Orçamento SNS o valor de 1,4 M. € destinado ao IDT, devido à integração dos CRA/coologia.

(c) Considera orçamento rectificativo de 1.800 M. €

(d) Inclui reforço para a Gripe A no valor de 100 M. €

(e) Inclui transferências adicionais por conta dos 3 subsistemas de saúde públicos a quem o SNS deixa de facturar:

ADSE 470 M.€

MAI 50 M.€

MD 28,7 M.€

(f) Fonte da série PIB preços correntes: INE, contas nacionais (2005-2010) [www.ine.pt](http://www.ine.pt).

(g) Previsão FMI.

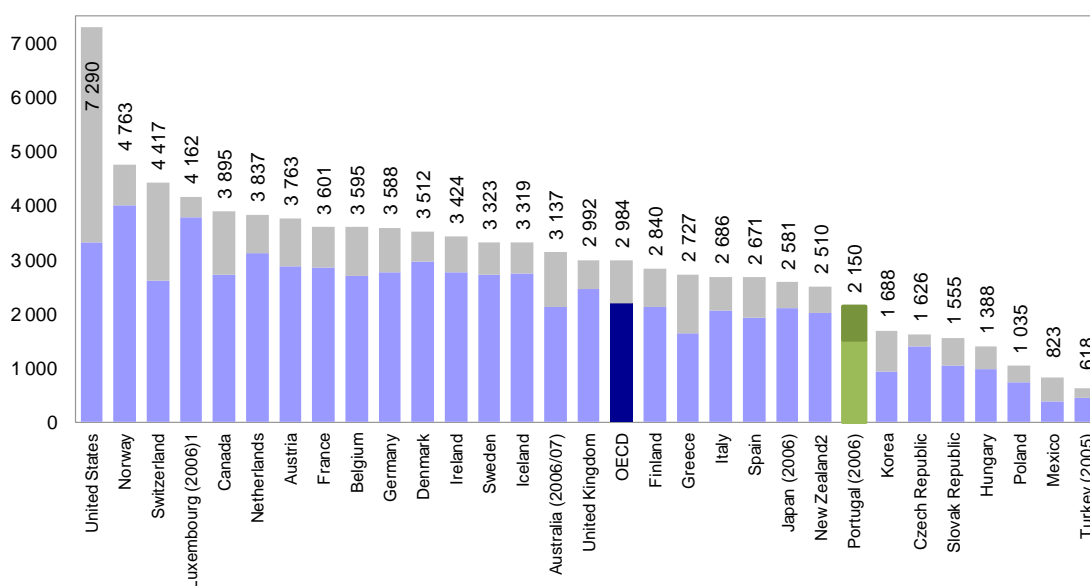
Fonte: ACSS.

<sup>3</sup> Vale a pena clarificar que o perímetro daquilo a que nos referimos como SNS, ao qual se destina a dotação inicial analisada, é mais restrito do que todas as entidades abrangidas pelo Ministério da Saúde. Basicamente, engloba as entidades prestadoras - Administrações Regionais de Saúde (ARS), as entidades hospitalares e as Unidades Locais de Saúde (ULS) - e vários Fundos e Serviços Autónomos do Ministério da Saúde, incluindo a própria Administração Central do Sistema de Saúde IP (ACSS).

Em termos de breve contextualização internacional, vale a pena referir que Portugal apresenta um nível comparativamente baixo de despesa pública em saúde *per capita*, quando medida em paridades de poder de compra (dólares americanos), e por comparação com países com sistemas de saúde de características similares ao nosso.

Tal é patente na Figura seguinte:

**Figura 1 – Despesa pública e privada *per capita* em saúde (USD ppp)**



Fonte: OCDE 2010.

Regressando aos dados do Quadro 1, a evolução da dotação inicial e final do SNS, e face ao PIB, nos últimos anos evidencia:

- Sub-orçamentação no orçamento inicial do SNS de 2005 (e que já era típica de anos anteriores, embora estes dados não sejam disponibilizados no quadro), que deixa de ser evidente a partir de 2006;
- Ligeiro aumento da dotação inicial entre 2007 e 2009;
- Alteração no regime de financiamento dos sub-sistemas públicos (SSP) a partir do orçamento de 2010: o SNS recebeu, na dotação inicial, um valor de 548,7 M€, para compensar a cessação de facturação, pelas entidades SNS, a 3 SSP do Ministério das Finanças (MF) – ADSE, Ministério da Administração Interna (MAI) – SAD da PSP e GNR, e Ministério da Defesa (MD) – ADM das Forças Armadas; ou seja, o forte aumento de 6,1% da dotação inicial de 2010 face à dotação final de 2009, não é comparável com 2009, dado que incorpora a tranche destinada à assumpção, com início em 1 de Janeiro de 2010, pelo SNS, daqueles encargos;

- d. Em 2011, apesar de se manter a assumpção de responsabilidades financeiras pelo SNS dos encargos dos utentes daqueles 3 SSP, a dotação inicial voltou ao nível de 2009, ou seja, reduziu substancialmente em termos reais comparáveis;
- e. Em 2012, a verba de financiamento prevista no OE para o financiamento do SNS (7.525 M€) é inferior em termos absolutos à de 2006 (há 5 anos atrás), e ainda comparativamente menor se tivermos em conta que, a partir de 2010, o SNS assumiu os referidos encargos com os utentes dos 3 SSP;
- f. A verba de dotação inicial do SNS, analisada desta forma, diminui 13,5% nos dois anos entre 2010 e 2012;
- g. A variação da dotação inicial não tem, no período, paralelismo directo face à variação nominal do PIB (preços correntes): em 2007, o financiamento inicial do SNS cresce 0,5%, quando o PIB cresce 5,6% em termos nominais; em 2008, o financiamento inicial cresce mais (2,9%) que o PIB (1,6%); em 2009, a dotação inicial cresce 2,5%, ao passo que o PIB diminui em termos nominais (-2%). Os valores a partir de 2010 não são directamente comparáveis sem ajustamento para a questão do financiamento dos encargos dos 3 SSP pelo SNS, mas é evidente que a queda de financiamento do SNS em 2011 e 2012 é substancialmente maior, em termos absolutos, do que a variação esperada do PIB;
- h. Este aspecto reflecte-se no indicador “Peso da DI/PIB”: em % do PIB, o financiamento inicial afecto em sede de OE ao SNS não é estável, mas em 2009 pesava o mesmo que em 2006. Em 2010, aparentemente, o peso da DI/PIB aumenta, mas tal deve-se ao efeito da alteração do financiamento dos 3 SSP (aprofundaremos isto de seguida). No entanto, para 2011 e 2012, e apesar deste efeito de “empolamento” dos 3 SSP, é patente que o financiamento afecto ao SNS perde e perderá peso face ao PIB.

Atendendo à alteração estrutural que se verificou entre 2009 e 2010 no regime de financiamento dos SSP, que originou a cessação de facturação, pelas entidades SNS, aos 3 SSP – do MF, MAI e MD -, impõe-se uma análise da evolução da *dotação inicial “corrigida”* deste efeito.

Assim, à dotação inicial afectada em sede de OE, há que deduzir, a partir de 2010, inclusive, a tranche correspondente aos encargos estimados do SNS com os utentes dos 3 SSP, que o SNS deixa de poder facturar como proveitos adicionais. Por uma questão de simplificação, e apesar da inflação em saúde, assume-se o valor de 548,7 M€ constante para os 3 anos, por ter sido o que serviu de base à definição desta compensação financeira do SNS em 2010.

Adicionalmente, a partir de 2012 deixará de estar previsto financiamento autónomo de PIDDAC (Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central) para as entidades do SNS, pelo que também essa correcção terá que ser tida em conta ao analisarmos a evolução real do financiamento dedicado ao SNS nos anos recentes.

O Quadro 2 permite esta análise da dotação inicial ajustada do SNS, e respectivo PIDDAC, em termos de evolução e do seu peso no PIB.

**Quadro 2 - Evolução do financiamento *ajustado* para o SNS (incl.PIDDAC) e em % do PIB**

Anos	Dotação Inicial ajustada SNS (1)		PIDDAC SNS Milhões € (2)	Dotação Inicial SNS + PIDDAC SNS		Peso (%) (DI SNS + PIDDAC SNS) / PIB
	DI SNS Milhões €	Var % DI SNS n / n-1		DI SNS + PIDDAC SNS M€	Var % n / n-1	
2005	5.834,0	...	80,2	5.914,2	...	3,8%
2006	7.636,7	30,9%	48,3	7.685,0	29,9%	4,8%
2007	7.674,8	0,5%	35,7	7.710,5	0,3%	4,6%
2008	7.900,0	2,9%	37,2	7.937,2	2,9%	4,6%
2009	8.100,0	2,5%	36,7	8.136,7	2,5%	4,8%
2010	8.150,0	0,6%	30,8	8.180,8	0,5%	4,7%
2011	7.551,3	-7,3%	23,5	7.574,8	-7,4%	4,5%
2012	6.976,4	-7,6%	0	6.976,4	-7,9%	4,2%

(1) Dotação Inicial ajustada para a componente SNS, independentemente dos encargos dos 3 Sub-sistemas públicos (acordo em vigor a partir de 1.Jan.2010).

(2) Financiamento nacional, componente dedicada às entidades do SNS (Saúde).

Fonte: ACSS.

Da análise do Quadro 2, há a sublinhar o seguinte:

- Até 2009, a evolução da série de dotação inicial ajustada (“DI SNS”) coincide com a da série de dotação inicial do Quadro 1;
- A partir de 2010, dado o acordo de alteração no regime de financiamento dos 3 SSP, verifica-se que a dotação ajustada cresce apenas 0,6%, ao invés dos 7,4% que constam no Quadro 1;
- De forma similar, verifica-se que a redução do financiamento ajustado do SNS em 2011 e em 2012 assume maior magnitude do que poderia parecer apenas pela análise dos elementos do Quadro 1: respectivamente, -7,3% em 2011 e -7,6% para 2012, ao invés de -6,9% e -7,1%, que resultavam da análise da série não corrigida;

- d. Assim, entre 2010 e 2012, a dotação inicial ajustada do SNS diminuiu 14,4% (e não apenas 13,5%);
- e. A dotação ajustada prevista para o financiamento do SNS em 2012 é, em termos nominais, inferior ao nível de 2006 e inferior, inclusive, à dotação final de 2005;
- f. A variação da dotação inicial ajustada volta a não revelar, no período, paralelismo directo face à variação nominal do PIB, embora resulte agora claro que em 2010, a dotação inicial ajustada cresce afinal 0,6%, quando o PIB variava em termos nominais 2,5% e que a queda do financiamento ajustado do SNS em 2011 e 2012 é ainda maior, em termos absolutos, do que a variação (decréscimo) esperada do PIB nestes dois anos;
- g. Quando consideramos a evolução da dotação ajustada do SNS e respectivo PIDDAC SNS, dado que a série do PIDDAC tem vindo a apresentar reduções tendenciais ao longo do período, cessando mesmo este programa no OE 2012, a evolução (%) da soma da dotação inicial ajustada com o PIDDAC SNS evidencia que as variações do financiamento global SNS são mais desfavoráveis do que pareceria apenas pela análise da dotação inicial (ajustada ou não);
- h. Nesta óptica, entre 2010 e 2012, a dotação inicial ajustada do SNS incluindo o PIDDAC SNS, diminuiu 14,7% (e não apenas 13,5%, ou 14,4%, como resultou das análises prévias);
- i. Assim, ao analisar o peso no PIB da DI ajustada SNS combinada com o PIDDAC SNS, constata-se, tal como no Quadro 1 que, em % do PIB, o financiamento do SNS não é estável, e que em 2009 pesava o mesmo que em 2006, mas em 2010 o peso do financiamento do SNS no PIB já inicia trajectória de diminuição (ao invés do aparente aumento, nesse ano, patente no Quadro 1). Em 2011 e 2012, resulta ainda mais evidente a perda de peso no PIB do financiamento efectivamente afecto ao SNS, sendo 2012 o ano pior da série, se excluirmos o ano inicial de 2005 (ano no qual ocorreu posterior reforço de dotação, via orçamento rectificativo).

## **O ACORDO FINANCEIRO ENTRE O SNS E OS 3 SSP: SIGNIFICADO EM TERMOS DE IMPACTO NO FINANCIAMENTO E DÍVIDA POR REGULARIZAR**

Vale a pena aprofundar, dado o seu impacto económico no SNS, o significado do acordo que o Ministério da Saúde estabeleceu com o MF, MAI e MD, relativo aos respectivos SSP.

Conforme já referido, em 2009 a dotação inicial do SNS (financiamento do SNS pelo OE) foi de 8.100 M€.

Até esse ano, inclusive, as entidades do SNS emitiam facturação à ADSE e aos SSP das forças policiais e militares, para além dos demais SSP e privados, sempre que os respectivos utentes utilizavam os serviços do SNS. A facturação anual que o SNS emitia (proveitos SNS) para as prestações de saúde dos Hospitais (HH), ULS e ARS, no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP), relativas aos beneficiários daqueles 3 SSP, foi estimada, no início de 2010, em 548,7 M€ por ano, conforme consta no Quadro 1 (aprox. 470 M€ facturados à ADSE, 50 M€ ao

SSP do MAI e 28,7 M€ facturados ao SSP do MD). *Grosso modo*, estes proveitos repartiam-se em cerca de 400 M€ / ano de proveitos dos HH e 150 M€ / ano das demais entidades (ULS e ARS).

Ora, a partir do Orçamento de 2010, foi acordado pela tutela Saúde / Finanças, a cessação destes fluxos financeiros entre estes 3 SSP e o SNS, recebendo o SNS “à cabeça”, na sua dotação inicial, o valor desta facturação (que deixaria, e deixou, de emitir àqueles 3 SSP).

Assim, a dotação inicial para o SNS em 2010 foi de 8.698,7 M€, correspondendo ao valor SNS de dotação inicial de 2009 com um aumento de 50 M€ (0,6%, conforme consta no Quadro 2) - inferior ao de dotação final do próprio ano de 2009 - , acrescido do referido valor de 548,7 M€ de facturação estimada do SNS aos 3 SSP, à data.

Adicionalmente, no início de 2010, a tutela Saúde / Finanças acordou o pagamento faseado de um montante de dívida da ADSE às entidades do SNS, à data de 31 de Dezembro de 2009, de aprox.450 M€, a serem pagos tão depressa quanto possível.

Note-se que este valor foi apurado por estimativa das próprias entidades do SNS, solicitada pela ACSS, no início (Fevereiro) de 2010, e validada com a ADSE / Direcção-geral do Orçamento (DGO). Veio-se depois a verificar o valor de 450 M€ pecaria por defeito na perspectiva das entidades do SNS (devido a atraso de contabilização de produção/facturas à ADSE de 2009, das entidades do SNS que fecharam contas de 2009 apenas em 31 Março de 2010). Foi, no entanto, assumido aquele valor de referência para a dívida da ADSE a regularizar ao SNS e posteriormente foi acordado pela tutela Saúde / Finanças que o valor seria pago em 3 tranches de 150 M€ por ano, entre 2010 e 2012.

O valor de 2010 foi recebido apenas em Dezembro de 2010, e imediatamente transferido para as entidades do SNS. O valor de 2011 ainda não foi recebido até à data, estando, ao que se sabe, em vias de o ser, por parte do MF. Houve entretanto, no início de 2011, um acordo entre os Secretários de Estado da Saúde e do Orçamento que, uma vez que a ADSE não reconheceu parte da facturação em causa, estabeleceu que a terceira tranche de dívida, a pagar em 2012, seria reduzida para 65 M€.

Ou seja, o valor total de dívida da ADSE ao SNS, à data de 31 de Dezembro de 2009, inicialmente estimada em 450 M€, foi reduzido para 365 M€, encontrando-se liquidados, em final de Novembro de 2011, apenas 150 M€.

É ainda relevante considerar, apesar de fora da esfera directa do financiamento do SNS, dado que os Cuidados Continuados Integrados (CCI) têm sido financiados por receitas de jogos sociais, que, por novo acordo da tutela Saúde / Finanças, em Memorando de 25 de Fevereiro de 2011, passou também para a esfera de responsabilidade do SNS o financiamento dos encargos dos utentes da ADSE na *Rede de CCI*, estimados em 4,7 M€ / ano. Ou seja, cessou também a facturação desta linha de cuidados, pelo SNS, à ADSE. Permanece aliás uma divergência da ACSS com a ADSE, que entende que o acordo vigora desde 1 de Setembro de 2010, ao passo que a ACSS defende que é apenas a partir de Janeiro de 2011, já que o SNS não recebeu a verba para suportar os encargos entre 1 de Setembro e 31 de Dezembro 2010 (nem depois) e nem a Lei do Orçamento de Estado de 2010 previa/permitia este acordo a vigorar antes de 1 de Janeiro de 2011.

Regressando à questão do financiamento inicial do SNS, verifica-se, como vimos, que para 2011 o valor inicial da dotação SNS, que inclui já o financiamento dos encargos com estes utentes dos 3 SSP, reduziu-se para o valor inicial de 2009, ou seja, 8.100 M€.

Na prática, isto significa que apesar de o SNS ter assumido os encargos de (pelo menos) 548,7 M€ com estes utentes, e cessado a sua facturação aos 3 SSP, a que há que somar os encargos com a rede de CCI acima referidos, a dotação SNS 2011 equivaleu ao valor de 2009 (altura em que se destinava apenas ao SNS), ou seja, há uma redução de mais de 550 M€ em valor absoluto, que já não podem constituir proveitos das entidades do SNS. Isto é, em 2011 o financiamento do SNS sofreu uma redução comparável de -7,3% (e não de apenas -6,9%), face ao financiamento ajustado dos encargos com os 3 SSP de 2010.

Quanto ao valor da dotação 2012, será novamente reduzido para 7.525,1 M€ (e cessou também a verba para o PIDDAC, conforme referido), um valor de dotação inicial do SNS inferior ao que o SNS recebeu de dotação inicial em 2006, mas num ano em que o SNS ainda podia facturar as prestações que realizava aos 3 SSP (que assumiam os correspondentes encargos), e em que, obviamente, os custos reais com a Saúde eram menores. A dotação ajustada do efeito dos 3 SSP, para 2012 é, pois, de 6.976,4 M€, reduzindo -7,6% em relação ao valor comparável de 2011.

Assim, a dotação de 2012, que aparentemente reduz -7,1% face à de 2011 (Quadro 1), e, em termos ajustados, reduz na verdade -7,6% (Quadro 2), nos últimos dois anos (2010-2012) diminui na verdade 14,4% em relação ao valor comparável de 2010, quando consideramos o efeito da cessação da facturação aos 3 SSP (sem considerar o financiamento PIDDAC SNS).

Portanto, na sequência do acordo do SNS com os 3 SSP, o SNS assumiu por inteiro os custos destes encargos a partir de 2011 já que deixou efectivamente de receber essa verba adicional, e por outro lado ainda não beneficiou da regularização completa da dívida anterior a 31 de Dezembro de 2009.

Esta situação concorre para a explicação do acumular de dívida / *arrears* desde 2010 a um ritmo crescente no SNS, em especial pelas Entidades Públicas Empresariais (EPE), com proveitos menores mas encargos acrescidos, e dificuldades adicionais ao nível da tesouraria, conforme se analisará mais à frente.

Apenas como nota final, e relacionado com este tema, há que salientar que, a partir de Fevereiro de 2011, acresce a esta pressão sobre os encargos SNS (via custos que deixaram de onerar os orçamentos da ADSE e dos outros 2 SSP), também os encargos com prestações de saúde a reclusos, até então a cargo do *Ministério da Justiça*, mas que passaram, por acordo entre a tutela respectiva, para a esfera do SNS, mas sem que a respectiva verba fosse transferida para o orçamento SNS. O valor em causa é difícil de estimar com precisão, e está ainda a ser alvo de negociação com o Ministério da Justiça.



## EVOLUÇÃO DA CONTA DO SNS 2005/2010

A execução orçamental do SNS é analisada tendo por base o perímetro das Administrações Públicas, do Sector Público Administrativo (SPA), que exclui o Sector Empresarial do Estado - SEE (i.e., no caso da Saúde, exclui os Hospitais / Centros Hospitalares, e as ULS, Entidade Pública Empresarial - EPE).

Este aspecto coloca grandes dificuldades em termos de comparabilidade, ao longo do tempo, dos valores de despesa, receita e saldo do SNS, já que têm sido criadas EPE em diferentes anos, muitas vezes, com início de vigência a meio de anos civis (ao invés de no primeiro dia do seu início), o que exige correcções contabilísticas complexas nos dados do SPA e do sector EPE. Se é relativamente fácil a correcção de universo entre 2 anos, ao longo de um período longo o exercício seria muito exigente, pelo que a construção de universo comparável limita-se em regra ao ano anterior.

Ou seja, a análise temporal da Conta SNS em universo real impede a comparabilidade dos valores, dadas as alterações de universo que ocorreram em praticamente todos os anos do período em causa.

Em termos de óptica contabilística de referência, a Conta do SNS é preparada em contabilidade nacional e reporta-se a uma base *accrual* (compromisso) do SPA. Em rigor, a Conta do SNS (execução económico-financeira ou previsão / estimativa), na lógica das contas nacionais, apresenta a situação económico-financeira do SNS numa base de *acrécimo modificada*. Nesse sentido, considera-se como receita os fluxos financeiros ocorridos no ano, independentemente do ano em que se constitui o direito a receber, enquanto que a despesa corresponde às obrigações para com terceiros geradas no ano, independentemente da sua liquidação financeira, com base no reporte contabilístico das entidades do SNS, abrangidas pela conta do SNS (na lógica das contas nacionais). Sublinhe-se que a lógica de compromisso (*accrual*) não é a lógica subjacente ao Orçamento do Estado (que se elabora e se monitoriza a partir de um regime de contabilidade pública - de caixa).

De notar que nesta demonstração económico-financeira não se encontra, dada a sua metodologia, reflectido o stock de dívida vencida (*arrears*) nem, conforme referido acima, a totalidade dos custos verificados no sector empresarial da Saúde (SEE), pois a mesma é elaborada tendo por referência as entidades do SNS que são incluídas no perímetro das administrações públicas (*general government sector*).

Actualmente, o universo de entidades SPA da Conta SNS é sobretudo comandado pela realidade das ARS.

A despesa com o SEE corresponde pois, apenas, à linha da Conta relativa ao valor da contratualização de serviços com as EPE's, ou seja, a compra de serviços de saúde do SNS às EPE (despesa SPA e proveito das EPE). Assim, o défice do sector EPE não é captado na Conta SNS (da mesma forma que o défice do SEE não é captado na Conta Geral do Estado).

No Anexo 1 encontra-se um quadro-síntese o histórico de criação de EPEs desde 2005 (Quadro 3). De salientar que embora o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João tenham sido legalmente criados enquanto EPEs a 31 de Dezembro de 2005, para efeitos de análise dos resultados contabilísticos das EPE (a que procederemos adiante), serão considerados com efeito a 1 de Janeiro de 2006.

No caso de criação de Hospitais EPE, ou fusões de Hospitais EPE com SPA, tal tem impacto na delimitação do universo hospitalar SPA e EPE. No caso das ULS, a criação de nova EPE tem impacto não só no sector hospitalar SPA, mas também na componente de CSP das Administrações Regionais de Saúde, que se subtrai ao universo SPA e passa a integrar o universo EPE.

Feito este enquadramento metodológico, a Conta do SNS, em termos da execução económico-financeira anual para o período 2005-2010, é apresentada no Anexo 2.

Da sua análise, há a salientar:

- a. A evolução nominal da receita depende grandemente da rubrica “Transferências correntes obtidas (OE)”, que coincide com a dotação final de cada ano, atribuída ao SNS, à excepção de 2010, em que a rubrica representa essa dotação adicionada dos 150 M€ de regularização de dívida da ADSE ao SNS (conforme já explicado anteriormente);
- b. Ao longo do período, há uma evolução crescente da receita, não só em universo real, mas também em universo comparável (construído ano a ano) conforme é patente nas últimas colunas, que apresentam a variação (%) anual em universo comparável;
- c. A evolução nominal da despesa do SNS depende grandemente das rubricas de “Despesas com Pessoal” e “Subcontratos”. No âmbito dos Subcontratos, é visível a importância que assume a despesa com participações de medicamentos (“Produtos vendidos por Farmácias”) e com a compra de serviços às EPE (“Outros Serviços de Saúde (EPE)”), que, ao longo do período, cresce substancialmente em virtude de se ter prosseguido com a empresarialização de praticamente todo o sector hospitalar do SNS reduzindo o seu peso no SPA apenas a alguns pequenos Hospitais de menor diferenciação no final do período (conforme Quadro 3 em Anexo);
- d. É a alteração do regime de financiamento dos SSP em 2010 que explica quer o forte crescimento comparável das transferências correntes nesse ano, quer o valor da subcontratação de serviços às EPE;
- e. Ao longo do período, há uma evolução crescente da despesa, não só em universo real, mas também em universo comparável (construído ano a ano) conforme é patente nas últimas colunas;
- f. Em termos de Saldo do SNS, é visível que a situação económico-financeira do SNS se degrada marcadamente a partir de 2008, em que passamos de uma situação excedentária nos 3 anos iniciais em análise, a uma situação deficitária nos 3 últimos. Este défice tendeu a agravar-se nos anos subsequentes e apresentou em 2010 o valor preocupante de -448,9 M€.
- g. Nestes anos mais recentes, foi sobretudo o crescimento da despesa com as participações com medicamentos, com a compra de serviços às EPE e às PPP (registada em “Outros Subcontratos”), que explica esta degradação do Saldo do SNS. Também na área da despesa com “MCDT” se verificou pressão para o crescimento da despesa, explicada em grande medida pela alteração do preço da diálise para a modalidade de preço compreensivo, em 2008.

## **EVOLUÇÃO DA ORIGEM E APLICAÇÃO DE FUNDOS DO SNS 2005/2010**

Uma análise complementar à anterior em termos de óptica contabilística de referência, é a da origem e aplicação de fundos do SNS em regime de contabilidade pública, ou seja, de caixa (a lógica subjacente ao acompanhamento da execução, financeira, do Orçamento do Estado).

Conforme vimos, a Conta do SNS é preparada em contabilidade nacional e reporta-se a uma base *accrual* (compromisso) do SPA, de acordo com a metodologia em vigor.

Uma análise dos fluxos financeiros efectivamente executados fornece um panorama de análise distinto.

O Quadro 4 sintetiza a demonstração da origem e aplicação de fundos do SNS, em valor e estrutura, no período em análise, em universo real.

Mais uma vez, há que ressaltar, sobretudo na análise da aplicação de fundos, a questão da comparabilidade entre anos distintos no caso das ULS, dadas as mudanças de universo SPA / EPE. Apesar de no quadro relativo à Aplicação de Fundos se ter reorganizado a informação em função de Universo relativo a “Cuidados hospitalares e ULS” (independentemente de se tratar de HH SPA ou EPE), sublinhe-se que, no caso da criação de ULS, tal implica que o valor afecto às ARS / CSP não é directamente comparável pelo facto de, nas ULS, haver também uma componente de CSP que é “retirada” às ARS, aquando da criação de cada ULS. O efeito será, em termos relativos, pouco substancial, mas ainda assim, há que ter em conta esta questão.

**Quadro 4 - Demonstração da Origem e Aplicação de Fundos (óptica de tesouraria no final de cada ano n - universo real)**

**ORIGEM DE FUNDOS DO SNS (universo real)**

Unidade: € Milhões

ORIGEM DE FUNDOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura
Saldo de Gerência do SNS	14,6	0,17%	13,7	0,17%	265,6	3,28%	290,5	3,50%	291,8	3,36%	266,1	2,88%
Financiamento do OE	5.834,0	68,82%	7.631,9	97,24%	7.673,4	94,77%	7.900,0	95,09%	8.200,0	94,30%	8.698,7	94,01%
Transf. dívida SSP Saúde	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	150,0	1,62%
Orçamento Rectificativo do OE	1.800,0	21,23%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Empréstimo DGT	800,0	9,44%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%
Receitas de Capital	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	100,3	1,15%	1,7	0,02%
Outras Receitas Cobradas *	29,0	0,34%	202,8	2,58%	157,9	1,95%	117,0	1,41%	103,7	1,19%	136,8	1,48%
<b>Total SNS</b>	<b>8.477,6</b>	<b>100,00%</b>	<b>7.848,4</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.096,9</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.307,5</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.695,8</b>	<b>100,00%</b>	<b>9.253,3</b>	<b>100,00%</b>

\* inclui receitas provenientes dos Jogos Sociais, Convenções Internacionais, etc.

**APLICAÇÃO DE FUNDOS DO SNS (universo real)**

Unidade: € Milhões

APLICAÇÃO DE FUNDOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura	Valor	Estrutura
ARS - Cuidados Saúde Primários	3.524,9	44,83%	3.405,3	44,91%	3.220,4	41,25%	3.414,5	42,60%	3.524,9	41,82%	3.742,7	40,89%
Cuidados Hospitalares e ULS	4.097,7	52,11%	3.932,7	51,86%	4.347,5	55,69%	4.297,2	53,61%	4.516,9	53,58%	5.067,3	55,35%
Hospitais/ULS EPE e SPA (1)	3.928,5	49,96%	3.762,1	49,61%	4.164,9	53,35%	4.098,6	51,13%	4.375,2	51,90%	4.863,4	53,13%
HH PPP (2)	0,0	0,00%	0,0	0,00%	3,6	0,05%	4,7	0,06%	78,4	0,93%	145,9	1,59%
Outros Contratos Plurianuais (3)	169,2	2,15%	170,6	2,25%	179,0	2,29%	193,9	2,42%	63,3	0,75%	58,0	0,63%
Cuidados Continuados (4)	0,0	0,00%	0,0	0,00%	18,6	0,24%	29,4	0,37%	104,6	1,24%	76,9	0,84%
PPP Centro Atendimento do SNS (5)	0,0	0,00%	0,0	0,00%	0,0	0,00%	12,2	0,15%	14,9	0,18%	15,0	0,16%
Outros (6)	240,8	3,06%	244,7	3,23%	219,8	2,82%	262,4	3,27%	268,4	3,18%	252,3	2,76%
<b>Total SNS</b>	<b>7.863,4</b>	<b>100,00%</b>	<b>7.582,7</b>	<b>100,00%</b>	<b>7.806,3</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.015,7</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.429,7</b>	<b>100,00%</b>	<b>9.154,2</b>	<b>100,00%</b>

(1) Inclui H Psiquiátricos.

(2) Hospitais em Parceria Pública Privada (PPP) financiados através de transferências específicas para as ARS respectivas: CMR Sul (desde 2007), Hospital Braga e Hospital Cascais (desde 2009).

(3) Financiados através de transferências específicas para as ARS respectivas: Hospital da Cruz Vermelha, Hospital da Prelada e Hospital Fernando Fonseca (até 2008).

(4) Financiados através de transferências específicas para as ARS respectivas.

(5) Financiado através de transferências específicas para a DGS.

(6) Inclui os outros serviços e fundos autónomos (INSA, IPS, IGIF/ACSS e Centros de Histocompatibilidade), transferências p/IPSS, Convenções Internacionais, Protocolos com Subsistemas de Saúde (SAMS, PT,CTT),etc.

Fonte: ACSS.

Da análise do Quadro 4, pode-se sublinhar o seguinte:

- a. Em termos da origem de fundos, salienta-se a existência de consideráveis saldos de gerência no SNS, excepto nos dois primeiros anos do período, devidos essencialmente à consignação de fundos a certos fins específicos, concretamente no caso da Rede de CCI (à qual ficam consignadas as receitas não executadas de jogos sociais). É de notar ainda a inexistência de orçamentos rectificativos excepto em 2005, e a excepcionalidade da questão do pagamento da dívida dos SSP ao SNS, ocorrida em 2010, conforme já explicado anteriormente;
- b. Em termos da aplicação de fundos, a apesar da ressalva quanto à questão do universo comparável no caso concreto das ULS, face aos CSP das ARS, é notório que:

- i. As transferências para o universo hospitalar ganham peso tendencial ao longo do período, sendo de realçar o surgimento das parcerias público-privadas (PPPs) a partir de 2007, com importância crescente;
- ii. O peso relativo das transferências para o domínio dos CSP (mesmo considerando o efeito ULS) diminui ligeiramente no período;
- iii. A partir de 2007, emerge a nova realidade dos CCI, que absorvem cada vez maior fatia de fundos do SNS, apesar de ligeiro recrudescimento em termos de execução financeira em 2010, face a 2009.

## EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO ECONÓMICA DAS EPE DO SNS 2005/2010

A situação económico-financeira das EPE é, actualmente, bastante grave.

Na sua generalidade estas apresentam um quadro económico preocupante, o que é evidenciado quer pela situação em termos dos resultados líquidos do universo, quer pela situação patrimonial do sector e por uma série de outros indicadores, nomeadamente os relacionados com a solvabilidade.

O Quadro 5 sintetiza a evolução dos resultados líquidos (RL) do universo EPE, em universo real, ou seja considerado a demonstração de resultados final do universo de EPE efectivamente existente em cada ano.

Mais uma vez, este aspecto impede a comparabilidade dos RL ao longo do tempo, dado que têm sido criadas EPE em diferentes anos, muitas vezes, com início de vigência a meio de anos civis.

**Quadro 5 - Resultados líquidos das EPE (universo real) 2005 / 2010**

	Resultados líquidos					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Proveitos Totais</b>	2.321.496.519	2.867.679.107	3.715.212.383	4.136.049.426	4.968.122.712	5.205.363.993
<b>Custos Totais</b>	2.411.463.277	3.054.492.253	3.804.840.543	4.343.178.864	5.235.599.462	5.517.142.351
<b>Total Resultado Líquido (1)</b>	<b>-91.530.701,09</b>	<b>-189.260.123,20</b>	<b>-98.764.928,28</b>	<b>-217.906.130,69</b>	<b>-277.684.530,69</b>	<b>-322.137.672,43</b>
Universo contabilístico (2)	29	31	34	37	39	42

(1) Distingue-se da diferença entre Custos e Proveitos Totais, na medida do Imposto aplicável.

(2) Em termos jurídicos, a criação das duas EPE, Hospital Sta. Mª e Hospital de São João, ocorre de facto a 31 de Dezembro de 2005 (Quadro 3); no entanto, em termos contabilísticos, consideram-se estas entidades com efeito a 1 de Janeiro de 2006.

Fonte: ACSS.

Da análise do Quadro 5, podemos salientar, pese embora a impossibilidade de comparabilidade linear entre os diferentes anos do período, o facto de, em todos os anos, sem excepção, os RL globais do sector EPE terem sido negativos, o que ilustra o carácter permanente dos problemas de equilíbrio operacional e económico das EPE.

Sendo certo que há várias EPE que apresentam bom desempenho económico em certos anos ou mesmo durante todo o período, os dados de fecho de contas de 2010 evidenciam que das 42 EPE's que integraram o perímetro de consolidação do SNS, 25 EPE (60%) apresentaram resultados líquidos negativos.

Não é objectivo deste trabalho apresentar e analisar em detalhe a situação de cada EPE, mas apenas caracterizar a situação geral do sector, pelo que a importância relativa das EPE em situação de prejuízo económico é um aspecto a reter.

Do “Relatório e Contas 2010 do SNS” disponível no sítio da ACSS, resulta que o resultado líquido consolidado do patamar / sector das EPE, no exercício de 2010, foi de - 322,1 M€, com um agravamento de 16% face ao ano transacto (-277,7 M€). O crescimento do total dos proveitos de 2010 em 5% não acompanhou o aumento dos custos de 5,6% (universo real).

Recentemente, a pedido do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, a ACSS elaborou uma projecção dos RL das EPE de 2010, em universo comparável, regredindo até 2005, através da projecção contabilística dos dados do SPA e do sector EPE. Note-se que é um exercício meramente académico porque se projectam RL das EPE existentes no final de 2010 para o passado, numa altura em que a realidade organizacional / institucional de muitas dessas 42 EPE era distinta, o que, por si só, teria sempre impacto nos RL.

O resultado deste exercício pode ser analisado a partir do Quadro 6, permitindo ter uma ideia aproximada dos RL das EPE de 2010, projectados para o período 2005/2010.

Este tipo de análise permite perspectivar uma espécie de RL global deste conjunto de entidades hospitalares, independentemente do momento em que foram empresarializadas, “anulando” o efeito quantitativo do alargamento da empresarialização a mais entidades, ao longo do período. No entanto, ignora por completo, conforme referimos, o eventual efeito que a questão institucional (transformação em EPE) possa ter no próprio desempenho económico destas entidades.

**Quadro 6 - Resultados líquidos das EPE (universo comparável\*) 2005 / 2010**

	Resultados líquidos					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Proveitos Totais</b>	4.805.978.690	4.315.495.519	4.598.713.068	4.693.816.781	5.024.578.921	5.065.741.015
<b>Custos Totais</b>	4.661.185.667	4.667.521.114	4.723.597.113	4.923.006.543	5.291.943.501	5.381.480.634
<b>Total Resultado Líquido</b>	<b>143.229.078,99</b>	<b>-354.472.571,92</b>	<b>-134.020.813,09</b>	<b>-239.966.454,28</b>	<b>-277.149.290,92</b>	<b>-325.587.181,62</b>

\* projectam-se retrospectivamente os proveitos, custos e RL das 42 EPE existentes em final de 2010, independentemente do momento em que foram constituídas como EPE.

Fonte: ACSS.

Verifica-se que o ano de 2005 apresenta um valor de RL excepcional no período, das entidades SPA e EPE da altura, que eram EPE no final de 2010. Tal deve-se sobretudo a um “empolamento” dos proveitos hospitalares dessas entidades no final desse ano (em cerca de 500 M€), relacionado com o orçamento rectificativo de 2005. Assim, à excepção desse ano, mais uma vez se constata que o conjunto de entidades que no final de 2010 eram

EPE's, apresentaram sempre RL negativos na sua globalidade, independentemente do momento em que foram empresarializadas e da adopção, em maior ou menor grau, de políticas incentivadoras da sua eficiência ou de contenção de custos ao longo do período.

De notar que, nos processos de contratualização anual, a demonstração de resultados previsionais ("orçamento económico") do conjunto das EPE's (valores agregados) que tem sido contratualizada nos últimos anos, tem previsto prejuízos (RL globais negativos). Ou seja, o Estado, enquanto comprador de serviços, em sede de contratualização com as EPE's reconhece a insuficiência de proveitos, ou por outras palavras, o excesso de custos dado o financiamento disponível em cada ano, para o nível de cuidados de saúde que entende necessário adquirir, e admite à partida a existência de um défice anual no sector.

É importante completar-se esta análise com a visão da situação patrimonial do sector das EPE.

No final de 2010, verificava-se que 14 das 42 EPE (33%) se encontravam numa situação de falência técnica, ao exibirem capitais próprios (fundos próprios) negativos.

No "Relatório e Contas 2010 do SNS" podemos verificar que o patamar do SEE da Saúde apresentava um activo consolidado em de 5.833,8 M€, verificando-se um aumento de 16,4% face ao ano transacto (5.009,9 M€). No entanto, o respectivo Passivo consolidado em 2010 atingiu o montante de 4.566,7 M€, exprimindo um incremento de 26,7% em comparação com o ano anterior.

Ou seja, embora os Fundos Próprios globais do sector EPE se mantenham positivos, constata-se o decréscimo dos Fundos Próprios consolidados do patamar SEE para 1.267,1 M€ (-9,9%), devido ao resultado líquido do exercício ter sido negativo em -322,1 M€ e aos resultados transitados acumularem prejuízos no montante de -1.449,2 M€ (em universo real).

Considerando alguns indicadores económico-financeiros agregados também disponíveis no Relatório citado (pág.57), se poderá concluir pelo agravamento do desempenho operacional deste sector, patente em todos os indicadores:

**Quadro 7 – Indicadores económico-financeiros das EPE 2009/2010**

Indicadores económico-financeiros	2010	2009	Δ 09/10
Autonomia Financeira	0,22	0,28	-0,06
Solvabilidade Total	0,28	0,39	-0,11
Endividamento	0,78	0,72	0,06
Liquidez Geral	0,90	0,99	-0,09
Prazo médio de pagamento (em dias)	212	126	86
Prazo médio de recebimento (em dias)	76	76	0

Há que destacar a deterioração da solvabilidade do sector e do endividamento, que analisaremos em maior detalhe de seguida. No sector das EPE, a dívida a fornecedores externos aumentou cerca de 60% de 2009 para 2010, ascendendo no final desse ano a mais de 1.600 M€ (dados detalhados nos Quadros 8 e 9).

## **O QUADRO REGULATÓRIO DAS EPE NA SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE OS CONSTRANGIMENTOS EXISTENTES**

Não é objectivo deste documento explorar as múltiplas causas da preocupante situação económico-financeira e patrimonial das EPE da Saúde.

Mas há que sublinhar que existem problemas inerentes ao “modelo regulatório” das EPE na Saúde, bem como ao nível das condições com base nas quais tem sido possível exercer (ou não) a função accionista do Estado, nomeadamente pela ACSS.

Note-se no entanto que a evolução dos custos na Saúde exige, em qualquer país, um apertado controlo de evolução (que passa por medidas macro, micro e constante monitorização), conhecidas que são as fortes pressões para crescimento de custos na Saúde; que várias análises evidenciam que, por comparação com outros países, há sub-financiamento do SNS português (dado o seu grau de abrangência e nível de serviço prestado); e que não tem sido possível, a nosso ver, que o Estado desempenhe devidamente a sua “função accionista” na Saúde.

Ou seja, e de modo necessariamente superficial, é possível desde já afirmar que as causas complexas desta situação não são imputáveis de modo linear ou exclusivo apenas aos Conselhos de Administração (CA) das EPE, e que o grau de responsabilidade dos vários actores/decisores, naquilo que de menos positivo tem sucedido no processo de empresarialização, está por apurar.

Vale a pena recordar que a empresarialização não é mais do que um instrumento de reforma do sistema de saúde, movimento de reforma este que tem sido influenciado, nos países ocidentais, desde há mais de 20 anos, pelo “new public management”, uma corrente da gestão pública que pressupõe a mobilização do espírito empresarial para finalidades públicas.

A descentralização, a introdução de formas inovadoras de gestão, a flexibilização do sistema e a generalização da contratualização reflectem a “importação” de princípios “de mercado” para a prestação e gestão públicas no sector da saúde, mas mantendo um quadro de forte valorização social da equidade.

Neste contexto, é essencial salvaguardar as vantagens destas inovações com a adopção de regulação disciplinadora. Ou seja, é objectivo deste processo que o papel do Estado mude, mas não diminua, antes se tornando mais exigente e sofisticado neste contexto. Isto, porque aumenta a capacidade gestionária, com autonomia, das EPE e a complexidade da relação destas com o Estado-comprador de serviços e com o Estado-accionista.



Deve, em teoria, conseqüentemente, ser reforçada a contratualização e a regulação, através de acompanhamento sistemático e monitorização cuidada (na dupla perspectiva do financiamento / compra de serviços de saúde e do accionista), e deve crescer a responsabilização dos Conselhos de Administração das EPE, tornando-se mais evidente a necessidade de assegurar objectivos globais de carácter normativo.

É, pois, essencial desenvolver competências de gestão, sistemas de incentivos adequados, mecanismos de acompanhamento da produção/qualidade e desempenho económico-financeiro, e, em especial, novas formas de regulação, neste quadro de promoção da autonomia organizacional dos prestadores em sistemas mais descentralizados.

Do ponto de vista teórico, é pois consensual que a par com a empresarialização é essencial promover o reforço da regulação da actividade e do desempenho das EPE, garantindo um corpo regulador na Administração, a nomeação de gestores das EPE com base em competência demonstrada e testada, um acompanhamento sistemático e a capacidade de intervenção nestas empresas pelo Estado accionista, de modo construtivo, sempre que necessário, de acordo com um modelo de avaliação de risco.

Aliás, a nível internacional não encontramos casos concretos de empresarialização generalizada que não tenha sido acompanhada pelo incremento paralelo, e indispensável, dos mecanismos de regulação. Que exigem, por seu turno, investimento na sua construção.

No entanto, de um modo geral, esta construção coerente de um modelo regulatório do sector EPE, e o reforço dos mecanismos de regulação, tem enfrentado diversos constrangimentos em Portugal e vários elementos nos fornecem evidência disto, pese embora todos os esforços que as entidades reguladoras envolvidas (ACSS, Direcção-geral do Tesouro e Finanças - DGTF, as próprias ARS, e ainda o Governo) têm concretizado.

Relativamente ao exercício da função accionista pelo Estado, na Saúde, em Portugal, o enquadramento legal em vigor é claro relativamente às funções extensas da ACSS neste âmbito. Decorre desse enquadramento que a função accionista do Estado, no caso das EPE da Saúde está sujeita à tutela conjunta dos Ministérios da Saúde e das Finanças, sendo exercida, primordialmente, no primeiro caso através da ACSS e, no segundo, através da DGTF.

Analisemos alguns aspectos do enquadramento regulatório das EPE da Saúde.

## **1. PROCESSO DE CRIAÇÃO DE EPE**

O processo de criação de EPE na área da saúde deveria sempre basear-se na elaboração técnica de um plano de negócios (PN) que, resumidamente, e de acordo com a metodologia elaborada pela ACSS, define um conjunto de objectivos estratégicos, um perfil assistencial, uma estrutura de recursos humanos e um plano de investimentos, e que prova a sustentabilidade económica a prazo, da empresa em causa.

Este conjunto de elementos, que deveriam ser validados numa primeira fase pelas ARS (Estado enquanto financiador/comprador de serviços de saúde), integram um documento coerente que a ACSS analisa e valida

(perspectiva de Estado enquanto accionista das EPE) direccionando o enfoque da respectiva análise à sustentabilidade evidenciada pelas projecções económico-financeiras, aos indicadores de eficiência e produtividade, assim como à racionalidade das decisões de investimento. Tendo por base esta análise, a ACSS propõe o montante de capital estatutário a realizar em função de critérios técnicos pré-definidos assim como a respectiva calendarização.

Apesar deste enquadramento normativo estar previsto, há a referir que nos últimos anos, são conhecidos variados casos de criação de EPE sem que os planos de negócio tenham sido previamente elaborados e validados por parte das entidades que detêm a função accionista (ACSS e DGTF), assentando a decisão de criação apenas em critérios políticos, não fundamentados tecnicamente.

Neste contexto, não é de estranhar que existam casos, felizmente escassos, de EPE que foram criadas já em situação de falência técnica no momento da criação (com capitais próprios negativos).

Por outro lado, há a salientar que persistem situações de EPE criadas sem que se tenha concretizado a necessária e subsequente regularização legal do património respectivo, o que, em alguns casos, gera um panorama enviesado da sua situação de balanço.

## **2. REALIZAÇÃO DO CAPITAL ESTATUTÁRIO DAS EPE**

Do lado do financiamento dos investimentos deste sector, é de salientar a falta de dotações para realização para realização de capital estatutário no montante acumulado de 418,18 M€ tendo por referência o final do ano de 2011. Na sequência da aprovação dos PN das EPE subjacentes à sua criação, foram definidas calendarizações para a dotação dos respectivos capitais estatutários em função dos critérios pré-definidos e da sequência temporal dos investimentos previstos.

No entanto, em face de restrições orçamentais, foram decididos a partir de 2008 diferimentos destas realizações que se traduziram, para o total do universo EPE, no montante de realizações em falta acima referido, face aos planos de negócio aprovados.

É um facto que, nos últimos anos, o montante previsto em sede de OE, para realização de capitais das EPE da Saúde tem sido sistematicamente inferior ao necessário / previsto. E o valor efectivamente executado tem sido, ademais, inferior ao consagrado no OE.

Resultam deste diferimento quatro ordens de problemas:

- Neste momento os capitais por realizar não reflectem as verdadeiras necessidades actuais das EPE em virtude dos ajustamentos entretanto realizados, ou por realizar, aos objectivos dos PN e aos investimentos previstos;
- Há decisões de investimento em curso nalgumas EPE para as quais não se antevêem possibilidades de financiamento desse investimento;
- Persiste a possibilidade de serem tomadas decisões de investimento casuísticas, sem o necessário enquadramento estratégico;

- As EPE constituídas mais recentemente foram prejudicadas na definição dos valores de capital estatutário a realizar pelo accionista Estado, na medida em que os níveis de realização dos capitais estatutários aprovados em planos de negócios são muito mais baixos relativamente às primeiras EPE constituídas. Nos casos mais recentes, já em 2011, foram constituídas 6 novas EPE sem previsão de qualquer realização adicional de capital estatutário (e sem plano estratégico aprovado).

Assim, persistem situações de EPE com situações patrimoniais muito desfavoráveis, sem que o Estado disponha de meios financeiros para proceder à sua recapitalização, o que limita outros tipos de intervenção económico-financeira urgente e específica que pudesse recolocar estas EPE numa trajectória de sustentabilidade económica.

### 3. PLANEAMENTO ESTRATÉGICO DAS EPE

O Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, que aprova os estatutos das EPE, prevê no Art 22º do seu Anexo II (Estatutos), o conjunto de Instrumentos de Gestão Previsional. De entre estes instrumentos, salientam-se pela sua importância como instrumento de reflexão estratégica os planos plurianuais de actividades, de investimento e financeiros com um horizonte de 3 anos (planos estratégicos). Cabe à ACSS a dinamização do processo de planeamento estratégico. O processo depende também, no entanto, de forte liderança política e de garantia de articulação eficaz entre a ACSS e as ARS (que também procede, em parte, daquele tipo de liderança).

Neste contexto, verifica-se que não tem sido possível assegurar, como seria desejável, os processos de planeamento estratégico das EPE. A título exemplificativo, em 2010 deveriam ter procedido à renovação dos respectivos planos estratégicos (2010-2012) um total de 20 EPE. Para o triénio 2011-2013 seriam outras 12 entidades.

Em função de vários constrangimentos, designadamente o ciclo político com o diferimento da aprovação do Orçamento do Estado de 2010, a dilação do processo de contratualização, as alterações ao cenário macroeconómico com reflexos ao nível das decisões políticas com impacto na gestão das EPE (plano de estabilidade e crescimento e revisões subsequentes), a falta de maturidade no desenvolvimento do planeamento estratégico evidenciado por algumas EPE, não foi possível concluir com sucesso o ciclo de planeamento estratégico nos anos recentes.

Considerando o nível de exigência subjacente à fundamentação das decisões de investimento ao nível das EPE, assim como a necessária validação por um conjunto de entidades que corresponde aos *stakeholders* do processo de planeamento estratégico, a ACSS propôs então, em 2010, à consideração superior, que qualquer aprovação de decisão casuística de investimento das EPE fosse condicionada ao cumprimento do necessário trabalho de planeamento estratégico. Não foi, no entanto, obtido despacho em concordância, assim como não foi obtido despacho de aprovação da reformulação da metodologia relativamente ao ciclo trienal iniciado em 2011.

Em síntese, neste momento 32 EPE (76% do Universo) encontram-se sem planeamento estratégico aprovado, referentes aos ciclos de planeamento dos triénios 2010-2012 e 2011-2013.

#### 4. MONITORIZAÇÃO DO DESEMPENHO DAS EPE

O processo de empresarialização impõe o desenvolvimento de um trabalho de acompanhamento e monitorização da actividade desenvolvida pelas EPE, no âmbito de um ciclo regular de planeamento e controlo, sem o qual o seu sucesso é colocado em grave risco. Neste contexto, estabilizou-se em 2006/2007 um processo de acompanhamento de execução orçamental com alargamento do âmbito da componente económico-financeira à componente assistencial. Definiu-se nesse período um modelo de acompanhamento sistemático da execução orçamental em coordenação com as ARS e com reuniões de seguimento de hospitais com maior desvio orçamental. No período 2006/2008 estas reuniões foram dinamizadas e lideradas pela tutela. A partir de finais de 2008 o ritmo destas reuniões abrandou e em 2010/2011 praticamente deixaram de existir. Este tipo de reuniões está agora a ser relançado na ACSS, na sequência da recente mudança de Governo.

Sem monitorização próxima e consequente, assente num modelo de avaliação de risco, e que só será eficaz se partir da iniciativa, ou pelo menos contar com forte envolvimento, da tutela (que também deve assegurar a devida sincronia estratégica entre o papel, neste âmbito da ACSS e ARSs), não é possível garantir uma avaliação de desempenho das EPE à altura do que é necessário.

#### 5. CONTRATO DE GESTÃO

As questões de *Governance*, em processos de empresarialização, são fulcrais. A definição de Contratos de Gestão entre os CA das EPE da Saúde e a tutela, teria como objectivo formalizar os compromissos assumidos em sede de planeamento estratégico, planos de actividades e orçamentos e indexar a avaliação dos CA, e um (futuro) sistema de incentivos, ao cumprimento de objectivos e metas concretas acordados, em especial numa lógica de sustentabilidade financeira, na perspectiva do accionista.

Assim, quer em 2008, quer em 2010, a ACSS remeteu à tutela propostas de “Contratos de gestão” para os CA das EPE, com o respectivo modelo, subjacente, de avaliação do desempenho dos CA das EPE, que, por algum motivo, não foram aprovados até à data.

A experiência destes últimos anos tem permitido que se identifique um conjunto de constrangimentos ligados à qualidade de gestão das EPE, que embora não sejam, e não possam ser entendidos como sendo, transversais a todas as EPE, necessita de ser ultrapassado:

- Insuficiente prática de planeamento estratégico por parte dos CA;
- Fraca capacidade para a constituição de equipas e afectação de recursos adequados aos projectos de melhoria de eficiência (equipas em número, senioridade e capacidade de decisão adequadas);
- Dificuldade no reconhecimento do carácter vinculativo dos compromissos assumidos, em especial em matéria de contenção de custos;
- Inexperiência ao nível da mensuração dos impactos económico-financeiros de iniciativas;
- Fraca orientação para a sustentabilidade económico-financeira, com prevalência do discurso acerca da elevada diferenciação que é exigida às instituições, assim como à magnitude das áreas de influência que

Ihe estão atribuídas, nem sempre com o devido suporte formal ou suportado no entendimento da ARS respectiva.

Importa reflectir seriamente sobre esta questão e sobre a necessidade urgente de criar mecanismos legais de contratação de equipas de gestão baseados estritamente, e de forma transparente e auditável, em critérios de competência e qualificação, articulados com a implementação das exigências de contenção de custos / racionalização de estruturas.

A par desta alteração legal, que enquadre a escolha dos CA das EPE, será necessário desenvolver-se um modelo de classificação das EPE para efeitos remuneratórios dos respectivos CA, já que a actual decisão sobre o grupo remuneratório em termos do estatuto de gestor público a que cada CA ficará afecto não pressupõe análise técnica objectiva, mas sim apenas decisão política.

## **6. FINANCIAMENTO DAS EPE E APLICABILIDADE DO REGIME DAS INDEMNIZAÇÕES COMPENSATÓRIAS ÀS EPE DA SAÚDE**

Tem sido defendido pela ACSS, em diversos contextos e por diferentes formas, que o modelo de financiamento hospitalar implementado em 2003 se encontra técnica e economicamente obsoleto.

Este facto levou a ACSS a propor superiormente, por diversas vezes, desde 2009, a actualização do modelo de financiamento hospitalar, que se espera que avance em 2012.

A proposta de actualização do modelo de financiamento hospitalar, a nosso ver, permitiria ultrapassar alguns (embora não todos) constrangimentos do modelo de financiamento actual, que se baseia em técnicas de *clustering* estatisticamente desactualizadas e resulta em grupos de hospitais para efeitos de financiamento que pouca adesão têm ao seu nível actual de eficiência e/ou a outras características tecnológicas, estando, a nosso ver, excessivamente orientado para a compra de produção, e não incentivando devidamente a contenção de custos ou o atingir de metas de qualidade no SNS. O financiamento da componente de “convergência”, que tinha (tem) o objectivo de incentivar as EPE mais ineficientes a convergirem para níveis eficientes, não tem surtido esse efeito, tal como tem sido evidenciado por diversas análises conhecidas.

O facto de os *clusters* de hospitais para efeitos de financiamento já não reflectirem a actual situação das entidades (em termos de estrutura de custos e complexidade), dada a evolução temporal e as alterações organizacionais entretanto ocorridas, reflecte-se inevitavelmente em relações “preço contratual / custo unitário de referência” enviesadas (em desprimor da eficiência).

Assim, nalguns casos concretos de entidades EPE, o facto de estarem sub-classificadas para efeitos de financiamento poderá ser um dos factores explicativos dos seus negativos resultados líquidos, contrastando com outras situações em que as EPE estão a ser sobre-financiadas face às características de eficiência actuais com as quais comparam. De salientar, no entanto, que no caso concreto das ULS foi possível inovar em termos do seu modelo de financiamento, evoluindo-se em 2010 para uma metodologia actualizada de capitação com base no risco de morbilidade, que incorpora já, em paralelo, incentivos adicionais à contenção de custos, à sustentabilidade económico-financeira e à qualidade que, em devido tempo, se poderá avaliar que efeitos surtirão.

Por outro lado, o facto de a função accionista ser exercida pela mesma entidade que define o modelo de financiamento dos hospitais e das ULS EPE (função financiador/pagador) – cabendo a função de comprador de serviços às ARS – gera, por vezes, alguma tensão uma vez que um dos grandes constrangimentos à melhoria dos RL das EPE é de facto, a limitação de acréscimo de proveitos resultantes da dotação disponível para compra de serviços pelo SNS, dadas as limitações orçamentais, apesar do valor relativamente baixo da capita de financiamento público do SNS por comparação com outros países, conforme já vimos<sup>4</sup>.

Adicionalmente, é defensável, a nosso ver, a aplicabilidade do regime das indemnizações compensatórias à actividade desenvolvida pelas EPE da Saúde, que, por algum motivo, nunca foi aplicado neste sector.

De forma sintética, entende-se que a prestação de serviços de saúde, que constitui o objecto principal dos Hospitais e ULS do SNS, cumpre os critérios que asseguram a respectiva configuração como prestação de serviços de interesse geral para efeitos do estabelecido no Decreto-Lei nº 167/2008, de 26 de Agosto (Regime Jurídico das Indemnizações Compensatórias). Neste contexto, atendendo às necessidades de financiamento decorrentes dos persistentes desequilíbrios de exploração, um trabalho realizado na ACSS analisou os custos operacionais previstos em sede de contratualização (custos *normativos*, negociados com o financiador) e, por outro, os proveitos operacionais apurados na mesma sede, de acordo com o modelo de financiamento vigente. Assim, apurou-se, para o ano de 2010, no conjunto das 42 EPE, um valor de custos operacionais superior em 459,7 M€, ao valor dos proveitos operacionais (incluindo produção não-SNS), indiciador do montante de sub-financiamento da actividade, a acrescentar aos constrangimentos de natureza económico-financeira já referidos (em especial, sub-realização de capitais estatutários). Este estudo parece evidenciar que a prestação de serviços de saúde, não obstante a sua natureza de provisão de serviços essenciais, tendentes à satisfação de necessidades fundamentais dos cidadãos, é suportada por uma afectação de financiamento ao SNS que não garante a cobertura do nível de custos de exploração admitidos em sede de contratualização para a prestação destes serviços públicos de interesse geral. A iniciativa da ACSS pretendeu contribuir para uma reflexão acerca do equilíbrio das contas de exploração das EPE da saúde, à luz da legislação que enquadra o esforço de distribuição de fundos ao abrigo do regime das indemnizações compensatórias, sendo, no entanto, conhecidas as restrições orçamentais globais que constroem também esta área.

## 7. INSUFICIÊNCIA DE “CORPO” REGULATÓRIO

Estão legalmente previstas as competências da ACSS em matéria de exercício da função accionista do Ministério da Saúde, com superintendência sobre um conjunto de EPE cuja dimensão económica é hoje superior a 5.000 M€ / ano. No entanto, o exercício destas competências pressupõe a existência de um conjunto mínimo de recursos humanos que, trabalhando em rede com os restantes *stakeholders* (em especial DGTF ou ARS), garanta um desempenho eficaz dessas responsabilidades.

---

<sup>4</sup> No entanto, e infelizmente, as *drivers* de pressão sobre os custos hospitalares tendem a ser tão fortes em Portugal como noutros países com sistemas de saúde universais similares ao nosso, mas com maior capacidade de financiamento dos respectivos SNS.

Este pressuposto essencial não se verificou, no entanto, nos anos recentes. Assim, duas das Unidades da ACSS com funções dedicadas neste âmbito, a Unidade Operacional de Estudos e Planeamento (UOEP) e a Unidade de Gestão de Risco e Auditoria (UGRA), não têm disposto de *staff* em número correspondente às atribuições cometidas às Unidades. Assim, a UOEP, na sua área económica, dispôs até muito recentemente de apenas um técnico superior, colocado na ACSS através de acordo de cedência, com vínculo precário à entidade de origem, e a UGRA dispôs, na generalidade do período apenas de um elemento a tempo inteiro, a sua Directora. Não foi possível, até ao momento, apesar da previsão de vagas no mapa de pessoal da ACSS, devidamente autorizadas e previstas em sede de Orçamento, apesar do lançamento dos necessários processos prévios de recrutamento interno, e apesar dos pedidos de autorização da ACSS ao Ministério das Finanças para abertura de concursos externos nestas Unidades, efectivar o recrutamento de um quadro mínimo de elementos qualificados necessário e solucionar uma situação que se afigura problemática.

## **8. ARTICULAÇÃO DA ACSS COM A DGTF**

Os direitos do Estado enquanto accionista (Ministério das Finanças e Ministério da Saúde) são, como vimos, exercidos respectivamente através da DGTF e da ACSS nos termos da legislação em vigor.

Neste contexto, nos últimos anos têm sido realizados contactos no sentido de melhorar a articulação das duas instituições em benefício da *governance* e do exercício da função accionista, em especial no que toca à questão da regularização do património das EPE, dos sistemas de informação para reporte, e do processo de criação de novas EPE e de realização dos capitais estatutários.

Lamentavelmente este esforço de colaboração, em virtude da escassez de recursos humanos sentida por ambas as entidades, não se concretizou no avanço de trabalho efectivo conjunto duradouro e articulado da forma que seria desejável, pese embora a articulação conseguida em várias iniciativas de carácter mais pontual.

## **9. AVALIAÇÃO CONSEQUENTE DO PROCESSO DE EMPRESARIALIZAÇÃO**

Um estudo de 2010 solicitado pela tutela, através da ACSS, a uma equipa da Universidade Católica Portuguesa, com o objectivo de avaliar os efeitos da empresarização nas áreas da produção, qualidade, custos, resultados económicos e eficiência geral (por “comparação” com o estatuto SPA), concluiu, de modo muito sintético, que, no que toca às duas primeiras dimensões, o impacto da empresarização não é estatisticamente significativo, e que, no que toca às três últimas, o impacto da empresarização não foi, de modo geral, positivo, havendo evidência estatística de estar associado a crescimentos médios dos custos mais elevados do que nos SPA, rácios de resultados líquidos com evolução comparada não favorável às EPE e funções de custos unitários com crescimentos estatisticamente significativos mais fortes do que para os SPA.

O trabalho sublinhava, no entanto, que o principal factor a determinar a rentabilidade de um hospital é o nível de preços atribuídos pelo financiador/pagador e não o nível de eficiência da entidade em análise.

O estudo, remetido à tutela, não teve consequências de notar. Este aspecto deverá ser alvo de reflexão. Processos com a magnitude económica no sector público do processo de empresarialização na Saúde, necessitam de avaliação regular, independente e que dela sejam retiradas as lições que permitam a melhoria dos resultados.

Saliente-se que não foi objectivo deste trabalho avaliar em que medida o modelo regulatório ou a monitorização de desempenho das EPE favoreceu, ou não, os seus resultados, aspectos que permanecem por explorar em termos científicos.

Em termos de *conclusão* do exposto nesta secção, pode-se afirmar que os mecanismos de controlo / regulação em vigor no sector da Saúde pecam por insuficiência, face à complexidade e dimensão económica do processo de empresarialização que tem vindo a ser prosseguido.

Face ao exposto, relativamente ao processo de empresarialização e seu modelo regulatório, regista-se a necessidade de:

- Credibilizar tecnicamente o processo de criação de EPE e o de escolha transparente dos elementos dos CA destas empresas, com a consequente aplicação de Contratos de Gestão;
- Reforçar os mecanismos de planeamento estratégico que permitam uma reestruturação fundamentada do perfil de cada EPE;
- Regularizar os atrasos na realização dos capitais estatutários decorrentes da actualização do planeamento e da reestruturação de perfis de produção a levar a cabo no sector hospitalar;
- Encetar processos de saneamento financeiro consequentes;
- Reflectir profundamente acerca do sub-financiamento da operação dos hospitais e ponderar, ou a redução de níveis de serviço, ou a aplicabilidade do mecanismo de indemnizações compensatórias, a par com a actualização técnica do modelo de financiamento dos hospitais;
- Reforçar os mecanismos de monitorização e controlo, quer no Ministério da Saúde, com investimento num corpo regulatório dedicado, quer em articulação com a tutela accionista no Ministério das Finanças.

## **EVOLUÇÃO DA DÍVIDA A FORNECEDORES E PRAZO MÉDIO DE PAGAMENTO DO SNS 2007/2010**

A obrigação de monitorização, pela ACSS, da dívida a fornecedores e do respectivo prazo médio de pagamento (PMP) foi prevista na Resolução de Conselho de Ministros nº 34/2008 de 14 de Fevereiro, que instituiu o Programa “Pagar a Tempo e Horas”.

Desde então, e na sequência deste diploma e de legislação subsequente, a ACSS publica no seu sítio, com periodicidade semestral, os dados relativos às entidades SPA e EPE do SNS (universo real), procede à avaliação de objectivos anuais e comunica trimestralmente às entidades responsáveis do Ministério das Finanças os dados de dívida e PMP do SNS, respectivamente os do SPA à Direcção-geral do Orçamento (DGO) e os do sector EPE à DGTF.



Desde o segundo semestre deste ano, e na sequência da assinatura do Memorando de Entendimento pelo Governo Português com a *troika* formada pela Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional, exigências adicionais de reporte deste tipo de variáveis foram introduzidas, nomeadamente através do Decreto-lei nº65-A/2011, de 17 de Maio, impondo agora maior detalhe na comunicação de dívida vencida (*arrears*), categorizada de diferentes modos, e dos compromissos assumidos (*commitments*).

A evolução das variáveis de dívida e PMP, nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008, encontra-se sintetizada nos quadros 8 e 9.

O Quadro 8 apresenta a evolução semestral destas variáveis entre o final de 2007 e 2009.

**Quadro 8 - Evolução semestral da Dívida e PMP 2007 / 2009 (universo real)**

	2007T4		2008T2		2008T4		2009T2		2009T4	
	Dívida	PMP	Dívida	PMP	Dívida	PMP	Dívida	PMP	Dívida	PMP
EPE'S	1.087.253.071	213	1.059.428.075	230	537.141.380	177	778.535.458	128	1.032.664.289	126
SPA	805.675.316	76	730.982.993	75	714.849.622	72	551.410.341	71	749.047.125	60
<b>TOTAL</b>	<b>1.892.928.387</b>		<b>1.790.411.068</b>		<b>1.251.991.002</b>		<b>1.329.945.799</b>		<b>1.781.711.414</b>	
	<i>Tx crescimento semestral</i>		-5,42%		-30,07%		6,23%		33,97%	

Euros

Fonte: ACSS.

Verificamos que o volume total de dívida do SNS (entidades SPA e EPE) no final de 2009 era inferior ao volume total de dívida registado dois anos antes, no final de 2007.

Também os PMP, quer no SPA, como no sector das EPE, registaram francas melhorias, em especial nas EPE (redução de 35 dias entre final de 2007 e 2008; redução adicional de 52 dias no PMP entre final de 2008 e 2009).

No entanto, a evolução ao longo do período não foi linear, tendo havido uma grande redução do volume total da dívida até ao início de 2009, mas um agravamento a sentir-se a partir de então no sector das EPE, que é aquele que domina a evolução global deste agregado.

Esta situação é explicável não só porque, conforme vimos, a evolução da dotação inicial para financiamento do SNS, em 2008 foi comparativamente favorável, quer porque no final de 2008 foi, através da Portaria nº 1369-A/2008, criado o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS (FASP). Efectivamente, o FASP permitiu a redistribuição da liquidez existente no sistema e permitiu a liquidação de avultados montantes de dívidas a fornecedores do SNS, por parte das EPE. No entanto, quando esta liquidez se esgotou, e não tendo ocorrido uma recapitalização do FASP à medida dos pedidos de subscrição recebidos, o efeito positivo foi travado. Por outro lado, provavelmente durante o ano de 2009 não foram decididas e implementadas medidas de contenção de custos no SNS com a importância e impacto que tinham sido em anos anteriores, o que se reflecte na evolução do endividamento.

Assim, constata-se que as taxas de crescimento semestral do total da dívida que registaram evolução positiva (ou seja, com sinal negativo) até final de 2008, inverteram-se e, no final de 2009, já se denotava um crescimento semestral de 34% do volume total de dívida.

O Quadro 9 apresenta a evolução trimestral da dívida e PMP desde o início de 2010 até à actualidade (os últimos dados disponíveis são os do 3º trimestre de 2011).

Quadro 9 - Evolução trimestral da Dívida e PMP 2010 / 2011

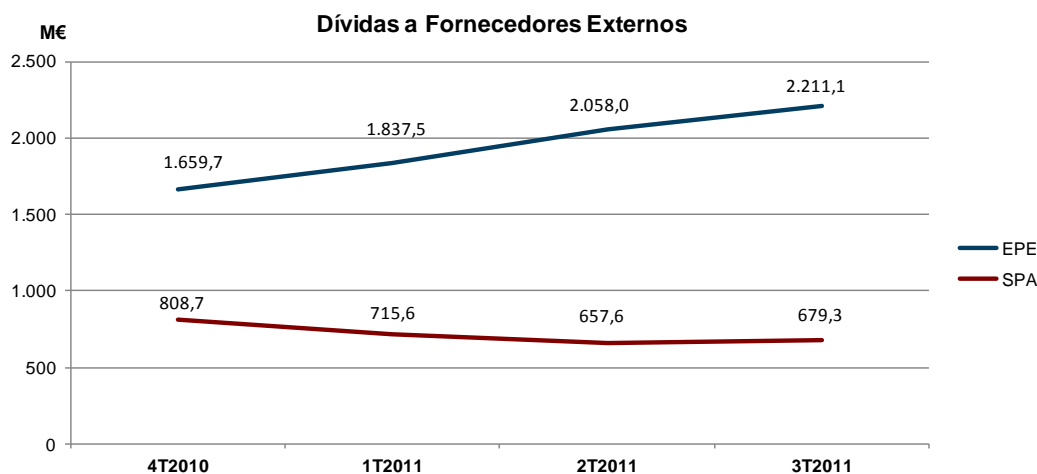
Euros

	2010T1		2010T2		2010T3		2010T4		2011T1		2011T2		2011T3	
	Dívida	PMP	Dívida	PMP	Dívida	PMP	Dívida	PMP	Dívida	PMP	Dívida	PMP	Dívida	PMP
EPE'S	1.281.830.146	144	1.567.518.560	166	1.743.154.035	198	1.659.714.332	211	1.837.457.484	228	2.053.566.063	254	2.211.080.641	270
SPA	729.569.774	58	675.618.407	69	581.365.880	71	808.716.304	72	715.606.335	71	657.646.082	70	679.311.850	72
<b>TOTAL</b>	<b>2.011.399.920</b>		<b>2.243.136.967</b>		<b>2.324.519.915</b>		<b>2.468.430.636</b>		<b>2.553.063.819</b>		<b>2.711.212.145</b>		<b>2.890.392.491</b>	
<i>Tx crescimento trimestral</i>			11,52%		3,63%		6,19%		3,43%		6,19%		6,61%	
													<i>Tx crescimento 2010T1 / 2011T3</i>	<b>43,70%</b>
													<i>Tx crescimento 2010T3 / 2011T3</i>	<b>24,34%</b>

Fonte: ACSS.

É patente que a situação se tem vindo a degradar desde o início de 2010, claramente graças ao que tem sucedido no sector das EPE. A dívida total cresceu 43,7% no período em análise (porque cresceu 72,5% no sector das EPE) e o PMP registou aumentos tanto no SPA, como no sector das EPE (aqui, muito marcado, passando de 144 dias em Março de 2010 para 270 dias em Setembro de 2011). A taxa de crescimento trimestral da dívida é de sinal positivo e manifesta-se em todos os trimestres, sendo de destacar que, em cada um dos dois últimos dois trimestres abrangidos, é superior a 6%.

A evolução recente da dívida SNS é também visível no Gráfico seguinte:



Fonte: ACSS.

Vale a pena recordar que, desde o orçamento de 2010, o SNS assumiu os encargos relativos aos utentes dos 3 SSP, e que apesar de em 2010 ter beneficiado da correspondente tranche adicional na dotação inicial, a partir de 2011 tal compensação económica desapareceu, o que causa grande pressão sobre os custos das entidades hospitalares (na generalidade, EPE), sem a correspondente possibilidade de realização dos proveitos. Há aqui um marcado efeito económico. Mas há também um efeito financeiro adicional, causado pelo atraso na regularização da

dívida da ADSE ao SNS, também já descrito. Ou seja, até 2010 as EPE recebiam regularmente, embora com atraso significativo, pagamentos de dívida dos SSP pelos encargos prestados pelo SNS aos respectivos utentes, fluxo esse que cessou a partir de então. Conforme vimos, apenas um valor de 150 M€ dum valor total estimado em 450 M€ de dívida por regularizar, foi processado até ao momento, ainda no final de 2010, encontrando-se prestes a ser liquidado a segunda tranche de 150 M€ que o Ministério das Finanças transferirá antes do final de 2011.

Por outro lado, claramente durante o período em curso, em especial até ao final do 1º semestre de 2011, terá havido insuficiente efeito de decisão política no sentido da contenção dos custos no SNS, em face do financiamento disponível, traduzindo-se os défices operacionais crescentes do sector EPE em endividamento crescente, cuja tendência de crescimento ainda não foi possível travar, nem inverter de modo visível, mas que se impõe, dada a evidente insustentabilidade desta trajectória.

O Quadro seguinte resume os últimos valores de dívida a fornecedores externos das entidades do SNS conhecidos em 2011, identificando a parcela do total que constitui dívida vencida a mais de 90 dias (*arrears*), bem como os valores de dívida prevista que as entidades SPA e EPE reportaram para o final de 2011, de acordo com o determinado no Despacho nº2/2011 do Ministro da Saúde de Junho de 2011.

**Quadro 10 - Resumo da situação 2011**

Euros

	Dívida 2011T3	Dívida vencida ( <i>arrears</i> ) 2011 T3	Despacho 2/2011 Ministro da Saúde (a)	
			Dívida a 30 Junho 2011	Dívida prevista para Dezembro
EPE's	2.211.080.641	2.051.484.333	2.060.353.788	2.308.225.980
SPA	679.311.850	384.928.826	808.159.248	762.692.838
<b>Total</b>	<b>2.890.392.491</b>	<b>2.436.413.159</b>	<b>2.868.513.036</b>	<b>3.070.918.818</b>

EPE's = Entidades públicas empresariais

SPA = Sector público administrativo

(a) Valores referenciados a 30 de Junho de 2011, coligidos a 12 Agosto 2011.

Fonte: ACSS.

Da sua análise há que salientar que se constata que o total de dívida vencida assume uma proporção preocupante de 84% da dívida do SNS, agravando-se esta proporção para 93% no sector das EPE (57% no SPA).

O volume total de dívida do SNS previsto para o final de 2011 supera os 3.000 M€, o que é um facto historicamente inédito e economicamente avassalador. Isto é bem ilustrado pelo facto de representar 41% da Dotação inicial afecta ao SNS no OE 2012.

Trata-se, claramente, de uma situação extraordinária que exige uma solução extraordinária e subsequentes medidas de contenção / racionalização que garantam que os défices operacionais e a dívida não voltam a acumular-se.

## PERSPECTIVAS PARA FINAL DE 2011 E PARA 2012: CONTA SNS E SECTOR EPE

A estimativa de encerramento de 2011, em termos da execução da Conta do SNS, considerada em sede de discussão do OE 2012, prevê uma redução do défice do SNS para -396,2 M€ (o défice havia sido de -448,9 M€ em 2010, conforme analisado noutra secção).

No Anexo 3 consta um Quadro com a previsão relativa a Dezembro de 2010, bem como uma estimativa para 2012, sendo os dados apresentados em universo real (que é directamente comparável entre 2011 e 2012).

Estas previsões incorporam as medidas de contenção de custos que, na sequência de decisão política e do compromisso assumido em sede do Memorando de Entendimento com a *troika*, já foram implementadas em 2011, bem como todo o novo conjunto de medidas adicionais a adoptar em 2012 de acordo com o OE 2012, nomeadamente em matéria de recursos humanos (corte do subsídio de férias e do subsídio de natal, bem como de valores de suplementos e horas extraordinárias). Incorpora ainda, em 2012, todas as medidas adicionais de redução de custos previstas para a área dos MDCTs (nomeadamente, redução de preços convencionados e introdução de normas de orientação clínica), comparticipações de medicamentos (como seja a alteração do mecanismo de formação de preço, de escalões de comparticipação, incentivos a genéricos e redução da margem das Farmácias), poupanças com centralização de (algumas) compras, e redução de encargos com transporte não urgente ou reembolsos. Em termos de proveitos, os valores perspectivados para 2012 incluem o efeito do aumento previsto das taxas moderadoras e a redução de financiamento do OE.

Da análise destes elementos, pode-se constatar, relativamente a 2011, que:

- a. Se perspectiva uma forte redução da despesa total de 2011 do SNS (subsector das Administrações Públicas – SPA), face a 2010 (num valor absoluto de 639,2 M€, que representa uma redução de 6,7%);
- b. Esta redução de despesa SNS é explicável pelas medidas de contenção de custos já introduzidas e que têm especial impacto no domínio da redução dos encargos com a comparticipação de medicamentos, bem como no domínio dos custos com pessoal (rubrica na qual se verifica um misto do efeito da redução salarial média de 5% aplicada à função pública com o efeito de aumento do ritmo de aposentação entre os profissionais respectivos), sendo, em terceiro lugar, verificável a redução da despesa com a contratação de serviços às entidades EPE (redução de proveitos do sector EPE).
- c. No que toca à receita, espera-se que esta reduza para 8.560,8 M€ (uma diminuição de 6,4% relativamente a 2010);
- d. Esta redução de receita SNS deve-se sobretudo à diminuição do valor da dotação inicial do SNS em 598,7 M€ face a 2010 (-6,9%), aspecto já analisado anteriormente, mantendo-se, por outro lado, o pressuposto de encaixe do valor acordado de 150 M€ de pagamento da dívida da ADSE ao SNS;
- e. Assim, constata-se que apesar do forte esforço de redução de despesa SNS, não será possível uma redução mais significativa do défice, atendendo à redução de receita que se estima concretizar este ano.

Quanto ao ano de 2012 perspectiva-se, em síntese, o seguinte, em termos da Conta SNS:

- a. Uma redução de despesa com magnitude ainda superior à que se estima alcançar em 2011 (face a 2010), com praticamente 800 M€ de poupança na Despesa SNS (-8,9%);
- b. As rubricas de despesa que mais contribuem para esta diminuição são, por magnitude esperada, a redução da compra de serviços (financiamento) às EPE (em 300 M€, representando igual quebra de proveitos para o sector das EPE), a redução dos encargos com participações de medicamentos, e de despesas com pessoal;
- c. É de sublinhar que se estima que todas as rubricas de despesa do SNS percam importância, à excepção de “outros subcontratos”, que reflecte o acréscimo de encargos esperado com as Parcerias público-privadas (em especial, dado o acréscimo no valor do contrato anual do Hospital de Vila Franca de Xira e a abertura do novo Hospital de Loures);
- d. Relativamente à receita, prevê-se uma quebra de 603,3 M€ (-7%), inferior, no entanto, em termos absolutos à que se espera registar em 2011;
- e. Esta redução é explicável pela redução da Dotação inicial afecta ao SNS em sede de OE (em 575 M€), bem como pela redução comparativa da verba destinada à regularização da dívida da ADSE ao SNS, processo que se espera ultimar em 2012. De notar que se estima, no entanto, um acréscimo na rubrica de “prestações de serviços” explicável pelo aumento das taxas moderadoras em 2012 (no SPA);
- f. Face a esta evolução relativa, em que a diminuição da despesa programada é mais forte do que a redução esperada na receita SNS, estima-se ser possível uma redução do défice praticamente em 50%, para um valor de -200 M€.

Vale a pena salientar que, face à forte redução de despesa prevista para 2012, que vai exigir um enorme esforço e rigor de implementação, se não ocorresse uma redução de financiamento do SNS de 7,1% (e este valor corresponde a uma proporção não ajustada, conforme analisámos anteriormente), ou seja, se o financiamento SNS se pudesse manter (quase) constante face a 2011, o saldo da Conta do SNS previsto para 2012 seria excedentário, ao invés de deficitário.

Relativamente à realidade das EPE, uma estimativa recente da ACSS com base no reporte económico de Outubro de 2011 daquelas entidades, aponta para um possível agravamento, em 2011, do EBITDA<sup>5</sup> agregado do sector em relação a 2010 (ano em que registou um valor de cerca de -202 M€). De facto, apesar da redução mensurável dos custos das EPE, em especial no domínio dos custos com pessoal, que se tem verificado graças às diversas medidas de contenção de custos já implementadas com impacto na actividade das EPE, a redução de proveitos

---

<sup>5</sup> Resultado antes de juros, impostos, provisões e amortizações.

verificada este ano, a um ritmo superior, concorre para resultados provavelmente mais deficitários (em universo real).

Relativamente a 2012, note-se que as EPE enfrentam uma redução do financiamento de que beneficiarão por parte do SNS. Conforme verificamos na previsão da Conta SNS do Anexo 3, há uma redução da compra de serviços às EPE de 300 M€ em universo real. Isto implica uma diminuição de cerca de 335 M€ de proveitos das EPE via contrato-programa, quando ajustamos para universo comparável (dada a criação em 2011 de EPE adicionais). Esta redução de financiamento, se os custos operacionais se mantivessem invariáveis face aos estimados para final de 2011, implicaria redução de montante idêntico (agravamento) do EBITDA de 2012.

No entanto, há um conjunto de medidas de racionalização de custos previstas em sede de OE 2012, que contrariarão este efeito, sendo de salientar as medidas com impacto nos custos com pessoal. Assim, o efeito combinado da suspensão dos subsídios de férias e de Natal, com a redução dos correspondentes encargos sobre remunerações, e com o impacto das várias medidas no domínio dos suplementos remuneratórios e horas extraordinárias, permitirá uma redução de custos estimada em aproximadamente 215 M€ nas EPE. Este efeito de redução de custos operacionais, totalmente exógeno, terá que ser complementado com medidas de carácter endógeno ao sector, relacionadas com a reestruturação de oferta prevista para algumas regiões, com a potenciação do efeito de outras medidas de racionalização (como a compra centralizada no domínio do medicamento hospitalar, em algumas categorias prioritárias), e com medidas gestionárias da responsabilidade dos próprios CA das EPE. A este propósito, há que recordar que foi publicado em 31 de Agosto de 2011, o Despacho conjunto nº 10783-A/2011, que determina que a meta de referência para a redução dos custos operacionais das EPE é fixada num valor *inferior em 11 % face ao valor de 2011*, sendo admissível uma redução menor apenas nos casos e na medida em que tal garanta um orçamento económico equilibrado, traduzido num valor de EBITDA nulo. Assim, e face à previsão actual de proveitos operacionais das EPE para 2012, estima-se que à redução “exógena” de custos das EPE (via legal, prevista em sede de OE) de 215 M€, por forma a cumprir com o determinado no Despacho conjunto citado será ainda necessário alcançar-se uma redução adicional, “endógena” ao sector, de magnitude superior àquela, por forma a que o sector EPE atinja um EBITDA agregado próximo de zero no próximo ano. No entanto, as reduções necessárias para se alcançar este objectivo são, efectivamente, muito exigentes.

Do exposto nesta secção resulta claro que em 2011 se está a concretizar uma contenção de custos do SNS visível e mensurável, quer no SPA, quer no sector EPE. Em 2012 perspectiva-se um esforço de contenção ainda mais marcado.

Dada a redução de proveitos (financiamento agregado) que se verifica em paralelo, os resultados globais estimados da Conta SNS melhorarão previsivelmente quer em 2011 como em 2012 face ao passado recente, mas manter-se-ão deficitários. Ao nível do sector EPE na sua globalidade, o esforço de contenção de custos já registado em 2011 provavelmente não permitirá ainda melhoria de resultados líquidos este ano, dada a redução mais forte de proveitos que se verifica. Para 2012, prevê-se que a situação económica do sector EPE possa melhorar no pressuposto de

que, para além das medidas exógenas de contenção de custos, se concretizam uma série de medidas endógenas ao sector, que permita mais do que compensar a redução de proveitos estimada.

A melhoria relativa da situação económico-financeira do SNS, apesar das reduções de financiamento, é alcançada graças a medidas de contenção de custos diversificadas, sendo que algumas poderão ter um efeito estrutural (reordenamento da oferta hospitalar ou melhoria do processo de compra no SNS), e outras são de carácter conjuntural, vigorando durante o período previsto para o programa de ajuda externa a Portugal. É o caso, em especial, da suspensão do subsídio de férias e de natal durante 2012 e 2013.

Esta constatação evidencia que o problema do (sub)financiamento do SNS, a médio e longo prazo, se mantém na agenda e que é necessário, caso as restrições conhecidas ao financiamento desta área de política pública se mantenham, encetar medidas estruturais adicionais de reconfiguração do leque e/ou nível de serviços disponibilizado aos cidadãos. Ou seja, conhecida que é a magnitude presente da divergência entre necessidades e disponibilidades de financiamento do SNS, para a carteira de serviços providenciada e níveis de acesso actuais, resulta claro que a *melhoria de eficiência* no sector (com as suas características presentes) é uma condição necessária mas não será, por si só, suficiente para garantir uma trajectória futura de sustentabilidade. Para o nível de financiamento agregado do SNS que se perspectiva, a reconfiguração do sector e do seu nível de serviços surge neste contexto como imprescindível para alcançar aquele objectivo.

30.Novembro.2011

# ANEXO 1

## Quadro 3 - Resumo da criação de EPEs: 2005/2011

Ano 2005*				Ano 2007				Ano 2008				Ano 2009				Ano 2010				Ano 2011			
ARS	Legal	Instituições EPE	OBS.	ARS	Legal	Instituições EPE	OBS.	ARS	Legal	Instituições EPE	OBS.	ARS	Legal	Instituições EPE	OBS.	ARS	Legal	Instituições EPE	OBS.	ARS	Legal	Instituições EPE	OBS.
Norte	DL 233/2005	CH de Vila Real-Peso da Régua, E. P. E.	CH de Vila	Norte	DL 50/A/2007	CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.	CH de Vila	Norte		CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.		Norte	DL 272/2009	CH de Entre o Douro e Vouga, E. P. E.	H de São	Norte		CH de Entre o Douro e Vouga, E. P. E.		Norte		CH de Entre o Douro e Vouga, E. P. E.	
Norte	DL 233/2005	CH do Alto Minho, E. P. E.	CH do Alto	Norte	DL 50/A/2007	CH de Vila Nova de Gaia-Espinho, E. P. E.	CH de Vila N	Norte		CH de Vila Nova de Gaia-Espinho, E. P. E.		Norte		CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.		Norte		CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.		Norte		CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.	
Norte	DL 233/2005	CH do Nordeste, E. P. E.	H Distrital	Norte	DL 50/A/2007	CH do Alto Ave, E. P. E.	H da Santa	Norte		CH do Alto Ave, E. P. E.		Norte		CH de Vila Nova de Gaia-Espinho, E. P. E.		Norte		CH de Vila Nova de Gaia-Espinho, E. P. E.		Norte		CH de Vila Nova de Gaia-Espinho, E. P. E.	
Norte	DL 233/2005	H da Senhora da Oliveira, E. P. E. - Guimarães	H da Sant	Norte	DL 50/A/2007	CH do Médio Ave, E. P. E.	H São João	Norte		CH do Médio Ave, E. P. E.		Norte		CH do Alto Ave, E. P. E.		Norte		CH do Alto Ave, E. P. E.		Norte		CH do Alto Ave, E. P. E.	
Norte	DL 233/2005	H de Santa Maria Maior, E. P. E. - Barcelos	H de Sant	Norte	DL 50/A/2007	CH do Nordeste, E. P. E.	H de São Jo	Norte		CH do Nordeste, E. P. E.		Norte		CH do Médio Ave, E. P. E.		Norte		CH do Médio Ave, E. P. E.		Norte		CH do Médio Ave, E. P. E.	
Norte	DL 233/2005	H de São Gonçalo, E. P. E. - Amarante	H de São	Norte	DL 326/2007	CH do Porto, E. P. E.	H de São G	Norte		CH do Porto, E. P. E.		Norte		CH do Nordeste, E. P. E.		Norte		CH do Nordeste, E. P. E.		Norte	DL 6711/02	ULS do Nordeste, E. P. E.	CH do Nor
Norte	DL 233/2005	H de São João, E. P. E. - Porto	H de São	Norte	DL 326/2007	CH do Porto, E. P. E.	H de São G	Norte		CH do Porto, E. P. E.		Norte		CH do Porto, E. P. E.		Norte		CH do Porto, E. P. E.		Norte	DL 30711/02	CH do Porto, E. P. E.	CH do Por
Norte	DL 233/2005	H de São Sebastião, E. P. E. - Santa Maria da Feira	H de São	Norte	DL 190/2008	CH do Tâmega e Sousa, E. P. E.	H de São G	Norte		CH do Tâmega e Sousa, E. P. E.	CH Póvoa	Norte		CH do Tâmega e Sousa, E. P. E.		Norte		CH do Tâmega e Sousa, E. P. E.		Norte		CH do Tâmega e Sousa, E. P. E.	
Norte	DL 233/2005	H de Santa Maria Maior, E. P. E. - Barcelos	H Geral de	Norte		H de Santa Maria Maior, E. P. E. - Barcelos		Norte		H de Santa Maria Maior, E. P. E. - Barcelos		Norte		CH Póvoa de Varzim-Vila do Conde, E. P. E.		Norte		CH Póvoa de Varzim-Vila do Conde, E. P. E.		Norte		CH Póvoa de Varzim-Vila do Conde, E. P. E.	
Norte	DL 233/2005	H Padre Américo-Vale do Sousa, E. P. E.	H Padro A	Norte		H de São João, E. P. E. - Porto		Norte		H de São João, E. P. E. - Porto		Norte	DL 272/2009	H de Magalhães Lemos, E. P. E.	H de Maga	Norte		H de Magalhães Lemos, E. P. E.		Norte		H de Magalhães Lemos, E. P. E.	
Norte	DL 233/2005	H de São João de Deus, E. P. E. - V. N. Fátima	H São João	Norte		H de São Sebastião, E. P. E. - Santa Maria da Feira		Norte		H de São Sebastião, E. P. E.		Norte		H de Santa Maria Maior, E. P. E. - Barcelos		Norte		H de Santa Maria Maior, E. P. E. - Barcelos		Norte		H de Santa Maria Maior, E. P. E. - Barcelos	
Norte	DL 233/2005	IPO Porto, E.P.E.	IPO Porto,	Norte		IPO Porto, E.P.E.		Norte		IPO Porto, E.P.E.		Norte		H de São João, E. P. E. - Porto		Norte		H de São João, E. P. E. - Porto		Norte	DL 30711/02	CH de São João, E. P. E. - Porto	H de São
Norte	DL 233/2005	ULS de Matosinhos, E. P. E.	H Pedro H	Norte		ULS de Matosinhos, E. P. E.	ULS de Mat	Norte		ULS de Matosinhos, E. P. E.		Norte		IPO Porto, E.P.E.		Norte		IPO Porto, E.P.E.		Norte		IPO Porto, E.P.E.	
Centro	DL 233/2005	CH da Cova da Beira, E. P. E.	CH Cova d	Centro	DL 50/A/2007	CH de Coimbra, E. P. E.	CH de Coim	Norte		ULS do Alto Minho, E. P. E.	CH do Alto	Norte		ULS de Matosinhos, E. P. E.		Norte		ULS de Matosinhos, E. P. E.		Norte		ULS de Matosinhos, E. P. E.	
Centro	DL 233/2005	H de Santo André, E. P. E. - Leiria	H de Sant	Centro		CH da Cova da Beira, E. P. E.		Norte		CH da Cova da Beira, E. P. E.		Norte		ULS do Alto Minho, E. P. E.		Norte		ULS do Alto Minho, E. P. E.		Norte		ULS do Alto Minho, E. P. E.	
Centro	DL 233/2005	H de São Teotónio, E. P. E. - Viseu	H de São	Centro		H de Santo André, E. P. E. - Leiria		Centro		CH de Coimbra, E. P. E.		Centro		CH da Cova da Beira, E. P. E.		Centro		CH da Cova da Beira, E. P. E.		Centro		CH da Cova da Beira, E. P. E.	
Centro	DL 233/2005	H Distrital da Figueira da Foz, E. P. E.	H Distrital	Centro	DL 190/2008	Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E.	Hospitais d	Centro		Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E.		Centro		CH de Coimbra, E. P. E.		Centro		CH de Coimbra, E. P. E.		Centro	DL 30711/02	CH da Universidade de Coimbra, E. P. E.	CH de Coi
Centro	DL 233/2005	H Infante D. Pedro, E. P. E. - Aveiro	H do Infan	Centro		H de Santo André, E. P. E. - Leiria		Centro		H de Santo André, E. P. E. - Leiria		Centro		Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E.		Centro		Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E.		Centro		CH do Baixo-Vouga, E. P. E.	CH de Distri
Centro	DL 233/2005	IPO Centro, E.P.E.	IPO Centro,	Centro		H de São Teotónio, E. P. E. - Viseu		Centro		H de São Teotónio, E. P. E. - Viseu		Centro		H de Santo André, E. P. E. - Leiria		Centro		H de Santo André, E. P. E. - Leiria		Centro	DL 30711/02	CH de Tondela-Viseu, E.P.E.	H de São T
LVT	DL 233/2005	H de Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. - Barreiro	H de Sant	Centro		H Distrital da Figueira da Foz, E. P. E.		Centro		H Distrital da Figueira da Foz, E. P. E.		Centro		H de São Teotónio, E. P. E. - Viseu		Centro		H de São Teotónio, E. P. E. - Viseu		Centro	DL 30711/02	CH de Leiria-Pombal, E.P.E.	H de Sant
LVT	DL 233/2005	CH de Setúbal, E. P. E.	H Oroped	LVT	DL 50/A/2007	CH de Lisboa Central, E. P. E.	CH Lisboa C	Centro		IPO de Coimbra, E. P. E.		Centro		H Distrital da Figueira da Foz, E. P. E.		Centro		H Distrital da Figueira da Foz, E. P. E.		Centro		IPO de Coimbra, E. P. E.	
LVT	DL 233/2005	CH do Médio Tejo, E. P. E.	CH do Mé	LVT		CH de Lisboa Ocidental, E. P. E.		Centro		IPO de Coimbra, E. P. E.		Centro		H Infante D. Pedro, E. P. E. - Aveiro		Centro		H Infante D. Pedro, E. P. E. - Aveiro		Centro		IPO de Coimbra, E. P. E.	
LVT	DL 233/2005	H de Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. - Barreiro	H de Noss	LVT		CH de Setúbal, E. P. E.		Centro	DL 190/2008	ULS da Guarda, E. P. E.	H Sousa M	Centro		IPO de Coimbra, E. P. E.		Centro		IPO de Coimbra, E. P. E.		Centro		ULS da Guarda, E. P. E.	
LVT	DL 233/2005	H de Santa Maria, E. P. E.	H de Sant	LVT		CH do Médio Tejo, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Central, E. P. E.		Centro		ULS da Guarda, E. P. E.		Centro		ULS da Guarda, E. P. E.		Centro		ULS de Castelo Branco, E. P. E.	
LVT	DL 233/2005	H de Santa Maria, E. P. E.	H de Sant	LVT		CH de Lisboa Ocidental, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Ocidental, E. P. E.		LVT	DL 280/2009	CH Barreiro Montijo, E. P. E.	H de Noss	LVT		CH Barreiro Montijo, E. P. E.		LVT	DL 316/2009	ULS de Castelo Branco, E. P. E.	H Amab
LVT	DL 233/2005	H Distrital de Santarém, E. P. E.	H Distrital	LVT		CH de Setúbal, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Central, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Central, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Central, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Central, E. P. E.	
LVT	DL 233/2005	H Garcia de Orta, E. P. E. - Almada	H Garcia d	LVT		CH do Médio Tejo, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Ocidental, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Ocidental, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Ocidental, E. P. E.		LVT		CH de Lisboa Ocidental, E. P. E.	
LVT	DL 233/2005	H Pulido Valente, E. P. E.	H Pulido V	LVT	DL 232/2008	CH Lisboa Norte, E. P. E.	H de Sant	LVT		CH Lisboa Norte, E. P. E.		LVT		CH de Setúbal, E. P. E.		LVT		CH de Setúbal, E. P. E.		LVT		CH de Setúbal, E. P. E.	
LVT	DL 233/2005	IPO Lisboa, E.P.E.	IPO Lisboa	LVT		H de Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. - Barreiro		LVT		H de Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. - Barreiro		LVT		CH do Médio Tejo, E. P. E.		LVT		CH do Médio Tejo, E. P. E.		LVT		CH do Médio Tejo, E. P. E.	
Alentejo	DL 233/2005	CH do Baixo Alentejo, E. P. E.	CH do Bai	LVT		H Distrital de Santarém, E. P. E.		LVT		H Distrital de Santarém, E. P. E.		LVT		CH Lisboa Norte, E. P. E.		LVT		CH Lisboa Norte, E. P. E.		LVT		CH Lisboa Norte, E. P. E.	
Alentejo	DL 50/A/2007	CH do Baixo Alentejo, E. P. E.	CH do Baixo	LVT		H Garcia de Orta, E. P. E. - Almada		LVT		H Garcia de Orta, E. P. E. - Almada		LVT		H Distrital de Santarém, E. P. E.		LVT		H Distrital de Santarém, E. P. E.		LVT	DL 2110/02	H de Curry Cabral - Lisboa, E. P. E.	H Curry Ca
Alentejo	DL 50/A/2007	H do Espírito Santo, E. P. E. - Évora	H do Espíri	LVT		IPO Lisboa, E.P.E.		LVT		IPO Lisboa, E.P.E.		LVT		H de Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. - Barreiro		LVT		H de Nossa Senhora do Rosário, E. P. E. - Barreiro		LVT		H Distrital de Santarém, E. P. E.	
Alentejo	DL 50/A/2007	ULS do Norte Alentejano, E. P. E.	H de Santa	Alentejo		H do Espírito Santo, E. P. E. - Évora		Alentejo		H do Espírito Santo, E. P. E. - Évora	CH do Bai	Alentejo		H Garcia de Orta, E. P. E. - Almada		LVT		H Garcia de Orta, E. P. E. - Almada		LVT		H Garcia de Orta, E. P. E. - Almada	
Alentejo	DL 190/2008	ULS do Baixo Alentejo, E. P. E.		Alentejo	DL 190/2008	ULS do Baixo Alentejo, E. P. E.		Alentejo		ULS do Baixo Alentejo, E. P. E.		Alentejo		H Professor Doutor Fernando Fonseca, E. P. E.	H Amador	LVT		H Professor Doutor Fernando Fonseca, E. P. E.		LVT		H Professor Doutor Fernando Fonseca, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	ULS do Norte Alentejano, E. P. E.		Alentejo		ULS do Norte Alentejano, E. P. E.		Alentejo		ULS do Norte Alentejano, E. P. E.		Alentejo		IPO Lisboa, E.P.E.		LVT		IPO Lisboa, E.P.E.		LVT		IPO Lisboa, E.P.E.	
Alentejo	DL 190/2008	CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.		Alentejo		CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.		Alentejo		ULS do Baixo Alentejo, E. P. E.		LVT		ULS do Baixo Alentejo, E. P. E.		LVT		ULS do Baixo Alentejo, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.		Alentejo		CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.		Alentejo		CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.		Alentejo		CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.		LVT		CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.		LVT		CH do Barlavento Alentejano, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.		LVT		H de Faro, E. P. E.	
Alentejo	DL 190/2008	H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.		Alentejo		H de Faro, E. P. E.									



## Execução Económico-financeira do SNS

### Lógica das Contas Nacionais

Rubricas	2005		2006		2007		2008		2009		M.€				
	Dezembro		Dezembro		Dezembro		Dezembro		Dezembro		2010	Evolução anual			
	Real	Real	Comparável com 2007	Real	Comparável com 2008	Real	Comparável com 2009	Real	Comparável com 2010	Real	Tvha (%) comp.	Tvha (%) comp.	Tvha (%) comp.	Tvha (%) comp.	
<b>Receita Cobrada</b>															
Subsidio de Investimento	90,0	73,0	62,6	75,0	68,3	66,3	62,2	55,0	52,7	14,3	19,8	-2,9	-11,6	-72,9	
Prestações de Serviços	414,2	334,3	247,3	294,5	220,2	246,0	193,1	190,5	166,9	99,9	19,1	11,7	-1,3	-40,1	
- Próprio Ano	133,5	166,8	123,2	147,6	119,9	123,9	105,3	92,8	84,2	52,6	19,8	3,3	-11,9	-37,5	
- Anos Anteriores	280,7	167,5	124,1	146,9	100,3	122,1	87,8	97,7	82,7	47,3	18,4	21,7	11,3	-42,8	
Transferências Correntes Obtidas (O.E.)	7.634,0	7.631,9	7.631,9	7.673,4	7.673,4	7.900,0	7.900,0	8.200,0	8.200,0	8.848,7	0,5	3,0	3,8	7,9	
Transf. Corr. Obt. Administração Local										36,1					
Outros Proventos Operacionais	79,9	66,2	50,3	49,9	38,6	47,7	38,5	27,9	27,7	19,5	-0,8	23,6	-27,5	-29,6	
- Próprio Ano	79,9	35,3	27,4	23,2	18,5	22,1	19,7	15,0	14,0	9,6	-15,3	19,5	-23,9	-31,4	
- Anos Anteriores		30,9	22,9	26,7	20,1	25,6	18,8	12,9	13,7	9,9	16,6	27,4	-31,4	-27,7	
Proventos e Ganhos Financeiros	0,0	4,8	4,0	7,6	6,6	6,0	4,8	1,6	1,2	0,6	90,0	-9,1	-66,7	-50,0	
- Próprio Ano		4,8	4,0	7,5	6,5	5,9	4,7	1,6	1,2	0,6	87,5	-9,2	-66,0	-50,0	
- Anos Anteriores		0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0					
Outras Receitas	0,0	225,0	221,3	176,0	178,8	129,5	128,9	257,2	140,8	128,2	-20,5	-27,6	99,5	-8,9	
- Próprio Ano (inclui as Outras Rec. SNS)		223,7	220,5	174,7	173,4	128,3	126,4	253,8	137,1	124,6	-20,8	-26,0	100,8	-9,1	
- Anos Anteriores		1,3	0,8	1,3	5,4	1,2	2,5	3,4	3,7	3,6	62,5	-77,8	36,0	-2,7	
<b>Total da Receita</b>	<b>8.218,1</b>	<b>8.335,2</b>	<b>8.217,4</b>	<b>8.276,4</b>	<b>8.185,9</b>	<b>8.395,5</b>	<b>8.327,5</b>	<b>8.732,2</b>	<b>8.589,3</b>	<b>9.147,3</b>	<b>0,7</b>	<b>2,6</b>	<b>4,9</b>	<b>6,5</b>	
<b>Despesa Total</b>															
Despesas c/ Pessoal	2.310,2	2.051,6	1.647,9	1.713,5	1.493,8	1.544,9	1.253,8	1.304,5	1.187,7	1.169,3	4,0	3,4	4,0	-1,5	
Compras	836,7	617,9	449,7	467,6	368,5	391,1	256,4	280,1	194,6	192,0	4,0	6,1	9,2	-1,3	
Fornecimentos Servic.	374,7	350,5	286,5	301,6	266,6	298,6	241,8	294,4	263,7	299,9	5,3	12,0	21,8	13,7	
Subcontratos	4.197,2	4.679,5	5.229,0	5.403,5	5.696,9	5.985,5	6.554,6	6.803,1	7.007,5	7.667,8	3,3	5,1	3,8	9,4	
- Produtos V. Farmácias	1.479,6	1.452,4	1.452,4	1.448,2	1.448,2	1.510,1	1.510,1	1.612,4	1.612,4	1.702,1	-0,3	4,3	6,8	5,6	
- M.C.D.T.	652,0	675,2	675,2	657,2	657,2	717,5	722,4	789,0	789,0	819,6	-2,7	9,2	9,2	3,9	
- Outros Subcontratos	422,6	352,8	338,4	367,0	397,1	473,9	459,0	426,9	475,2	539,5	8,5	19,3	-7,0	13,5	
- Outros Serviços de Saúde (EPE)	1.643,0	2.199,1	2.763,0	2.931,1	3.194,4	3.284,0	3.863,1	3.974,8	4.130,9	4.606,6	6,1	2,8	2,9	11,5	
Imobilizações	162,2	167,4	141,6	152,1	142,1	127,3	113,1	132,2	110,5	104,7	7,4	-10,4	16,9	-5,2	
Outras Desp. do Exerc. (inclui Out Desp.SNS)	124,7	164,3	162,0	154,6	152,6	171,6	245,8	255,0	168,2	162,5	-4,6	12,5	3,7	-3,4	
<b>Total da Despesa do Ano</b>	<b>8.005,7</b>	<b>8.031,2</b>	<b>7.916,7</b>	<b>8.192,9</b>	<b>8.120,5</b>	<b>8.519,0</b>	<b>8.665,5</b>	<b>9.069,3</b>	<b>8.932,2</b>	<b>9.596,2</b>	<b>3,5</b>	<b>4,9</b>	<b>4,7</b>	<b>7,4</b>	
<b>Saldo</b>	<b>212,4</b>	<b>304,0</b>	<b>300,7</b>	<b>83,5</b>	<b>65,4</b>	<b>-123,5</b>	<b>-338,0</b>	<b>-337,1</b>	<b>-342,9</b>	<b>-448,9</b>	<b>-72,2</b>	<b>-288,8</b>	<b>-0,3</b>	<b>30,9</b>	

Nota: em 2005 a totalidade da receita de anos anteriores está registada em "prestação de serviços" (ao invés de distribuído pelas outras rubricas de receitas de anos anteriores).

## Execução Económico Financeira do SNS Lógica das Contas Nacionais

Rubricas	2010	2011	2012		
	Dezembro	Dezembro (Previsão)	Dezembro (Previsão)		
	Real	Real	Real	Tvha (valor) Real	Tvha (%) Real
<b>Receita Cobrada</b>					
<b>Subsídio de Investimento</b>	<b>14,3</b>	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Prestações de Serviços</b>	<b>99,9</b>	<b>105,0</b>	<b>162,0</b>	<b>57,0</b>	<b>54,3</b>
- Próprio Ano	52,6	60,0	117,8	57,8	96,3
- Anos Anteriores	47,3	45,0	44,2	-0,8	-1,8
<b>Transferências Correntes Obtidas (O.E.)</b>	<b>8.848,7</b>	<b>8.250,0</b>	<b>7.590,1</b>	<b>-659,9</b>	<b>-8,0</b>
do OE	8.698,7	8.100,0	7.525,1	-574,9	-7,1
do OE - pagamento dívida Subsistemas Públicos	150,0	150,0	65,0	-85,0	
<b>Transferências Corrent. Obt. Administração Local</b>	<b>36,1</b>	<b>35,8</b>	<b>35,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Outras Receitas</b>	<b>148,3</b>	<b>150,0</b>	<b>149,6</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,3</b>
<b>Total da Receita</b>	<b>9.147,3</b>	<b>8.560,8</b>	<b>7.957,5</b>	<b>-603,3</b>	<b>-7,0</b>
<b>Despesa Total</b>					
<b>Despesas c/ Pessoal</b>	<b>1.169,3</b>	<b>1.063,1</b>	<b>899,4</b>	<b>-163,7</b>	<b>-15,4</b>
<b>Compras</b>	<b>192,0</b>	<b>168,1</b>	<b>144,1</b>	<b>-24,0</b>	<b>-14,3</b>
<b>Fornecimentos Servic.</b>	<b>299,9</b>	<b>286,7</b>	<b>255,9</b>	<b>-30,8</b>	<b>-10,7</b>
<b>Subcontratos</b>	<b>7.667,8</b>	<b>7.201,8</b>	<b>6.640,8</b>	<b>-561,0</b>	<b>-7,8</b>
- Produtos V. Farmácias	1.702,1	1.362,0	1.157,7	-204,3	-15,0
- M.C.D.T.	819,6	784,6	690,6	-94,0	-12,0
- Outros Subcontratos	539,5	544,7	582,0	37,3	6,8
- Outros Serviços de Saúde (EPE)	4.606,6	4.510,5	4.210,5	-300,0	-6,7
<b>Imobilizações</b>	<b>104,7</b>	<b>98,3</b>	<b>88,5</b>	<b>-9,8</b>	<b>-10,0</b>
<b>Outras Desp. do Exerc. (inclui Out Desp.SNS) (b)</b>	<b>162,5</b>	<b>139,0</b>	<b>128,8</b>	<b>-10,2</b>	<b>-7,3</b>
<b>Total da Despesa do Ano</b>	<b>9.596,2</b>	<b>8.957,0</b>	<b>8.157,5</b>	<b>-799,5</b>	<b>-8,9</b>
<b>Saldo</b>	<b>-448,9</b>	<b>-396,2</b>	<b>-200,0</b>		